

EL CUIDADO EN ENFERMERÍA
Una propuesta de formación a partir de la experiencia en la ciudad de Cali

ANA CECILIA BECERRA PABÓN

Tesis de grado como requisito parcial para optar por el título de
Doctora en Ciencias de la Educación

Director de tesis
Doctor Deibar René Hurtado Herrera

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN - RUDECOLOMBIA
POPAYÁN
2014

Resumen

La educación y la formación académica de los y las enfermeras en el cuidado es la piedra angular sobre la que se sostiene la disciplina y los procesos de profesionalización en enfermería. Esta investigación buscó comprender los sentidos que se tienen acerca del cuidado en la educación en enfermería y la manera cómo estos sentidos se articulan con los procesos académico-pedagógicos en algunas instituciones de educación superior en la Ciudad de Cali-Colombia.

Una propuesta encaminada a hacer visible la manera cómo se ha apropiado el concepto del cuidado en nuestros entornos, pero también una invitación a fomentar el pensamiento y la reflexión del cuidado como eje central de la formación en enfermería. Una propuesta ética y estética del cuidado que comprometa y atienda la multidimensionalidad del ser humano así como su relación consigo mismo y con los demás.

Abstract

Education and academic training of nurses in healthcare is the cornerstone on which the discipline and the processes of professionalization in nursing holds. This research aimed to understand the meanings that are about healthcare in nursing education and how these meanings are articulated with academic and pedagogical processes in some institutions of higher education in the city of Cali, Colombia.

A proposal to make visible the way it has appropriated the concept of care in our environment, but also an invitation to promote thought and careful reflection as central to nursing education. An ethical and aesthetic care proposal that compromises and address the multidimensionality of human beings and their relationship with self and others.

Agradecimientos

Mi primer agradecimiento va dirigido a Dios por permitirme una vida fluida, perpleja, llena de experiencias y aprendizajes, por ser mi luz, mi fortaleza, la brújula que me indica el camino y mi confianza en momentos de desesperación.

A mi papá, quien me enseñó desde muy niña el amor al estudio, y me inculcó que valores como la responsabilidad, el trabajo, la constancia y la disciplina, son los ingredientes necesarios para el éxito.

Agradezco enormemente a mi hija Isabella, quien a su corta edad supo entender la dimensión de mi trabajo, tolerando y comprendiendo muchas veces mis ausencias y limitaciones económicas para poder terminar con éxito esta meta.

Agradezco a mi familia, especialmente a mi madre, mis hermanas y a todas aquellas personas que con su apoyo económico y emocional fueron parte vital de este proceso. Gracias por su confianza y fortaleza recibida en momentos de duda.

Agradezco de forma especial al Dr. Deibar René Hurtado, quien con su invaluable apoyo emocional y rigurosa dirección, logró acompañarme y edificarme durante todo este proceso.

Finalmente agradezco a todas aquellas instituciones como: La Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre-seccional Cali, Universidad Nacional de Colombia, McGill University y Université de Montréal (Montreal-Canadá), sus directivas, Docentes, Estudiantes, Egresados y en general todas las personas que participaron de cualquier forma en la elaboración de este trabajo.

Agradezco especialmente al gobierno Canadiense, el cual por medio de la beca: “Emerging leaders in the Américas program” (ELAP), la Universidad de Concordia, y la Doctora Arpi Hamalian de la Facultad de Educación, contribuyeron enormemente en la culminación exitosa de este trabajo.

Dedicatoria

Dedicada a mi amado Dios, quien con su inmenso amor me ha llevado hasta el fondo del abismo para aprender el significado de la tristeza y la desesperación y también me ha llevado hasta la cumbre de la felicidad y el amor para entender y vivenciar la fuerza de la fe en ti. Amado Padre, continuemos caminando juntos y prometo que seguiré aprendiendo todos los días de las maravillosas experiencias de vida y amor que me das.

Tabla de contenido

	Página
1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES	15
3. ÁREA TEMÁTICA	22
3.1 Enfermería	23
3.1.1. Estructura Jerárquica del Conocimiento	24
3.1.2. Niveles de Abstracción Conceptual	25
3.1.2.1. Metaparadigma	25
3.1.2.2. Filosofía	26
3.1.2.3. Modelos Conceptuales	30
○ Modelo del Entorno de Florence Nigthingale	30
○ Modelo del Autocuidado de Dorothea Orem	33
○ Modelo de Sistemas de Betty Neuman	34
○ Modelo de Adaptación de Calixta Roy	36
○ Modelo de los Seres Unitarios de Martha Rogers	37
3.1.2.4. Teorías	38
○ Teoría Funcional de Virginia Henderson	39
○ Teoría Situacional de Patricia Benner	40
○ Teoría Transcultural de Madeleine Leininger	42
○ Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	43
○ Teoría de Promoción de la salud de Nola Pender	45
○ Teoría del devenir Humanode Rossemarie Rizzo	47
Parse	
3.1.2.5. Escuelas de Pensamiento en Enfermería	47

3.2 El Cuidado	49
3.2.1. El Cuidado y su presencia curricular	56
4. METODOLOGÍA	59
4.1 Surgimiento de la pregunta	59
4.2 El acercamiento al cuidado	61
4.3 Tipo de estudio. La aproximación cualitativa	
4.3.1. Momentos de la Investigación	63
4.4 Aproximación histórica. “ <i>Tras las huellas de lo acontecido</i> ”	
4.4.1. Arqueología	64
4.4.1.1. Aproximación	65
4.4.1.2. Focalización	66
4.4.1.3. Interpretación	66
4.4.2. Técnicas de recolección de la información	67
4.5 Sentidos del Cuidado	70
4.6 Rigor Metodológico	77
4.7 Consideraciones Éticas	77
5. HALLAZGOS I. La Arqueología.	78
HISTORIA DE LA CREACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMERÍA EN LA CIUDAD DE CALI	79
5.1 Universidad del Valle	80
5.1.1. Influencias externas y apoyos de la formación en Enfermería	80
5.1.2. Contexto socio-político del momento. El mundo, Colombia, Valle del Cauca. La post-guerra de la segunda guerra mundial.	84
5.1.2.1. Voces protagonistas del momento.	86
5.1.3. Iniciativa de los médicos, ayudas y apoyo nacional e internacional	90
5.1.3.1. Fundaciones Kellogg y Rockefeller	90
5.1.3.2. Escuela Superior de Higiene y Escuela de	

Enfermería de la Universidad del Valle.	93
5.1.4. Expansión de la enfermería en el suroccidente colombiano	101
5.1.5. Concepciones del cuidado y teóricas que influenciaron la creación del Programa de enfermería de la Universidad del Valle	107
5.1.6. El Cuidado y los currículos iniciales	111
5.2. La creación de los programas de enfermería en la Universidad Santiago de Cali y la Universidad Libre-Seccional Cali.	115
5.2.1. Recientes influencias y apoyos de la formación en enfermería	114
5.2.2. Algunos efectos de la Ley 100 de 1993	116
5.2.3. La Acreditación -Ley 30 de 1992	119
5.2.4. Iniciativa, apoyos y expansión de los programas de Enfermería.	127
5.2.5. Concepciones de cuidado y teóricas que influenciaron la creación de los programas	132
5.2.6. Incorporación del Cuidado a los Proyectos Educativos Institucionales.	136
6. HALLAZGOS II. Sentidos del cuidado.	144
6.1. Diferentes aproximaciones al concepto del cuidado	144
6.2. Visibilización del Cuidado	156
6.3. Aspectos curriculares del cuidado	160
6.4. Cuidado Biomédico	177
6.5. Concepto de humanismo	179
6.6. Pedagogía del Cuidado	186
6.6.1. Enseñanza	186
6.6.2. Modelo Pedagógico	189
6.6.3. Teoría-Práctica	192
6.6.4. Medicina: Teoría-Práctica. Enfermería: Práctica-Teoría	193
6.6.5. Aprendizaje	198

6.7. Clínica-Comunidad	201
7. UNA PROPUESTA ÉTICA Y ESTÉTICA PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA	
7.1. El Cuidado en puntos suspensivos	204
7.2. Carol Gilligan y la Ética del cuidado del otro	208
7.3. Qué hacer desde la educación en enfermería	213
7.4. Enseñanza-Aprendizaje del Cuidado	216
7.5. Michel Foucault y la estética del Cuidado de sí.	220
7.6. El cuidado del otro en armonía con el cuidado de sí mismo	227
8. CONCLUSIONES	235
9. BIBLIOGRAFÍA	239
10. ANEXOS	254

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura No 1. Estructura Jerárquica del Conocimiento en Enfermería	23
Figura No 2. Filosofía en Enfermería	28
Figura No 3. Principales Escuelas de Pensamiento en Enfermería	47
Figura No 4. Esquema metodología	74

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro No 1. Modelos y Teorías según Niveles de Abstracción	25
Cuadro No 2. Enfoques Filosóficos en enfermería	27
Cuadro No 3. Estadíos de los procesos de identidad profesional	52
Cuadro No 4. Archivo documental de documentos históricos analizados	72
Cuadro No 5. Categorías selectivas y axiales, y el número de relatos que la sustentan.	74
Cuadro No 6. Comparación de créditos académicos de las Universidades Estudiadas	135
Cuadro No 7. Relación Categoría Central con Categorías Selectivas	143

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico No 1. Venus de la Fecundidad	51
Gráfico No 2. Primer edificio sede de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle	95
Gráfico No 3. Preparación de una clase de anatomía por el primer grupo de estudiantes de la Universidad del Valle	100
Gráfico No 4. Afiche promocional de la carrera de Enfermería que usó en sus inicios la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle	103

1. Introducción

“Yo escribo para cambiarme a mí mismo y no pensar de la misma forma que antes”. Michel Foucault.

Dits et Écrits

La enfermería ha venido hace algunos años analizando su justificación teórica y epistemológica para dar sustento y bases sólidas a su práctica profesional. La enfermería ha considerado el cuidado como: «su esencia, su dominio central y característica unificante» (Leininger, 1988). El cuidado es, a juicio de Janice Morse: «el paradigma único de la enfermería y se le ha descrito como el corazón de la profesión» (1990, p. 23).

A nivel nacional, y de acuerdo a la Ley 911 de 2004, Colombia también quiso adoptar el término al conceptualizar la disciplina como: «Una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual social y espiritual. Su objeto es el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad». (ACOFAN, 2003, p.12).

Como se puede ver, desde la ley y desde los entornos académicos y profesionales, es mucho lo que se ha hablado y reflexionado acerca del cuidado. Esta investigación surge entonces de la necesidad de entender de qué manera el cuidado hace sentido desde la formación universitaria y entender también de qué manera este transversaliza la formación académica y el desempeño profesional de la enfermería. Es decir, esta investigación se justifica desde la necesidad de identificar cómo y cuándo surge el cuidado en el discurso académico en Colombia, específicamente en la ciudad de Cali, y cómo éste permea a docentes y estudiantes en la academia para comprender luego cómo se visualiza en el contexto práctico-laboral.

Esto nos da una idea más clara de la articulación entre los objetivos institucionales de la formación en enfermería, y el impacto en el cuidado real asistencial de las personas que habitan y reciben cuidados de salud en una sociedad como la nuestra.

Considero que este conocimiento, al evidenciarse no sólo desde la experiencia, sino desde la investigación científica, en forma de teoría, permitirá aportar a la reflexión disciplinar y académica, datos e ideas que encaminen al fortalecimiento disciplinar y profesional de la Enfermería en Colombia.

Se plantea entonces en este punto la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los sentidos que sobre el cuidado tienen las profesionales egresadas de la Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali y Universidad Libre de la ciudad de Cali? La aproximación que se propone la investigación, intenta visibilizar los sentidos del cuidado desde la perspectiva de sus protagonistas, docentes, estudiantes y egresados en instituciones educativas que comparten un área geográfica específica como la ciudad de Cali. Este proyecto de investigación se plantea como objetivo: *Comprender los sentidos que del cuidado tienen los actores institucionales, docentes, estudiantes y egresados, de algunos programas de pregrado de Enfermería de la ciudad de Cali-Colombia.*

Surgen a su vez preguntas articuladoras que hacían referencia a: ¿Cuáles son las concepciones de cuidado que se encuentran en los documentos institucionales?, ¿Cuál es la influencia que tuvo la formación académica universitaria en las concepciones de cuidado? ¿De qué manera la experiencia profesional influye en la concepción de cuidado? Preguntas que a su vez se constituyen en los objetivos específicos de la investigación.

La posibilidad de dar respuesta a estas preguntas que nos hacemos las formadoras de enfermeras en un país como Colombia, genera la oportunidad de profundizar y reflexionar el cuidado, partiendo de referentes teóricos establecidos históricamente, relacionándolos con experiencias de cuidado en nuestro entorno de salud, escuchando la voces de sus protagonistas e intentando interpretar sus sentires, que en realidad no es muy distinto a mi propio sentir y a lo que escuchamos en la cotidianidad de las aulas de clase o las distintas áreas de trabajo.

La idea de comprender sentidos, se convierte en todo un desafío, ya que al intentar interpretar los sentidos que las personas tienen hacia la cotidianidad de su mundo y de su profesión, se hace

necesario entender cómo el lenguaje y los contextos se convierten en el eje articulador entre el hombre y el mundo. De acuerdo con Ricoeur, el sentido permite dos interpretaciones que reflejan la dialéctica entre acontecimiento y sentido. Significar es tanto aquello a lo que el interlocutor se refiere, o sea, lo que intenta decir, y lo que la oración significa, o sea, lo que produce la unión entre la función de identificación y la función de predicación. (Ricoeur, 2002, p. 27)

En la metodología se explica en detalle cómo fue el surgimiento y planteamiento de la pregunta de investigación y cómo esta se transforma y transversaliza toda la investigación en cada uno de los momentos del estudio. Se explica también cómo, por medio de la Teoría Fundamentada, emerge, interpreta y se fundamentan cada una de las conclusiones de esta tesis doctoral.

Como primer paso para el inicio de esta investigación, se realizó en el Área Temática, una revisión de las diferentes reflexiones existentes que hay acerca de la disciplina de la enfermería. Se empezó por una descripción de la estructura jerárquica de la enfermería, las categorías del conocimiento en enfermería y los principales modelos conceptuales que influyen e históricamente han influido en la educación en enfermería en Colombia. De allí se deducen dos perspectivas, una que tiene que ver con la teorización de la enfermería como disciplina y una segunda perspectiva que tiene que ver específicamente con el cuidado.

Autoras como: Orem y su Modelo de auto cuidado, Leininger y su teoría de enfermería transcultural y teoría de cuidados a las personas, Watson con su teoría del cuidado humano, son las teóricas que enfocaron sus escritos y reflexiones específicamente hacia el tema del cuidado humano desde distintas perspectivas.

Luego de esto en un primer momento, se realizó una interpretación del cuidado desde la voz histórica que encontré en documentos institucionales de las universidades e interpretando los relatos hechos por informantes claves en la creación de los distintos programas de enfermería de la ciudad. Se recrea entonces una fusión entre lo encontrado en documentos históricos institucionales (Proyectos educativos Institucionales, primera Revista Salud de la Universidad del Valle, algunas actas donde reposan los diseños curriculares de distintos momentos, etc.), con lo expresado por los personajes claves en la creación de los diferentes programas de pregrado. Allí podemos identificar las principales diferencias entre la creación del programa de la universidad pública comparada con la universidad privada. Cuáles fueron las influencias sociales

y políticas que posibilitaron u obstaculizaron la creación de los programas, quienes fueron sus ideólogos, quienes los llevaron a cabo y bajo qué miradas se diseñaron los primeros currículos.

Esta primera parte nos da luces sobre las influencias que tuvo la educación de las enfermeras en Colombia, principalmente en el Valle del Cauca. Aspectos como la influencia de pensamientos y el apoyo económico extranjero, la dominación biomédica en los diseños estructurales de currículos y sesiones de clase, entre otros; convirtiéndose así en los principales hallazgos del primer momento de la investigación.

La teoría formal que forma parte del bagaje conceptual documental histórico analizado, sumado al análisis de la interpretación de los relatos de los personajes históricos claves (teoría sustantiva), son el punto de partida en donde emergen las categorías sobre la que se basa el segundo momento de la investigación.

En un segundo momento que denominé: Interpretando el sentido del cuidado, que por medio de la Teoría Fundamentada, da cuenta de los significados que otorgan los actores al cuidado y a los procesos de formación en enfermería. Docentes, estudiantes, egresados, de cada una de los programas de enfermería estudiados. Allí se encuentran aspectos importantes que tienen que ver con la visibilización del cuidado, y la dificultad para llevar a la práctica el cuidado que se plantea académicamente desde la teoría. Aspectos como la herencia biomédica curricular, la incorporación de las humanidades y del cuidado a los planes de estudio, la relación con el mercado laboral, son aspectos que ponen de relieve las razones para que dicha dificultad exista.

En la última parte se plantea el aporte que esta investigación hace al conocimiento de la enfermería y a la práctica académica de la formación de enfermería. Esta va encaminada al llamado a la apropiación del concepto del cuidado desde nuestros entornos, fomentando el pensamiento y la reflexión del cuidado que permita visibilizar el ser humano en Colombia, desde nuestras particularidades de salud y enfermedad e igualmente a dar continuidad a la reflexión y mantener dicha reflexión en puntos suspensivos. Permitiéndonos así seguir transitando el camino que nos permita seguir dando identidad profesional a la enfermería agregándole valor y espacio al cuidado en los programas, para que el estudiante pueda aprenderlo en la universidad y posteriormente pueda potenciarlo en su vida laboral. Se plantea también a manera de aporte un reconocimiento del ser humano como sujeto del cuidado y como “ser humano” para poder actuar con él y en él. Aquí se plantea el auto concepto y la autoconciencia del ser docente como modelo de referenciación del estudiante. Se realiza una propuesta desde la ética del cuidado de Carol

Gilligan y del cuidado de sí de Michel Foucault, en donde se plantean alternativas desde el cuidado del otro y desde el cuidado de sí, como parte fundamental de lo que un enfermero o enfermera debe ser y saber, antes de intentar dar cuidados a otros.

2. Antecedentes

En el capítulo de antecedentes se realizó una exhaustiva búsqueda de investigaciones que dan cuenta de aspectos teóricos y metodológicos realizados con respecto al sentido del cuidado en diversos escenarios del mundo.

Para recuperar la información necesaria para este capítulo se realizó una búsqueda con base en las siguientes estrategias:

1. Palabras incluidas: Cuidado, Enfermería, Aprendizaje, Significados, Sentidos.
2. Normalización de las palabras con DeCS para términos en español y MeSH para términos en inglés.
3. Se utilizaron operadores booleanos, especialmente para cruzar las palabras cuidado AND significados, Cuidado AND Sentidos, Cuidado AND aprendizaje.
4. Se realizan búsquedas en bases de datos como: PubMed, HINARI, ProQuest, diferentes clases de Journals of Nursing.
5. Además se visitaron bibliotecas de varias universidades Nacionales e Internacionales para verificar documentación al respecto del tema.

Como resultado de esta búsqueda, se decide incluir en este capítulo las siguientes investigaciones, las cuales permiten visualizar claramente el panorama del tema expuesto en la actualidad.

Se observa que la gran mayoría de las investigaciones que se han realizado acerca del cuidado, se refieren a procesos específicos de salud- enfermedad. En el caso particular Europeo son variadas en número y en temáticas; solo hasta el siglo XIX, en Estados Unidos y gracias a la posibilidad de estudios multidisciplinarios por parte de las enfermeras, es donde se logra ampliar esta visión biologicista y se empieza a pensar a la enfermería desde un enfoque más integral, y a reflexionar sobre su esencia: el cuidado. Se empezó entonces a pensar a la enfermería como disciplina y a plantear su cuerpo de conocimientos en forma específica. Teóricas como: Henderson, Roy, Johnson, Leininger, Watson, entre otras, hicieron grandes aportes inspiradas en diferentes

corrientes filosóficas y que, hasta el día de hoy, son quienes rigen e inspiran nuestra forma de dar y enseñar el cuidado. Se hace referencia de este aspecto en la primera parte de la investigación.

Existe una tendencia investigativa que tiene que ver con los procesos de cuidado relacionado con su visibilidad ante los profesionales de enfermería y ante los usuarios de los servicios de salud, llámense cuidadores, pacientes con enfermedades específicas o enfermeras/os.

Inicialmente quisiera mencionar el estudio de Finfged- Connett (2008), realizado por la Universidad de Missouri – Columbia, en donde se buscaba mejorar la comprensión del concepto del cuidado. Por medio de un metasíntesis y la teoría fundamentada se analizaron los resultados de 49 informes cualitativos y seis análisis del concepto del cuidado. Los resultados de este trabajo indican que el cuidado es un proceso específico-interpersonal que se caracteriza por la práctica experta de la enfermera, la sensibilidad interpersonal y la relación de intimidad y cercanía. Es precedido de un receptor con necesidades y apertura del cuidado y la madurez profesional y fundamentos morales de la enfermera que cuida. Además es necesario un entorno propio para el cuidado.

En un estudio canadiense denominado *“Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretative review”* se realizó una revisión sistemática de la literatura en tres bases de datos (MEDLINE, EMBASE y CINAHL), donde se intenta encontrar literatura acerca de la forma en que se ha visualizado y medido el cuidado, ya que de acuerdo con el estudio, la contribución de enfermería, se encuentra la mayor parte del tiempo invisible a los responsables políticos y gerentes. Concluye que las conceptualizaciones actuales de rendimiento de los cuidados de enfermería en su mayoría reflejan el punto de vista del sistema establecido socialmente. (Dubois, 2013, pp. 1-20)

Un estudio realizado en Brasil en la década de los noventa muestra el fortalecimiento en la generación de conocimiento y reflexión acerca del cuidado en este país. Grupos de investigación e instituciones intensificaron sus estudios sobre el tema, entre los que destacan: Programa Integrado de Investigación Cuidando y Consolando (PIP C&C), creado en 1993, además la realización del primer Encuentro Brasileño del Cuidado y Consuelo en Enfermería, en 1996 y la creación de la revista *Cuidar es Fundamental*, de la Unirio. (Kuerten, 2009, pp.102-109).

En nuestro medio, se han realizado varios acercamientos que intentan evaluar el cuidado en los profesionales de enfermería y cuidadores de pacientes con patologías específicas. El estudio denominado: *“Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer*

Gastrointestinal”, mide y analiza la habilidad para el cuidado en cuidadores de pacientes con patologías específicas. (Ramírez, 2005, p. 7). Se realizó un estudio descriptivo-transversal, y se usó un instrumento denominado: Inventario de Habilidad del Cuidado (Care Ability Inventory - CAI), que permite analizar las relaciones humanas identificando las áreas de debilidad y fortaleza de una persona que cuida a un paciente con patología gastrointestinal oncológica en la ciudad de Cúcuta. El estudio muestra tres dimensiones específicas con los actos de cuidado que son; conocimiento, que, en este estudio mostró deficiencias para la mayoría de cuidadores; valor, encontrándose niveles de miedo al enfrentar este tipo de situaciones y finalmente paciencia, la que también se encuentra en niveles inferiores.

En un estudio realizado en el año 2011 denominado “*Habilidad de Cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud*” (Contreras, 2011, p.17) Este trabajo pretendió medir la habilidad de los profesionales de enfermería que laboran en una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel, utilizando el mismo instrumento del estudio anterior: Care Ability Inventory - CAI (Inventario de Habilidad de Cuidado). El estudio muestra la necesidad de fortalecer en cuidadores profesionales las capacidades de afrontamiento ante situaciones cotidianas del acto de cuidar; en las dimensiones de conocimiento, la mayoría de los participantes muestran buenos niveles de conocimiento, gracias a su experiencia y al tiempo laborado en el área asistencial y con respecto a las dimensiones de valor y paciencia se encontró en este estudio condiciones poco favorables para la calidad del cuidado brindado.

Investigaciones como: “Vínculo especial de Cuidado, construcción de una teoría Fundamentada”, donde surge una teoría denominada: “Trascender en un vínculo especial de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible”, se plantea la idea de una diada de cuidado entre la persona con patología crónica y su cuidador familiar, en donde se pone de manifiesto la relación simbiótica que existe entre el cuidador y el cuidado (Chaparro, 2010, pp.123-133).

En la Clínica del Country en Bogotá, en el año 2007, se estudió la forma como el personal de enfermería, la persona hospitalizada y los cuidadores familiares comprendían los comportamientos de cuidado en los principales servicios de hospitalización de la Clínica. Para este estudio, se implementó el método PCHE conocido como “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado en enfermería”, donde se encontraron los siguientes hallazgos: el 86,7% de los participantes siempre encontró una percepción de cuidado humanizado en enfermería, entre

las categorías de cuidado percibidas por los participantes en el estudio se encontraron que priorizan a la persona (89,5%), cualidades de la enfermera (89,4%), características de la enfermera (89,8%), sentimientos del paciente (87,6%), apoyo emocional (79,6%) y disponibilidad para la atención (85,4%) (Rivera, L; Triana, A, 2007, p.15). El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería. (Rivera, L; Triana, A, 2007, p. 15).

Díaz (2013), en su investigación “*Soporte social y habilidad de cuidado en Cuidadores de niños con enfermedad crónica*”, por medio de un estudio cuantitativo descriptivo correlacional, identificó características específicas de los cuidadores tales como edad, sexo, tiempo de dedicación al cuidado, y cómo la función de ser cuidadores influye en cada uno de sus aspectos sociales y de personalidad.

En el año 2009 la Universidad de la Sabana realizó un estudio descriptivo - interpretativo, denominado: “*Significado del Cuidado en la práctica profesional en enfermería*”; donde se buscó comprender las representaciones del quehacer de los profesionales de la enfermería. Entre los resultados más relevantes de este estudio, se encontró que la construcción de significados en torno al concepto de cuidado se logra a través de la experiencia humana, el intercambio transpersonal, por tanto el cuidado implica factores, creencias, actitudes y contribuciones interpersonales (Báez, F; Nava, V; Ramos, L; Medina, O, 2009).

De acuerdo con estos estudios realizados Internacional, nacional y localmente, el cuidado se convierte en una acción holísticamente humana, que pasa a ser un proceso dialéctico, donde se da la comprensión de conocimientos y emociones, que conducen a respuestas físicas y emocionales reflejados en agradecimiento recíproco entre los actores del cuidado, es decir, entre la persona y el cuidador. Cuidado que se retribuye en un mejor proceso de recuperación de la salud física y emocional del individuo. (Báez, F; Nava, V; Ramos, L; Medina, O, 2009)

Lo que se puede observar en esta búsqueda de antecedentes es una tendencia a investigar el cuidado desde su posibilidad de ser medido y mostrar la visibilidad del cuidado ya sea desde la perspectiva profesional de la enfermería o desde el punto de vista del cuidador de pacientes con patologías o eventos específicos de salud. También se puede evidenciar la necesidad investigativa de visibilizar el cuidado como parte fundamental del proceso de recuperación y bienestar del

paciente y, finalmente, lo que potencia u obstaculiza los aspectos relacionados con el cuidado de las personas.

La pregunta sobre la formación es aún más novedosa; a pesar de eso, se encuentran estudios muy interesantes, especialmente en Estados Unidos y Latinoamérica, que reflexionan el accionar del docente desde diferentes puntos de vista. Investigaciones como: *Toward a Caring Curriculum: A new pedagogy for nursing* (Bevis & Watson, 1989); *Healing Ourselves, Heling Others* (Jackson, 2004); *Enacting Connectedness in Nursing Education: Moving from pockets of rethoric to reality* (Mac Gregor, 2005); *Engaging the students and the teacher: Co-creative substantive reform with narrative pedagogy* (Diekelman, 2005). Presentan, en general, la importancia del papel que ejerce el docente y la forma de aprender del estudiante; se estudia cómo la relación docente/enfermera-estudiante/practicante, es indispensable en los procesos cognitivos y posterior desempeño del estudiante de enfermería. Pone de manifiesto cómo la relación docente-estudiante se convierte en la base para el adecuado proceso de aprendizaje y a su vez incide en el valor que le dé posteriormente en su desempeño práctico.

La corriente norteamericana es consciente de los problemas más sensibles de la profesión, poniendo el currículo de enfermería como su aspecto más relevante y trabajando a su vez en propuestas curriculares para lograr que las enfermeras hagan el cuidado de una forma más autónoma, relevando la relación docente-estudiante como pilar de este cambio curricular.

Por su parte en el caso europeo, España es uno de los países que más aportes ha hecho a la conceptualización del cuidado, por medio de estudios de corte cuali-cuantitativos; se observa la importancia de los cuidadores en la conceptualización del cuidado. Estudios como: “*La situación social de la juventud en el área del cuidado a través de la prensa escrita. Década de 1868-1878 en Alicante (España)*” (Gabaldón, 2002); “*La mujer responsable de la salud de la familia. Constatando la universalidad cultural del cuidado*” (Pezo, 2004); Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio (Frías, 2001); “*Familia y cuidados a pacientes crónicos*” (De la Cuesta, 2001); muestran la fuerte tendencia europea de estudiar el cuidado desde la óptica de los cuidadores.

Investigaciones relacionadas con la formación de enfermería, en el escenario europeo son de mucha relevancia. Estudios como: “*Uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del proceso de atención de enfermería en una unidad hospitalaria en España. Descripción de técnica de grupos focalizados* (Zaragoza, 2001); estudios ingleses

como: *“Nurse education in English universities in a period of change: expectations of nurse academics for the year 2008”* (Deans, Congdon, Sellers, 2003); *“Educating for care: a review of the literatura* (Bassett, 2001), nos muestran la inquietud europea que mediante métodos cuali-cuantitativos pretenden revelar la importancia de la conceptualización y visualización del cuidado en el plan curricular de enfermería. Esta necesidad de replantear el currículo hace que algunas investigaciones Europeas, piensen el cuidado desde una esfera más allá de lo biológico y trascienda a los aspectos social, humano y ético.

Por su parte en Colombia, de acuerdo con lo encontrado, se encuentran dos tendencias: existe una que tiene que ver con el cuidado y su percepción e implicación social y el cuidado desde la formación.

El cuidado ha sido estudiado desde su percepción social también en Colombia. Estudios como: *“La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud”* (Castillón, 2005), *“Actitudes de la enfermera percibidas como calidad de cuidado por un grupo de mujeres en trabajo de parto en el Hospital de San Blas, E.S.E.* (Lizarazo, 2002), *“Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la UCI del Hospital Santa Clara. Bogotá* (Cardona, 2000) y *“Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia”* (Daza de Caballero, 2006) nos muestran la búsqueda de la comprensión del valor social del cuidado de la enfermería en la actual crisis del sector salud. De estos estudios se destaca la visión del otro, de cómo es percibido por parte de los sujetos del cuidado y de cómo se transforma en el contexto laboral.

Desde su tendencia de la formación, el cuidado tiene a su vez tres claras vertientes. Una que se refiere al estudio del cuidado desde la universidad, como institución y como procesos curriculares, en los cuales investigaciones como: *“Análisis de los planes de atención de enfermería realizados por un grupo de estudiantes de la Universidad de Antioquia.”* (Vélez, 1999); *“Coherencia teórica y práctica del núcleo profesional del currículo de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional”* (Porras, 1996); *“El contenido curricular de familia y su coherencia interna en el programa de pregrado de enfermería”* (Munar, 2002); *“Currículo por competencias en la Universidad de La Sabana”* (Ospino, 2006.); *“Análisis documental en el diseño curricular: un desafío para los docentes”* (Tovar, 2007); estudia en general la coherencia

que existe entre los documentos escritos institucionalmente a través de los currículos, los planes de estudio y de la manera como se traduce en la realidad del cuidado.

La segunda vertiente tiene que ver con estudios que hablan desde la perspectiva de los actores institucionales, específicamente docentes y estudiantes *“El significado de la formación integral en estudiantes de último semestre de la facultad de salud de la Universidad del Valle”* (Tovar, 2002) *“Formación integral de los estudiantes: percepción de los profesores de la facultad de salud de la Universidad del Valle”* (Angulo, 2007) en donde se investiga la percepción y las vivencias que tienen docentes y estudiantes acerca de sus procesos académicos-formativos institucionalizados. Estudios que concluyen, en general, con la existencia de brechas entre lo planteado institucionalmente desde la formación integral y las ideas y percepciones que tienen docentes y estudiantes acerca de ella.

Estudios realizados con egresados de los programas constituyen la última vertiente de las investigaciones rastreadas. *“Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud”* (Argote, 2001) de la Universidad del Valle; *“Egresados de las especializaciones de enfermería. Evaluación de una década”* (Ramírez, 2005), *“Desempeño profesional del egresado de Enfermería de la Universidad del Cauca, 1987-1998”* (Pérez, 2000) *“Ejercicio laboral de las (los) egresadas(os) en Colombia en los últimos 10 años en relación con su perfil de formación en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS”* (ACOFAEN, 2008), concluyen que los egresados de los distintos programas de enfermería se sienten satisfechos con la formación recibida en la universidad, han participado en buena medida en la generación de empresas y han recibido reconocimientos en su vida laboral.

En esta búsqueda se puede observar que la pregunta por la formación en enfermería ha existido y está vigente en la actualidad. Las investigaciones hechas, hasta el momento, han dado grandes aportes a la disciplina, que en general tienen que ver con los aspectos específicos asistenciales del cuidado relacionado con los cuidadores o con el cuidado de patologías específicas y aspectos del cuidado desde su formación académica. Pero aún falta profundizar en el sentido que tiene el cuidado para quienes formamos parte de la institución educativa universitaria y cómo desde ella, podemos seguir trabajando para proponer alternativas de solución concretas en un contexto específico, como el colombiano.

3. Área temática

Este tercer capítulo está constituido por dos categorías de análisis: el primero se refiere a la teorización en torno a la enfermería como disciplina. En este sentido, se desarrolla una estructura teórica fundamentada inicialmente en las temáticas relacionadas con los niveles de abstracción conceptual o metaparadigmas: *persona, salud, entorno o ambiente y enfermería*, aplicados al conocimiento de la enfermería planteados por Fawcett (2005) a partir de los que se estructurará posteriormente el análisis de las principales teorías en el campo de la enfermería. Igualmente, para un mayor nivel de comprensión teórica, se despliega un estudio sobre las categorías del conocimiento en enfermería, donde se describen las categorías relativas al conocimiento del desarrollo, las categorías sistémicas y las categorías de conocimiento desde la interacción.

La segunda categoría de análisis tiene que ver con la perspectiva humanística desarrollada bajo el concepto del cuidado. Esta categoría tiene que ver con las descripciones de las principales teorías enunciadas por enfermería. Para esto se realiza una revisión de las principales premisas de los Modelos Conceptuales en Enfermería, los que también se van desarrollando de acuerdo con la estructura de niveles de abstracción conceptual de Fawcett. En esta parte se tratan modelos tales como Modelo del Entorno de Nightingale, Modelo de Sistemas de Newman, Modelo de Autocuidado de Orem, entre otros.

Así también, se tratan algunos de los planteamientos de reconocidas autoras en el campo de la enfermería, como lo son: Virginia Henderson, desde el campo funcional de la enfermería, Patricia Benner, en el ámbito situacional, Jean Watson, en relación a los conceptos del cuidado humano, Nola Pender, en temas de Promoción de la Salud, entre otras perspectivas teóricas. Se describen a su vez, las aportaciones de las diferentes teorías relacionadas con las escuelas de pensamiento en enfermería como es el caso de las teorías de las necesidades, las teorías de la interacción, las teorías humanísticas y las teorías de los resultados del cuidador, en las que se tratan de establecer las interacciones y relaciones entre los actores de cuidado humano, sean estos pacientes, enfermeras y medio ambiente.

A su vez, Marriner (2005) clasifica los diversos modelos y teorías de acuerdo con el nivel de abstracción conceptual en: metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, gran teoría, teoría y teorías de nivel intermedio, las que se ejemplifican en el siguiente cuadro.

Categoría	Concepto	Teóricas
Meta paradigma	Nivel de conocimiento más abstracto. <i>“Hay un consenso general de que el metaparadigma de la enfermería consta de los conceptos centrales de persona, entorno, salud y enfermería”</i> (Power & Knapp, citados en Marriner, 2005, p. 8)	
Filosofía	Especifica las definiciones de los conceptos de meta paradigma	Nightingale Watson Benner Wiedenbach Henderson Abdellah Hall
Modelos conceptuales y grandes teorías	Ofrecen distintos puntos de vista según la característica de cada modelo	Orem Levine Roger Johnson Roy Newman King Roper

Teorías y teorías de enfermería de nivel medio	<p>Teoría de enfermería: Grupos de conceptos relacionados que se derivan de los modelos de enfermería.</p> <p>Teoría nivel medio: Son el grado menos abstracto de todo conocimiento teórico, puesto que incluyen detalles específicos de la práctica de enfermería.</p>	<p>Peplau</p> <p>Orlando</p> <p>Travelbe</p> <p>Leininger</p> <p>Parse</p> <p>Pender</p>
--	---	--

Cuadro No 1. Modelos y teorías según niveles de abstracción. Tomado de: Marriner (2005)

3.1.2. Niveles de abstracción conceptual

A continuación, se describirán los diferentes niveles de abstracción conceptual aplicados al conocimiento en enfermería: Metaparadigma, Filosofía, Modelo Conceptual y Teoría, teniendo como base la tesis planteada por Fawcett (2005) en su obra “*Contemporary Nursing Knowledge*”.

3.1.2.1. Metaparadigma

El primer componente de la estructura jerárquica, epistemológica en enfermería, hace referencia al concepto de metaparadigma, que es definido como:

El concepto global que identifica el fenómeno central de interés de la disciplina, la proposición global que describe el concepto y el enunciado global que establece la relación entre dos o más conceptos y la proposición global que establece la relación entre los conceptos. (Fawcett, 2000, p. 4)

El metaparadigma en enfermería está compuesto por cuatro elementos que son: persona, ambiente, salud y enfermería. El concepto metapadigmático *persona*, se refiere a los individuos,

familias, comunidades y otros grupos que son participantes en enfermería. El concepto meta paradigmático *ambiente* se refiere a personas significativas para el individuo y los ambientes físicos, al igual que a los escenarios en los cuales las acciones de enfermería tienen lugar. El concepto metaparadigmático *salud*, se refiere al estado de bienestar en el momento en que se dan los cuidados de enfermería. Finalmente, el concepto metaparadigmático *enfermería* se refiere a las acciones que tienen lugar por parte de la enfermera. Las acciones de enfermería típicamente se ven como un proceso sistemático de valoración, rotulación o diagnóstico, planeamiento, intervención y evaluación.

3.1.2.2. Filosofía

La contribución filosófica y teórica de Florence Nightingale sirvió para formar las bases de las primeras escuelas de formación en Estados Unidos a principios del siglo XX. Marriner en su texto “Modelos y teorías en enfermería” (2005), plantea cinco etapas que marcaron un hito en la historia de la enfermería profesional. La primera de ellas se refiere a la existencia de un fuerte componente práctico en las escuelas de formación, la segunda, llamada *era del currículo*, donde se traslada la academia de los hospitales a las universidades. A raíz de este proceso surge la tercera etapa denominada *era de la investigación*, donde se concluye que en la década de los setenta las enfermeras empezaron a participar en la investigación y a formar parte de cursos de investigación en los programas de formación de enfermería (Marriner, 2005, p. 4).

Luego sobrevino la *era de la educación superior* en donde se empezaron a crear maestrías y doctorados en enfermería para suplir las necesidades de educación especializada y es allí donde empiezan a surgir las primeras teorías.¹ La *era de la teoría* se caracteriza por ser una extensión natural de la era de la investigación y la educación superior, por cuanto no era posible el desarrollo investigativo sin un fuerte componente teórico (Marriner, 2005, p. 4), esto evidenció cómo, al mejorar la investigación se empezaba a sentir el vacío teórico. Es entonces cuando la investigación y la teoría fueron concibiendo el rigor científico de la enfermería. Finalmente, en la

¹ Estas teorías surgen como esfuerzo individual de líderes en enfermería, las cuales al ver la imposibilidad del modelo biomédico para describir, explicar y evaluar las actividades del cuidado, se ven en la necesidad de crear su propia conceptualización. Por lo tanto, los constructos teóricos buscaron darle un rigor científico a la enfermería.

era contemporánea las teorías tienen una fuerte orientación hacia la práctica, encontrándonos en la actualidad en ese momento histórico.

Los orígenes de las concepciones filosóficas y epistemológicas de las principales teóricas de la enfermería se remiten a Platón y Aristóteles. El primero, con su concepción idealista, intangible y difícilmente cuantificable y el segundo, con su visión pragmática y cuantificable, influyeron en los pensamientos y tendencias de las teóricas en enfermería y, a su vez, dieron cabida a lo que los autores de enfermería denominan la versión recibida y la versión percibida de la ciencia, es decir, aquello que se ha entendido tradicionalmente como ciencia (lo que se puede medir objetiva y sistemáticamente) y aquello que se descubre a través de la experiencia propia de la enfermería (Díaz, 2005, p. 10). En la primera, los fenómenos se pueden ver como si fueran aislados, entidades reductibles con propiedades medibles, que tienen una relación ordenada, la segunda se relaciona con la primera, excepto que el contexto del fenómeno y la realidad se ve de manera multidimensional (Monti, 1999).

Se ha identificado en cada una de estas versiones algunas teóricas, como se ilustra en el siguiente esquema:

	Filosofía de la ciencia	Filosofía del pensamiento	Filosofía de la enfermería	Teóricas
Aristóteles	Recibida (Antiguo) Estudia la naturaleza Demostrable Acontextual	Positivismo (Modernismo)	Visión reactiva Enfoque cuantitativo	Dorothy Johnson Callista Roy Betty Newman
			Visión recíproca	Patricia Benner
Platón	Percibida (Nuevo) Estudia el pensamiento Subjetivo Con contexto	Corrientes post-positivistas Fenomenología Hermenéutica Humanismo Idealismo Existencialismo	Enfoque cualitativo y cuantitativo	Madeleine Lenninger Dorotea Orem
			Visión simultánea Enfoque cualitativo	Martha Roger Margaret Newman

Cuadro No 2. Enfoques filosóficos en enfermería. Tomado de Díaz, L. (2005).

En este punto es importante enfatizar más sobre las visiones de enfermería, las cuales Fawcett (2000) explica muy bien en el primer capítulo de su texto: “*Analysis and evaluation of contemporary Nursing Knowledge*. Capítulo denominado: *Structure and use of Nursing knowledge*. Lo dicho en este capítulo se ilustra en el siguiente esquema:

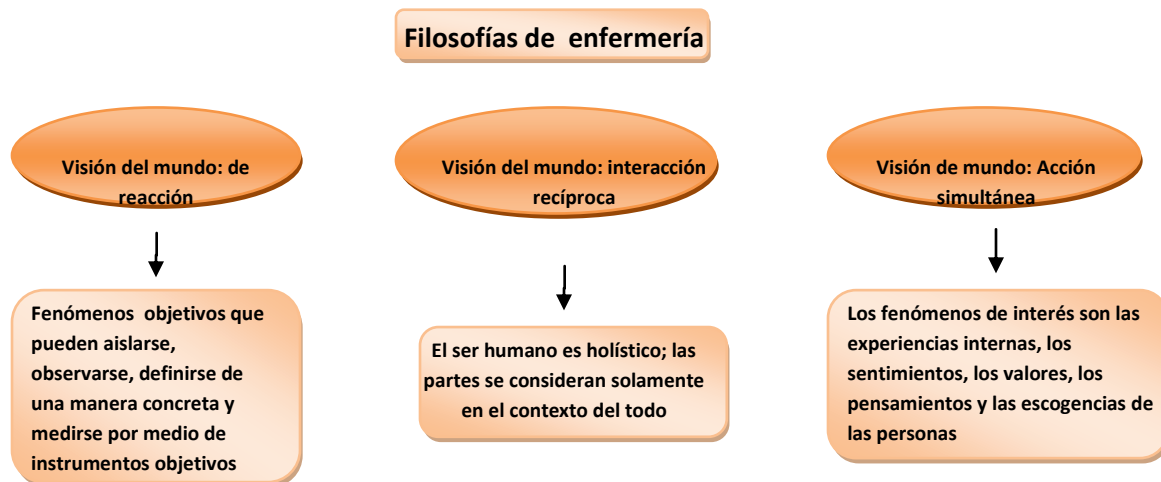


Figura No 2. Filosofías en Enfermería, tomado de Fawcett. *Structure and use of Nursing knowledge* (2000)

Visiones que tradicionalmente han ido recorriendo la historia de la enfermería y que se convierten en un referente para todas las pensadoras y teóricas, las que plasmaron, de acuerdo a su visión de mundo, sus propios pensamientos en las teorías planteadas.

En la última edición del texto “*Contemporary Nursing Knowledge*” Fawcett (2005), explica detalladamente cada una de las anteriores visiones.

1. **Visión de mundo:** de reacción: tiene en cuenta tres aspectos:

- a) “*Los seres humanos son bio-psico-social-espirituales. La metáfora es que el ser humano está compartimentado*”. Fawcett explica como el ser humano está dividido en varios aspectos que van más allá de lo biológico, y pone de manifiesto otros aspectos como lo social, lo espiritual, entre otros, de igual nivel de importancia a los aspectos biológicos.

- b) *“Los seres humanos reaccionan al medio ambiente externo y a estímulos casuales”*. Se interpreta como la forma innata de reacción de cualquier ser humano, lo que se produce ante un estímulo, generalmente externo a él.
- c) *“Los cambios ocurren sólo para la supervivencia y como consecuencia de una condición antecedente predecible y controlable”*. Esto significa que las experiencias que tienen las personas, indudablemente intervienen en su forma de actuar y de comportarse. Por lo tanto teniendo como base lo vivido, el ser humano tiende a cambiar para acercarse más a estados de felicidad y confort.
- d) *“Sólo los fenómenos objetivos pueden ser aislados, observados, definidos, medidos y estudiados”*. Esta parte hace referencia a la tradicional tendencia a cuantificar y medir el conocimiento. Tendencia indispensable para acercar la enfermería a las ciencias exactas.

2. Visión de mundo: Interacción recíproca. De acuerdo con Fawcett (2005), esta visión de mundo es una síntesis de elementos como: organístico, simultaneidad, totalidad, cambio, persistencia y visiones de mundo interactivo-integrativo. Tiene en cuenta cuatro aspectos:

- a) *“Los seres humanos son partes holísticas vistas sólo en el conjunto del contexto. La metáfora consiste en la interacción del ser humano, quien en esta visión es visto como un ser no reductible a discretas partes”*. Se reconoce al ser humano como partes indivisibles, que se desarrollan en forma completa en la medida en que se articulan con su medio ambiente.
- b) *“Los seres humanos son activos, su interacción con otros seres humanos y con el medio ambiente es recíproca.”*. De nuevo aparece en Fawcett(2005) la posibilidad innata del ser humano de relacionarse entre sí, con otros seres humanos y a su vez con el medio ambiente. Lo que genera interacciones necesarias para el desarrollo de sí mismo y de otros en su entorno.
- c) *“El cambio es una función con múltiples factores. Es probabilística y tal vez continua o tal vez solo por sobrevivir”*. Fawcett(2005)de nuevo explica como las experiencias en la vida de las personas, las motiva a generar cambios, que deben proyectarse en su vida futura en forma positiva, garantizando el bienestar propio y de personas cercanas.
- d) *“Realidad y multidimensionalidad es relativa y depende del contexto”*. En esta parte se evidencian ya cambios paradigmáticos de pensamiento, en donde la realidad y la ciencia no

sólo es cuantificable, sino que es multidimensional y se puede estudiar desde distintos enfoques del conocimiento.

3. Visión de mundo de acción simultánea. De acuerdo con Fawcett,(2005)esta visión de mundo combina elementos de las visiones organístico, simultaneidad, unitaria-transformativa y tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- a. *“Los seres humanos son unitarios y se identifican por patrones o modelos”*. En esta parte ya se reconoce al ser humano como algo más que la suma de sus partes, y se identifica en él aspectos que se reconocen a través de patrones de comportamiento.
- b. *“El ser humano está en mutuo y rítmico intercambio con su medio ambiente”*. Se observa aquí el reconocimiento más en profundidad acerca de la relación, ahora innegable del ser humano y su medio ambiente, cómo y de qué manera, éste influye en él y viceversa.
- c. *“Lo seres humanos cambian continuamente, impredeciblemente, direccionándose a su más compleja auto organización”*. De nuevo aquí una visión del ser humano donde él, no solo se adapta a su medio ambiente, sino que se organiza de tal forma que este actúe en forma rítmica y coordinada con él y su entorno.
- d. *“El fenómeno de interés es el conocimiento personal y el reconocimiento de patrones”*. En este punto se pone énfasis en el desarrollo del conocimiento desde la subjetividad del ser humano, entendiéndola como el aspecto emocional, sentimental, espiritual e intangible del mismo.

3.1.2.3. Modelos conceptuales

Los modelos conceptuales en enfermería son las presentaciones explícitas y formales de algunas imágenes de enfermería privadas e implícitas. Los modelos conceptuales de enfermería explícitos

(...) facilitan las orientaciones filosóficas y pragmáticas a las enfermeras de servicio y dan a los pacientes un servicio que solamente las enfermeras pueden dar, un servicio que ofrece una dimensión al cuidado total, diferente de aquella que cualquier otro profesional de la salud da. (Johnson, 1987, p. 195)

De acuerdo con Fawcett (2000), un modelo conceptual “*es un conjunto de conceptos generales y abstractos que direccionan un fenómeno de interés central a la disciplina*”. El uso de un modelo conceptual explícito ayuda a alcanzar consistencia en la práctica de la enfermería, facilitando la comunicación entre las enfermeras, reduce los conflictos entre las enfermeras que pudieran tener diferentes metas implícitas para su práctica y da un modelo sistemático para investigar en enfermería, para la educación, la administración y la práctica.

A continuación, se describen algunos de los modelos teóricos que han tenido una marcada influencia y han orientado, desde aspectos filosóficos y pragmáticos, la práctica en el campo de la enfermería.

- *Modelo del entorno de Florence Nightingale.*² La teoría Nightingale se centró en el entorno. Aunque nunca expresó específicamente este término en sus escritos, definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Aunque definió estos conceptos con exactitud, no separó el entorno del paciente específicamente en aspectos físicos, emocionales o sociales; aparentemente supuso que todos esos aspectos se incluían en el entorno.

Nightingale pensaba que la enfermedad era un proceso reparador. Para ella, la enfermedad era un esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o una reacción contra las condiciones en las que se encontraba la persona (Marriner, 2005, p. 79). Nightingale no habló específicamente de la conducta de cuidado de las enfermeras, en cambio enfatizó en la vocación y el compromiso que debía tener la enfermera para desempeñar su rol. Conductas como vigilar a los pacientes por la noche, sentarse con ellos durante el proceso de la muerte, estar cerca de ellos durante los procedimientos quirúrgicos, escribirles cartas y proporcionarles material de lectura, incluyendo una sala adecuada durante su recuperación, era

² Nightingale, nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia. Completó sus estudios como enfermera en 1851, cuando entró en Kaiserweth, Alemania, una comunidad religiosa protestante que disponía de un hospital. Durante la guerra de Crimea, recibió la petición de ir a Scutari, Turquía para ocuparse de proporcionar atención de enfermería profesional a los soldados británicos heridos. A su regreso a Inglaterra fundó la primera institución educativa de enfermería en el St. Thomas Hospital y en el King College Hospital de Londres. (Marriner, 2005, p. 79).

loque ella denominaba acciones específicas de la enfermera y que para la época era completamente innovador.

Los conceptos metaparadigmáticos Persona, Entorno, Salud y Enfermería, los define Nightingale, según Marriner (2005), de la siguiente forma:

Persona: en la mayoría de sus escritos Nightingale hace referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban acciones para y por un paciente, y controlaban el entorno de ese paciente para favorecer su recuperación. En la mayoría de los casos, el paciente era sujeto pasivo de esta relación.

Entorno: la autora lo define como aquellos elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermas e incluye desde la comida y las flores, hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente. Su consejo para las enfermeras, tanto a las que proporcionaban atención domiciliaria como a las enfermeras profesionales de los hospitales, era crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y la recuperación del paciente.

Salud: Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Ella concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Lo que describió fue la enfermería de salud pública moderna y el más moderno concepto de promoción de la salud.

Enfermería: Nightingale creía que toda mujer, en algún momento de su vida, ejercía la enfermería de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona.

- *Modelo de autocuidado de Dorothea E. Órem.*³ Basa su teoría en el concepto de autocuidado. El autocuidado es una actividad de personas maduras y con convencimiento, que tienen el poder y que han desarrollado las capacidades para el uso apropiado, fiable y válido para regular su propio funcionamiento, en medio ambientes estables o cambiantes. El autocuidado es el uso deliberado de los medios para controlar o regular los factores internos y externos

³ Nacida en Baltimore. Egresada de la Escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington D.C. Obtuvo un BSN de la Universidad Católica de América en 1939 y un Máster of Science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad. Dentro de sus principales obras están: la primera edición de *Nursing: Concepts of practice* (1971), se han editado tres más, siendo la última edición de 1991. (Marriner, 2005).

que afectan la tranquila actividad, funciones y procesos de desarrollo que contribuyen al bienestar de la persona. (Órem, 2001, p. 43)

Órem considera su teoría de enfermería en función con el déficit del autocuidado compuesta a su vez por tres teorías relacionadas:

1. *Teoría del autocuidado*: Relacionado con todos los aspectos que tienen que ver con acciones que conlleven a un mantenimiento o mejoramiento de la salud propia y del contexto.
2. *Teoría del déficit del autocuidado*: Se refiere a las limitaciones de acción o de conocimientos relacionados con las prácticas que conlleven a mejorar la propia salud o la del entorno.
3. *Teoría de los sistemas de enfermería*: Es lo que se construye a través de la relación enfermera-paciente. En esta teoría, Órem identifica tres tipos de sistemas de enfermería:
 - a) Sistema de enfermería totalmente compensador: Cuando se está compensando una carencia total de autocuidado.
 - b) Sistema de enfermería parcialmente compensador: Es cuando la enfermera y el paciente participan activamente en la realización del autocuidado y
 - c) Sistema de apoyo educativo: Es cuando el paciente es capaz de realizar todas sus funciones y la enfermera solo debe enseñarle a hacerlo.

Esta teoría proporciona una visión general del desempeño de la enfermería desde el autocuidado y ha sido muy bien aceptada y adaptada para modelos educativos y de enfermería en contextos colombianos.

El modelo del autocuidado desarrollado por Órem, guarda relación con los componentes del concepto metaparadigmático: ser humano, medio ambiente, salud y enfermería de Fawcett (2005), que se definieron anteriormente. En relación a este modelo, cada referencia conceptual está clasificada de acuerdo a su metaparadigma precursor.

El concepto metaparadigmático *ser humano*, está representado en el autocuidado por conceptos como: Paciente, demanda terapéutica de autocuidado, autocuidado, agente de autocuidado, dependientes del cuidado, agentes dependientes del cuidado, factores condicionantes básicos, componentes de energía, déficit de autocuidado y déficit de dependientes de cuidado. El concepto metaparadigmático *medio ambiente*, es representado en el autocuidado por conceptos

como: características del medio ambiente, que a su vez tiene dos dimensiones: características físicas, químicas y biológicas y características socioculturales. El concepto metaparadigmático *salud*, es representado en el autocuidado por conceptos como: Estado de salud y bienestar. Cada uno de esos conceptos es unidimensional. El concepto metaparadigmático *enfermería*, es representado en el autocuidado por conceptos como: Acción de enfermería, que a su vez tiene tres dimensiones: sistema social, interpersonal y sistema tecnológico-profesional.

- *Modelo de sistemas de Betty Neuman:*⁴El modelo de sistema de Neuman considera al paciente como una persona en su totalidad, o sea una mezcla de todos los factores que influyen en su persona, como son: psicológicos, biológicos, físicos y hasta espirituales. Neuman ve la enfermería como: “La única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan a la respuesta del individuo al estrés” (Marriner, 2005, p. 274).

Los conceptos que maneja el modelo Neuman son:

1. Aproximación integral al paciente: el paciente como sistema puede ser una persona, una familia, un grupo o una comunidad.
2. Concepto integral: se refiere ver al paciente como un todo que incluye todos los factores que influyen sobre él.
3. Sistema abierto: intercambios de energía dentro y fuera del individuo.
4. Entorno: fuerza internas y externas que afectan al paciente.
5. Entorno creado: movilización inconsciente por parte del paciente para lograr el equilibrio.
6. Contenido: variables del hombre y su interacción con el entorno.
7. Estructura básica: factores de supervivencia comunes a todo hombre.
8. Proceso o función: todo sistema vivo tiende a moverse en busca de integridad.
9. Entrada y salida: materia, energía e información que se intercambia entre el hombre y su entorno.
10. Retroalimentación: materia, energía e información que es capaz de ser analizada y realizar los correctivos necesarios.

⁴ Nació en 1924 en Ohio. Enfermera graduada de la Escuela de Enfermería del People Hospital, en Akron, Ohio en 1947. En 1966 obtuvo el grado de maestría en Salud Mental, por la junta de Salud pública de UCLA. Obtuvo el grado de Doctor en Psicología Clínica en 1985 por la Pacific Western University. Su principal obra: “*The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*”. La cual ha sido publicado en dos ediciones.(Marriner, 2005).

11. Negentropía: utilización de la energía que conlleva al bienestar del hombre.
12. Estabilidad: cuando se enfrentan con éxito los factores estresantes.
13. Prevención: acciones encaminadas a mantener, recuperar o alcanzar la estabilidad o el equilibrio de su sistema. La prevención se divide en: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria, de acuerdo al momento en que se realice la acción.

De acuerdo con Fawcett (2005), los conceptos metaparadigmáticos de ser humano, medio ambiente, salud y enfermería, se hacen evidentes en el modelo de sistemas de Neuman de la siguiente forma: El concepto metaparadigmático *Ser humano* es representado en el modelo de sistemas de Neuman por conceptos como: sistema cliente/cliente, interacción de variables, estructura básica, línea flexible de defensa, línea normal de defensa y líneas de resistencia. El concepto sistema Cliente/cliente tiene cuatro dimensiones: individual, familiar, comunitario y social. El concepto interacción de variables tiene cinco dimensiones: variable fisiológica, variable psicológica, variable sociocultural, variable de desarrollo y variable espiritual. El concepto de estructuras básicas, línea flexible de defensa, línea normal de defensa y líneas de resistencia son unidimensionales. El concepto metaparadigmático *medioambiente* es representado por el modelo de sistemas de Neuman por conceptos como medio ambiente interno, medio ambiente externo, medio ambiente creado y factores de estrés. Los conceptos medio ambiente interno, medio ambiente externo y medio ambiente creado son unidimensionales. El concepto factores de estrés tiene dos dimensiones: factores de estrés interpersonal y extra personal. El concepto metaparadigmático *saludes* representado en el modelo de sistemas de Neuman por conceptos como: la relación salud-bienestar que define una estabilidad óptima del sistema cliente, variaciones de bienestar, enfermedad y reconstitución. Cada concepto es unidimensional. El metaparadigma Enfermería es representado en el modelo de sistemas de Neuman por conceptos como prevención e intervención. Este concepto tiene tres dimensiones prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria como intervención.

- *Modelo de adaptación de Sor Callista Roy*⁵ Hace una diferenciación de la enfermería como: ciencia y como disciplina profesional.

⁵ Miembro de las hermanas de San José de Carondelet, nació en 1939 en Los Ángeles California. Obtuvo un Bachelor of Art en Enfermería en 1963 en el Mount Saint Mary's College de Los Ángeles y un Master en

«La ciencia de la enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo acerca de las personas, que observa, clasifica, y relaciona los procesos por medio de los cuales, las personas afectan positivamente su estado de salud» Y la enfermería como disciplina profesional, la define Roy (1984) como “El cuerpo de conocimientos científicos acerca de la enfermería, utilizados con el propósito de proporcionar un servicio esencial a la gente, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud.”(Roy, 1984; p.10)

El modelo de Roy se basa en la adaptación del hombre. En la capacidad que tiene este de encontrar aspectos en su medio ambiente para adaptarse de manera permanente al mismo. Por ende la enfermera tiene como objetivo ayudar a que esa adaptación al medio ambiente se realice de forma satisfactoria y beneficiosa para la salud de las personas.

Los cuatro modelos adaptativos interrelacionados son:

1. Necesidades fisiológicas.
2. Auto concepto.
3. Función de rol.
4. Interdependencia.

De acuerdo con Fawcett (2005), los conceptos metaparadigmáticos: ser humano, medio ambiente, salud y enfermería son reflejados en el concepto del modelo de adaptación de Roy de la siguiente forma: El concepto metaparadigmático *ser humano* es representado por el modelo de adaptación de Roy con conceptos como: sistema humano adaptativo, afrontamiento de procesos, comportamientos, modos adaptativos. El concepto sistema humano adaptativo tiene dos dimensiones: individual, personas y grupos o relación de las personas. El concepto afrontamiento de procesos tiene cuatro dimensiones: subsistema de afrontamiento regulador, subsistema de afrontamiento estabilizador y subsistema de afrontamiento innovador. El concepto de comportamientos tiene a su vez dos dimensiones: respuesta adaptativa y respuesta inefectiva. El concepto de modos adaptativos tiene cuatro dimensiones: Modo fisiológico/ Físico, modo auto concepto/identidad de grupo, modo de función de roles y modo de interdependencia. El componente fisiológico de la dimensión psicológica/física tiene nueve subdimensiones:

Ciencias de la Enfermería, por la Universidad de California en 1966. Posteriormente obtuvo un M.A. en Sociología en 1963 y un PhD en Sociología en 1977, ambos en la Universidad del California. Su principal obra: “*Essentials of the Roy Adaptation Model*”, desarrolla su propio modelo de adaptación. Es miembro de la Academia Americana de Enfermería.(Marriner, 2005).

Oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, sensaciones, fluidos, electrolitos y balance ácido-básico, función neurológica y función endocrina.

El concepto metaparadigmático *medio ambiente* es representado por el modelo adaptativo de Roy por el concepto de estímulos. Este concepto a su vez tiene tres dimensiones: estímulo focal, estímulo contextual y estímulo residual.

Los conceptos metaparadigmáticos ser humano, son representados por el modelo adaptativo de Roy por los conceptos de: adaptación y niveles de adaptación. El concepto de adaptación tiene cinco dimensiones: supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio y transformación de la persona y el medio ambiente. El concepto de niveles de adaptación tiene tres dimensiones: proceso de integración de la vida, proceso compensatorio de la vida, y proceso de compromiso de la vida. El concepto metaparadigmático *salud* es representado por el modelo de adaptación de Roy por el mismo concepto de Salud, que considera unidimensional. El concepto metaparadigmático de *enfermería* es representado por el modelo de adaptación de Roy por el concepto de ciencia y arte.

- *Modelo de ciencia de los seres humanos unitarios de Martha E. Rogers.*⁶De acuerdo con el modelo de Rogers (1970), la enfermería se define como una profesión que se aprende, es una ciencia tanto como un arte. “La enfermería es una ciencia humanística dedicada, con compasión, a mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad y asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado ”Rogers también considera que el proceso de la vida está caracterizado por factores tales como integridad, franqueza, unidireccionalidad, modelo, organización, receptividad y pensamiento.

De acuerdo con Fawcett, 2005, los conceptos meta paradigmáticos ser humano y medio ambiente son representados por el modelo de la ciencia de los seres humanos unitarios con el concepto de Campos de Energía, modelo de apertura, pandimensionalidad, homeodinámica. El concepto de campos de energía tiene dos dimensiones: campo de energía humano y campo de

⁶ Nacida en 1914 en Dallas, Texas. Graduada de la Escuela de Enfermería del Hospital General de Knoxville en 1936. Obtuvo un MA en Supervisión de Enfermería en la Sanidad Pública del Teacher’s College, de la Universidad de Columbia, New York en 1945 y un MPH en 1952 y un ScD en 1954, ambos en la Universidad John Hopkins de Baltimore. Su principal obra fue publicada en 1970 “*An introduction to the Theoretical Basis of Nursing*”.(Marriner, 2005)

energía del medio ambiente. El concepto de homeodinámica tiene tres dimensiones: resonancia, helicidad e integralidad. El resto de conceptos son considerados unidimensionales.

El concepto metaparadigmático salud es representado por el modelo de ciencia de los seres humanos unitarios como bienestar y lo considera a su vez unidimensional. El concepto metaparadigmático enfermería es representado por el modelo de ciencia de los seres humanos como: ciencia independiente de la enfermería y arte en la práctica de enfermería. Los dos conceptos son considerados unidimensionales.

3.1.2.4. Teorías

Se refiere a uno a más conceptos relativamente concretos y específicos que se derivan de un modelo conceptual. Las teorías varían en su nivel de abstracción y alcance. El tipo más amplio y abstracto de las teorías se denomina grandes teorías. El tipo más concreto y estrecho se le llama teoría de mediano rango. En la academia se han utilizado varios términos para referirse a las teorías. Algunos de estos términos son: gran teoría, macro teoría, micro teoría, teoría de mediano rango, teoría práctica, praxis de la teoría, marco teórico. (Marriner, 2005)

Gran teoría y teoría de mediano Rango

Una función de una teoría es estrechar y especificar más concretamente el fenómeno que está contenido en un modelo conceptual. Las teorías varían en su nivel de abstracción y alcance. El tipo más amplio y abstracto de las teorías se denominan como grandes teorías. El tipo más concreto y estrecho de teorías se llama teoría de mediano rango. De acuerdo con Fawcett (2005) las grandes teorías son amplias en alcance. Están compuestas de modelos y proposiciones que son menos abstractas y generales que las de un modelo conceptual, pero si son más abstractas y generales que las de una teoría de mediano rango. Las teorías de mediano rango son más estrechas en cuanto a su alcance que las grandes teorías. Están compuestas de un número limitado de conceptos y de proposiciones que se escriben en un nivel relativamente concreto y específico. Las teorías de mediano rango a su vez se clasifican en tres: a) Descriptiva: al ser más básica, se limita a describir o clasificar un fenómeno, por lo tanto pueden comprender solo un

concepto. b) Explicativo: estas especifican relaciones entre dos o más conceptos y c) Predictivo: que va más allá de la explicación a la predicción de relaciones precisas entre conceptos.

Algunas teóricas de la enfermería

En adelante, se expondrán las contribuciones de algunas de las principales teóricas de la enfermería en torno a este concepto desde enfoques filosófico- teóricos, que permitirán tener una mejor comprensión de la conceptualización de la disciplina.

- *Teoría Funcional de Virginia Henderson.*⁷ Considerando sus contribuciones desde un enfoque filosófico, Henderson define la enfermería en términos funcionales como:

La única función de la enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer ésta de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. (Henderson, 1966,citado por Marriner, 1994, p. 105).

Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Ella hace referencia a catorce necesidades básicas del paciente a través de las cuales él puede mantener o restablecer su independencia, estas son: respiración, alimentación, eliminación, movilidad, sueño y descanso, elección y posibilidad de prendas para vestirse y desvestirse, temperatura corporal, limpieza de la piel y tegumentos, evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros, comunicación, espiritualidad y creencias de fe, auto realización con el trabajo realizado, juego y participación en actividades deportivas y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca al desarrollo y a una salud normal.

⁷ Nacida en Kansas City en 1897, se graduó de enfermera en 1921 en la Army School of Nursing de Washington. Su principal obra "*The nature of Nursing*", publicada en 1978, describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. Doctorado *Honoris Causa* en: Universidad Católica de América (USA), Pace University (USA), University of Rochester (USA), Western University of Ontario (Canadá) , Yale University (USA), Old Dominion University (USA), Boston College (USA), Tomas Jefferson University (USA), Emory University (USA) y Universidad de Barcelona (España).(Marriner, 2005).

- *Teoría Situacional de Patricia Benner:*⁸ afirma que el diálogo entre la teoría y la práctica es la base para la construcción de la enfermería. Benner (1984) sostiene que la enfermería no se ha preocupado por la observación y la investigación de sus propias prácticas. “Esta ausencia de observación de nuestras actividades y observaciones clínicas priva a la teoría de enfermería del carácter único y de la riqueza del conocimiento que conlleva el ejercicio clínico experto” (Marriner, 1994, p. 164).

La autora establece cinco niveles de competencia que son a su vez descripciones del conocimiento práctico de la enfermería, con sus respectivas competencias inherentes a ellas. Éstos son:

1. *Principiante:* en las que no se posee experiencia acumulada respecto a una situación (estudiantes de pregrado).
2. *Principiante avanzado:* se posee alguna experiencia acerca de la situación, pero en general la enfermera se guía por normas y preceptos institucionales (enfermeras recién egresadas).
3. *Competente:* este nivel se alcanza cuando han existido situaciones reales que han contribuido a su experiencia. Es capaz de predecir y planificar situaciones de cuidado.
4. *Habilidoso:* es un salto cualitativo que va más allá del nivel competente. La enfermera muestra una mayor confianza en su experiencia y puede realizar observación crítica de situaciones ajenas a la norma.
5. *Experto:* en este nivel la enfermera es capaz de ver la situación real del paciente de una forma casi intuitiva. Puede llegar incluso a cambiar un plan de asistencia, si no está de acuerdo con él.

Este planteamiento resulta interesante en la medida que se valora el conocimiento desde la experiencia práctica para volver a la teoría con una concepción crítica de la misma, y no la concepción simple de la teoría como la verdad absoluta de toda enseñanza.

⁸ Nacida en Hampton, Virginia, obtiene el título de Bachelor of art en el College de Pasadena en 1964. En 1970 obtiene un Master en Enfermería, centrado en enfermería Médico-quirúrgica, en la Escuela de Enfermería de San Francisco, Universidad de California. En el año de 1982 recibe su doctorado en enfermería por la Universidad de Berkeley-California (USA). Entre sus principales obras se encuentran “From the Novice to Expert”(1984) y “ The Primacy of Caring” (1988).(Marriner, 2005).

Siguiendo el esquema planteado por Marriner y Raile (2007), Benner define los conceptos metaparadigmáticos persona, entorno, salud y enfermería de la siguiente manera: *Persona*: Benner utiliza la definición fenomenológica de la persona que da Heidegger y que describen así: “una persona es un ser auto interpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona se considera como un participante en significados comunes”. *Entorno*: la autora utiliza el término “situación” en vez de “entorno”, ya que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado social. Utiliza los términos fenomenológicos de *estar situado* y *significado situado*, que están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella. Esto significa que el pasado, presente y futuro de la persona, incluyendo sus propios significados personales influyen en la situación actual.

Salud: Benner la define como lo que puede valorarse en donde el bienestar es la experiencia humana de la salud en su conjunto. Estar sano o estar enfermo se entiende como diferentes modos de encontrarse en el mundo. La salud no se describe solo como ausencia de enfermedad.

Enfermería: se define como una relación de cuidado, “una condición que facilita la conexión y el interés”. Benner describe el cuidado como básico, que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado. La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad.

- *Enfermería transcultural de Madeleine Leininger*.⁹ Leininger ha tenido una fuerte influencia en algunos de nuestros currículos, especialmente en las últimas décadas. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas. Basa su teoría en las disciplinas de Antropología y Enfermería. Leininger definió la Enfermería Transcultural como el área formal de estudio y práctica de enfermería centrado en la comparación del cuidado cultural holístico, salud y patrones de enfermedad de los individuos

⁹ Nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la Escuela de Enfermería de St. Anthony de Denver. En 1950 obtuvo un B.S. en Biología en el Benedictine College de Atchinson, en Kansas, donde estudio Filosofía y Humanidades. En 1954 obtuvo su MSM en Enfermería Especializada en Atención Psiquiátrica en la Catholic University of America en Washington DC., es fundadora de la Enfermería Transcultural, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social, entre sus libros más importantes están: *Basic Psychiatric concept in Nursing 1960*, *Nursing and antropologic: two wolds to blend* y *Transcultural nursing, concept, theoris and practice*. (Marriner, 2005).

o grupos con respecto a sus diferencias y similitudes, en valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proveer cuidados de enfermería culturalmente congruentes, sensibles y competentes para personas de diferentes culturas (Leininger, 1995, p. 14).

En ese sentido, Leininger basa su teoría en las siguientes afirmaciones:

- a. Los cuidados son la esencia de la enfermería, constituyen un objetivo distinto, dominante, primordial y cuantificador.
- b. Los cuidados (prestación de cuidado) son vitales para el bienestar, la recuperación de la salud, el crecimiento y la supervivencia.
- c. Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros, y de este modo, guiar la práctica de éstos.
- d. Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura solo se dan cuando la enfermera tiene conocimientos, hace uso de forma adecuada y coherente de los valores, expresiones y modelo de cuidado culturales de la persona, familia, comunidad o cultura con los pacientes.
- e. El paradigma cualitativo proporciona nuevas vías de conocimiento y diferentes alternativas para descubrir las dimensiones epistemológicas y ontológicas de los cuidados transculturales humanos.

Leininger no especifica las definiciones de los conceptos paradigmáticos en su totalidad. Solo da algunas definiciones que conceptualizan y explican su teoría de la diversidad cultural. *Cultura*: hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra. *Contexto del entorno*: se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situaciones o hechos con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular. *Salud*: significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas. *Enfermería Transcultural*: hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias de cuidado (prestación de

cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.

- *Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.*¹⁰ La teoría del cuidado humano declara que el cuidado se basa en unas relaciones y conexiones ontológico-éticas, así como también, en una fuerte orientación en la conciencia del individuo. El hecho del cuidado puede ser demostrado eficazmente, tanto en la práctica interpersonal como en la transpersonal. Watson menciona que el cuidado humano es el ideal y el origen moral para el papel profesional de la enfermería. Los conocimientos y acciones del cuidado son una seria preocupación en la disciplina de la enfermería analizados desde ámbitos ontológicos, éticos, epistemológicos, y pragmáticos.

Para Watson, la ciencia del cuidado es el punto de partida para la enfermería como campo de estudio; ya que ofrece una fundamentación disciplinar distinta de la profesión puesto que proporciona una ética, moral y una meta narrativa guiada por valores de la ciencia y de los fenómenos humanos. Su enfoque es el cuidado en donde la curación de la persona permita una mayor armonía con la naturaleza y el universo, y donde en nuestro trabajo, nuestra vida y nuestro mundo, se restablezca de nuevo el espíritu y las dimensiones de lo sagrado. Esto permite una reunión entre lo metafísico y lo físico-material del mundo en las ciencias modernas (Watson, 2008, pp. 15-16).

Watson, en sus libros publicados en 1985, 1996 y 2001, propone conceptos de la Teoría del Cuidado Humano como son: relación transpersonal del cuidado, momentos de cuidado/ocasiones de cuidado, conocimiento de cuidado (curación) y el proceso clínico *Caritas*. El concepto de relación transpersonal del cuidado tiene tres dimensiones: uno mismo, campos del fenómeno, e intersubjetividad. El concepto de proceso clínico *Caritas* se refiere a las intervenciones de enfermería o más precisamente al proceso. Tiene diez dimensiones que son: amor bondadoso, estar auténticamente presente, cultivar prácticas espirituales, desarrollar y sostener relación de

¹⁰ Nacida en el sur este de Virginia en 1940, se graduó de enfermera en 1961 en la Escuela de Enfermería Lewis Gale, en Roanoke, Virginia. Dentro de sus principales obras se encuentran: "*Nursing The Philosophy and Science of Caring*" (1979), "*Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing*" (1985). (Marriner, 2005).

cuidado, expresión de sentimientos positivos y negativos, uso creativo del ser y formas de conocimiento, experiencia genuina enseñar-aprender, ambientes de curación, asistir necesidades básicas, abrir y atender el misterio espiritual y dimensiones existenciales del propio ser.

Los conceptos metaparadigmáticos de Watson en relación a persona, medio ambiente, salud y enfermería se describen así: *Persona*, lo define como una unidad de mente, cuerpo, espíritu, naturaleza. Watson describe el alma como el espíritu, ser interno o esencia de la persona, que es atado al sentido mayor del conocimiento de sí mismo, al alto grado de conciencia, a la fuerza interna y al poder que puede expandir las capacidades humanas permitiéndole a la persona trascender su ser habitual. *Medioambiente*, es definido por Watson como la infinitud y el nivel universal o cósmico de la existencia. Lo asocia a algunas visiones de la física cuántica y holográfica, donde se ve a los seres humanos y los ambientes como “campos de conexión” y declara que todo en el universo está conectado. *Salud*, la define como la unidad y armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma. La salud también está asociada con el grado de congruencia entre el ser como percibido y el ser como experimentado. *Enfermería*, la define como una disciplina de las ciencias humanas y un arte, así como una profesión académico-clínica. Ve a la enfermería como una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería como un acto significativo humanitario y epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad.

- *Teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender.*¹¹ Las bases que Pender poseía de enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería y el aprendizaje de la teoría como bases para el modelo de promoción en salud. Pender desarrolló la Teoría de la promoción de la salud, que identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras, cuando existe una pauta para la acción.

¹¹ Nola Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan. En 1962 recibe su diploma en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. En 1964, Pender completó su título de B.S.N. en la Universidad del Estado de Michigan. Consiguió su M.A. en el Crecimiento y el Desarrollo Humano por la Universidad de Michigan en 1965. Completó su programa de Doctorado en Psicología y Educación en 1969 en la Universidad Northwestern de Evanston, Illinois. La Dra Nola Pender ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de sus trabajos de investigación, su docencia y sus escritos. En 1975 publicó “*A Conceptual Model for Preventive Health Behavior*”, que se constituyó en una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. (Marriner, 2005).

La más importante diferencia entre promoción de la salud y enfermedad o prevención de la enfermedad está en la motivación subyacente para el comportamiento de las partes de los individuos y grupos. La promoción de la salud está en el comportamiento motivado por el deseo de incrementar el bienestar y potenciar la salud humana. (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011, p. 12).

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud. A diferencia de los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria; el modelo de promoción de la salud está motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano.

Pender define los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno, salud y enfermería de la siguiente forma: *Persona*: considerada por Pender como el centro de su teoría. Aclara que cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. *Salud*: Estado altamente positivo, la definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado en la teoría. *Medioambiente*: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. *Enfermería*: La enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

- *Teoría del Devenir Humano de Rosemarie Rizzo Parse.*¹² En el desarrollo de su trabajo, Parse se propuso crear una teoría fundamentada en las ciencias humanas para mejorar los conocimientos en el campo de la enfermería (Fawcett, 2005). En este sentido, Parse identificó cuatro ideas esenciales en su teoría: el proceso mutual humano-universo, con la constitución de la salud, los significados multidimensionales que los humanos indivisibles dan al ser y devenir, y las libertades humanas en cada situación para elegir formas alternativas de devenir. Esas ideas están reflejadas en los conceptos y proposiciones de la Teoría del Devenir Humano. La tesis central de esta teoría es que los seres humanos en el proceso mutuo con el universo, estructuran significados multidimensionales, son coautores en salud, libremente cambian las formas de devenir, moviéndose más allá en cada momento con esperanzas y sueños.

Consistente con el sistema conceptual de Rogers, Parse se refiere a los *seres humanos* como seres unitarios, abiertos (indivisibles), que eligen libremente el significado de cada situación, reconocen sus modelos de relación y trascienden de manera multidimensional. Por su parte, define el concepto de *Salud* como un proceso continuo de cambio que los humanos cocrean en un proceso mutual con el universo. De acuerdo a ello la enfermedad no es algo que la persona contrae, sino un patrón del proceso mutuo humano-universo. El fenómeno central de lo humano es el devenir unitario. El centro del cuidado se encuentra en el significado de la experiencia vivida por la persona y la familia, descubriéndola allí. *Enfermería*: Desde su punto de vista, Parse ni describe, ni escribe sobre la enfermería como un concepto más del metaparadigma de la disciplina. De todos modos, ha escrito de manera extensa sobre sus concepciones acerca de la enfermería como ciencia básica. Parse (1999) escribió:

Es el deseo de muchas enfermeras que la enfermería como disciplina goce del reconocimiento de tener una base de conocimientos exclusiva, y la profesión será lo suficientemente distinta de la medicina para que la gente busque a las enfermeras para recibir cuidados enfermeros, no para diagnósticos médicos. (Parse, 1999)

¹² Parse se licenció en la Universidad de Duquesne de Pittsburgh y alcanzó maestría y doctorado en la misma Universidad. Es profesora de la Escuela de Enfermería Marcella Niehoff, de la Universidad del Loyola en Chicago. Fundadora del *Institute of Human Becoming*, donde enseña los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de la escuela de pensamiento del devenir humano. (Marriner, 2005).

3.1.2.5. Escuelas de pensamiento en enfermería

Refiriéndose al modelo elegido para la asistencia o la docencia, dice Sánchez: El modelo seleccionado y empleado tiene un gran impacto en la forma como se valora y en la naturaleza de la intervención que se haga (Sánchez, 2002, p. 16). De ahí la importancia que tuvo y tiene en la actualidad para la universidad colombiana el análisis y apropiación de una o varias teorías de acuerdo a su concepción de cuidado y filosofía institucional.

En un intento de clasificación, Afaf Meleis¹³(2000) en el VII Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería, afirmó que, a partir de las teorías en enfermería se da lugar a cuatro escuelas de pensamiento que resumo en el siguiente esquema:

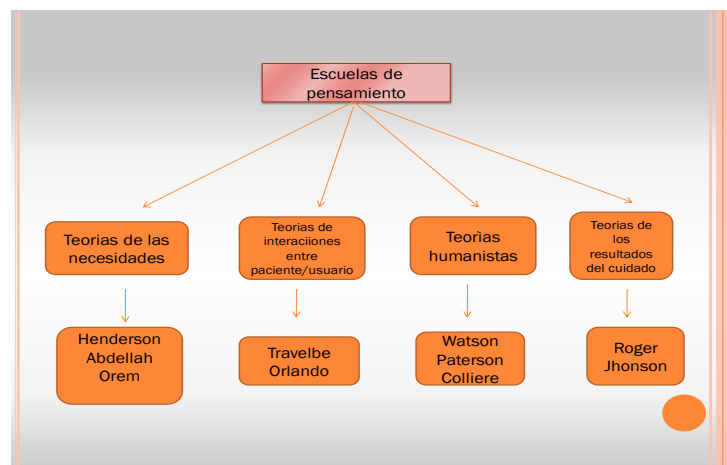


Figura No 3. Principales Escuelas de pensamiento en Enfermería. Elaboración propia. (Afaf Meleis, 2000)

Las teorías de las necesidades hacen referencia a la concepción del ser humano en términos de una jerarquía de necesidades. ¿Cuáles necesidades? ¿Bajo qué condiciones? Y ¿Cuáles son las estrategias para responder a dichas necesidades? (Meleis, 2000, p. 86).

Otra corriente de categorización es la de las interacciones paciente/usuario como también entre clientes y su medio ambiente. Este grupo de teorías mira a la enfermería como un proceso

¹³ Register Nurse. PhD, DrPs (hon) Profesora titular de la Universidad de California en San Francisco U.S.A. Presidenta del Consejo Internacional de Salud de la Mujer.

que solamente tiene sentido si se considera en términos de la relación dinámica que se establece entre enfermera y paciente, (Meleis, 2000, p. 86).

Otra importante escuela es la humanista. Esta escuela de pensamiento incluye a teóricos que conceptualizan a la enfermería como cuidar, y el cuidar como mandato moral. (Meleis, 2000, p. 88). Aquí es importante la interrelación enfermera-paciente, donde los dos al mismo nivel, mediante una experiencia recíproca e intersubjetiva construyen procesos de cuidado.

La cuarta escuela es la que define la enfermería en términos del resultado del cuidado. La meta de enfermería para este grupo no es el proceso del cuidado, sino más bien el resultado final del cuidado. (Meleis, 2000, p.88).

La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia de salud de los seres humanos (Newman, Sime, Corcoran-Perry, 1991, p.22), esta definición indica dos principales actos que son: cuidado y experiencia de salud, que de manera independiente no definen la enfermería; así mismo las teorías a su vez pueden estar clasificadas unas dentro de la categoría del cuidado y otras dentro de la categoría de experiencia de salud. Al respecto Duran afirma en entrevista:

Ya que no podemos hablar de toda la estructura teórica de enfermería y asimilarla a la teoría del cuidado. Hay unas teorías que son de cuidado como: Leininger, Orem, Patterson, Watson, pero hay otras que no, en ese sentido, no conceptualizan el cuidado, conceptualizan otras metas de enfermería, porque una cosa es el desarrollo teórico de enfermería, y aparte es la teorización del cuidado. (Durán, 2008)¹⁴

La tendencia de ir de lo instrumental a lo humano del cuidado, de la necesidad humana, al cuidado integral y humano, es lo que se hace evidente en las diferentes teorías planteadas. El desarrollo disciplinar de la enfermería, plantea discursos que desde su histórica y sus entornos se han hecho importantes para su reflexión y profesión. Muchas de las teóricas mencionadas anteriormente han llamado la atención de la academia, en Colombia y en el Valle del Cauca. Algunos grupos de investigación se han dado a la tarea de reflexionar y dejar por sentado su puesta en escena de algunas teorías en nuestros contextos. Su articulación en cada una de las

¹⁴ Entrevista realizada a la Dra. María Mercedes Durán de Villalobos. Universidad Nacional, julio de 2008. La Dra. Durán de Villalobos es profesora Titular emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, profesora de Post-Grados, facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana. Miembro Comité Editorial Revista Aquichan.

escuelas y en el pensamiento de profesores y enfermeras es lo que se vislumbrará en forma más clara en próximos capítulos.

3.2El Cuidado

Etimológicamente cuidado viene del latín *cogitare*, que significa pensar. Al respecto Botero afirma «En los orígenes históricos cuidar era una actividad de reflexión, crítica, implicaba necesariamente conocer, discernir, establecer el ser de algo, sin duda para protegerlo y conservarlo» (Botero, 2006, p.15).

El cuidado existe y ha existido desde el principio de los tiempos. Cuenta la historia de la mitología romana, retomada por Torralba (1998) en la que un día:

Mientras Cuidado atravesaba un río, se detuvo y después de reflexionar, cogió un poco de lodo y empezó a formar la figura de un ser humano. Mientras meditaba sobre lo que había realizado, llegó Júpiter, y enseguida Cuidado le rogó que impartiese un soplo de vida al ser que había formado. Entonces Cuidado manifestó su deseo de poner su propio nombre al ser humano, pero Júpiter insistió en ponerle el suyo. Mientras Cuidado y Júpiter discutían sobre esta cuestión, apareció Tierra y declaró que su nombre era el que debía llevar el ser humano, ya que era ella la que había dado su cuerpo para moldear la figura. Después de un tiempo, los tres participantes en la disputa acordaron someterse al juicio de Saturno; Júpiter que había insuflado el espíritu o alma al ser humano, recuperaría dicha alma después de la muerte, y eso le bastaría a Júpiter. Puesto que tierra le había dado su propio cuerpo, a ella le sería devuelto tras la muerte; y de nuevo Saturno manifestó que eso sería suficiente para ella. Finalmente, añadió Saturno que “puesto que Cuidado fue el primero en formar al ser humano, que fuera él quien lo poseyera y lo soportara durante su vida”. Por último en cuanto al nombre que había de recibir, Saturno dio ésta solución: “que se llame “homo” puesto que parece haber sido fabricado del humus”. (Torralba, 1998, p. 310)

Este mito trata de darnos una aproximación mitológica al concepto de cuidado, develando la importancia de su esencia y poniendo de relieve su virtud.

En el mundo primitivo, el paso de la economía depredadora (nómada, cazadora) a la economía productora (caracterizada por su vínculo con la tierra y el fuego), hace que empiece a configurarse la idea del cuidado. En este sentido, el concepto de ayuda, bajo el que se configuran las prácticas de los cuidados, está inmerso en un principio, dentro de la consideración de grupo, ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir disociado del mismo. (Hernández, 1995, p. 56). Es entonces natural que las prácticas de cuidado se limiten a las actividades de alimentación y conservación del grupo, y la mujer, por característica biológica femenina, adquiriría dentro del grupo la connotación de cuidadora. La actividad de cuidar estará ligada en un principio, a las “peculiaridades biológicas femeninas”, relacionadas con la fecundidad, que se irán perfilando paulatinamente, hasta concertarse en “tareas asignadas por la comunidad”.

De acuerdo con Juana Hernández en su texto de historia de la enfermería, las principales responsabilidades femeninas eran:

- El mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio.
- El cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garanticen la continuidad de la especie y de la vida.
- La recolección de vegetales, que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades así como su repercusión en las prácticas de cuidado.

Es por esta razón que a la mujer-madre, por su condición biológica de procreadora, se le confiere el poder intuitivo de la conservación de la especie y el conocimiento mágico del poder curativo de las plantas y los alimentos y el cuidado general del grupo. “En pinturas y esculturas de la época se reconoce mayoritariamente las figuras femeninas. La mujer aparece como tema iconográfico preferencial de elección deliberada, con el objeto de otorgar valor a lo que en ella está relacionado con la conservación de la especie”. (Hernández, 1995, p. 59).

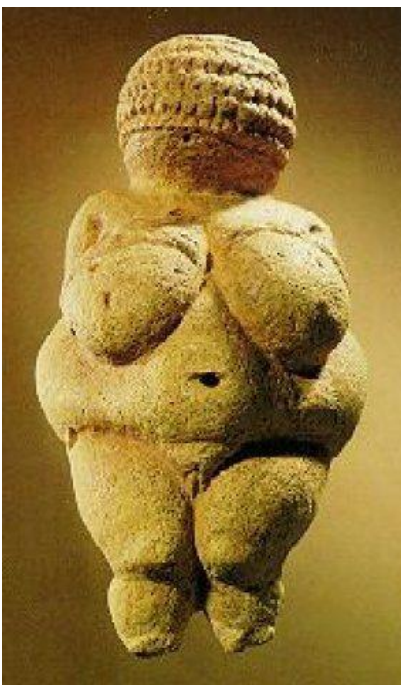


Gráfico No 1. Venus de la Fecundidad o Venus de Willendorf exhumada en 1908 en un campo de Loess, Valle del Danubio, Austria. Fuente: <http://oldcivilizations.wordpress.com/la-misteriosa-civilizacion-de-catal-huyuk/>

Al transcurrir la historia, los cuidados siempre delegados a las mujeres y en los griegos a los esclavos y la servidumbre, se vio abocada a una labor sin importancia y relegada solo a las actividades domésticas, se entendieron como actos sin ningún tipo de reconocimiento ni elaboración cognitiva. “No fue posible introducir los cuidados bajo la óptica de la filosofía natural, ya que quienes los practicaban eran considerados, en el caso de las mujeres, jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual y, en el caso de los esclavos y siervos, como “objetos jurídicos” sobre los que se tenía la propiedad”. (Hernández, 1995, p.69).

Con la llegada del cristianismo y sus valores morales y patriarcales, los cuidados concebidos como la ayuda al prójimo, pasaron a ser un instrumento de salvación y el ingreso seguro para la vida eterna. Esta idea de servicio al prójimo y camino para la santidad, llevó a muchos cristianos, especialmente a mujeres, a dedicar su vida al cuidado de los pobres y enfermos. Así, “los cuidados de enfermería” se institucionalizan basándose en un “concepto de ayuda” que podríamos denominar “Vocacional-cristiano-caritativo”, en el que las necesidades humanas espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales (Hernández 1995,

p.78).Es en este momento cuando la mujer asocia sus cuidados con santidad y humildad, surgiendo entonces asociaciones femeninas religiosas cuya principal motivación era el cuidado y entrega al prójimo por vocación y amor a Cristo.

“Esta articulación con la religión marcó una pauta muy importante en la concepción del cuidado, ya que al estar desempeñado por religiosas, enmarcaba no sólo una vocación sino una actitud de castidad, pobreza y obediencia. Lo cual produjo desde entonces y hasta la actualidad una jerarquización de roles con el resto del equipo de salud y una marcada devaluación salarial”. Los cuidados de enfermería, desde su perspectiva “caritativa”, no podían continuar la dinámica hacia la constitución de gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios(Hernández, 1995, p. 108).

Proceso	Característica	Derivaciones
Religioso – Vocacional	Centrado en el dolor y el sufrimiento e implica una conducta moral de la enfermera.	Derivados de la tradición de servir y de la salvación eterna a través del cuidado a los más necesitados.
Laico-laboral	Centrado en el auxilio social, la enfermedad y la técnica.	Derivados del cambio de status de la mujer y de la ampliación de su campo de trabajo.
Auxiliar de medicina	Centrados en la enfermedad y en la técnica.	Derivados del avance de la tecnología y de las tareas delegadas de la medicina.
Prestación de un servicio enfermero-científico-social propio	Centrados en el concepto holístico del hombre y en proposiciones de carácter científico relacionados con los cuidados de enfermería.	Derivados del planeamiento teórico-científico de los cuidados enfermeros y de una identidad profesional y disciplinar.

Cuadro No 3. Estadios de los procesos de identidad profesional. Fuente: Historia de la enfermería, Juana Hernández (1995: 155).

En el cuadro anterior se muestra cómo ha sido históricamente la evolución desde un proceso inicial Religioso-Vocacional, transitando al contexto laico-laboral, posteriormente centrado en la colaboración de las ciencias médicas y la perspectiva actual que tiende a la prestación de un servicio enfermero científico-social propio.

Se hace, pues evidente mediante la revisión de la historia que la mujer ha estado en directa relación con el cuidado, ya sea por sus características biológicas, que le asignan el papel de la procreación, o por el papel social y religioso que desempeña, atribuyéndole dones como la capacidad de sacrificio, el amor y la humildad para con sus hijos, su familia y, en general, todas las personas de su entorno. Poseedora del “instinto materno” que le da la “sabiduría innata”, debería estar siempre dispuesta a cuidar. Características que la diferencian y la distancian tangencialmente del hombre.

Al observar la psicología femenina se puede confirmar de hecho la dualidad entre lo femenino y masculino, que va más allá de la caracterización física, rasgos de personalidad o estatus en la sociedad.

Al principio de los tiempos cuando la humanidad comenzó su devenir evolutivo, dice otra versión de la creación, que al crear Dios al hombre, lo hizo hermafrodita, es decir, así como existen aún plantas y animales con características andróginas, el hombre en un principio también era hermafrodita. Al tratar de hacer una diferenciación para darle conciencia a ese ser hermafrodita, dice la biblia ”Y de la costilla, Yhavé Dios, tomó al hombre, hizo una mujer y la trajo al hombre” (Génesis: 2,21. Por una mala traducción, se interpretó “costilla” y no costado (Quintero, 2006, p. 23). Realmente no fue un simple fragmento de hueso, fue todo su costado, lo cual nos reafirma la condición de bipolaridad, de opuestos, de complementariedad y de diferenciación que hace que las posibilidades de pensamiento y las posiciones frente a la vida y frente a la moral sean distintas.

Históricamente el cuidado ha tenido varias perspectivas, especialmente desde la Psicología, la Antropología, y la Sociología. El trabajo de Jean Piaget (1932) y Lawrence Kohlberg (1981-1984) desarrollaron investigaciones acerca del desarrollo moral de las mujeres y llegan a conclusiones que posteriormente fueron cuestionadas por Gilligan (1985) en su trabajo “La Moral y la Teoría”.

Mientras que para los hombres la identidad precede a la intimidad y la generatividad en el ciclo óptimo de separación y apego humano, para las mujeres la intimidad va con la identidad, cuando la mujer llega a conocerse tal como es conocida, por medio de sus relaciones con otros. (Gilligan, 1985, p. 31)

Se expone de esta forma la importancia que tiene para las mujeres su relación con el otro y cómo en la medida en que se relacione en forma óptima con el otro, se valora su propia identidad como ser femenino.

Pero lo que esta mirada desconoce es la importancia desprovista de “egoísmo” del autocuidado o el “cuidado de sí” en la cual no es posible dar cuidado a otros si antes no me he tomado el tiempo para “ocuparme de mí mismo” posibilitando entonces el cuidarme a mí mismo. (Rodríguez & Becerra, 2012, p. 284).

Ocuparse de sí mismo está implicado y se deduce de la voluntad del individuo de ejercer el poder político sobre los otros. No se puede gobernar a los otros, no se les puede gobernar bien, no es posible transformar los propios privilegios en acción política sobre los otros, en acción racional, si uno no se ha preocupado por sí mismo. Inquietud de sí: entre el privilegio y la acción política, he aquí entonces el punto de emergencia de la noción” (Foucault, 2002, p.51).

Refiriéndose el “ocuparse de sí mismo” como la posibilidad de “conocernos a nosotros mismos”, es decir, sin un conocimiento en profundidad de mi propio estado, de mí propio ser problematizado, es difícil pretender ocuparse de otro, o cuidar de otro. Ya que en la misma medida que me encuentro con mi ser y lo conozco, lo cuido, y así mismo puedo hacerlo con otros.

Refiriéndose específicamente al área de la salud, Foucault menciona:

¿Se ocupa el médico de sí mismo cuando al estar enfermo, se impone un tratamiento siguiendo un saber médico que se aplica a sí mismo? No, porque no cuida de sí mismo, es decir, de su alma-sujeto, sino únicamente de su cuerpo, lo que implica dirigirse a otro fin, a un objeto diferente. (Foucault, 2002, p. 48)

Es aquí donde Foucault intenta hacer mención del cuidado mucho más allá de la atención o preocupación del cuerpo. Cuando ni siquiera el médico puede darse cuidado adecuado al medicalizarse en su enfermedad, si este no atiende a su vez su alma y su espíritu, donde tal vez radica el principio de su enfermedad.

Gadamer, también hace una diferenciación entre el cuerpo y el alma: “El tratamiento del cuerpo por la acción del médico no es posible sin el simultáneo tratamiento del alma y de su “ser en su integralidad” lo que significa también el “ser sano” (Gadamer, 1996, p. 90).

Como vimos a través de la historia las enfermeras, por nuestra condición de mujeres, se ha relacionado el cuidado en su relación con el prójimo, para el que se han realizado múltiples intentos de sistematización. El primero de ellos realizado en el siglo XIX por Florence Nightingale en “Notas sobre enfermería”, (Nightingale, 199, p. 12), donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” (Rodríguez & Becerra, 2012, p. 285).

El cuidado en principio es un acto instintivo que se produce desde el mismo momento del nacimiento, manifestándose en forma de reflejos primitivos¹⁵ para convertirse en intencional y consciente, basándose en fundamentos epistemológicos y filosóficos que hacen de él un arte y una ciencia. (Botero, 2004)

En el devenir histórico de la enfermería en Colombia, ha trascendido también el concepto de cuidado, y éste, luego de múltiples reflexiones, ha evolucionado hasta modelos, conceptos y teorías del cuidado, que han sido contrastadas por diferentes autores, con distintas corrientes de pensamiento.

Las concepciones del cuidado desde la enfermería en nuestro medio social hacen referencia particularmente a cuatro teoristas, las cuales a su vez basan sus teorías en diferentes disciplinas.

¹⁵ Los reflejos primarios en el recién nacido como el Moro (reacción ante un ruido fuerte), reflejo de búsqueda y succión (importante para el inicio de la lactancia materna) y el de prensión (apretar su puñito ante el estímulo interno de la palma de la mano). Son reflejos que están presentes en todo recién nacido y le ayudan a adaptarse a su nuevo medio ambiente. (Botero, 2004)

Teórica	<i>Leininger</i>	<i>Orem</i>	<i>Watson</i>	<i>Swanson</i>
Teoría	Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales	Teoría del déficit del autocuidado	Filosofía y ciencia del cuidado	Teoría de los Cuidados
Base disciplinar	Antropología	Enfermería	Filosofía	Enfermería

En general, los aspectos de las distintas teorías del cuidado tienen una influencia directa de las humanidades, tratando de mostrar desde la teoría, la importancia de la visibilidad del ser humano, desde su concepción de ser en conexión con el y su entorno social, cultural y con el universo. El hecho de tener en cuenta aspectos del ser humano diferentes a la tradicional visión biomédica de la salud, hace que se piense y se reflexione la enfermería más allá del procedimiento y la atención, y que se evidencia en las propuestas curriculares de los programas de enfermería nacientes de la época.

3.2.1. El cuidado y su presencia curricular

Una concepción que trasciende la atención y la asistencia, directa herencia de la tradición cristiana-vocacional, a una concepción donde el cuidado se vea desde el sentido ético de responsabilidad con el otro, desde toda su dimensionalidad. Esa ha sido la apuesta de los nuevos programas de enfermería, teniendo en cuenta las discusiones y reflexiones al respecto que se dan en la Universidad del Valle y en el mismo naciente grupo de Cuidado de la Universidad Nacional.

El concepto del cuidado se convierte en una necesidad de reflexión propia disciplinar. El cuidado nos da la posibilidad de pensarnos como disciplina profesional, de hacer una emancipación definitiva de la medicina y de otras ciencias de la salud. Pero a su vez, replantea la función que tiene la enfermera en la sociedad, ya que muchas veces choca con la realidad de la salud en nuestro país y es necesario introducirlo obligadamente en los discursos académicos de registro calificado y acreditación, para que administrativamente tenga validez.

Queremos volver al cuidado, pero el cuidado visto como contacto directo con el paciente, con las implicaciones de la fe cristiana como el amor y la comprensión.

Los currículos de enfermería de las universidades colombianas han sido iluminados por distintas corrientes y teorías, que de acuerdo con la filosofía institucional y con las reflexiones realizadas por distintos grupos de investigación de la enfermería y del cuidado, han creado sus propios conceptos del cuidado, que a su vez están permeando los distintos planes de estudio. De acuerdo con el concepto que cada una de las universidades rastreadas elabora del cuidado, se pueden observar tres tendencias:

La primera de ellas se refiere al cuidado como proceso lógico-racional, que busca acciones asistenciales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Dentro de las que podemos encontrarlas universidades de la región de la costa norte, incluida la Universidad del Magdalena, Universidad de Córdoba y también la Universidad Sur Colombiana y la Universidad del Tolima.

La segunda tendencia se refiere a una visión combinada entre lo técnico-instrumental y lo humanístico. La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja y la Universidad del Cauca, parten del cuidado como proceso fisiopatológico y desde allí trasciende a lo humano y al afecto del sujeto del cuidado.

La Pontificia Universidad Javeriana, La Universidad de Antioquia, La Universidad de la Sabana y La Universidad Nacional hacen parte del grupo que, de acuerdo a su conceptualización del cuidado, tienen la tendencia hacia lo humano del sujeto del cuidado. En donde la enfermera mediante el cuidado de sí y mediante el cuidado de los otros es capaz de darse y de dar auto cuidado.

La ley 911 de 2004, establece la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y define el acto del cuidado de enfermería así:

Es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupos sociales, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la

vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. (Constitución Política de Colombia: ley 911 de 2004)

Como vemos, la universidad y las instituciones colombianas de enfermería están realizando una fuerte reflexión al respecto, y cada una desde sus distintas ópticas y en diferentes contextos de acción, da conceptos e ideas, que se transforman en acciones curriculares, tendientes siempre al fortalecimiento de la enfermería.

4. Metodología

La pregunta por la formación en enfermería ha existido y está vigente en la actualidad. Las investigaciones hechas hasta el momento han dado grandes aportes a la disciplina, pero aún nos falta profundizar en el sentido que tiene el cuidado para los que formamos parte de la institución educativa universitaria, y de cómo desde ella podemos dar el primer paso para proponer alternativas de solución concretas en un contexto específico como el colombiano. Es ahí donde este trabajo se hace pertinente para el desarrollo de la disciplina desde los procesos de formación universitaria de la Enfermería.

El objetivo general de este estudio es: Comprender cuales son los sentidos que sobre el cuidado tienen los actores institucionales del pregrado de enfermería pertenecientes a los diferentes programas de enfermería de la ciudad de Cali. Para este objetivo general se plantearon tres objetivos específicos a saber que fueron en primera instancia conocer las concepciones de cuidado que subyacen en los documentos institucionales de los programas. Para luego descubrir la influencia que la formación universitaria tuvo en su actual concepción del cuidado y finalmente interpretar de qué manera la experiencia profesional influye en la concepción que las enfermeras tienen del cuidado.

4.1 El surgimiento de la pregunta

A continuación explicaré de qué manera surge la pregunta de investigación, y de qué forma se va transformando a lo largo de todo el trabajo investigativo.

4.2 El acercamiento al cuidado

Nunca he sentido que en realidad haya tenido un primer acercamiento al cuidado. Tal vez desde siempre, entendí que esa era la forma en que veía la vida, y sentí desde muy joven la necesidad de cuidar, especialmente a otras personas, generalmente con menos capacidades que yo. Con una educación marcadamente católica, ese sentimiento se ancló mucho más fácil en mi mente, en mi deseo y hasta en mi forma de actuar. De manera que una carrera que tuviera que ver con el

desarrollo de las ciencias de la salud era la mejor forma de entrar en sintonía con esos sentimientos y emociones que han desbordado desde siempre en mi forma de ser.

La enfermería me da la posibilidad de acercarme al cuidado desde su visión técnico-científica. Durante mis años de carrera universitaria, tuve la oportunidad de cambiarme de carrera y estudiar Medicina, pero ya en sólo algunos semestres, me di cuenta de la diferencia tangencial que tienen las dos carreras. Ya había tomado una decisión que, aunque iba en contra de mis padres, sentía que era mi verdadero camino. La enfermería me permitía estar más cerca del paciente, me permitía tener más tiempo para hablar con él, para conocerlo y para entender sus singularidades, me permitía realizar actividades específicas para ayudarlo, darle confort y bienestar, y el sentimiento que eso me genera es incomparable. Desde mi perspectiva adolescente en la universidad veía a los estudiantes de Medicina demasiado lejanos del paciente y esa distancia emocional hacía que no pudieran ver al paciente más allá de lo que decían los datos de la histórica clínica, se les veía distantes y absortos en sus pesados libros que constantemente memorizaban y recitaban como la más hábil de las computadoras.

La experiencia laboral temprana, me alejó paulatinamente del contacto directo del paciente, pero a su vez me mostró otras perspectivas del cuidado, desde la administración y desde los procesos pedagógicos y educativos. Son las Ciencias de la Educación las que me abren una perspectiva distinta. Al enfrentarme con lecturas, discursos, autores distintos a los tradicionalmente conocidos, se generan articulaciones y enlaces entre la enfermería y la educación nunca antes pensados en mi quehacer como enfermera.

Al ser consciente de fortalezas y debilidades que me da la formación disciplinar en enfermería, me enfrento a retos nunca antes pensados, y empiezo a reflexionar sobre preguntas nunca antes formuladas, pero que siempre habían estado ahí, esperando a ser resueltas, esperando a ser investigadas.

El doctorado en Ciencias de la Educación se convirtió entonces en la posibilidad de incursionar desde mis preguntas disciplinares investigativas en la comunidad científica. De manera que la pregunta tuvo toda una evolución. Desde el planteamiento inicial de la propuesta investigativa, pasando por el anteproyecto y finalmente en el transcurso de toda la investigación.

La pregunta incipiente de manera primaria, estaba dirigida a saber ¿cuáles eran los modelos pedagógicos más comunes en un programa de enfermería? Esta pregunta siempre ha estado ahí,

desde que empecé mi labor como docente y pude observar en ocasiones la tremenda estabilidad y estática que tienen los procesos pedagógico-educativos en la formación en enfermería.

Surge entonces el cuidado como punto central de la investigación, ya que desde la enfermería se constituye en la razón de ser y existir como disciplina, y desde el punto de vista personal, también se constituye en la base sobre la que se forma mi existencialidad.

Muchas y muy variadas fueron las preguntas que surgieron y fue todo un reto plasmar tantos interrogantes en una sola pregunta. Y surgieron algunas cómo: ¿Por qué, si los planes de estudio de enfermería se centran en el cuidado, de acuerdo con la teoría institucional elegida, sus egresados se alejan de esta concepción y se dedican a otras labores distintas de las que aprendió en su vida universitaria? ¿Cuáles son los sentidos que sobre el cuidado tienen las profesionales egresadas de la Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali y Universidad Libre de la ciudad de Cali?

Inicialmente, se centró sólo en los profesionales egresados de Enfermería, ya que imaginé que ellos tenían las respuestas necesarias que me darían las pautas para entender los procesos educativos del cuidado, pues al tener la perspectiva de la educación y del mundo laboral, entenderían y juzgarían en forma crítica su formación en la universidad. En el transcurso de la investigación se vio la necesidad de involucrar a los principales actores de la formación en enfermería, es decir docentes y estudiantes de enfermería.

La pregunta se transformó buscando desentrañar los sentidos desde tres pre categorías conceptuales que fueron: La concepción de la enfermería, el cuidado y la formación; que se conceptualizaron inicialmente en el anteproyecto, se entrelazaron, acercándome entonces al problema de investigación.

4.3 Tipo de estudio. La aproximación cualitativa

Tradicionalmente la enfermería ha estado impregnada con un paradigma positivista de la investigación. Se creía hasta principios de siglo XX, que el único conocimiento aceptable es el que se obtiene a través de la investigación cuantitativa, lo que determina la forma y la enseñanza de los contenidos en las disciplinas del área de las ciencias de la salud. (Zepeda, Bermúdez, Felipe & Bermúdez,2012).No obstante algunos problemas propios de la disciplina difícilmente pueden ser abordados con este paradigma investigativo. Cuando reducimos las palabras y actos

de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad (Taylor & Bogdan, 1998, p. 20). La palabra *cualitativa* implica un énfasis en las cualidades de las entidades y los procesos y significados que no sean experimentalmente examinados o medidos (si se mide todo en absoluto) en términos cuantitativos, de cantidad, intensidad o frecuencia. (Denzin, 2003, p. 13).

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, ya que busca llegar a la gente, intenta comprender los sentires más profundos de los participantes, procurando escuchar, sin hipótesis preestablecidas, ni planteamientos previos. Se elige la investigación cualitativa como enfoque investigativo, debido a la naturaleza de la pregunta, ya que esta me pide comprender en forma detallada y profunda las perspectivas de cuidado de otras personas, que aunque compartimos la misma profesión, no compartimos las mismas experiencias de vida y sentidos de cuidado, por lo tanto cada experiencia se hace única e irrepetible. La investigación cualitativa enfatiza en la naturaleza socialmente construida de la realidad, en la íntima relación entre el investigador y lo que estudia y las limitaciones situacionales que la investigación forma (Denzin & Lincoln 2003, p. 13).

La investigación cualitativa no busca “la verdad” o la “moralidad”, sino la comprensión detallada de las múltiples y diversas lógicas y perspectivas de los actores sociales. Todas las personas son portadoras de un conocimiento particular que es necesario rescatar para poder comprender la realidad que se estudia desde las múltiples perspectivas. (Galeano, 2004, p. 21) Esta característica es particularmente importante en esta investigación, ya que se pretende escuchar todas las voces, sus experiencias, sus sentires acerca del tema, para poder acercarnos a su comprensión.

El tipo de estudio es Cualitativo, usando métodos investigativos como: El método Arqueológico de Foucault y la Teoría Fundamentada. En la parte Arqueológica, se entrevistaron seis informantes (dos de cada universidad estudiada), a los cuales se llegaron a ellos gracias a referencias de profesores del momento. Para el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, debido a su antigüedad, las personas entrevistadas debían tener características específicas para participar en el estudio como: Haber participado directa o

indirectamente o al menos haber presenciado el proceso de creación del programa. Inicialmente se contactaron telefónicamente y posteriormente se realizó una entrevista domiciliaria.

En caso de los informantes de las universidades privadas, de más reciente creación, se accede a ellas más fácilmente y también por referencias de otras personas se entrevistan a informantes que participaron directamente en la creación de los programas de enfermería de las universidades estudiadas.

Los datos obtenidos se analizan con base en la teoría fundamentada, incluyéndola codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La consecutiva emergencia de teoría es la base de la estructura de la segunda parte de la investigación.

En la segunda parte se entrevistan 18 informantes, de los cuales seis de ellos eran participantes de la Universidad del Valle, seis de la Universidad Libre-Seccional Cali y seis de la Universidad Santiago de Cali. De los seis informantes, dos son profesores, dos son estudiantes y dos son egresados de cada una de las instituciones estudiadas.

La teoría fundamentada se usa también para el análisis de esta parte de la investigación.

Se profundizará detalladamente cada momento investigativo y se explicará en profundidad en forma cronológica lo realizado en la investigación metodológicamente hablando.

4.3.1. Momentos de la Investigación.

A continuación explicaré detalladamente los tres momentos que vivió este estudio: Conocimiento, profundización, comprensión.

El primer momento denominado de *Conocimiento* se realizó una aproximación teórica que implicó la revisión de documentos teóricos y el levantamiento del estado del arte como insumos importantes para la elaboración del proyecto. Se realiza el levantamiento del archivo documental, el cual detallo en el Cuadro No. 4. Al mismo tiempo se llevó a cabo las entrevistas semiestructuradas a seis informantes claves en los procesos de creación histórica de cada una de las instituciones estudiadas. La información recolectada en estas entrevistas se procesó realizando teoría fundamentada. Las categorías encontradas en este apartado se detallan en el Cuadro No 5. Fruto de este primer momento surge la primera parte de los hallazgos denominada “Historia de la creación de los programas de Enfermería en la Ciudad de Cali”, además de la guía de entrevista con la que se obtuvo la información en el segundo momento.

Este segundo momento de la investigación lo he denominado *Profundización*. Aquí, con base en los insumos obtenidos en el primer momento se realizan entrevistas en profundidad a seis profesores, seis estudiantes y seis egresados; dos de cada programa estudiado. Universidad del Valle, Universidad Libre–Seccional Cali, Universidad Santiago de Cali, para un total de 18 informantes clave. Para el análisis de esta información se recurre nuevamente a la teoría fundamentada.

En el tercer momento, denominado de *Comprensión* implicó la interpretación de sentido, a partir de las categorías emergentes y el cruce que se hace entre la teoría sustantiva, la teoría formal y mi perspectiva como investigadora. Estas categorías se presentan en el Cuadro No 5.,y se detallan en el capítulo de hallazgos denominado: “Interpretando el sentido del cuidado desde los actores institucionales”.

4.4.Aproximación Histórica. “Tras las huellas de lo acontecido”

4.4.1. Arqueología

Al tratar de entender de qué manera los discursos se configuraron en realidades en la práctica, se necesita recurrir a documentos que conforman la sustentación teórica de lo dicho en la historia de la creación de los programas.

Se hace importante comprender, ¿por qué actuamos como lo hacemos?, ¿por qué pensamos la disciplina de la forma en que lo hacemos actualmente? La búsqueda de literatura de la historia de la enfermería en el mundo y en Colombia se hizo presente, pero la información escrita que existía a nivel local, en la Región del Valle del Cauca es muy limitada. La Arqueología de Foucault (1979a) se configuró en el primer método utilizado para tratar de entender históricamente lo sucedido en la historia de la creación de los programas. Se estableció un archivo documental que consistió en documentos institucionales como: los primeras propuestas de los Proyectos Educativos Institucionales de las tres universidades estudiadas, además de documentos como la primera edición de la Revista “Salud” de la Universidad del Valle algunos documentos escritos que hacen referencia a propuestas curriculares en el transcurso de la historia de la Universidad del Valle.

La arqueología no es más y ninguna otra cosa que una reescritura, es decir, en la forma mantenida de la exterioridad, una transformación pautada de lo que ha sido y ha escrito. No es la

vuelta al secreto mismo del origen, es la descripción sistemática de un discurso-objeto. (Foucault, 1979a, p. 235). Esta no trata de ordenar el dato histórico, sino que este se busca en los objetos emergentes desde los discursos y prácticas sociales. (Murcia, 2006, p. 96)

El análisis genealógico toma cada tema por separado, explorándolo con todo detalle y reconstruyendo acontecimientos, teniendo en cuenta, por tanto los saberes sometidos y despreciados. (Ball, 1994, p. 26). Siguiendo este método investigativo (Método Arqueológico de Foucault) se logran encontrar algunas pistas en los discursos escritos, que se convierten entonces en la base conceptual de lo acontecido.

La práctica discursiva: Es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio, que definen una época dada y, para un área social económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la formación enunciativa. (Foucault, 1979b, p. 198). Los discursos son aquellos que acontecen como producto del sujeto de quien se habla, los ámbitos en los cuales suceden y las posiciones específicas del sujeto hablante (Foucault, 1979b, p. 86). De manera que, como término, se buscó la palabra cuidado o su término adyacente para el momento histórico; la palabra atención. En este momento de búsqueda desde la historia, se tuvieron en cuenta tres fases descritas a continuación.

4.4.1.1. Aproximación:

Para Foucault es muy importante entender el sujeto quien habla, por qué habla. Para la sociología equivale al primer momento del análisis denominado Análisis textual, que no es otra cosa que un análisis de relación y frecuencia de palabras encontradas en un texto, a veces innecesaria y limitante para algunas disciplinas investigativas (Ruiz, 2009), pero que para esta investigación se presenta como un primer paso óptimo y pertinente para conocer que se dice del cuidado, cuando se empieza a decir y quién es el sujeto que habla de él. Como primera parte de la búsqueda, se encontraron documentos históricos¹⁶ que hablaran acerca de las distintas propuestas curriculares y educativas de los programas estudiados; además de documentos y revistas que contextualizaran lo sucedido en ese momento. Se realiza una lectura detenida de cada uno de los documentos del

¹⁶ En el Cuadro No 4, se describe en detalle el archivo documental sobre el que se basa la contextualización histórica en esta investigación. Esta forma parte del primer momento de la Investigación: Conocimiento.

archivo, buscando la palabra “cuidado” y el contexto discursivo en el que se encontraba en cada una de las situaciones.

4.4.1.2. Focalización

En este momento, Foucault plantea que los ámbitos en que se dicen los discursos, es decir los sitios y los contextos que generan en los sujetos la necesidad o el poder para hablar de lo que hablan. (Foucault, 1979b, p. 86). Equivalente al análisis sociológico se encuentra el análisis contextual, que hace referencia al espacio en el que el discurso ha surgido y en el que adquiere sentido. (Ruiz, 2009). Se trató entonces allí, de colocar un encuadre contextual a los discursos, entendiendo los momentos históricos, y sociales y su influencia sobre los sujetos dueños del discurso investigado. Por medio de los documentos analizados se logra ubicar el momento histórico específico en el que el cuidado surge como una apuesta curricular plasmada en un documento institucional.

Foucault interpreta que los discursos tienen significados y definiciones encubiertas previamente por la postura social e institucional de quienes los utilizan (Montilla, 2013). En este sentido, los hechos y sucesos históricos, sociales y políticos son los que afectan los discursos, experiencias y percepciones de las personas que vivieron en ella. No es posible entender los sucesos históricos haciendo de lado la contextualización social de cada momento vivido. Sólo entendiendo los hechos que generaron las acciones de posibilidad, se entiende entonces en profundidad la historia contada a través de los ojos de sus protagonistas.

4.4.1.3. Interpretativo

Foucault habla de las distintas posiciones del sujeto, entendida como un haz de relaciones que le dan un sentido específico al discurso. (Foucault, 1979b, p. 86). Esta parte equivale entonces a un análisis socio-hermenéutico o un análisis sociológico del discurso. Esta consiste en establecer conexiones entre los discursos analizados y el espacio social en que han surgido (Ruiz, 2009), En esta parte final se interpreta todo lo encontrado; es decir, qué sucede social y políticamente en el entorno, para que sucedan los discursos como están planteados en los documentos. Cómo se

expresan los sujetos del cuidado y cómo y cuándo se concibe el cuidado como discurso hegemónico en la enfermería del Valle del Cauca.

No fueron muchos los documentos encontrados al respecto, de manera que hubo necesidad de acudir a las voces de sus protagonistas. Teniendo en cuenta que estamos hablando de una historia reciente, la mayoría de sus protagonistas aún se encuentran con vida, disponibles y con disposición de contar la historia desde sus propias experiencias.

4.4.2. Técnica de recolección de la Información

En forma complementaria al método arqueológico de Foucault, se acude en este momento a la entrevista semiestructurada, para llegar a estos personajes que suministran información muy valiosa con respecto al problema investigado. Los criterios de inclusión de los participantes en estas primeras entrevistas, se relacionan directamente con las personas que ejercieron liderazgo y acciones específicas en la creación de los distintos programas, es decir las personas que participaron en forma directa en la elaboración y diseño de los distintos programas. Fueron contactadas personal o telefónicamente y por referencia de personas que las conocían. Las entrevistas se realizaron en sus hogares o sitios de trabajo. Se pidió autorización verbal y escrita y la firma de los respectivos consentimientos informados. La entrevista semiestructurada es una técnica de recolección de información cualitativa que permite establecer una distinción entre los hechos “objetivos” de la situación y las definiciones subjetivas de la situación efectuadas por los entrevistados para compararlas (Flick, 2007, p. 89).

De acuerdo con Valles (2007, p. 187), la entrevista semiestructurada o la entrevista estandarizada no programada, se elige porque posee características específicas como:

1. La estandarización del significado de la pregunta requiere formularla en términos familiares al entrevistado. En esta investigación fue necesario replantear ciertas pregunta en términos que algunos de los participantes pudieran entender, ya que por su edad o por pertenecer a otro momento histórico de la enfermería, habían palabras o preguntas que no eran muy comprensibles para ellas.
2. No hay una secuencia de preguntas satisfactoria para todos los entrevistados. En esta investigación, aunque se llevaba un diseño de preguntas preestablecido, la entrevista

semiestructurada nos da la posibilidad de presentarlas y de incluir varias preguntas en una sola respuesta, ya que los discursos, eran bastante descriptivos y completos.

De manera que una vez diseñadas las preguntas de la entrevista e identificados los informantes que participarían en ella, se procedió a entrevistar y a grabar las entrevistas. Con las transcripciones de estas entrevistas semiestructuradas realizadas a los personajes clave en la creación de los distintos programas de enfermería de la ciudad de Cali, se realizó el primer acercamiento a la teoría Fundamentada, como una forma de procesamiento de la información.

La Teoría Fundamentada nace de sociólogos como Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss, durante su exitosa colaboración en investigaciones acerca de pacientes agonizantes en ambiente hospitalario (Charmaz, 2007, p.4). Razón por la que considero muy cercano este enfoque metodológico con las ciencias de la salud. Sus creadores definen la teoría fundamentada como:

Una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. El investigador permite que la teoría emerja de los datos. Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la “realidad” que una teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en experiencias o solo especulando (como piensa uno que las cosas deberían funcionar). (Strauss& Corbin, 2002, p. 14)

Glaser plantea fuertes diferencias con Strauss y Corbin, acerca del surgimiento forzado de los datos a través de preguntas pre-concebidas, categorías e hipótesis. Quizás las dos concepciones sean verdaderas, pero en diferente forma (Charmaz, 2003, p. 257). Strauss al examinar los datos se detiene en cada palabra para preguntar: “¿Qué sería si...?”. Glaser mantiene su atención centrada en los datos y se pregunta: “¿Qué tenemos acá?” Strauss pone sobre el tapete toda la contingencia que pudiera relacionarse con los datos, aparezca o no en ellos. Glaser enfoca su atención sobre los datos para permitirles que cuenten su propia historia. Para Glaser, la escuela straussiana representa una erosión de la teoría fundamentada. (Noerager, 2003, p. 256) La estrategia de Strauss y Corbin intenta dar coordenadas de navegación que guíen y orienten el análisis al investigador. Esta investigación siguió la alternativa straussiana, al ceñirse a la posibilidad de la elaboración de codificaciones abiertas, axiales y selectivas para realizar el análisis de los datos.

La codificación en la Teoría Fundamentada consiste en al menos dos fases en general: codificación inicial y codificación enfocada. Durante la codificación inicial se estudian fragmentos de los datos-palabras, líneas, segmentos e incidentes-cercanos del objeto de análisis. Y en la codificación enfocada, se selecciona lo que parecen ser los códigos más útiles para probarlos posteriormente con los datos (Charmaz, 2007, p. 42).

La fase de codificación inicial se abordó la codificación línea a línea. Esta clase de codificación funciona particularmente bien con datos acerca de problemas empíricos o procesos que contengan datos provenientes de entrevistas, observaciones y documentos (Charmaz, 2007, p. 50).

Posterior a la codificación abierta, se realizó la codificación axial. Esta convierte categorías a subcategorías, especificando las propiedades y las dimensiones de la categoría y reacomoda los datos que fueron divididos durante la codificación inicial, dándole nuevamente la coherencia necesaria que permita que el análisis emerja (Charmaz, 2007, p. 60).

Finalmente, se realiza la codificación selectiva o codificación teórica, esta especifica la posible relación entre las categorías que se han desarrollado en la codificación enfocada. Es integrativa y le da forma a los datos analizados. (Charmaz, 2007, p. 63). En esta parte es cuando es posible hacer análisis en profundidad acerca de las categorías emergentes.

La forma en que en esta investigación se codificaron y se analizaron los primeros datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas, fue la siguiente: Teoría Fundamentada, es decir, con base en los datos documentales encontrados en el anteproyecto, se realiza una guía temática (Anexo 1) usada para entrevistar a cada uno de los informantes claves, que fueron elegidos en esta primera parte, por haber participado en forma directa en la creación de los primeros documentos de los programas de enfermería estudiados en esta investigación.

Luego de realizar y dejar evidencia magnetofónica de las entrevistas con informantes claves, procedo a la transcripción de las mismas. A partir de estos documentos se comienza a hacer las lecturas de las mismas, realizando a su vez la primera codificación simple, luego a partir de esta codificación se realiza la codificación axial intentando dar mayor coherencia a lo encontrado y finalmente se realiza la codificación selectiva, emergiendo a su vez nuevas categorías conceptuales.

4.5.Sentidos del Cuidado

En este momento se escucharon las voces de los protagonistas de la investigación. Es decir, fue el primer acercamiento a los profesores, estudiantes y egresados de los programas de enfermería de las universidades elegidas para la investigación que fueron: La Universidad del Valle, la Universidad Libre-Seccional Cali y la Universidad Santiago de Cali, que al compartir el mismo espacio geográfico y el mismo entorno cultural, posibilita la generación de conocimiento válido y coherente con los objetivos de esta investigación.

Los criterios de inclusión en esta parte de la Investigación, fueron:

1. *Profesores*: Que tuvieran contratación de tiempo completo con más de cinco años de antigüedad en el cargo.
2. *Estudiantes*: Que estuvieran cursando los últimos semestres de su carrera.
3. *Egresados*: Que tuvieran entre uno y dos años como egresados del programa y que estuviera trabajando en la actualidad. Se tuvieron en cuenta egresados que trabajaran tanto en el campo asistencial, como de la salud pública.

En ninguno de los tres grupos tuve en cuenta edad o sexo

Con base en la primera parte se estructura un instrumento de recolección de información como es la entrevista en profundidad. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos: “reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras.” (S.J. Taylor, R. Bogdan, 1998, p. 101) Para las entrevistas en profundidad se utilizó una guía temática (Anexo 2) que se abordó con cada uno de los participantes de acuerdo a los objetivos establecidos en la investigación.

Las tres categorías emergentes encontradas previamente fueron las bases sobre las que se constituyeron las preguntas de las entrevistas en profundidad y sobre las que se estructuró el resto de la investigación.

Luego de una prueba piloto, se realizaron entrevistas a los sujetos de la investigación, con los debidos consentimientos, informados, firmados y dejando evidencia magnetofónica de la

conversación. Dos docentes, dos estudiantes y dos egresados de cada una las tres universidades fueron entrevistados. Fueron en total seis docentes; cinco mujeres y un hombre, seis estudiantes; cinco mujeres y un hombre y seis egresados; cinco mujeres y un hombre.

Surgiendo así nuevos conceptos que intentan aproximarse a la comprensión de sentido que se busca en esta investigación.

Nuevamente en este momento de la investigación es la teoría fundamentada la que nos guía en la forma metodológica la sistematización de la información.¹⁷ Se transcriben las entrevistas y sobre ellas se empieza a realizar la codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva, surgiendo de esta forma nuevas categorías de análisis. Con base en estos últimos conceptos que surgen de las entrevistas en profundidad y la triangulación realizada con la teoría formal, se plantea el informe de los hallazgos investigativos y se fundamentan las conclusiones y la propuesta investigativa final.

En los siguientes cuadros muestro detalladamente el archivo documental sobre el que se basó la investigación y también un cuadro que resume y muestra las categorías selectivas y axiales relacionados con el número de relatos que lo sustentan.

Documento	Institución
Documento Estándares de Calidad. Programa de Enfermería. Sede Palmira, Cali. Mayo de 2003	Universidad Santiago de Cali
Proyecto Educativo Institucional. Programa de Enfermería Universidad Libre-Seccional Cali. 2001	Universidad Libre-Seccional Cali.
Proyecto Educativo. Programa de Enfermería. Proyecto académico de Enfermería. Facultad de Salud Escuela de Enfermería. 2006	Universidad del Valle
Documento: Plan de estudios programa de licenciatura en Enfermería. Universidad del Valle, División de Salud, Departamento de	Universidad del Valle

¹⁷ Las categorías de esta parte del trabajo se presentarán en detalle en los capítulos de Hallazgos.

Enfermería. Cali. De Jaimes, C. (1979)	
Documento: Plan de estudios de Enfermería. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Enfermería. Cali. De Jaimes, C. (1985)	Universidad del Valle
Documento: Plan de Estudio de Enfermería. Universidad del Valle, Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Montes, M. (2001)	Universidad del Valle
Revista Salud. Reseña histórica de la división de Salud de la Universidad del Valle. Álvarez Villafani, G. (1979)	Archivo personal de la profesora Graciela Álvarez Villafani
Kellogg, WK. Documento del Programa internacional de becas. Información América Latina, Caribe, Cono sur de África. Fundación WK. Kellogg. Michigan USA	Universidad del Valle
Desarrollo histórico de la carrera de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Revista ANEC, año VII (No 17):51-55. Enero- Abril de 1976. Wesner, Lotti. (1976)	Universidad Nacional de Colombia

Cuadro No 4. Archivo documental de documentos históricos analizados

A. Contextualización Histórica

Categorización Selectiva	Categorías Axiales	No. de relatos por categoría
1. Influencias y apoyos de la formación en enfermería	Necesidad de formar enfermeras	12
	Influencia del cristianismo en el Cuidado	6
	Apoyo internacional para la creación y sostenimiento del Programa de Enfermería	19
	Apoyo de Bogotá	13
	Iniciativa e Influencia de los médicos	11
	Expansión de la enfermería en el suroccidente Colombiano	7
	Influencia académica de las fundadoras de los programas	7
Total relatos por categoría		75
2. Concepciones y evolución del Cuidado	Concepciones del cuidado. Desde la asistencialidad hacia lo humano del cuidado	19
	Teóricas que influenciaron la creación de los programas	12
	Del tradicionalismo biomédico a otros modelos	27
Total relatos por categoría		58
Total de relatos		133

B. Encontrando sentidos

Categorización Selectiva	Categorías Axiales	No de relatos por categoría
1. Visiones e interacciones del cuidado	Influencias del sentido	25
	Significado	20
	Asimilacion del discurso	18
	Evidencias practicas	86
Total relatos por categoría		149
2. Aspectos curriculares del cuidado. Cuidado Vs Atención	Concepciones institucionales	21
	Concepciones Curriculares	20
	Cuidado biomédico	22
Total relatos por categoría		63
3. Pedagogia de la enfermería	Enseñanza	39
	Aprendizaje	42
	Fortalezas y debilidades	41
Total relatos por categoría		122
4. Religiosidad, Feminidad y subordinacion	Cristianismo desde la enfermería	28
	Cristianismo desde la universidad	19
	Percepciones de la profesión	20
Total relatos por categoría		67
Total relatos en todas las categorías		401

Cuadro No 5. Categorías selectivas y axiales y número de relatos que la sustentan

A continuación muestro, en la siguiente figura, la forma en que se elaboró metodológicamente el trabajo de investigación

Esquema Metodología

Surgimiento de la pregunta

Investigación Cualitativa

Conceptualización histórica de la creación de los Programas de Enfermería "tras las huellas de lo acontecido"

Arqueología

Teoría Fundamentada

Entrevistas semiestructuradas

Codificación abierta, axial y selectiva.

Surgimiento de categorías.

Análisis de la información

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

"Encontrando sentido"

Teoría Fundamentada

Entrevistas en profundidad a profesores, estudiantes y egresados de la Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali y Universidad Libre Seccional Cali.

Codificación abierta, axial y selectiva.

Surgimiento de categorías.

Análisis de la información

Elaboración de la Tesis

Credibilidad

La metodología permite realizar triangulación constante de los datos, entre la teoría formal y la teoría sustantiva.

Se transcribieron textualmente las entrevistas, codificándolas y respaldando lo dicho en el documento.

Auditabilidad

Se realizaron registros magnetofónicos de las entrevistas.

Se analizan las transcripciones de las entrevistas fielmente como se dijeron.

Se describen los contextos físicos, interpersonales y sociales de los informantes.

Transferibilidad

Se describen las respuestas más típicas por medio del surgimiento de categorías.

4.6. Rigor metodológico

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad, y la transferibilidad. (Lincoln & Guba, 1985. Citado por Castillo, E.& Vásquez, ML, 2003). La credibilidad hace referencia a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentados o estado en contacto con el fenómeno investigado. (Castillo, E y Vásquez, ML, 2003) En esta investigación la credibilidad se hizo evidente por la emergencia de categorías. Cuando de manera reiterada diversos actores coinciden en lo mismo sobre un tema, se constituye entonces en factor de credibilidad surgiendo entonces las categorías.

La auditabilidad se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. (Castillo, E y Vásquez, ML, 2003). En esta investigación las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado, se realizaron transcripciones fieles de lo dicho, y se analizaron todas las entrevistas en los documentos escritos.

La transferibilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. (Castillo, E % Vásquez, ML, 2003) Esta característica se desarrollará en el futuro, cuando se realice la misma investigación en otros contextos.

4.7. Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, en su Artículo 11, esta investigación se consideró como “Investigación sin Riesgos”. La que hace referencia a aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y aquellas en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- La investigación no incluyó ninguna clase de experimentación en plantas, animales o seres humanos.
- El conocimiento producto de esta investigación se obtuvo a partir de documentos elaborados por las instituciones y entrevistas realizadas a informantes claves que previo conocimiento de

los objetivos de la investigación, dieron su autorización y contaron libremente sus experiencias. Solo de esta forma se podría obtener la información que se pretendía encontrar.

- Al tratarse de una Investigación sin riesgos, se garantiza a su vez la confidencialidad de los datos obtenidos, advirtiendo a los informantes que en ningún momento aparecerá su nombre, institución o ningún dato que pueda identificarlo durante la exposición de las conclusiones y resultados.
- La investigación contó con un Consentimiento informado, en el cual se explica los objetivos de la Investigación y las garantías de confidencialidad que se les da a los participantes. Los informantes leyeron, entendieron y firmaron libremente el consentimiento informado antes de iniciar y grabarlas entrevistas.(Anexo 3)
- La investigación fue realizada como parte de los requisitos que pide el Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad del Cauca, y fue realizado y asesorado por personal idóneo y capacitado para este fin.
- Se realizó socialización del proyecto a las distintas Universidades: Universidad del Valle, Universidad Libre-Seccional Cali y Universidad Santiago de Cali obteniendo la debida autorización para la realización del mismo.

4. Hallazgos I. LA ARQUEOLOGÍA

Historia de la Creación de los Programas de Enfermería en la Ciudad de Cali.

En este capítulo, por medio del método arqueológico de Foucault, se presenta una revisión documental y una conceptualización histórico-social en torno al origen de los programas de enfermería en Colombia, y más específicamente, cómo se fue dando a nivel regional en el Valle del Cauca. Por tal motivo, se describe la forma como se dio la evolución de la enfermería como disciplina profesional en el contexto sociocultural del Valle del Cauca, cómo surge la necesidad de formación en el área del cuidado y la enfermería tanto en Colombia como en el Valle del Cauca, y cómo está en principio encontró una fuerte influencia por parte del cristianismo. Igualmente, se describe la manera cómo desde la iniciativa de diferentes líderes en el sector de la salud de la época se brindó el apoyo para la creación de los primeros centros y escuelas de enfermería tanto a nivel regional como nacional.

Se muestran aquí las vivencias de los principales actores quienes con sus experiencias, permitieron en este estudio, comprender cómo se fue consolidando la enfermería como práctica fundamental del sector salud, la forma como se concebía la visión de cuidado desde lo asistencial de la atención, la construcción de la enfermería como profesión y cómo posibilitó la comprensión de las interacciones y relaciones entre los diferentes participantes involucrados en el proceso del cuidado humano, como son los pacientes, los funcionarios y profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares) y medio ambiente en la ciudad de Cali.

Teniendo en cuenta que el nacimiento de la formación en enfermería surge en dos momentos históricamente distintos en el Valle del Cauca, se iniciará por la historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, por ser la primera que entra en escena a mediados del siglo XX, para finalizar con los programas de las universidades privadas, (Universidad Libre-Seccional Cali y Universidad Santiago de Cali) las cuales sólo hacia la década de los 90 surgen en el escenario educativo de la enfermería en la ciudad de Cali.

La Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, inicia sus labores desde 1945, y desde entonces se ha convertido en el pilar que fundamenta la formación disciplinar en enfermería. Siendo la escuela más antigua de la región, es el referente y el asesor de la creación de los

nacientes programas de la región. El programa de enfermería de la Universidad Santiago de Cali desde el año 2001 ofrece el programa de enfermería a la comunidad Vallecaucana y desde ese momento se fortalece en su misión de formar enfermeras y enfermeros para la sociedad. Hacia el año 2003, surge en escena el programa de Enfermería de la Universidad Libre-Seccional Cali, quien también llega para contribuir con la formación disciplinar en enfermería en la ciudad de Cali.

En esta primera parte de la investigación se buscan a los creadores y gestores de los programas de enfermería de estas tres universidades, personajes clave que formaron parte del grupo de personas que participaron en los procesos de creación de los programas y vivieron de cerca su creación.

5.1. Universidad del Valle- Escuela de Enfermería

5.1.1. Influencias externas y apoyos de la formación en enfermería- Escuela de Enfermería Universidad Nacional.

Necesidad en la formación de las enfermeras e influencia del cristianismo

La Enfermería es una disciplina reciente en donde el cuidado de la salud del ser humano se convierte en uno de sus principales fines. Desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, esta disciplina ha ido definiendo cada vez más sus funciones y su epistemología dentro de las ciencias de la salud. La enfermería es una profesión de titulación universitaria que ha evolucionado en el contexto sociocultural del Valle del Cauca, como una disciplina profesional que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Las prácticas de cuidado de la salud en América Latina y en Colombia, estaban asociadas a las mujeres de las comunidades. Por medio de la medicina popular, la magia y la hechicería, eran las mujeres las dueñas del conocimiento y de la medicina tradicional. Hechiceras, brujas y comadronas se ocupaban de preparar bebedizos, hacer y aplicar emplastos, atendían los partos y las afecciones femeninas, entre otras actividades. Con la llegada de los españoles, este rol, ejercido principalmente por mujeres, fue rechazado y atacado por el cristianismo, ya que el estilo

de mujer nativa indoamericana se alejaba de la concepción de mujer sumisa y silenciosa que suponía el modelo de María Madre de Dios, la mujer virgen pura (Velandia, 1995, pp. 35-36).

De acuerdo con Velandia, se sabe que en el año 1617, Pedro Claver en el Hospital San Lázaro en Cartagena, practicaba medicina empírica y también enfermería, generalmente con religiosos y personas de buena voluntad, pero con muy poca preparación profesional para realizar estas labores (Velandia, 1995, p. 25).

La promoción de la salud durante la Colonia y el período posterior a la Independencia estuvo caracterizada por un estilo paternalista inspirado en motivaciones religiosas y con un sentido apologético. Las sociedades de beneficencia pública fueron un buen ejemplo, donde las comunidades y las órdenes religiosas, al igual que conspicuos miembros de las clases altas administraron los servicios de salud. Posteriormente, sectores ilustrados impulsaron la creación de universidades, institutos técnicos, fundaciones, y realizaron diversas obras de promoción para el desarrollo de poblaciones vulneradas por la pobreza y el abandono.

En esta época de las Reformas Borbónicas con la introducción de nuevos inventos y bajo el impulso del desarrollo tecnológico propio de la Revolución Industrial, se incorporaron elementos fundamentales que propiciaron elevadas repercusiones para la salud, así mismo las primeras técnicas estadísticas y matemáticas sirvieron para codificar y estratificar las ciudades de acuerdo con la incidencia de las enfermedades, la morbilidad y las tasas de natalidad, así como el recurso de mano de obra útil para la producción. Frente a la proliferación de las enfermedades se generó una gran Revolución en la Salud, por medio de los adelantos científicos de la revolución científica y posterior revolución microbiológica.¹⁸ En este sentido, fue propiamente con las Reformas Borbónicas como se inició la configuración del sistema de salud en Colombia¹⁹(Becerra & Peña,2011, p. 239).

La otra institución fuerte que también cambió fue el hospital; de ser un lugar para hospedar gente inválida, pasó a ser un centro de investigación y de enseñanza, un lugar de paso para la cura y recuperación de los enfermos que debían retornar a la vida productiva y útil, en beneficio del Estado. Entonces los hospitales no sólo debían tener cuartos y salas para atender enfermos,

¹⁸ Es de destacar investigadores como Jenner con la vacuna antivariola, Pasteur con la vacuna antirrábica, Koch descubriendo el bacilo de TBC y los microbios del cólera y, finalmente, Lister descubriendo y aplicando los primeros antisépticos. (Becerra & Peña, 2011)

¹⁹ El sistema de salud es una organización que pretende atender las necesidades de salud de la población, con base en dos criterios característicos como recursos, normas, leyes y políticas públicas de salud.

sino también espacios abiertos, amplios, salones de clase suficientes para implementar una escuela de medicina que incluyera el jardín botánico, el gabinete de zoología y el observatorio astronómico. El hospital fue diseñado como una máquina de vigilancia y curación, pues su objetivo además de restablecer la salud a los enfermos, debía garantizar el seguimiento de la recuperación de las facultades corporales hasta la inserción en la vida laboral útil a la economía nacional(Castro, 2004, p. 163).

Los primeros enfermeros que llegaron a Colombia fueron los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, quienes arribaron inicialmente a Cartagena hacia 1768 y establecieron allí el Hospital de San Juan de Dios, posteriormente llegaron a Bogotá y le cambiaron el nombre al Hospital San Pedro por el de San Juan de Dios, conocido posteriormente como “La Hortúa” (Velandia,1995, pp .35-36).²⁰ En esta época y hasta mediados del siglo XIX, la medicina y la enfermería eran prácticas propias de religiosos de congregaciones y fueron las monjas, destinadas a esta labor de cuidado, quienes se desempeñaron como pioneras de la enfermería, asumiéndola como labor evangélica, pues no se desligaba la salvación del cuerpo de la salvación del alma, así como tampoco se podía deslindar el sentido del pecado de la enfermedad corporal (Becerra, A; Peña, W, 2011, p. 236).

En 1873llegaron procedentes de Francia, por solicitud del gobierno (síndico del hospital San Juan de Dios) seis enfermeras religiosas procedentes de Francia. Estas a su vez tenían la misión de “hacerse cargo de los enfermos del hospital y enseñar a las enfermeras ese arte tan útil a la humanidad” (Álvarez, citado por Velandia, 1995, p. 38).

Existían propuestas por parte de un grupo médico a finales del siglo XIX (1897) y principios del siglo XX, que consistían en la necesidad de formar comadronas y enfermeras. Fue en la Universidad de Cartagena en 1903, cuando de forma empírica se iniciaron los primeros procesos de formación de las enfermeras, seguida por la Escuela de Enfermeras del Hospital Santa Clara en Bogotá en 1924.

Para el año de 1920, la medicina en el mundo entero había experimentado una serie de cambios debido a las experiencias vividas durante la primera guerra mundial. Se presentaron

²⁰ Antes del siglo XVIII los hospitales eran considerados sitios para morir, no para curar. Al respecto Foucault menciona: “El personal que trabajaba en el hospital no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación” (Foucault, 2004: 156). Quien curaba lo hacía con el interés de poder curar su propia alma; en tal momento los religiosos eran los que habitaban y ejercían la labor de enfermería, más como una vocación religiosa que aseguraría más en sentido apologético la salvación de sus propias almas, que el predominio de una labor de carácter profesional (Becerra & Peña, 2011, p. 235).

desarrollos tecnológicos para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación: los Rayos X, las prótesis, la cirugía reparadora (Castillón, 1985, p. 132).

Fue en ese momento cuando el profesor Roberto Franco, rector de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, vio la necesidad de formar personal no religioso con el fin de fortalecer los procesos de atención en el Hospital San Juan de Dios. Entonces, el 22 de octubre de 1920 a través de la ley 39, sancionada por el entonces presidente Marco Fidel Suárez, estableció la enseñanza de prácticas hospitalarias a comadronas y enfermeras, como actividad anexa ala Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Al respecto Castillón menciona:

La carrera se inició sólo hasta 1925 con el objetivo de “preparar enfermeras que pudieran desempeñar este servicio satisfactoriamente en esta capital y servir de núcleo a instituciones semejantes en las demás ciudades del país. Dichas enfermeras prestarán sus servicios especialmente en el hospital a fin de que los enfermos estén debidamente atendidos, y que los profesores, médicos, cirujanos, parteras, etc., tengan en ellas colaboradoras competentes que le secunden eficazmente en dar cada día mejor asistencia a los enfermos del hospital. (Castillón, 1985, p. 133)

Inicialmente el programa de enfermería fue dirigido por el rector de la Facultad de Medicina, las docentes eran religiosas de La Presentación²¹ y la carrera tenía una duración de dos años. Posteriormente el programa fue modificado por el Acuerdo No. 4 de 1937 y pasó a manos de una enfermera seglar especializada en Estados Unidos: “Helena Samper, colombiana, quien realizó sus estudios de enfermería en Estados Unidos, por lo que la organización que le dio a dicha escuela fue muy similar a la de las escuelas norteamericanas” (Niño de Peña, 1976, p. 61). Se reorganizó curricularmente haciéndola más científica, se aumentaron las asignaturas y se amplió a tres años la duración de la carrera.

²¹ En 1873 llegan al Hospital San Juan de Dios las hermanas de la Presentación de Tours, Francia. Inicialmente llegaron seis monjas en calidad de misioneras y a medida que pasaron los años el número se fue incrementando, repartiéndose en las diferentes ciudades del país. Esta comunidad religiosa ha tenido una fuerte influencia en el aspecto educacional en Colombia, ya que dirigía diversos planteles educativos. En cuanto a enfermería, el cuidado de los enfermos es otro de los objetivos de las hermanas de la caridad y se podría decir que fueron ellas las primeras en preparar personal de enfermería. Para la época en que llegaron, eran tan grandes las necesidades de enfermería y tan escasas las personas capacitadas que se vieron obligadas a formar un personal de asistentes, muchachas jóvenes que desempeñaban funciones, mitad de enfermería, mitad de oficios domésticos. (Niño de Peña, 1976; 59)

El Ministerio del Trabajo con ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Fundación Rockefeller estableció la Escuela Nacional Superior de enfermeras, mediante el Decreto No 466 de 1943 (4 de marzo), esta dependió del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, bajo la supervisión de la Universidad Nacional (Wesner, 1976, citado por Castellón, 1985, p.135).

La Resolución No. 377 del 3 de mayo de 1938, crea la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja en Bogotá con el objetivo de “formar personal capacitado técnicamente para prestar sus servicios en caso de guerra o calamidad pública, y que al mismo tiempo recibiera una orientación que le permitirá cooperar en obras sanitarias y sociales que la institución tenga en tiempo de paz, dando así cumplimiento a los Artículos 5 y 6 de los Estatutos de la Cruz Roja Colombiana. De acuerdo con Castellón el objetivo era:

Que este mismo personal pueda cooperar en caso de accidentes, catástrofes, calamidades, epidemias, etc., y que al mismo tiempo tenga una preparación que le permita prestar sus servicios en las obras establecidas por la Cruz Roja, el gobierno, la beneficencia, etc. en beneficio de la higiene y la asistencia social. (Castellón, 1985, p. 139)

En el año de 1941 la Universidad Javeriana crea su escuela de enfermería bajo la dirección de la Hermana Ana Gertrudis con el título de Escuela de Economía Doméstica y Social, que al año siguiente pasa a ser Escuela de Enfermería, con tres años de estudios teórico-práctico otorgaba el título de Enfermera General.

Para este momento histórico la enfermería fué vista como un servicio de asistencia al individuo enfermo y de colaboración al médico. No existe aún la noción del cuidado, sólo subyacen en los discursos de la época la noción de curar que le corresponde al médico y de atención que le corresponde a la enfermera. “El énfasis se centra en la atención individual y en una práctica dirigida, no solamente al usuario de los servicios de salud sino también de ayudantía a otro personal de salud: médicos, parteras, cirujanos”(Castellón, 1985, p. 69).

5.1.2. Contexto socio político del momento– El mundo – Colombia - Valle del Cauca. Segunda Guerra Mundial- La Post-guerra

Inicialmente, cuando se vio la necesidad de fundar la primera Escuela de Enfermería en el Valle del Cauca y, no obstante el momento histórico que atravesaban la ciudad de Cali y el Departamento debido a la crisis social, se dio un gran auge, impulso y apoyo financiero para la creación de esta Escuela de Enfermería. Entidades norteamericanas enviaron a enfermeras y pedagogas estadounidenses, quienes hicieron presencia, especialmente y a través de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá y en las principales ciudades del país para impartir conocimientos de enfermería. Las concepciones de cuidado en ese momento sólo estaban enfocadas a un acervo puramente procedimental y las pedagogías estaban divididas entre una teoría que dictaban los médicos y las prácticas que las impartían las enfermeras. Y por lo general se imponía la clase magistral, como método de enseñanza tradicional, con muy poca o ninguna participación del estudiantado.

En este momento histórico, mediados del siglo XX, finalizando la segunda guerra mundial, se manifiesta el apoyo de países desarrollados, teniendo en cuenta nuevos intereses económicos, políticos y circunstancias sociales emergentes.

Aunque la desconfianza entre Rusia y Norteamérica inicio con la retirada de la Rusia soviética de la primera guerra mundial tras la firma del tratado de Brest-Litovsk con el segundo Reich Alemán, realmente fue a partir de finales de la segunda guerra mundial, que los Estados Unidos sintieron la necesidad de polarizar a su favor la mayor cantidad posible de países con el fin de restarle poder y protagonismo al bloque comunista que indudablemente iniciaba su expansionismo no sólo por Latinoamérica sino por África y Asia. Esto dio inicio a la llamada “Guerra fría” que se caracterizó por una ausencia de guerras declaradas abiertamente y la proliferación de guerrillas tanto comunistas como anticomunistas, por eso las ayudas brindadas por los Estados Unidos como el “Plan Marshall”²² en Europa, básicamente buscaban comprometer con créditos la lealtad política de las naciones que quisieran suscribirse, con miras a la recuperación de sus diezmadas infraestructuras. No solamente se ofrecieron créditos,

²² Se le conoce como Plan Marshall al Programa de Reconstrucción Europeo, por parte de los Estados Unidos en 1947.

también se incentivó la capacitación en diversas disciplinas con la proyección específica de consolidar lo que ellos llamaron la “Política de seguridad nacional” (Leal, 2003, p. 74-87).

Como espina dorsal de esta doctrina se definió el estamento militar que sin duda soportaría el mayor peso y llevaría la mayor responsabilidad, así que desde el punto de vista práctico imperó la lógica de contemplar los mismos estándares procedimentales y filosóficos en la capacitación de los profesionales extranjeros que recibían becas para hacer de este recurso humano capacitado una extensión a ser empleada eficientemente en situaciones de emergencia en conjunto con sus recursos orgánicos, garantizando así esa labor sinérgica que podría neutralizar de mejor forma la contingencia que se presentara, pues sin duda alguna estarían perfectamente capacitados para manipular y operar elementos e instrumentos que les eran familiares al haber sido capacitados no solo en su manejo sino en la ejecución técnica del procedimiento ya preestablecido.

De esta manera se entiende el apoyo de los Estados Unidos para América Latina, por medio de estímulos económicos en becas, asesorías, capacitaciones, apoyo logístico para el fomento e impulso en particular de la enfermería para ese momento histórico.

Esta hegemonía histórica contextualiza y explica muchos de los acontecimientos que surgieron y que impulsaron la creación de los primeros programas de enfermería en Colombia.

A su vez, en el Valle del Cauca que para este momento pertenecía al Antiguo Estado Soberano del Cauca, inicia su lucha por la conformación de un departamento independiente y soberano. El Decreto No. 340 del 16 de abril de 1910, dividió el territorio del país en trece departamentos, y se reunieron los antiguos departamentos de Cartago, Buga, y Cali para formar uno sólo, con el nombre de Departamento del Valle del Cauca y en el mismo decreto se eligió como capital a la ciudad de Cali (Gobernación Valle del Cauca, 2006). Dando el impulso político y administrativo que necesitaba la región para convertirse en una de las regiones más prosperas, debido principalmente a su cercanía con el puerto de Buenaventura y a la inversión en caña de azúcar.

La ciudad de Santiago de Cali, como todas las aldeas españolas de América que usaban este título ostentoso, concentraba en torno a la plaza mayor, no sólo los símbolos de la vida civil y religiosa y algunos almacenes de comerciantes, sino también las casas “altas” de sus hijos privilegiados” (Colmenares; 1983, p. 103) Se encontraban para la época familias españolas y descendientes de españoles que llevaban el liderazgo político y administrativo de la región y

quienes, gracias a contactos con Bogotá y el exterior, dieron el impulso que necesitaba para su creciente desarrollo.

La ciudad de Cali no sufrió grandes transformaciones, solo hasta principios del siglo XX, en que pasó de ser una aldea a una gran ciudad. Los hechos que contribuyeron en este proceso de cambio y expansión fueron: su designación como capital del departamento, el surgimiento del capitalismo, la apertura del Canal de Panamá, la llegada y establecimiento de importantes empresas y las migraciones poblacionales. (Castillo, 1994, p. 129)

Se convierte entonces la ciudad de Cali, en el sitio estratégico para el impulso de la economía, el arte y las ciencias. En cuanto a religión, existía también una fuerte influencia del catolicismo en los procesos de atención, curación y cuidado de personas enfermas. El componente de la vocación cristiana era transversal para las personas que deciden dedicarse al cuidado de pacientes, tanto en instituciones de salud o de beneficencia de enfermos pobres como también los cuidados brindados en casa a las personas económicamente acomodadas.

Vemos aquí como surgen aspectos e intereses económicos, políticos y sociales en el mundo y particularmente en Estados Unidos y Colombia, que generan la inquietud por la creación y la proyección de la enfermería en su aspecto profesional.

5.1.2.1. Voces protagonistas del momento

A partir de este momento, serán introducidos los relatos recolectados en el estudio de campo, en los cuales, se analizarán los diferentes discursos que los profesionales de la enfermería tiene en torno a la noción de cuidado, al igual que los conceptos referentes a las experiencias, visiones, conceptos y demás prácticas llevadas a cabo por los actores involucrados en el estudio.²³

Fue muy importante en este punto encontrar y escuchar de primera mano, lo que ocurrió en el momento de la llegada de la enfermería al Valle de Cauca y cuál fue el papel de las enfermeras

²³ A fin de aclarar el análisis, para cada uno de los discursos que se presenten a lo largo del texto, se implementará un código en el cual se identifican las siguientes variables: número de entrevista (E1), técnica utilizada: entrevista semiestructurada (ES), entrevista en profundidad (EP), género del participante (M, F), momento de la investigación (PC) y por último, número de relato (R1), como puede evidenciarse en el siguiente ejemplo: E:1/Tec: ES/G:F/M:PC/R1.

de la época para empoderarse de su papel protagónico como líderes de la formación de las futuras generaciones de enfermeras.

Retomando el análisis de los datos encontrados en las entrevistas, como se puede observar, el personal conformado especialmente por religiosas, no tenía mucha formación en lo que al cuidado se refería. Este fuerte componente vocacional se puede ver reflejado en los siguientes relatos:

El personal que atendía en enfermería, pues no eran auxiliares en ese entonces sino que eran niñas del servicio, que iban entrando a los hospitales y las monjas las entrenaban en el cuidado inicial del paciente, entonces cuando uno iba a esos hospitales era terrible porque pues ellas no sabían nada de enfermería, era solo buena voluntad. (E:1/Tec: ES/G:F/M:PC/R1)

Las comunidades religiosas eran empíricas, no había enfermeras profesionales. Las enfermeras profesionales que llegaron eran de la Universidad Nacional, a crear prácticamente la escuela de enfermería, entonces esa escuela de enfermería que era de tres años, no era de cuatro años como ahora.(E:2/Tec: ES/G:F/M:PC/R10)

No me acuerdo exactamente, pero aquí en Cali las comunidades religiosas te digo eran las que prestaban los servicios de enfermería, las vicentinas....después seguían las adoratrices, ellas prestaban servicio hospitalario, domiciliario pero a la gente de plata, tenían una especie de sala cuna en un barrio de Cali entonces hubo que hacerle....el Club Noel.(E:2/Tec: ES/G:F/M:PC/R8)

Es claro desde estos relatos cómo las comunidades religiosas establecían prácticas de cuidado desde un aspecto empírico y movidos por una conciencia espiritual y de conexión con el prójimo. Son las comunidades religiosas en el principio las que suministran el cuidado necesario a las personas que así lo requerían.

El contexto para el surgimiento de la formación sistemática en enfermería y la orientación profesional que se le daba a las estudiantes en ese momento, también tenía una influencia de las congregaciones religiosas y las profesoras se valían de estos argumentos para fortalecer las prácticas clínicas que en un principio causaban choques emocionales a las recién iniciadas en la enfermería. En este sentido una enfermera manifestó:

Yo tuve muchas estudiantes que me renunciaron en plena sala, yo les entregaba un paciente agónico, empatado de la cabeza hasta abajo y esa criatura de la sociedad de aquí...que iba a meterse con esa “piltrafa humana”entonces enseguida me llamaban y me decían: me voy para mi casa, yo no puedo, yo me voy....me tocaba irme a una parte especial y comenzarle a hablar. Vea esta, esto y esto....piense que ese paciente es su papá, es su mama....más todavía acuérdesse de Jesucristo, piense que es Jesucristo el que está ahí, piense....lo va a dejar...y las convencía. Porque de entrada era mucho el choque que tenían porque es que cuando ya uno ya va al hospital y tiene paciente, no para tomarle la tensioncita ni la temperatura sino para entregarle un paciente hemipléjico, con un síndrome cerebro vascular, con todo eso....ufff la cosa es muy dura, pero muy dura.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R32)

Existían también aparte de los grupos religiosos grupos de mujeres que ejercían como parteras en algunas localidades de la ciudad. Este grupo de mujeres apoyadas por políticos locales, crearon un problema de salud pública, ya que al no tener acceso a la capacitación adecuada para tal función, la morbi-mortalidad materna y perinatal era muy alta. Razón por la cual no sólo entidades regionales sino nacionales e internacionales volvieron su mirada y su apoyo a la ciudad de Cali. Una docente entrevistada manifestó: *“En el Ministerio de Salud Pública estaba el Dr. Velasco Palau, ahora está en malas condiciones porque tiene Alzheimer, entonces él ya había hecho programa con los norteamericanos, por la incidencia tan alta de materno-infantil especialmente en el Valle. Era muy alta la incidencia.”(E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R3)*

El problema de la alta mortalidad materna y perinatal no sólo se encontraba en el suroccidente colombiano sino que era afín al problema de salud pública en todo el territorio nacional, razón por la cual, surge la especialización en enfermería materno-perinatal. De esta manera, se crea entonces la posibilidad y las facilidades para su estudio y desempeño en esta área. Con respecto al estudio de la especialización una entrevistada manifestó:

“...una colega me había invitado y yo fui a Bogotá, y estando en Bogotá había un aviso: Se necesita enfermeras para especialización, era para materno-infantil, yo fui muy buena

estudiante en esa área, entonces la compañera me dijo: tú que fuiste tan buena... ¿por qué no te presentas?, ¡estás en vacaciones....preséntate!” (E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R1)

Incentivando la formación en esta área se intentaba mejorar la salud sexual y reproductiva de miles de mujeres en Colombia, la cual hasta el momento había estado en manos de la medicina tradicional o popular, evidenciando un creciente número de complicaciones producto del embarazo y el parto. Las parteras empíricas o llamadas comadronas no sólo estaban liderando los procesos de la gestación, parto y puerperio, sino que también estaban siendo contratadas en las nascentes instituciones de salud para ejercer actividades de enfermería. En este sentido una enfermera en su relato expresó que: *“Contrataban comadronas sin experiencia, habían unas analfabetas. Y el Seguro Social después también se llenó de analfabetas, ese fue un trabajo arduo...esa fue una cosa muy larga”*. (E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R6)

Surgió entonces la urgente necesidad de mejorar la preparación académico-profesional de los habitantes de la ciudad de Cali. Dependiendo educativa y culturalmente hasta ese momento de la ciudad de Popayán, surgen líderes locales que con sus iniciativas conciben la idea de crear universidad y academia local de muy buena calidad. El 11 de junio de 1945 la Asamblea Departamental del Valle del Cauca, por Ordenanza No. 12, creó la Universidad industrial del Valle del Cauca con el objetivo claro de capacitar al personal que tendría a su cargo la transformación de la ciudad de Cali (Universidad del Valle, 2011). Según la reseña histórica de la Universidad del Valle, ésta inicia sus labores con la Escuela de Comercio Superior y Administración de Negocios, la Facultad de Agronomía y la Escuela de Enfermería, la cual había tenido algún intento fallido de creación antes de esta fecha. En este sentido se expresa que:

El señor era de la Universidad del Valle, era una escuelita que fundó ese señor para enfermería en el Valle, pero como te digo no tuvo buen final y se cerró porque no tenía profesores, no tenía programa, no tenía nada, sino apenas la necesidad de que se capacitaran enfermeras. Bueno.....entonces siguieron con la preocupación de que se necesitaba y que ya venía la fundación de la Facultad de Medicina y que hacía la Facultad de Medicina sin la ayuda de la enfermera, sin la buena enfermería al lado del Programa de Medicina.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R4).

Existía para el momento, una fuerte necesidad de formación de enfermeras en la ciudad de Cali, y es la Universidad del Valle, que por su iniciativa, abre las puertas de la universidad inicialmente a la mujer vallecaucana. Siendo forjada a partir de la Facultad de Medicina, como ya es tradición en la mayoría de programas de enfermería en Colombia.

5.1.3. Iniciativa de los médicos, ayudas y apoyo nacional e internacional para la creación de la escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

5.1.3.1. Fundaciones Kelloggs y Rockefeller

La profesión de enfermería, en la década del cincuenta, sólo había tenido un incipiente desarrollo en la ciudad de Bogotá. Allí, en la Escuela Superior de Higiene, y posteriormente en la Universidad Nacional, gracias al apoyo de fundaciones internacionales como Kellogg²⁴ y Rockefeller, se financiaron proyectos educativos en enfermería en su empeño por mejorar la salud en los países pobres de América Latina (Carvajalino, 2002). Fue por esta razón que muchas enfermeras de esta generación lograron cursar sus estudios de posgrado en universidades norteamericanas. Al respecto se expresó:

... ya estaba funcionando la escuela de Cartagena, estaba funcionando la de la cruz roja, estaba funcionando creo que la Javeriana y la Nacional que había sido creada por la Escuela Superior de Higiene con el apoyo de Estados Unidos, la OPS, de la Organización Mundial de la Salud, mejor dicho que fue la que construyó en Bogotá ese edificio tan lindo para enfermería y la que sostuvo todo esos programas de becas gratis

²⁴ La fundación Kellogg, creada en 1930 por el pionero de la industria de cereales W.K. Kellogg, quien estuvo interesado en la aplicación del conocimiento científico a la solución de los problemas de la salud humana, además consiguió muchas donaciones para fines filantrópicos. Todas las actividades de la Fundación Kellogg reflejan de una u otra manera el pensamiento de W.K. Kellogg en cuanto al impulso de la educación que constituyó la “mejor oportunidad para que generación tras generación continúen superándose”. En este sentido las becas constituyen una característica especial de la fundación. Hasta 1989 la fundación había concedido más de 2.188 becas. Las primeras se otorgaron en América Latina en 1941 y en 1945 su número en América Latina había alcanzado más de 200. Los objetivos de las becas eran: 1. Otorgar oportunidades para profundizar la formación educativa y profesional individual. 2. Permitir la observación y examen de experiencias similares en instituciones de otros países. 3. Promover la comprensión entre personas de diferentes nacionalidades que trabajan por metas comunes. 4. Estimular el intercambio internacional de ideas (Toro, O; Vila Moret, E, 2001, pp. 56-72).

que nos daban todo y podíamos salir y cada año por lo menos veinte estudiantes salíamos graduadas (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R7)

Te cuento que me fue muy bien en eso....me dieron una beca....teníamos consultoras americanas, había una alemana-americana, una que era de.... de España, pero era norteamericana de padre americano, bueno...las consultoras...esas sabían Español, otras las mandaron y sabían Inglés, entonces nosotras no le entendíamos. fueron cinco becas, dentro esas cinco becas, pues estuve yo y teníamos residencia en la Nacional y cincuenta pesos nos daban y eran para....medias...ya que se rompe mucha media...(E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R2).

Esta situación la supo aprovechar también la Universidad del Valle y a su vez también pidió la colaboración económica y de apoyos educativos para proyectar no solo el programa de enfermería sino a su vez el Programa de Medicina. Como lo expresa uno de los testimonios:

Es necesario consignar el recuerdo a la Fundación Rockefeller, que le dieron la mano a la facultad e hicieron posible el vigorizamiento de la iniciativa porque apoyaron en todas las formas a quienes se habían comprometido en la labor de sacarla adelante, de esta manera la facultad se convirtió en una gran escuela de Medicina en Colombia y para Colombia y no en una simple copia de facultades. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R17).

Esta afortunada generación de enfermeras tuvo la posibilidad de realizar sin mayores esfuerzos sus estudios de especialización en universidades extranjeras y traer al país, lo que se estaba pensando y lo que se estaba trabajando en materia de enfermería en los Estados Unidos. En este sentido se expresó:

Lo primero que se planteó –ya estamos hablando es de las licenciaturas-, fue la necesidad de disponer de un personal docente idóneo –no podíamos esas cuatro enfermeras generales, pensar en una licenciatura cuando ni nosotras éramos licenciadas, pero había que ver cómo, cuándo, entonces lo primero disponer de un personal docente idóneo– con un grado superior y que tuviera autoridad académica en el programa. Era indispensable capacitar rápidamente al profesorado. – Había que enviarnos a especializarse por todo el mundo – La ayuda de las fundaciones Kellogg y

Rockefeller facilitarían la solución, algunas profesoras saldrían al extranjero a recibir esa preparación, además la fundación Rockefeller también reforzaría los programas con profesoras visitantes que enviaría Estados Unidos. –vino mucha gente de Estados Unidos (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R63).

Es indudable que empresas multinacionales hicieron considerables aportes, a través de las Fundaciones Kellogg y Rockefeller que realizaron inversiones económicas, sociales y culturales en la región y, sobre todo, en el sector salud, especialmente sensible para las comunidades del Valle del Cauca. La Fundación Rockefeller brindó ayuda económica para realizar estudios e investigaciones sobre temas de salud pública. Su programa de becas estuvo orientado a investigadores de alto nivel académico. Así mismo, la Fundación Kellogg promovió iniciativas que redundaban en la salud y el bienestar de los pueblos de América Latina y el Caribe. Las áreas en las que trabajaron fueron: salud, sistemas alimentarios y desarrollo rural, educación básica, juventud, liderazgos y becas de estudio. Más aún, la Secretaría de Salud de Cali y la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, con la asesoría del grupo SICSIM²⁵ y ayuda financiera de la Fundación W. K. Kellogg, pusieron en práctica varios modelos de intervención médica (Rojas, 2003).

Fueron varias las enfermeras de la época que se vieron privilegiadas con becas para estudiar en el exterior. Especialmente Estados Unidos acogió a enfermeras colombianas, para capacitarlas no solo en las artes específicas de la enfermería, sino también en procesos educativos y administrativos, que a la larga darían a los programas de enfermería posteriormente una influencia muy marcada de escuelas norteamericanas. Al respecto se manifestó lo siguiente:

Yo creo que había dos cosas importantes, a nosotras nunca nos hablaron de salario, ni de condiciones laborales, pero todas las profesoras querían que tuviéramos especialidades... y empezaron a mirar en Cali posibilidades de becas en el exterior. He sido una privilegiada porque todos mis estudios los he realizado con becas, e inclusive hasta los estudios que hice en México... E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R11.

Yo soy enfermera egresada de la Universidad del Valle, enseguida que termine mis estudios me nombraron como profesora de la universidad y hubo un concurso para irnos

²⁵ Programa Evaluación de Atención Quirúrgica, denominado Sistema de Cirugía Simplificada.

al exterior a sacar un Bachelor²⁶ en ciencias de la enfermería (BSN. Bachelor of Science in Nursing) que son estudios universitarios de cuatro años, además Inglés, y de Colombia íbamos cinco personas, una de ellas fui yo, en el año 1963 ingrese a la Universidad de Georgetown en Washington y estudié un curso de Inglés y civilización occidental y luego me fui a la “Wien Universitat”, hice mis estudios y saque un PSN (Philosophy of Science Nursing) que es una licenciatura en ciencias de la enfermería(E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R1)

Entonces a mí me tocó y a mis colegas de esa época... la época de oro de las enfermeras...becas sin que tú las solicitaras, claro que seleccionaban, de acuerdo al trabajo que tu desarrollarías, entonces regresé a Bogotá. Me dieron ese premio por el trabajo que te he dicho. Ese informe que hice lo publicaron en Brasil, con la asesoría de una enfermera norteamericana que hablaba bien el Español, ella me enseñó a resumir y a toda una cantidad de cosas... era de una Universidad en la Florida, ella tenía una cantidad de especializaciones. La mayoría de ellas no se casa, porque se dedican a la educación... (E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R18)

5.1.3.2. Escuela Superior de Higiene y Escuela de Enfermería Universidad del Valle

Para el momento de la creación de la Universidad del Valle, es un médico, el Dr. Gabriel Velázquez Palau, descendiente de una familia prestigiosa y políticamente influyente, quien se encarga de introducir en el Valle del Cauca los modelos de salud europeos de la época. Al respecto se manifestó lo siguiente:

En 1950 volvió a ser centro en la mente del Dr. Gabriel Velázquez Palau la necesidad de tener una escuela de enfermería, o sea que de sus neuronas salió la idea de la escuela de enfermería aquí, de la cabeza del Dr. Gabriel Velázquez Palau para el Valle del Cauca. En los archivos de la institución hay cartas cruzadas entre el abanderado de esa idea y las personas claves para llevar adelante el proyecto – porque él tuvo que acudir a muchas personas, ya que necesitaba el apoyo moral, económico. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R20)

²⁶ Un Bachelor's Degree se obtiene en una universidad realizando cuatro años de estudio (*4year college*) y es necesario para poder obtener un título más avanzado o profesional. Este título requiere de un currículo de educación general y una especialidad o *concentration (major)* en una materia.

Al revisar los archivos de la época se encuentra evidencia de una carta enviada por El Dr. Velázquez Palau a los presidentes de los clubes Rotario y de Leones con fecha 4 de septiembre de 1950, en la que expresó lo siguiente:

Al estudiar y proyectar en mi carácter de médico de los Seguros Sociales de Cali, la organización del departamento médico de esta misma institución, tuve ocasión de comprobar una vez más la observación que he hecho en el ejercicio de mi profesión: la necesidad apremiante para la asistencia social en esta ciudad de la fundación de una Escuela de Enfermería, que solucione la grave escasez de personal capacitado para estas labores (...) (Álvarez de Villafani,²⁷ 1979, p. 20)

El Doctor Velásquez soñó con la idea y, gracias a su innegable liderazgo en la región, realizó los primeros contactos con entidades nacionales como el entonces denominado Ministerio de Higiene y la Universidad Nacional; también con entidades regionales como el Hospital San Juan de Dios y la clínica de Maternidad como campos de práctica y con el Club de Leones y el Club Rotario, con cuya contribución fue posible la donación y construcción del edificio “Eladio Perlaza”, donde inicialmente funcionó un albergue infantil y posteriormente la primera Escuela de Enfermería del Valle del Cauca. En este sentido Álvarez manifestó lo siguiente:

Se solicitó la colaboración del hospital San Juan de Dios con la planta física – que qué buena podía ser hace sesenta años, pero bueno, atendían enfermos de caridad para las prácticas, lo mismo se hizo con la Clínica de maternidad Municipal que en esa época funcionaba. Al municipio se le pidió un local para su funcionamiento y ayuda económica, la gobernación se comprometió con un auxilio de treinta mil pesos, el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales prometió respaldo económico y moral y por último se hizo la solicitud al Instituto Interamericano de Salud Pública para que asumiera la dirección técnica de la nueva escuela y le diera el resto de apoyo económico que necesitaba.- De allí fue que vino Cecilia Borrero, del Servicio Interamericano de Salud Pública, la mandó esta institución. El club de Leones, el Club Rotario, no quedaron

²⁷ Enfermera egresada de la Universidad Nacional, licenciada en Enfermería de la Universidad del Valle, Magister en Enfermería Materno-infantil de la Universidad del Valle, posgraduada en pedagogía y didáctica aplicada a la enfermería de la Universidad Sao Paulo de Brasil, consultora de la OMS en 1969; además, docente de la Universidad del Valle durante 23 años, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras, Seccional Valle del Cauca en 1976.

excluidos, dada su natural disposición de resolver los problemas de carácter asistencial en todas partes, en carta de una de esas instituciones, fechada el 5 de septiembre de 1950 se informa que se ha tratado el tema con el señor Gobernador. Dr. Carlos Sardi Garcés, quien prometió ayuda económica con fondos departamentales, no solo para la organización de la nueva escuela, sino también para su sostenimiento posterior. Los miembros del club rotarios ofrecieron aunar esfuerzos con las personas que patrocinaban tan feliz idea, deseando ver pronto realizado el sueño de la inauguración de la escuela de enfermería en Cali. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R22)



Gráfico No. 2. Edificio donde inició sus funciones la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. Foto Cortesía de Doña Graciela Álvarez de Villafani.

El interés y la colaboración regional fueron primordiales en esta época, ya que se dió la posibilidad de iniciar financieramente la enfermería en el Valle del Cauca como procesos de formación académica. Se pidieron también ayudas a los sectores de salud y educación de la ciudad de Bogotá, quienes apoyaron la idea enviando las mejores representantes de la enfermería en ese momento. Su papel como asesores y docentes fue primordial para este momento.

Sus gestiones se dirigieron al señor Ministro de Higiene Dr. Jorge Cavelier de quien obtuvo la autorización correspondiente, no sin antes manifestar que no se encontraba objeción al proyecto siempre y cuando el plan de estudio, sus campos de adiestramiento, las salas de demostraciones y el personal directivo y docente se ajustara en todo a los reglamentos y disposiciones legales que servían esta materia. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R21)

La Escuela Superior de Higiene tuvo su origen en un convenio entre el Ministerio de Higiene y la Fundación Rockefeller en el año de 1948. Esta cooperación existió hasta el año de 1953. Por medio de convenios con las entidades internacionales, las estudiantes destacadas que adelantaban especializaciones en Salud Pública y Obstetricia, eran enviadas al extranjero gracias a becas cubiertas por la Organización Mundial de la Salud, para luego retornar a Colombia y vincularse laboralmente para aplicar lo aprendido. (Acevedo, 1954, p.134)

...la Escuela Superior de Higiene envió a la señorita Cecilia Barrera, enfermera Jefe del departamento de enfermería de la Escuela Superior de Higiene –la mandamás en Colombia era la Escuela Superior de Higiene y ella era enfermera general graduada en la Nacional, pero eso no pertenecía a la Nacional, era la escuela Superior de Higiene la que construyó la escuela Nacional de Enfermeras y se las regaló, la puso a funcionar como hizo aquí Velázquez Palau a la Nacional.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R42).

La Escuela Superior de Higiene tenía por objetivo preparar médicos, ingenieros, enfermeras, inspectores de salud pública que llenara las necesidades del país. La Escuela Superior de Higiene tenía como filial a la Escuela Nacional Superior de Enfermeras y funcionaba con la cooperación de organismos internacionales: La organización Mundial de la Salud y la UNICEF (Fondo internacional de ayuda a la infancia).

Era la responsabilidad de la Escuela de Higiene velar por la organización y control de las escuelas de enfermería y de auxiliares del país, existiendo para cumplir tal función, el Departamento de Enfermería, cuya jefe era la enfermera Cecilia Montes Duque. (Acevedo, 1954, p. 134)

Entonces el 15 de agosto de 1952 se fundó la Escuela de Enfermería. En memorando dirigido por la señorita Cecilia Barrera al rector de la Universidad, figuran entre otros puntos nombramientos de las siguientes personas: la señorita Inés Viveros Bolaños, que había sido jefe de los servicios de las salas de cirugía del Hospital San José de Bogotá y profesora de enfermería de la Universidad Nacional y sería nombrada como directora de la Escuela, se nombró también la señorita Carmen Espitia, egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional con experiencia en coordinación de servicios clínicos y de salud pública -ella tenía cursos en salud pública-, y se nombró como coordinadora de los planes de práctica clínica en el área hospitalaria y profesora de

ciencias sociales. Porque había unas enfermeras hospitalarias, no eran ni generales. Antes de ser generales habían unas hospitalarias. La Escuela de Higiene fundó una escuela para hospitalarias.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R45)

*Llegaron a dirigir el programa de enfermería, enfermeras que no eran de Cali, en su mayoría eran de Bogotá. “Las profesoras que llegaron a Cali, todas eran graduadas en Bogotá porque existía la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad del Rosario y probablemente ya existía la Javeriana”.*²⁸ (E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R13)

De manera que, influenciadas por los sistemas educativos imperantes en la Universidad Nacional, impusieron una fiel copia del plan de estudios que existía en ese momento en la Nacional. El pensum era exacto al de la Nacional y nosotros copiamos lo que nos enseñaron, no teníamos otra alternativa. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R25)

La Universidad del Valle en sus inicios tiene una influencia académica directamente relacionada con Universidades de la Capital de la República, y también con Universidades Norteamericanas marcando una pauta inicial que daría las bases para el inicio de los procesos formativos de enfermería en el Valle del Cauca. La Escuela Superior de Higiene, envió a la Señorita Cecilia Barrera, Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería de la Escuela Superior de Higiene, con el fin de hacer los primeros contactos con el personal que se necesitaba para regir los destinos de la nueva institución. Ella a su vez realizó el nombramiento de la señorita Inés Viveros Bolaños,²⁹ quien sería la primera directora de la Escuela, la señorita Carmen

²⁸ El programa de Enfermería en la Universidad Javeriana se denominaba “Escuela de Economía Doméstica y social” y fue creada en 1941.

²⁹ Nacida en Ipiales (Nariño), normalista del colegio Nuestra Señora de las Lajas. Estudió enfermería en la Universidad Nacional de Bogotá y viajó como becaria de la fundación Kellogg en dos oportunidades diferentes para especializarse en Educación en Enfermería en la Universidad Jackson y en Administración de Escuelas de Enfermería en Columbia University. Fue invitada a Estados Unidos a participar en diversos seminarios y regresó para graduarse como licenciada en Enfermería de la Universidad del Valle y obtener una Maestría en Salud Pública en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico. Además de ser fundadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, fue directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga. Participó y estuvo colaborando en los primeros contactos entre la Universidad del Valle y la señorita Maricel Manfredi, para la fundación de la Escuela de Enfermería del Instituto Mariano en la ciudad de Pasto. Fue presidenta y fundadora de la Asociación Nacional de Enfermeras Seccional Valle en el año de 1955, presidente del segundo congreso Nacional de Enfermería celebrado en Cali en 1963, participó en la fundación de ACOFAEN (Asociación Colombiana de Enfermeras de Colombia) y organizadora con un grupo de enfermeras de Bucaramanga de la Asociación Nacional de Enfermeras de Santander del Sur (Yoda, 1991, p.70).

Espitia,³⁰ señorita Zulema Plata³¹ y la señorita Lola Perdomo.³² Ellas se consideran como las pioneras en los procesos de formación de las enfermeras en el Valle del Cauca, las cuales tenían la inmensa responsabilidad de una escuela que funcionaba también como internado y que inicialmente albergaba un promedio de 40 niñas, y que luego de tres años de estudio recibirían el título de enfermeras hospitalarias.

Y entonces se iniciaron las labores con las enfermeras....Inés que era la directora, la que dirigía la escuela y trajo a Zulema Plata, a Piedad Portilla y a Lola Perdomo. Porque también trajo a Inés Mora pero a ella la mandaron a especializar. Había muchas preocupaciones de que venían pero tenían que especializarse en Estados Unidos y había la facilidad de becas de un año...(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R12)

La otra señorita que nombraron fue Zulema Plata, que era egresada también de la Nacional con experiencia en programas docentes como instructora de áreas de enfermería, todas debían tener experiencia.- Nadie recién graduado, toda gente pesada, que le saliera adelante y ella también era normalista-. La señorita Lola Perdomo, egresada de la facultad de enfermería de la Cruz Roja, como instructora de enfermería en Medicina.-Entonces usted ya sabe quiénes fundaron la escuela, eso no lo sabe nadie. Porque como te digo en la escuela hay una placa pero figura Inés Mora como fundadora y eso es una equivocación porque como no sabe nadie nada de nada, lo que se les ocurre, ponen, sin preguntar.....y allí no aparece Cecilia Barrera. Mira como es la ignorancia (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R45)

Hubo discordias cuando se intentó llegar a las instituciones de salud, ya que como estaban bajo la dirección de instituciones religiosas, algunas opusieron resistencia para permitir la entrada de profesoras y estudiantes de enfermería de la Universidad del Valle. En este sentido se expresó lo siguiente:

³⁰ Enfermera Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, con experiencia en coordinación de servicios clínicos y de salud pública, como coordinadora de los planes de práctica clínica en salas hospitalarias y profesora de Ciencias sociales (Álvarez de Villafani, 1979: 21).

³¹ Egresada de la Universidad Nacional, con experiencia en programas docentes como instructora de Artes de Enfermería (Álvarez de Villafani, 1979: 21).

³² Egresada de la Facultad de Enfermería de la Cruz Roja, como instructora de Enfermería en Medicina (Álvarez de Villafani, 1979: 21)

Y...ese primer grupo de enfermeras que salieron no tenían donde hacer prácticas, entonces en el San Juan de Dios que...ese hospital era de la Curia, del Opus Dei...ves, esto está entrelazado con la religión, pero fueron comunidades que sirvieron mucho, las enfermeras que vinieron de allá creían saberlo todo y habían choques, había choques... resistencia". (E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R11)

Si, solamente trabajadoras sociales y la monja de allá empezó con sus auxiliares de enfermería y esa fue una buena cosa porque se fueron instalando... la parte de niños que está en el Club Noel, era el único hospital para niños, pero era muy cerrado, no aceptaban, no aceptaban. Alguno de ese personal, otras auxiliares que vinieron del materno infantil de Bogotá que quedaba en la Hortua, estaban desempeñándose allí como enfermeras, entonces hubo que hacerles los exámenes y que se presentaran, no querían....(E:2/Tec:ES/G:F/M:PC/R20).

Es claro entonces que la influencia norteamericana no sólo es visible a través del apoyo de las fundaciones extranjeras presentes en el momento de la creación, sino que la apropiación y copia de los sistemas educativos imperantes en la Universidad Nacional de Bogotá, que a su vez también estuvo fuertemente influenciada por pensamiento norteamericano, que hace que se generen estilos de docencia propios de sistemas tradicionales de pedagogía y de medicina. La disciplina y el rigor en el cumplimiento de las normas era la regla general de las formas de educación de la época. Al respecto expresó:

En lo referente al plan de estudios además de la parte teórica, había la parte práctica que constaba de seis horas diarias en los servicios hospitalarios durante los seis días de la semana, teniendo derecho a un día libre pero sin derecho a días festivos. Los servicios hospitalarios incluirían en meses estas etapas: pre clínico, uno llegaba y lo primero que veía era el pre-clínico, eso eran seis meses después venían las salas de medicina cuatro meses, las salas de cirugía cinco meses, las salas de pediatría cuatro, las salas de maternidad cuatro, las salas de puericultura y desarrollo y crecimiento tres, las salas de operaciones tres, las enfermedades transmisibles y las curaciones tres, la jefatura de sala o administración cuatro, laboratorio general uno...(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R49)



...cuando pienso quienes eran mis profesoras, voy a repetir....eran modelos! Yo creo que uno va seleccionando el modelo. Yo seleccioné a una profesora que era mi modelo y es Piedad Portilla, ella es de

Gráfica No 3. Preparación de una clase de anatomía por las estudiantes del primer grupo. Foto extraída de Revista Salud. (1979) Reseña Histórica de la división de Salud de la Universidad del Valle.

Pasto, ella estudió su maestría en administración, llegó a ser directora de enfermería del Hospital Universitario, luego fue a Bogotá y ocupó cargos importantísimos y por eso yo después....mi maestría no es en enfermería, es en administración, yo creo que es que uno sigue modelos.(E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R9)

Primero, lo que yo pensé: ella tiene que ser mejor que yo y modestia aparte yo no me consideraba tan mala, pero ella tiene que ser mejor que yo, por eso es que yo fui el ogro de las enfermeras de aquí, porque yo también tuve una profesora que después de que sufrí tanto con ella se llamaba (CR)³³, vine a copiar lo que ella hacía porque vi lo bueno que era...había que ser rígido, estricto, cumplidor, entonces yo vine a exigir eso con las estudiantes y eso fue muy duro para las estudiantes que uno les exija que tiene que ser así, de bien hecho. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R31)

A ver yo creo que lo que vi fueron más que todo modelos, yo creo que el adolescente y el estudiante necesita modelos, cuando yo llegué a la universidad precisamente yo escribo el "El libro de viaje" y eso lo hice por mi cuenta, no solicité ni permiso, ni apoyo, pero es

³³ Se suprime nombre para proteger la identidad de las personas nombradas en las entrevistas.

como un agradecimiento a la gente que me enseñó, yo me remito como a pensar cómo eran esas profesoras, eran muy estrictas, con mucha disciplina. Nosotras éramos internas y teníamos muchos derechos pero también muchos deberes(E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R6).

Desde las primeras experiencias de formación en enfermería se inicia con la dicotomía Teoría-Práctica. La teoría basada en la patologización de la salud, era dictada por los médicos y la práctica que consistía en la atención específica de los pacientes en patologías específicas, era dada por las docentes-enfermeras.

La teoría la dictaban los médicos, de Obstetricia, de Medicina, de Cirugía, ahora no, ahora uno dicta la obstetricia, la cirugía ya el médico no dicta ninguna clase, la dicta uno, pero antes la dictaba el médico porque uno no estaba preparado, no sabía nada de obstetricia. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R40)

La parte técnica se repartía entre las instructoras quienes enseñaban los cuidados de enfermería propiamente dichos y algunos médicos que dictaban la parte clínica normal y patológica. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R50)

5.1.4. Expansión de la enfermería en el suroccidente Colombiano

El día 16 de diciembre de 1955, 18 estudiantes recibieron su grado de enfermeras, y serían ellas mismas junto con las nuevas docentes que se iban incorporando a la Escuela, las que tendrían proyecciones mucho más altas, no solo para la Escuela sino con la recién nacida profesión en Colombia: “Se exigirá bachillerato completo, se estudiarán las posibilidades, se pedirán asesorías y se trabajará sin descanso hasta llevar la carrera de Enfermería del nivel intermedio al nivel superior” (Álvarez De Villafani, 1979, p. 27). Una vez posicionada la carrera de enfermería en la Universidad del Valle, sus fundadoras, sus primeras egresadas, que serían sus futuras docentes, se empeñarían en mejorar el prestigio social de la profesión, haciendo conocer a las estudiantes de los colegios no sólo de Cali, sino de pueblos del Valle, Cauca, Nariño y la Zona Cafetera, los beneficios y las facilidades para estudiar enfermería. En este sentido expresó:

Bueno ese fue el nuevo grupo que llegó a darle un nuevo aire a los programas que se iniciaban y ahí entonces prácticamente comenzó a arrancar el furor por la enfermería porque nosotros no nos íbamos a quedar tranquilas. Como ya éramos personas experimentadas, entonces teníamos que echar la enfermería para adelante, entonces comenzamos a pensar...como mejoraríamos la enfermería en el Valle del Cauca... se comenzaron a mandar comisiones a todos los pueblos cercanos, a ciudades cercanas, inclusive a otros departamentos, al Cauca, a Nariño, a Tolima, a todas parte mandaban comisiones de profesoras para que fuéramos a los colegios que estaban graduando bachilleres a mostrarles que era la enfermería, que era un nuevo programa en donde las mujeres ya podían entrar a la universidad, trabajar y en una forma muy digna y muy linda, bueno a entusiasmar toda esa juventud, entonces los primeros grupos eran recogidos de todas las ciudades cercanas al Valle y lógicamente aquí en los colegios también hacíamos su pasantía haciendo la promoción, que éramos un internado.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R14)

...los tabúes con respecto a la carrera pues los padres de familia continuaban haciendo resistencia para el envío de sus hijas a la universidad. Como alternativa se hacía conocer la profesión de enfermería mediante visitas a los colegios de secundaria. Se fue a los colegios de esta ciudad primero, luego a las poblaciones vecinas, luego a las de las ciudades de otros departamentos cercanos al Valle del Cauca, se visitó Palmira, Buga, Tuluá, Zarzal, Cartago, Pasto, Popayán, Manizales, Pereira, entre otras, fueron muchas las visitas, conferencias, películas, charlas, explicaciones fueron parte del movimiento de divulgación que la escuela procuraba poner al alcance de las estudiantes bachilleres con miras a entusiasmarlas en la carrera. Curiosamente aún existe en los archivos un pequeño folleto anecdótico que a modo de propaganda se distribuyó y cuyo mensaje bien vale la pena recordar. (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R58). A continuación se muestra el mencionado folleto.

"Ay, pero yo no quiero volverme esclava ni sirvienta..."

Empírica

¿Esclava de quién?
¿Sirvienta?
¿No conoce la diferencia
EMPÍRICA
(la que "aprendió" sola)

Auxiliar

la enfermera **AUXILIAR**
(a quien se le enseñó a
hacer el oficio, que lava y
limpia, tiende y arregla),
y la enfermera

Graduada

GRADUADA, responsable
y digna, mismo derecho del
médico y salvadora (y a ve-
ces domadora) del pacien-
te? Pero el prestigio y res-
peto de la enfermera ... ¿de
dónde? ... Después de tres
años de estudios, ella es
una verdadera **PROFESIO-
NAL**.

No hay médico que
opere sin la ayuda
experta de la enfer-
mera graduada, y
sin la seguridad de
que ella le vigilará y
le controlará al pa-
ciente después ("se-
ñorita, ay... déme
una píldorita. SÍ?
No quiero tomar esa
cosa. El doctor no
ha entendido lo que
yo tengo ... ¿Por
qué no me pone una
inyeccioncita? ...")

PSIQUIATRIA
(¿... acaso todos
no somos locos?)

Y el bolsillo lleno ... En Cali, enfermeras recién graduadas
están ganando \$ 450.00 LIBRES y a veces más, y como en todas
partes reclaman cada día con mayor frecuencia sus servicios, las
llueven ofertas. Y no hablemos de lo que ganan las especializadas!

ESPECIALIZACION.
¡¡¡¡¡
La Fundación Rockefeller
y la Fundación Kellogg ofrecen
becas para estudiar en el exte-
rior la especialización de su gus-
to en los Estados Unidos, Méjico,
Centro América, Inglaterra...
"Adiós, papacitos, les escribiré
de vez en cuando!"

¿Cuál ramo le gusta más:
OBSTETRICIA (el derecho de nacer)
DIETETICA Y NUTRICION (qué cosas más raras comemos!)
MEDICINA (Yo chavo unas inyecciones divinas!)
SALUD PUBLICA (les digo que hay que hervir el agua!)
EDUCACION ("así no se cuida un enfermo").
ADMINISTRACION (Mientras ellas hacen, yo descanso).

Pida ahora mismo el prospecto completo, llenando
este cupón y mandándolo a la Escuela de Enfermería de
la Universidad del Valle, Cali, Apartado: adreo 2118,
nacional 439.

NOMBRE :
DIRECCION :

CIRUGIA
(¿... será la pinza
de las cejas la
que pide?)

PEDIATRIA
(¿... cómo le pongo
este pañal?)

Algún día usted se casa,
y ... "mamá-a, qué golpe que
me di"; y cuando se cae del
árbol, o se toma el permanganato,
o le da infección intestinal,
qué bien preparada está usted
para enfrentarse a cualquier
emergencia!

Y lo que le cuesta a usted ... los estudios son casi
gratuitos, y para la pensión y vivienda, la Universidad y
la Escuela Superior de Higiene ofrecen muchas becas.

La Escuela se trasladará muy pronto a su propio
edificio, que se construye detrás del Hospital Departamental
y que será, como usted, la última palabra en
estilo moderno.

USTED

puede
ser
Enfermera

ESCUELA DE ENFERMERAS
UNIVERSIDAD DEL VALLE

Cali - Colombia

ESCUELA DE ENFERMERAS
UNIVERSIDAD DEL VALLE

CALI - COLOMBIA

Gráfica No 4. Promoción de la carrera que se usó en los inicios de los procesos universitarios de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle

Tomado de la Revista Salud. Reseña histórica de la División de Salud de la Universidad del Valle. Cali. 1979.

Como vemos en los dibujos anteriores, las docentes de la época con el ánimo de promocionar la carrera entre las mujeres, relacionaron el papel de la enfermería con el rol de género que en su

momento imperaba. La mujer de la época no quería descuidar su rol de esposa y madre de familia que debía asumir. La enfermería les abriría las puertas universitarias a las primeras mujeres vallecaucanas para su preparación profesional.

De acuerdo con Pedraza (2011) los elementos técnicos del oficio de las mujeres de principios de siglo XX comprenden las destrezas requeridas para satisfacer las dimensiones de la condición femenina de la mujer moderna: la economía doméstica, la educación de los hijos y la vida matrimonial. Con el tiempo, las tres pasaron a sustentar programas académicos formales y devinieron materia de dirección y consejería profesional (Pedraza, 2011). Así pues, la universidad de la época se adapta a su contexto social en donde la mujer, si quería estudiar en la universidad, debía mantener su rol social de administradora del hogar, cuidadora de sus hijos y esposo, garantizando de esta forma la continuación de la subordinación social en la que ha permanecido en el transcurso de la historia.

Antes de 1930, la incursión de la mujer colombiana en la educación era irrelevante. Sólo había dos opciones: prepararse para la vida matrimonial o enclaustrarse en un convento.³⁴ El objetivo primordial de los colegios femeninos era preparar a las mujeres para los quehaceres del hogar, en tal sentido les enseñaban buenos modales, cultura general, culinaria, costura y bordados y, fue así como en 1828 Matilde Ramos creó la primera institución para señoritas y en 1832 el gobierno colombiano fundó el colegio La Merced, que fue el primer establecimiento de enseñanza oficial para señoritas. No obstante, es necesario destacar que la primera mujer graduada en medicina fue Ana Galviz Hotz, quien estudió en Suiza y ejerció en Colombia. Gracias a los cambios que propició el radicalismo en Colombia, se creó el Decreto 227 de 1933 mediante el cual se dispuso que la mujer pudiera acceder al bachillerato completo para completar así a los estudios en la Universidad, y fue así como las mujeres colombianas pudieron capacitarse en áreas como farmacia, enfermería, odontología, arquitectura, dibujo, etc. (Velásquez, 1995, pp. 335-356).³⁵

³⁴ Desde 1583 hasta 1783, se crearon muchos monasterios para religiosas, como el Monasterio de la Concepción en Santafé en 1583, el de Las Clarisas en Pamplona en 1584, el de La Encarnación de las Agustinas en 1591, el de las Carmelitas en Santafé de 1606 y el de La Enseñanza de las monjas Benitas en 1783, entre otros. (Velásquez, 1995: 331-333)

³⁵ En 1935 entró la primera mujer a cursar estudios superiores en la Universidad Nacional de Colombia, fue Gerda Westendorp Restrepo que se especializó en Filología e Idiomas y fue considerada como la mujer que abrió la brecha para el campo académico femenino en Colombia. Le siguieron Isabel Plata Mantilla y Mary Luz García con estudios en Bacteriología, Lyla Peña de Carvajal estudió Farmacéutica en la Sorbona de París (Romero De Nohra, 1961, pp. 13-26).

En 1943 la mujer representaba el 43% de la población estudiantil en primaria, secundaria y universidad, lo que si bien en términos generales no parece un mal porcentaje, es necesario matizarlo a medida que se asciende en los niveles educativos, especialmente en el nivel de educación superior donde sólo representa el 2% de los 5.113 estudiantes inscritos en él. No cabe duda que la ampliación de la cobertura en la educación femenina y con ella el acceso de la mujer a la universidad, constituye uno de los hechos más importantes del período, ya que al finalizar la República Liberal cerca de medio millón de mujeres recibían educación. Este avance se debe relacionar con los logros alcanzados en el terreno de los derechos civiles y políticos, que fueron consagrando a nivel de leyes los forcejeos de la mujer por acceder a los derechos ciudadanos en pie de igualdad con el hombre. (Herrera, 1993, p. 88).

Hacia la década de los sesenta, se empieza entonces a propagar y extender la idea de acuerdo con las necesidades existentes de contexto para la formación de personal capacitado en enfermería. Inicialmente en el suroccidente colombiano, y luego hacia la zona cafetera. En ese sentido se manifestó:

A su vez se solicitó la autorización para la extensión de la carrera a otras zonas del país que teniendo ciertos recursos necesitaban de patrocinio y asesorías técnicas para su funcionamiento. Cabe anotar la influencia ejercida por la escuela en todo el suroccidente Colombiano a raíz del convenio firmado por el Ministerio de Salud, el ICFES,³⁶ la Fundación W.K. Kellogg y la Universidad del Valle para desarrollar el plan que se llamó “Regionalización” de la carrera de enfermería, convenio por el cual la Escuela del Valle se hizo cargo de la planeación, desarrollo y evolución de varios programas de tres años que funcionaban al tiempo y que tuvieron como sede la escuela de enfermería de la ciudad de Manizales, Popayán, y el instituto Mariano de Pasto (E:1/Tec: ES/G:F/M:PC/R67)

Cali tiene el privilegio y el honor de decir que apoyó los programas de la Universidad Mariana. Nosotras fuimos a Pasto a asesorar las directoras de la Universidad Mariana, de la Universidad del Cauca, de la Universidad del Putumayo, y de la Universidad de Caldas, porque cuando llegó Inés Durán de Samper de Bogotá ella fue directora de la Escuela de Enfermería, pero también trabajó como directora del Hospital Universitario, pero también.....felizmente ella desarrollo proyectos....uno que se llamaba : proyecto

³⁶ Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.

regional del sur, que era con la Universidad Mariana, con la Universidad del Cauca y con la Universidad de Caldas, o sea que era como un centro regional. (E:3/Tec: ES/G:F/M:PC/R14).

Después de la creación del programa de enfermería de la Universidad del Valle, se continúa la expansión de los lugares de formación para enfermeras, primero hacia el sur, con la Universidad Mariana de Pasto, que para ese momento se denominaba El Instituto Mariano, y mediante Resolución del 2 de mayo de 1967, inicia sus labores con la carrera intermedia de Educación Social y Familiar, que luego sería Enfermería y con otras tres carreras: Licenciatura en Ciencias Sociales, Filosofía y Teología y Ciencias económicas y familiares (UMARIANA, 2012). Le siguió la creación del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, que se crea mediante Acuerdo No 10 de Febrero 26 de 1970, el cual inicia con un plan de estudios de tres años y sus egresados recibían el título de Enfermeros Generales (UMARIANA, 2012). Muy de cerca se da la creación del programa de Enfermería de la Universidad de Manizales, quien en su momento respondió a las necesidades y requerimientos de formación del recurso humano en el eje cafetero, norte del Valle y Tolima donde se presentaba un escenario con escasa presencia de profesionales calificados para dar cuidado de enfermería. Entonces mediante Acuerdo 002 del 10 de septiembre de 1970 del Consejo Superior se da inicio al funcionamiento de la carrera de Enfermería (UMARIANA, 2012). No hay evidencia documental que muestre que para ese momento en el departamento del Putumayo, hubiera una Universidad que promoviera la creación de un programa de Enfermería.

5.1.5. Concepciones del cuidado que influenciaron la creación del programa de enfermería de la Universidad del Valle

El concepto del cuidado como tal es muy reciente. En la década del cincuenta se entendía el cuidado como los procesos de asistencia al paciente enfermo, relacionado directamente con las prácticas populares culturalmente aceptadas como cuidado de la salud. Así como lo expresa el siguiente relato:

En el campo, que hace una campesinita que al lado tiene una parturienta, pues ella no sabe nada, entonces ella va a ver que dice la parturienta: le dice me duele aquí, póngame un paño de vinagre, póngame esto y espere a que asome el muchachito, eso era la enfermería, pero otra clase de enfermería muy rústica, podríamos decir hasta ordinaria, entonces eso había que pulirlo y eso fue lo que se fue haciendo a través de este medio siglo.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R30)

En documentos revisados y encontrados en el archivo del programa de enfermería de la Universidad del Valle, (Álvarez Villafani, 1979; De Jaimes, 1979, p. 1985) sólo se encontró el cuidado desde lo asistencial de la atención; es decir: listado de los cuidados de enfermería, orientados siempre por las órdenes médicas. Como lo expresado en la siguiente entrevista:

Pues el pensum de todas las escuelas que todavía tiene que existir: pues uno llegaba y era la ética, y modales y todo eso, que eso entraba; se enseñaban los fundamentos de enfermería, esa es la base de la enfermería, los fundamentos. ¿Qué son los fundamentos?, es el cuidado integral del paciente, el cuidado, no la especialidad. ¿Cuál es ese cuidado?, el atenderlo en sus necesidades básicas y ¿Cuáles son las necesidades básicas? que son higiene, alimentación, amor, yo creo que esos son las principales. Había que dar mucho amor, mucha comprensión, y luego que estuviera bien alimentado, y en lo posible que estuviera con una higiene extrema y fue cuando la técnica aséptica llegó a su máxima expresión, que ahora no la hay, no la tiene ni el médico ni la enfermera....de ahí que lo meten a uno al hospital y hay que sacarlo al otro día para que no salga infectado, porque no se conoce técnica aséptica, nosotros.....a lo último la técnica aséptica, a nuestra sala no podía entrar el médico sin botas, sin mascarilla y sin gorro y bien bañado, no lo dejábamos entrar y ahí comenzó la discordia con los médicos, porque ellos no entendían que nosotros los domináramos así “usted no me entra a la sala así doctor”, entonces esos fueron los cuidados de enfermería (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R27)

Cuidados que tenían influencia directa con las reflexiones de la única enfermera que hasta el momento había planteado a una idea de enfermería como profesión, Florence Nightingale. “En esa época no había nada de esas cosas, en ese momento

sólocontábamos con Nigthingale de referencia y lo demás lo que uno quisiera.”(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R39)

Esa era la enfermería que había no sólo en el Valle sino en todas partes, porque acuérdate de Nigthingale, ella fue la primera que le puso más seriedad a la cosa, porque no había nadie...eran señoras que iban de caridad a aprender un conocimiento, entonces esa fue la enfermería (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R29)

.....pensar Nigthingale habló del medio ambiente, pensar que ella era una mujer que trabajaba en estadística, pensar que ella se codeaba con la gente más importante en Inglaterra y pensar que.... algo que siempre me quedó trabajando, siempre, es que ella dijo que no entendía porque las mujeres creíamos que enfermería y la sociedad creía que enfermería era una profesión de mujeres. ¡Eso no es! Es una profesión como cualquiera. Cuando yo llegué a estudiar a Estados Unidos, tuve compañeros hombres y dije....no pues claro. Y ahora hay muchos enfermeros hombres y ella daba muchas razones de por qué es para cualquier género. (E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R15)

Los laboratorios de simulación eran importantes en la universidad, ya que allí se aprenderían todas las técnicas de cuidado que se repetirían con un paciente real. Como lo expresa el siguiente relato:

Lo que uno veía de la profesión de enfermería, de cómo enseñaban era que había un laboratorio simulando absolutamente todos los cuidados de enfermería. A uno le decían que uno no podía supervisar lo que no sabe, o sea que había que empezar por aprender a tender camas, a limpiar mesas de noche, a correr un asiento, a poner un timbre cerca de la cama. O sea era un cuidado directo que involucraba el medio ambiente, al paciente, a la familia, la atención directa....(E:3/Tec:ES/G:F/M:PC/R16)

A la docente-enfermera le correspondía enseñar el cuidado asistencial. En ese sentido se expresó lo siguiente:

Uno tenía que dictar la enfermería de esa teoría. Los cuidados que necesitaba un paciente determinado cuando estuviera acostado, porque ya el médico se lo entrega a uno, este paciente tiene neumonía....póngamele tanto de penicilina y que no tenga

corrientes de aire máximo le decían a uno. Pero cuando el daba la clase enseñaba de donde venía la neumonía, porque se había producido y ya pues uno tenía medio idea, entonces cuando llegaba el paciente y uno lo tomaba en la cama pues lo debía recibir como: en una cama limpia, había que cambiar sabana todos los días, había que desinfectársela todos los días, había que bañarlo todos los días, había que cuidarle su alimentación, si había dieta, pues la misma enfermedad daba la dieta porque a uno le daban nutrición también, no había dietista cuando eso y así, así no tenía su programa de enfermería enseñarles, para curarle al paciente del cuadro que tenía.
(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R41)

La enfermería obstétrica por ejemplo enseñar...iba paralelo con el embarazo, entonces llegaba uno un obstetra, en esa época no había la enfermera de obstetricia, sino el médico obstetra, él le enseñaba a uno qué era el embarazo, qué era la menstruación, qué era el postparto, qué era todo eso, qué era el nacimiento y entonces al ritmo de eso uno como parte de enfermería, entonces tenía que aprender que a la señora se le acostaba, que la señora debía tener acceso a un baño para que la examinara el médico, que se le ponía un lavado para que los intestinos estuvieran limpios y que se le cuidaba cada minuto o cada hora cuando fueran las contracciones y qué era una contracción, que se le ponía duro el abdomen por espacios de tanto tiempo y que uno lo contaba en el reloj y que luego se ponía la campanita y que se oía el tiqui taque y que eso era el niño y eso era todo lo que se enseñaba como cuidado de enfermería y el cuidado de post parto y observar ya los signos vitales y todo eso. Después ya la cosa se complicó más porque ya vino el principio científico, ya la verdadera obstetricia, ya la atención del parto, ya la atención prenatal, atención del postparto en todo caso eran cuidados más especializados.(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R34)

Debido a la concepción inicial que había del cuidado como atención, se le dio en los procesos de formación una vital importancia a la parte procedimental y asistencial. De manera que, se consideraba muy importante que la enfermera se desempeñara de manera adecuada en la realización de procedimientos básicos específicos, como cuidados del medio ambiente del paciente hospitalizado, apoyo en la realización de procedimientos básicos específicos realizados por el médico, entre otros; de manera que en ese momento la evidencia científica y los principios

fisiológicos, psicológicos y sociales del paciente no eran un marco central dentro de los procesos de enseñanza de la enfermería. Razón por la cual se consideró importante la especialización de las enfermeras en áreas ya tradicionales de las especializaciones médicas, para que pudieran con sus conocimientos conceptuales empezar a sustentar cognitivamente lo realizado en la práctica.

También al principio aparte de la visión asistencial del cuidado del paciente enfermo hubo un énfasis importante en salud pública, lo cual se expresa en el siguiente relato:

Lo mismo en salud pública...ir a las comunidades, ponerse en contacto con ellas, hablar de sus necesidades, oírlos, ver en qué forma se puede ayudar, porque se están muriendo sus hijos, primero por la desnutrición, segundo por el desaseo, las moscas, entonces todo ese cuidado se le enseñaban en los programas...entonces esa es la forma como se orientaban los programas, cuidados muy básicos, pero muy necesarios.
(E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R35)

La salud pública se convierte también a su vez en un área de gran importancia y es otra de las concepciones de cuidado que se tiene en la creación de la Escuela de Enfermería; debido en gran parte a la precaria situación de salud de América Latina y el Caribe, por su bajo desarrollo económico. A partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, en la que se adoptó la meta de salud para todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), se volvió imperante la necesidad de ver en las comunidades un espacio de estudio e investigación, en la cual se pudiera dar a la salud pública la importancia que necesita para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

En la primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, el 21 de noviembre de 1986, se redefine los paradigmas de salud- enfermedad, y se conceptualiza la salud pública como

El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.(World Health Organization, 1978)

A partir de entonces, los procesos educativos en enfermería fueron los abanderados en incluir contenidos curriculares al respecto, dejando a la enseñanza de la salud pública un espacio importante dentro de la formación de las enfermeras desde ese momento.

5.1.6. El cuidado y los Currículos iniciales

Las primeras profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, en su mayoría eran egresadas de universidades en Bogotá o habían realizado algún tipo de postgrado en Estados Unidos. De manera que sólo se seguían estilos de enseñanza que utilizaban algunas profesoras, los cuales eran basados en la rigurosidad y la disciplina. Se intentó desde el principio incorporar el componente científico, explicando siempre las razones físicas, químicas o biológicas de cualquier acción. Como lo explica la siguiente entrevistada:

Entonces uno enseñaba sus principios y trataba de que aquella niña entendiera porque quería tender así. Cuando eso no había principios de enfermería inclusive no los había, después le toco a uno enseñar...usted lava con jabón y meterle una clase de fisica antes porque el jabón. Por la tensión superficial, la formula y todo...pero de entrada que iba a decirle uno a la pobre niña de tensión superficial y lave con jabón y con creolina el colchón....eso no. Apenas ahí que lavar con jabón, luego con creolina el colchón para desinfectar, hasta ahí llegaba. Pero con el tiempo ya vino el principio por el cual se hace el lavado, el objetivo para lo cual se hace, los resultados, todo eso ya venía después en las programaciones entonces se complicó más, cada vez se complicaba más la enfermería, pero de entrada era aparentemente sencillo, coger el pensum que le enseñaron a uno y pasarlo a las estudiantes (E:1/Tec:ES/G:F/M:PC/R33)

Hacia la década del cincuenta, en Colombia, era la primera vez que se pensaba en la Licenciatura para las enfermeras, de manera que se acude a organismos internacionales como la Universidad Católica de Washington y nuevamente con la colaboración de las fundaciones Kellogg y Rockefeller, se empieza el replanteamiento curricular que llevaría a la profesión a

niveles más altos. Empiezan a estudiar un grupo de estudiantes con el ánimo de ser las primeras licenciadas en enfermería en Colombia.³⁷

Surgió también la idea de reunir a todas las enfermeras de Colombia, para empezar a discutir y plantear la forma de hacer los cambios necesarios que estaba exigiendo el momento, y fue así como se realizó el primer Congreso de Enfermería en Bogotá del 1 al 6 de junio de 1959. Fue entonces cuando se tomaron decisiones de carácter gremial y cuando las enfermeras que estudiaron en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle debieron conformarse con su título de enfermeras hospitalarias, ya que aún no se ajustaban a las directrices de carácter nacional que ahora la Asociación Nacional de Enfermeras estaba planteando.

Para el año de 1961 se inició el Plan de Licenciatura en Enfermería, con el fin de formar enfermeras para cargos de mayor responsabilidad a nivel administrativo y docente. Este programa de Licenciatura se organizó con base en dos fuentes de admisión: a) Básico para bachillerato en un programa de cuatro años. b) Complementario de licenciatura para enfermeras generales, previa evaluación de sus créditos. (De Jaimes, 1979)

Se refleja en los cambios curriculares de la época la importancia de la jerarquización de las instituciones sanitarias y del personal de salud. Se pretende entonces que la enfermera además de tener actividades asistenciales, se encargue de funciones de vigilancia y control. A la enfermera entonces se le restringen o le son vedados determinados conocimientos o saberes, disponibles para otro nivel de la jerarquía: el médico. Para “dosificar” el poder fue necesario entonces “dosificar” el saber (Castrillón, 1985, p. 67).

También, en el año de 1978 la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) realizó una encuesta a las escuelas de enfermería en América Latina, en la cual coligió que había una gran tendencia a la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica y obstétrica, pero los campos de enfermería en salud pública, enfermedades transmisibles y psiquiatría se encontraban, en un plano secundario. El informe sugirió entonces la incorporación al pensum de Enfermería asignaturas como Psicología, Sociología y Antropología Social. *Para ese momento aún no se tenía la formación de sociólogos en el país, las ciencias sociales tuvieron una orientación*

³⁷ Ver Políticas públicas, filantropía y sociedad civil en América Latina: Informe Final, taller auspiciado por el David Rockefeller Center for Latin American Studies y Hauser Center for Nonprofit Organizations, Harvard University, Santiago de Chile, 13 y 14 de marzo 2003.

fundamentalmente humanista (Castrillón, 1985, p. 80). Definen entonces las cinco grandes áreas esenciales para la educación en enfermería: Ciencias físicas, biológicas y disciplinas afines, Ciencias sociales, Comunicación, Educación general y ciencias humanísticas y Enfermería. (Organización Panamericana de la Salud, 1961). Se observa allí un intento por hacer de la educación en enfermería una posibilidad integral de solucionar los problemas más apremiantes de la población latinoamericana y colombiana.

Las primeras graduadas de Licenciadas en Enfermería salen en 1965 y hasta el año de 1971 se entregaron 7 promociones de licenciadas a la comunidad vallecaucana. El nuevo programa de licenciatura incluiría materias como: Economía, Química, Pintura moderna, Arte Antiguo entre otros.

Como consecuencia de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Santiago de Chile realizada en octubre de 1972, se estableció la extensión de la cobertura de los servicios de salud a toda la población subatendida, como una de las metas principales para el decenio 1971-1980, además, sugirió que los programas de Enfermería tuvieran un énfasis especial en las áreas de atención primaria, promoción y prevención en salud, con la consecuencia de otorgarle a los estudiantes mayor contacto con la comunidad como parte de sus procesos de aprendizaje. De acuerdo con lo anterior, la Universidad del Valle en su reforma curricular de 1979, planteó la Licenciatura en Enfermería, de perfil profesional y con capacidad logística para brindar atención de enfermería a individuos, familias y grupos comunitarios en situaciones normales y con problemas de salud a nivel intra y extrainstitucional y, así mismo, colaborar en el diagnóstico del nivel de salud del individuo, en su entorno y en su ambiente con la comunidad. Se compartió con equipos multidisciplinarios las acciones en la atención de salud con énfasis en atención primaria y asumieron las responsabilidades específicas en la expansión del rol de la enfermería (manejo y atención en situaciones normales de salud, de entidades comunes y de bajo riesgo) (De Jaimes, 1979).

Los objetivos curriculares de la carrera profesional de Enfermería hacían referencia a dar atención integral al individuo, su familia y su comunidad, con fuertes componentes educativos dirigidos al entorno social, a la misma población. El diseño curricular enfocaba las áreas de enfermería según los tipos de atención: primaria, secundaria y terciaria, teniendo en cuenta todas las etapas del ciclo vital del individuo. La duración de la carrera era de ocho semestres académicos.

El plan de estudios de enfermería presentado en noviembre de 1985, planteó nuevamente la necesidad de la formación del recurso humano en salud dando atención en salud, no desde lo individual, sino como parte de un equipo articulado en salud. “Crean la necesidad de orientar el currículo hacia la preparación de un profesional de enfermería, capaz de participar con la comunidad y con el equipo de salud en la prestación de servicios en diferentes niveles de atención.”(De Jaimes, 1985). Al igual que se replantea la necesidad de utilizar nuevas metodologías de enseñanza para concebir al estudiante como elemento activo dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje y al profesor como orientador de experiencias y situaciones que le permitan al alumno descubrir por sí mismo la solución a los problemas de salud, objeto de su estudio.

El perfil profesional no varía con respecto al planteado en el plan de estudio del año 1979. Esta vez define unos campos ocupacionales así: 1) Atención directa al individuo, familia y comunidad. 2) Administración de la atención de enfermería. 3) Enseñanza en salud y enseñanza en enfermería. 4) Investigación en enfermería.

Se encontró que el cuidado como concepto y como objetivo de los procesos educativos en enfermería en la escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, se encuentra registrado en forma escrita sólo hasta el año 2001.

El ciclo profesional permitirá: formar integralmente profesionales de enfermería, con una visión humanista, para asumir la responsabilidad frente al cuidado de las personas, familias y comunidades en situaciones de salud–enfermedad, teniendo en cuenta los aspectos culturales, biológicos, psicosociales y espirituales. (Montes, 2001, s. p)

En este texto el cuidado ya no es visto en forma asistencial, sino en sentido ético de responsabilidad con las personas, familias y comunidades con necesidades en salud. Se hace pues evidente, entonces desde el discurso escrito institucional en la Universidad del Valle, el interés y la necesidad de un cambio paradigmático, que en sintonía con los discursos internacionales, brindara una posibilidad de ver al cuidado con un enfoque más integral, holístico e integrador, que dejara un poco de lado la instrumentalización y el asistencialismo que históricamente planteaban los discursos escritos hasta ese momento.

5.2. La creación de los programas de enfermería en la Universidad Libre y la Universidad Santiago de Cali. Una necesidad de mercado

5.2.1. Recientes influencias y apoyos de la formación en enfermería

Para la década de los noventa; la sociedad colombiana, desde la creación del programa de enfermería de la Universidad del Valle, había sufrido serios cambios.

La ciudad paulatinamente transformó sus aspectos económicos, sociales y artísticos. A pesar de que el desarrollo económico no ha sido estable se han producido las migraciones a la ciudad, por la imagen de progreso y bienestar que genera y por el fenómeno de la violencia. Estos hechos agilizaron los cambios sociales que llevaron a la conformación de la sociedad de masa actual. (Castillo, 1994, p. 129)

El entorno político y social había cambiado sustancialmente para el momento del surgimiento de los nuevos programas, la población y sus problemas de salud eran diferentes. La expectativa de vida al nacer, aumenta de 50.6 años en 1950 a 70.2 años para el año 2000. Una ganancia de 20 años de vida de las personas. La transición demográfica producto de transformaciones sociales profundas, que incluyen, entre otras mejoría de las condiciones socioeconómicas, atención en salud, educación, cambios de valores en cuanto a la función reproductiva, el tamaño de la familia y el significado económico de la prole, trae como consecuencias modificaciones en la estructura de la población por edad y sexo que configuran el “envejecimiento de la población” y, por tanto cambio en los patrones de la mortalidad por edad y por causa: mayor número absoluto de defunciones acaecidas en edades tardías y debidas a enfermedades crónicas, de larga duración, incapacitantes y cuyo manejo significa por lo general periodos prolongados de hospitalización y uso de tecnologías de difícil acceso y alto costo.(Gómez, 1998, p. 92).

De acuerdo con Gómez (1998), el envejecimiento de la población es equivalente a la aparición de enfermedades crónicas de alto costo producto de una sociedad civilizada y moderna pero que, concomitantemente, subyacen al mismo tiempo con enfermedades infecciosas y de la

primera infancia, asociados generalmente a la pobreza, el hacinamiento y la desnutrición, las mal llamadas: “enfermedades de la pobreza”.

Haciendo un análisis de la economía de finales del siglo pasado, encontramos una situación particular, en la que se sucede un “Boom” al inicio de la década de los noventa y una marcada recesión económica al finalizar la misma.

Para la época, la economía mundial mostró un crecimiento del 35.84% mientras que el Valle, Bogotá y la nación presentan crecimientos para el mismo periodo de 23.9%,29.4% y 32.56 respectivamente. Así el crecimiento macroeconómico del municipio parece sobresaliente. Para el periodo 1990-1995 la economía creció un 47% lo que implicó una asombrosa tasa de crecimiento anual de 8.08%. En la segunda mitad de la década se encuentra por el contrario un decrecimiento del 10.7%. (Alonso, J.; Escobar, J.; Gálvez, L.;Gonzáles N.; Penilla C.; Solano, J.; s.f. p. 63).

Este decrecimiento económico de la época se debe, de acuerdo con estos autores, a la descentralización administrativa que impuso la nueva constitución y que produjo endeudamientos excesivos de los gobiernos municipales y regionales, a los que se les asignaron nuevas funciones sin otorgarles mayor capacidad de generar los ingresos necesarios para asumirlas. El sector salud se vio directamente afectada por el surgimiento de la Ley 100 de 1993, la cual no solo afectaría los procesos de salud de los vallecaucanos, sino que marcaría la pauta de cambio tanto en el sector económico, educativo y social.

5.2.2. Algunos efectos de la Ley 100 de 1993

A partir del cambio en la constitución de 1991 en Colombia, la *Ley 100* marcó un hito importante en la salud y la economía de Colombia, convirtiéndose en la base del Sistema General de Seguridad Social Integral.³⁸ Su concepción de mercado, hace que se produzca un cambio paradigmático que posibilita la apertura de la competencia de la calidad en servicios de salud.

³⁸ Después de 10 años, en 2003 el problema central del nuevo modelo es que las coberturas de aseguramiento logradas son apenas de 56% y siendo que la meta era la cobertura universal (100%) cuando el gasto en salud subió de 7% del PIB en 1990 a 10% en 2000. De los asegurados, 30% son afiliaciones obligatorias de los que pueden pagar, y 26% son pobres que asegura el Estado, cuando el total de indigentes es de más de 20% y el

Desde hace unas dos décadas se impulsaron reformas en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, cuya característica central ha sido la de tratar los servicios de salud como una mercancía bajo diversos esquemas de financiamiento y entrega. El manejo de los servicios de salud como una mercancía en una economía de mercado no favorece el mejoramiento de la salud y, por tanto, va en contravía de los esfuerzos para incrementar el desarrollo, pues existe una relación circular entre la salud y el desarrollo en la cual la primera condiciona el desarrollo y viceversa. En el caso de Colombia el cambio en la forma de financiar y entregar los servicios de salud como una mercancía ha conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un deterioro marcado de la salud pública. (Echeverri, 2008, p. 210)

A partir de este evento histórico, surge la necesidad de crear programas de enfermería, que desde el ámbito privado, no solo colmen las necesidades educativas de la población, sino que a su vez generen ganancias económicas a la empresa-academia y forme ciudadanos para las futuras empresas de salud. Por otra parte, la corporativización de los servicios de salud conduce a convertir los servicios de salud no en un servicio social, y le da paso al empresarismo. El debate se centra en la concepción de la salud como una mercancía, que se compra obligatoriamente mediante un seguro, y que debe dejar un margen de ganancias a estas empresas privadas o EPS, con el patrocinio de los gobiernos de turno.

La salud se vuelve un negocio apetitoso para las multinacionales del sector financiero y para los grupos económicos locales, porque Colombia ha movido tasas que han alcanzado 10 puntos del PIB, unos 18 billones de pesos (7.500 millones de dólares aproximadamente), que son entregados en gran parte al sector privado, denominado Empresas Promotoras de Salud, EPS. De hecho dos de estas EPS aparecen en el listado de las 20 empresas más grandes en Colombia. (Romero Ballén, 2007, p. 114)

Una de las consecuencias de esta situación es que hay más preocupación en concebir la universidad y los programas de Enfermería como si fueran una empresa, con costos de acceso cada vez más elevados. Las nuevas Empresas Promotoras de Salud en Colombia, necesitan como

de pobres de cerca de 40%. En el sistema anterior a 1990, 58% de la población tenía acceso a servicios de salud, distribuidos de la siguiente manera: 35% en los correspondientes al Estado y 23% en los servicios de la seguridad social o de los seguros privados de prepago (Echeverri, 2008, p. 213).

lo denomina Foucault, capital humano. Y la universidad a su vez se compromete con la empresa a formar el capital que necesita de acuerdo a sus necesidades y requerimientos de mercado. “¿Qué quiere decir formar capital humano... formar, por lo tanto, una especie de idoneidad-máquina que va a producir ingresos o, en fin, que va ser remunerada con un ingreso?” (Foucault,1979b,p. 268). La universidad en general se convierte algunas veces, en la empresa educativa que apoya y suministra el capital humano a la empresa de salud, convirtiendo, entonces a los futuros profesionales en máquinas para el trabajo.

De modo que es preciso considerar que la máquina constituida por la idoneidad del trabajador, será remunerada mediante una serie de salarios, que para tomar el caso más simple, comenzarán a ser relativamente bajos cuando la máquina empiece a utilizarse, luego aumentarán y terminarán por bajar con la obsolescencia de la máquina misma o el envejecimiento del trabajador en la medida en que es una máquina. (Foucault, 1979,pp. 265-266)

En el caso de la enfermería, el problema no sólo se advierte en el servicio público al paciente, sino también en el nivel de vida de los profesionales de Enfermería. Se han deteriorado las condiciones laborales debido a las sobrecargas laborales y familiares. Se caracteriza por la obtención de varios puestos de trabajo, múltiples responsabilidades familiares que ocasionan altos niveles de cansancio físico-emocional, decreciendo así el cuidado dado a otros y el cuidado a sí mismo. (Romero, Mesa, Galindo, 2008 p. 68)

En general, a la práctica de enfermería la han afectado alteraciones en la composición de la fuerza de trabajo, los mecanismos de reembolso, las restricciones en la provisión de servicios de salud, los cambios en la estructura organizativa y las características de la población atendida. En consecuencia, los enfermeros/enfermeras deben producir más en menos tiempo, con escaso personal y con restricciones en equipos, materiales y servicios. También se encontraron cambios en el ambiente de trabajo de enfermería, relacionados con aumento en la carga de trabajo, número insuficiente de enfermeras en comparación con la demanda, suministros escasos, bajos salarios, insatisfacción en el trabajo — especialmente en las enfermeras hospitalarias—; aparte de que la falta de servicios

disponibles crea estrés no solamente en los pacientes, sino también en las enfermeras.
(Velandia, 2011, p. 70)

El estudio de Velandia (2012) sobre los regímenes laborales y su impacto en la calidad de la atención plantea que el cuidado debería ser de calidad y bajo riesgo, en ese sentido, debe ser continuo, integrado y comprensivo. Continuo quiere decir que el enfermo debería tener un seguimiento por parte del personal profesional y auxiliar, y no producir cambios en turnos que le generen inseguridad; integrado, porque incorpora las complejidades biopsicosociales de las personas y considera sus necesidades en su mundo, lo cual exige un enfermero(a) profesional con conocimiento de la dimensión de lo humano, comprensivo, afectivo, integrador, que valore y considere las diferentes experiencias por las que transita la persona y las situaciones que está afrontando ella con su familia.

5.2.3. Ley 30 de 1992, por lo cual se organiza el servicio público de la Educación Superior.

El artículo 53 de la Ley 30 de 1992, crea el Sistema Nacional de Acreditación para instituciones de educación superior. Cuyo objetivo fundamental es garantizar a la sociedad que las instituciones que hacen parte del sistema cumplen con los más altos requisitos de calidad y que realizan sus propósitos y objetivos. La acreditación es un testimonio que otorga el Estado sobre la calidad de un programa o institución con base en un proceso previo de evaluación en el cual intervienen la institución, las comunidades académicas y el CNA (Consejo Nacional de Acreditación).

La idea del desarrollo imprime novedades tecnológicas y evaluativas a la educación. En tal sentido, los programas de educación en Enfermería, conllevan demandas sociales, políticas y económicas para cuya atención se dispone de métodos educativos, de planeación y evaluación que permiten mejorar los urgentes requerimientos de actualizar la formación profesional y entrar en las demandas del mercado. El problema es sumergirse en un complejo entramado que hace parte de una amplia red de control. Las sociedades de control heredan dispositivos disciplinarios, discursos y planillas para llevar cuentas, que como economía de castigo vuelven sobre aspectos propios de una comunidad elegida para ser competente y eficiente, un grupo que se alce por

encima de los seres que “sobran” en el conjunto social. Tal como lo plantea M. Foucault: “El sistema escolar se basa también en una especie de poder judicial: todo el tiempo se castiga y recompensa, se evalúa, se clasifica, se dice quién es el mejor y quién el peor”(Foucault, 1980, p. 52).

Las exigencias de la acreditación y Registro calificado, genera un vuelco total en el cambio paradigmático de pensamiento en la educación que obliga y posibilita la reflexión propia al interior de cada disciplina. Es allí donde surge el cuidado como discurso explícito en algunos documentos institucionales de la Universidad, y es entonces cuando el cuidado se configura en Colombia como la esencia de la profesión en enfermería.³⁹ Se intenta entonces darle visibilidad en discursos, planes curriculares, micro currículos y sesiones educativas.

Ya para este momento la enfermería como disciplina ha hecho un gran recorrido y existen varias teorías, especialmente norteamericanas, de autoras que han pensado esta profesión desde enfoques distintos al biomédico-procedimental. Entonces surgen nuevas iniciativas apropiadas al contexto colombiano al reflexionar desde tales discursos, con el fin de crear las bases conceptuales de nuevos programas emergentes en enfermería. Para la configuración de este nuevo discurso, que ha marcado un hito en la historia o un giro en la profesionalización de la enfermería, son citadas muchas autoras reconocidas, entre ellas: Nightingale, Orem, Leininger, Henderson, Peplau, entre otras. También surgen nuevos paradigmas desde la salud pública y desde el área clínica que salen a la luz, como resultado de esta inflexión. En general, los creadores de los programas nacientes, han colocado una impronta personal que se materializa tanto en los proyectos educativos institucionales planteados inicialmente, como en su discurso oral. Este generalmente tiene que ver con la experiencia laboral previa o con las fortalezas o debilidades que se tengan en cuanto al conocimiento o comprensión y aplicación de la disciplina.

En general no existe en la escuela privada un referente teórico específico en enfermería que transversalice el currículo o que dé una impronta específica al discurso. Esto tiene que ver más que todo con los gustos y conocimientos que tengan los docentes asignados de cada área o asignatura, quienes le imprimen un sello característico a cada una de sus materias, de acuerdo

³⁹ Tras la gestión de un grupo de enfermeras en coordinación con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, el Congreso de la República sancionó la Ley 266 de 1996, que reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, establece sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional; así como las obligaciones y los derechos que se derivan de su aplicación.

con los referentes teóricos que mejor se aproximen específicamente a sus propios intereses y a sus necesidades de enseñanza, como casos muy particulares.

Es entonces otro panorama el que se visualiza medio siglo (década de los noventa) después de que la Universidad del Valle y su programa de Enfermería abanderaran los procesos educativos en la formación de enfermeras. Para ese momento, la Universidad del Valle no suplía con la necesidad de aumentar cobertura. Los cupos eran limitados, las exigencias demasiadas y las necesidades eran abundantes. Aspecto que supo evaluar el sector privado y fue cuando en la década de los noventa se empezaron a pensar alternativas privadas de educación en enfermería, para suplir la creciente demanda que existía en el momento. La Universidad Santiago de Cali fue la primera en cristalizar la idea en el año de 1997, seguida por la Universidad Libre seccional Cali en agosto de 2001.

La Universidad privada en Colombia se convirtió en la alternativa que solucionó la imposibilidad del Estado de brindarle educación a todo el que quería tener acceso a una educación profesional. Siempre estuvo alerta para acoger estudiantes que se quedaron por fuera de las oportunidades que brindaba la universidad pública, dada la necesidad de aumento de cobertura en la educación superior

Al igual que en la década de los cincuenta lo que movió el interés inicial fue capacitar y profesionalizar al personal auxiliar de enfermería. Mujeres que aunque tenían un nivel técnico de preparación, deseaban mejorar su desempeño laboral y su estatus socio-económico. Ya no se evidencian razones de vocación o de fé cristiana para querer desempeñarse dentro de la enfermería; lo cual implica que ya se asume a la enfermería como profesión necesaria dentro de un mercado laboral.

En este *sentido se manifiesta lo siguiente:*

....Ese fue el secreto que tuvo el comienzo del programa de enfermería en la Santiago y yo creo que si hubo un equipo humano valioso, nos divertíamos, la pasábamos muy bien, trabajábamos muchísimo, y se fue construyendo un programa que iba a responder a las necesidades incluso de formación de personitas que ya eran técnicas, o sea auxiliares y yo las conocía porque habían sido mis auxiliares hasta en el hospital en diferentes servicios...e hice de todo para que fuera posible que ellas estudiaran y hoy veo muchas de esas egresadas que primero fueron auxiliares y que hoy están muy bien posicionadas y siendo excelentes profesionales de la enfermería.(E:4/Tec:ES/G:F/M:PC/R9).

La circunstancias que llevaron a la creación del programa de enfermería de esta universidad fundamentalmente tienen que ver con que en ese momento solamente existía un programa en la ciudad de Cali y es el de la Universidad del Valle y había mucha demanda hacia enfermería, también las necesidades del medio, sociales, económicas, culturales generaron la posibilidad de que se diera un programa de enfermería y fue así como culminó con la apertura del nuestro el de la Universidad Santiago de Cali. (E:5/Tec:ES/G:F/M:PC/R2)

Pues, bueno, llegaron la Universidad Libre, estudiantes de los colegios de Cali..., un alto porcentaje de las personas que iniciaron el programa, eran procedente de comunidades afro descendientes, venían procedentes de Guapi, de la costa Pacífica, diría yo que un 40% y también de un estrato 3, 2; bueno hasta ahí. (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R5)

El programa de enfermería de la Universidad Santiago de Cali fue inicialmente diseñado para cumplir con las necesidades de educación de auxiliares de enfermería que querían y tenían el deseo de estudiar, se diseñó en un principio con una propuesta flexible en cuanto a tiempo se refiere para que ellas pudieran tener la oportunidad de acceso a la educación superior, que de otra forma hubiera sido imposible.

Con una duración de cuatro años, los principales ejes transversales del pensum tenían un fuerte componente investigativo, que se reflejaba en proyectos propuestos para el mejoramiento ambiental de muchas regiones aledañas a Cali y también un importante componente administrativo, desarrollado en las clases de gestión empresarial y liderazgo.

Al pensar en un proyecto de enfermería, para ese momento, se piensa en una enfermera con enfoques diferentes y con alternativas distintas de formación a la convencionalmente diseñada. En este sentido se expresó:

....Me parecía y yo me inventaba por ejemplo otras figuras por ejemplo ya te hablé la del tutor nos dio muy buenos resultados por que llevábamos estudiantes....por ejemplo tuve un suicidio de una estudiante, a mí me tocó ir a medicina legal y yo siempre decía....me faltó estar más cerca, pero yo sé que estaba más cerca a mis estudiantes que cualquier director de programa. Yo iba antes de cada reunión con docentes, porque a mí me gustaba llegar a la reunión con docentes con muy buenos argumentos. No a felicitarlos ni a decirnos vamos muy bien sino a decir: ¿Qué pasó con esto?... ¿qué ocurrió con este

grupo? y los estudiantes me buscaban, era autentico, me decían: Doctora está pasando esto, esto y esto, entonces yo iba sobre las cositas que había que arreglar y nunca se crecían los enanos. Yo creo que fue eso, ese fue el toque mágico que tuvo la Santiago y te digo que fue el toque mágico.... No era importante lo político, era más importante el resto, lo político vino a dañar, a distorsionar, pero la esencia era esa, era vivir lo que hacíamos, entonces yo creo que eso fue el marco de lo que fue el programa y sinceramente eso se dio. Por eso tuvo suceso y ha tenido suceso”.(E:4/Tec:ES/G:F/M:PC/R17)

... A mí me encanta tener a mi lado gente líder y me encantaba que los estudiantes tomaran eso, eso quería decir que no estábamos perdiendo el año, que estábamos siendo líderes y que ellos veían eso como propio. Entonces yo creo que si tú me preguntas el sello de la Santiago fue ese....darles mucho amor....a las docentes que tenía con psicorigidez, yo las limaba porque es que en enfermería eso sí que nos sobra.....(risas).....esa psicorigidez yo la quería acabar.(E:4/Tec:ES/G:F/M:PC/R16)

La Universidad Santiago de Cali como institución académica a través de su historia ha pasado por momentos críticos, y el recién creado programa de enfermería no era ajeno a estos inconvenientes. Para el año 2001 el ICFES revocó el registro calificado que le había otorgado al programa, aduciendo razones de locación. Se genera de esta crisis nuevas perspectivas, nuevas formas de organización, y los direccionamientos necesarios para que el programa permaneciera a pesar de las dificultades. Fue bajo el direccionamiento de su segunda directora, como el programa logró el registro calificado para poder funcionar tanto en la regional Palmira como en la regional Cali.

Concomitantemente con la idea de formación de enfermeras en la Universidad Santiago de Cali, germina la idea del Programa de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Cali. El informante No 7⁴⁰, hacia el año de 1994 empezó a pensar en un programa de enfermería para la universidad. Al respecto expresa el entrevistado:

El perfil es un perfil integral, donde técnicamente y desde el punto de vista científico estén muy bien, muy bien preparados, pero también desde el punto de vista personal en

⁴⁰ En esta parte del trabajo se identificarán a los entrevistados como: Informantes, numerados del 1 al 7, para proteger su identidad.

la parte que tiene que ver con el medio, con lo social, con lo psicológico estén muy bien y en la parte administrativa tengan un desempeño impecabley ese es el manejo de la integralidad y el equilibrio de lo que debe ser un profesional y el equilibrio también de la enfermera(E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R13)

Fue la filosofía de lo que es y lo que era la enfermera de la Universidad Libre, lo cual era también muy apoyada en el manejo de ciencias básicas, porque las ciencias básicas también tienen que ser muy bien enseñadas para que la enfermera o el enfermero tengan una muy buena base de cómo desarrollar su profesión.(E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R12)

Posteriormente llegó una enfermera a apoyar el proceso del diseño curricular (Informante No 6), la cual, de acuerdo a su experiencia como salubrista le dio otro enfoque al programa. Así lo manifestó:

Pues yo pienso que eso fue como lo básico que yo recuerdo de hace 8 años del programa, seguramente abrir ese libro no era tan sencillo en un ambiente, en un medio pues muy medicalizado, pero tuve los espacios, tuve el apoyo, por ejemplo hay tuve el respaldo del rector, el rector me dijo: No...es que vamos a hacer las cosas como usted las está planteando y el me respaldó, o sea yo me sentí respaldada por el rector y entonces así se dio apertura al programa... (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R14)

Pues eso a mí me llenó como de satisfacción porque como salubrista ,yo pensé que tenía las herramientas para poder gestar ese programa y ese perfil de esa enfermera que fuera con ese enfoque, planteé en ese momentoqué bueno que las enfermeras que salieran del programa egresadas, pudieran dar cobertura a la zona rural de este municipio y de los que fueran....que la concentración mayor de los profesionales se hace en las zonas urbanas, entonces a mí me pareció como un sueño como una cosa muy ideal y lo planteaba en todo los espacios que podía, decir que con el egresado, la universidad podría llegar a la zona rural,... yo recordaba y veo que la promotora de salud en la zona rural, viene siendo como el médico de Cuba, el médico de familia en Cuba, donde él vive en el barrio y lo conoce y lo reconoce la comunidad, entonces yo recuerdo que todas esas cosas eran las que estaban en mi cabeza, en mi mente en el momento de la creación del programa de enfermería.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R4)

Se pensó en un cambio en el perfil del profesional de enfermería. Antes se formaba a la enfermería que debía desempeñarse en múltiples escenarios, debido precisamente a la ausencia de otros profesionales de la salud. De manera que el perfil de “líderes”, debía ser reevaluado, de acuerdo con lo manifestado por la primera directora del programa de enfermería de la Universidad Libre-Seccional Cali.

También había llegado... yo comentaba que el panorama estaba cambiando, que si mirábamos el perfil epidemiológico y las tendencias había unos cambios fundamentales y entre ellos por ejemplo estaba cambiando el tema del cuidado porque se estaban integrando otras personas que en el pasado no formaban parte de los sistemas de salud y por eso a la enfermera le tocaba antes, abro comillas todera, estar en todo, ser la administradora, además ser psicóloga, además ser trabajadora social, es decir, incluso yo fui una de las personas que trabajé como la enfermera polivalente, llegó un momento en que el ministerio sacó un denominador ahí que la enfermera polivalente, lo cual era una enfermera que se movía en todo, se movía en todos los espacios.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R8)

Lo que yo decía era que el país está cambiando, su perfil epidemiológico, la situación del país está cambiando y ya no lo vamos a necesitar y ya se estaba creando por parte por ejemplo las carreras técnicas, entonces estaban surgiendo, administradores en salud, estadísticos, también gente que se iba formando, estaba la promotora, estaba la auxiliar y estaban los psicólogos, porque el psicólogo antes era como en su consultorio privado, pero al psicólogo se le empezó a dar salud comunitaria, psicología social, entonces ya habían otros miembros del equipo de salud que iban a estar allí también, entonces ya no necesitábamos esa enfermera con ese perfil, de ser la jefe, sino una enfermera que fuera, que aplicara la atención primaria, que fuera a las casa, y en aquel momento leí, volví a leer por motivación porque realmente en mi vida profesional yo había trabajado muy poco con enfermeras, siempre había trabajado con miembros del equipo de salud, no en hospitales tampoco, siempre como salubrista, mucho en la atención primaria, desde los primeros trabajos que realicé, ponencias que realicé y trabajos que fui adelantando y sobre la enfermera en la atención primaria o sea que esa era como mi fortaleza.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R9)

Los modelos pedagógicos tradicionalistas imperaban hasta ese momento especialmente en el programa de medicina, y como inicialmente el programa de enfermería se apoyó administrativamente en el de medicina, hubo discrepancias sobre las asignaturas y los docentes que dictarían dichas asignaturas en el programa de enfermería. En este sentido se expresó lo siguiente:

Burlándome un poco pensaría que necesitaba como echarle mano a la persona que estuviera dispuesta a coger ese trompo en la mano, entonces, bueno apareció esta persona y como que quiere hacerlo y tiene un planteamiento, entonces ese planteamiento puede ser que sirva, era coherente un poco en el perfil que ellos tenían del médico, contradictorio con lo que había escrito el (Informante No 7), porque le estaba dando a la enfermera fisiopatología, le estaba dando a la enfermera una formación en las áreas clínicas con mayor énfasis que a las comunitarias, entonces había allí como un poquito de contradicción, pero no... no me costó trabajo (risas) fue muy fácil, yo quería hacerlo, en realidad yo quería dejar un poco ese trabajo que venía haciendo en la salud pública, descansar un poco de esto y meterme como en la academia, no! Y traía la experiencia de la docencia pero en la maestría en salud pública, yo había sido docente por espacio de 14 años en la escuela de salud pública, pero más metida en la maestría que en el mismo....pues en el pregrado no había estado. Pero entonces les pareció bien mis planteamientos, lo acogieron y allí se hace la apertura del programa bajo esos criterios y esas condiciones. (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R11)

Otra ruptura que hubo que hacer allí y que la recuerdo mucho era que ellos también querían imponer un poco sus docentes, en qué sentido: como la facultad traía una trayectoria de 30 años entonces también cuando a mí me muestran la nómina y el perfil de los docentes para el programa ellos querían que por ejemplo: los sociólogos, el antropólogo, los biólogos y las personas de la fundamentación que sean las primeras asignaturas que se iban a ver, fueran los mismos que le enseñaban a los médicos, pero yo planteaba que yo quería un programa diferente, o sea lo quería diferente de mi misma Universidad del Valle y lo quería diferente de cómo se estaba viendo en otras regiones la enfermería, entonces yo lo quería pues con ese toque, cada uno le pone su toque personal y mi toque era de la salud pública, la trayectoria de haber trabajado en las comunidades y tener información como salubrista, entonces yo ahí les pido a ellos que si me dan

autonomía para yo escoger a mi gente, a los docentes que yo quería que le fueran a dar ese toque al programa y ahí fue la primera ruptura porque por ejemplo los biólogos que estaban dando en medicina, yo pedí que no, que yo necesitaba un biólogo con otro perfil y también me toco hacer como.....ahí personas que por ejemplo aún no me saludan por ese momento, pero traer personas.....(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R12)

Y con esa visión que había que corchar al estudiante y que perdieran anatomía porque eso le daba más caché al docente que el estudiante le perdiera, entonces empezaron a perder, los estudiantes el primer semestre perdían casi que en un 60, 70 , 80% perdía anatomía y eso se volvía como el coco y entonces....bueno! Pero eso también fue mucho diálogo con los médicos, hacerles ver un poco lo que se quería, porque esas eran las asignaturas de las básicas, como se abría el programa.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R13)

Las primeras ideas fueron encaminadas al cambio de perfil profesional. Soñando tal vez con un modelo de salud diferente, que sacara a las enfermeras del típico ambiente hospitalario y que se vinculara con una comunidad cada vez más necesitada de educación en salud y prevención primaria. En este sentido se expresó lo siguiente:

Pero a mi ...una frase de ella que me encantó y yo coincido con ella y esa puede ser...ella decía: yo sueño que las enfermeras, que un día no muy lejano, las enfermeras puedan ir allá, a las casas de los pacientes y puedan ir allá donde ellos viven, donde ellos se recrean, entonces yo dije: pues si eso lo dijo la también atención primaria, eso...atención primaria retomó eso...cuando Alma Ata en Rusia se dice eso: es la atención que se da allá en las casa, donde los niños estudian, donde la gente juega, donde la gente trabaja, es ir allá, no esperar a que la gente venga, eso lo dijo también Florence cuando soñó esa enfermera que era así, y fue producto también de todo eso que ella crea un grupo, que era un grupo de mucha élite que son los que van a curar a los enfermos en la guerra, entonces pienso que inspiró un poco eso.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R21)

Hay un sueño colectivo basado en diagnósticos de salud hechos en América Latina y en la historia misma de la enfermería que hace que se piense en la Enfermera desde una perspectiva más allá de la típica asistencia. En el momento de auge de la salud pública en Latinoamérica y en

Colombia, las enfermeras tomaron como propio este componente desempeñando un papel vital y preponderante en la ratificación de esta política en nuestro país.

Cada una de los y las directoras iniciales plantearon sus propias visiones del mundo y del cuidado en las propuestas curriculares iniciales. Algunos desde una clara visión biologicista, otros más desde la salud pública o la salud mental, cada una de ellas propone un modelo de enfermería que sugiere, una incorporación de aspectos biomédicos y humanos a la formación de las enfermeras.

5.2.4. Iniciativas, apoyos y expansión de los programas de enfermería

Tendencias y sucesos que transformaban el mundo en la década de los noventa, afectaban no sólo a Colombia, sino también a países Latinoamericanos, en donde la fuerte influencia de movimientos como la globalización económica, hace que se incremente el desempleo, se posibiliten cambios en la estabilidad laboral, recortes en la seguridad social, incrementándose así las distintas formas de violencia.

Las leyes vigentes de salud y educación, marcaron la pauta que dio lugar a un cambio paradigmático de pensamiento, en donde dejó de verse la salud como un beneficio y un derecho propio de los seres humanos para pasar a convertirse en empresas y en negocios que dan y administran la salud de los colombianos de acuerdo a las necesidades del mercado. En ese sentido se encuentra en este momento una apertura para la creación de nuevos programas, especialmente del área de la salud, dadas las nuevas condiciones se necesitaría suficiente personal capacitado para laborar en las futuras Empresas Administradoras de Salud.

A pesar de que habían pasado cincuenta años de la creación del primer programa de enfermería de la ciudad de Cali, la idea aún seguía surgiendo de los médicos. Fueron ellos en todos los casos los que pensaron y movilizaron las personas y las entidades necesarias para la creación de los siguientes dos programas que se crearían en la ciudad de Cali.

Bueno, la Universidad Santiago de Cali (USC). Había un Doctor quien era, quien era el coordinador de bienestar estudiantil, él era un médico recién egresado de la Universidad del Quindío, fui llamada aquí por el Doctor... (no recuerda ...) y él era amigo mío, es

un oncólogo conocido en la ciudad, salubrista y me llamó, me llamó y me dijo (Informante No. 4) que te parece arrancar y hacer el programa de enfermería en la Santiago..... (E:4/Tec:ES/G:F/M:PC/R2)

El programa de enfermería de la Universidad Libre se crea en Agosto de 2001 y en ese momento fui llamada por el Dr. Floro Hermes Gómez y el señor Rector de la Universidad Libre el Dr. Jaime Gutiérrez Grisales, para que abriera un libro, digo yo siempre así, y ese libro que me lo entregaron cerrado, yo tenía que abrirlo y esa era mi misión.....justamente la creación de un programa de enfermería, que ya había sido aprobado por el ICFES..... (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R2)

Es preciso anotar que si la idea de la creación de un programa de enfermería, surge de un profesional de la medicina, todas las ideas, pensamientos y sobre todo los imaginarios tradicionales que tiene un médico acerca de la enfermería, se vieran reflejados en el planteamiento inicial de la propuesta del programa de Enfermería de la Universidad Libre, y aunque hubo un asesoramiento también de enfermeras, se evidencia fuertemente el componente biomédico en el planteamiento curricular inicial. Se nota también como surgen los programas de enfermería como una necesidad de formación por las necesidades de la oferta y cómo son los programas de medicina los que inicialmente apoyan logísticamente estos programas nacientes. Al respecto se dijo lo siguiente:

La idea surge, estando yo en internado, la Universidad me da un permiso especial sin haberme graduado para empezar a estudiar gerencia en servicios de salud... y para eso tenemos que hacer un trabajo de grado. Y dentro mi trabajo de grado teníamos que crear algo que funcionara y que tuviera que ver con salud, entonces como yo ya trabajaba con la Universidad, veía que Medicina estaba muy sola y necesitábamos de una facultad de salud y tenía compañeras enfermeras de la Universidad del Cauca y de la Universidad del Valle, donde decían que hacía falta algunas enfermeras y que realmente solo habían enfermeras de la del Valle y la del Cauca y les hacía falta mucha formación social y muchas cosas y se me vino la idea un día y dije voy a hacer como programa de grado el diseño de una facultad de enfermería(E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R4)

Bueno, esa fue una tarea, yo diría de titanes, porque me tocaba sola, realmente no había un equipo como para montar el programa, pero además yo fui llamada como en el mes de abril-mayo más o menos y en agosto, había que abrirlo o sea solamente tenía un mes para la apertura del programa, el cupo que en ese momento el ICFES había aprobado era de 60 estudiantes y efectivamente tuve una muy buena acogida, hubo unas muy buenas estrategias de mercadeo, pienso yo y hubo acogida por que al mismo tiempo, la trayectoria que tenía la Universidad Libre con el Programa de Medicina, pues le daba como ese peso, en el sentido que en la promoción que se hacía del programa se hablaba de que iba a estar apoyado por un programa de 30 años que cumplía el Programa de Medicina. Y que sus sitios de práctica, sus rotaciones y todo también, ya tenían como un fundamento de una trayectoria y entonces creo que llegaron al programa personas que... por ejemplo los tíos o los familiares habían sido egresados de la Universidad Libre, tanto de Medicina o de Derecho o de las Ciencias Administrativas, llegó mucho egresado de la universidad como con esas expectativas de que había una trayectoria en la Universidad Libre y que además el médico de la Universidad Libre era un médico comunitario, entonces en ese momento se pensaba que ese iba a ser el perfil que se estaba dando o que se daría a una enfermera con ese perfil comunitario.”(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R3)

Facultad de Enfermería salió como un apéndice de la Facultad de Medicina. En las partes iniciales utilizamos salones de la Facultad de Medicina para dar clases a la Facultad de Enfermería, después, se creció en salones y armamos salones diferentes para la Facultad de Enfermería, hasta el día de hoy....no sé cómo estará porque yo estuve al principio de la Facultad de Enfermería, como hasta cuarto o quinto semestre y de ahí salí de la Universidad y no he vuelto a tener razón de eso (E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R9)

En cuanto mi experiencia laboral he estado muy ligado a la parte académica desde el inicio, desde que estaba como alumno era monitor, me gustaba mucho la Fisiología, me gustaba mucho la parte de Medicina, trabaje un tiempo como asistente de la presidencia en la Universidad, posteriormente trabajé en la Universidad y llegué como decano de la Facultad de Medicina estando muy joven. A los 26 años me nombraron decano de la Facultad de Medicina, finalizando 96 (no lo tengo claro y iniciando 97), de ahí fui haciendo carrera en la facultad de medicina, fui decano de la Facultad de Ciencias de la

Salud cuando ya se creó el otro programa. Fundé y escribí con ayuda de varias personas los programas de ginecología y obstetricia, de pediatría, de medicina interna y se dejaron aprobados los Programas de Epidemiología, de Cirugía, de Urología y de Cirugía Plástica. Además fui el ideólogo y el fundador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre de Cali y de la Universidad Libre de Pereira (E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R2)

Para el momento de la fundación del programa el perfil del egresado era:

El profesional de enfermería estará en capacidad de dar cuidado integral al individuo, familia y comunidad, teniendo en cuenta el contexto social, político, económico, cultural y ambiental, haciendo énfasis en los procesos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en cada una de las etapas del ciclo vital humano. (Universidad Libre, 2004)

Lastimosamente y logre sacar los diseños instruccionales, logré hacer todo con ayuda de ellos y entonces mucha gente criticó que porqué un médico había creado una facultad de enfermería y no se dan cuando que porque somos médicos todos estamos en salud y resulta que como conozco muchas enfermeras y trabajé con muchas enfermeras, me tocó a mí directamente porque la universidad no nombró a ninguna enfermera en eso sino hasta que la facultad fue aprobada.(E: 7/Tec: ES/G:M/M:PC/R7)

Aparece en este momento en el discurso oral y escrito (PEI), de los nacientes programas, el concepto de “cuidado integral”, en un intento de evolucionar el concepto inicial que sólo hacía referencia a la parte asistencial y procedimental del cuidado. El cuidado integral hace parte del reciente paradigma del cuidado humanizado, en donde la palabra “Integral” pone de manifiesto, la necesidad de involucrar en la atención otros aspectos del cuidado, desde lo social, lo cultural, lo espiritual y hasta lo político y educativo. El cuidado integral, no es más que el cuidado visto desde muchas dimensiones, intentando hacer el cuidado más humano, aunque suene redundante.

La posibilidad de creación de programas en otras ciudades cercanas a Cali se da más por la infraestructura administrativa y logística de las mismas Universidades, que por la necesidad de expandir la profesión a ciudades que lo necesiten. A pesar que la ciudad de Pereira siendo una ciudad intermedia necesita también de la capacitación de enfermeras, esta se da allí solo porque

la Universidad Libre tiene una de sus sedes en esta ciudad. Es claro que se mueve más un sentido de atender necesidades del mercado laboral y abrir programas de enfermería desde el sector privado, suple de esta forma la demanda de estudiantes que en ese momento querían estudiar la carrera. La expansión de los programas de enfermería se hacen pero sólo gracias a las diferentes sedes que hay de una misma universidad. Al respecto se expresa que:

El programa de enfermería de la Universidad Libre de Cali tiene seccionales en Bogotá, en Barranquilla, en el Socorro y en Pereira Acá el documento como que queda allí, el ICFES se demora también su tiempo en darle su aprobación y no se le podía hacer su apertura y sólo cuando llega ya la aprobación del ICFES es cuando aquí se abre en el 2001 el programa de enfermería, entonces se puede decir que van paralelos esos dos programas, sin embargo hay un aspecto que Pereira si toma ese rumbo, que no lo tomamos nosotros y fue desde el punto de vista del proyecto educativo institucional, cuando se plantea en el documento del ICFES que el programa tendría un proyecto educativo propio....que estaba muy basado en enfermería social, comunitaria.... (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R27)

La creación de estos programas estuvo directamente influenciada por las fortalezas académicas y laborales individuales de cada fundadora. Profesionales como: Liliana Patricia Acosta Pinzón, enfermera egresada de la Universidad del Valle, Dra. Olga Osorio Murillo, enfermera egresada de la Universidad de Caldas, Beatriz Amparo Vesga, enfermera egresada de la Universidad del Valle y Eduard Gonzáles Saavedra, médico egresado de la Universidad Libre, se dieron a la tarea, desde distintas perspectivas y motivaciones de continuar con la expansión de la enfermería en la Ciudad de Cali, esta vez desde la influencia de la educación privada.

Médicos y enfermeras que fueron las encargadas de continuar con la educación de las enfermeras en la ciudad de Cali, que para el momento sólo contaba con las limitaciones de cupos de la Universidad del Valle. Y sean las razones de su creación altruistas o mercantilistas, de acuerdo con las características propias del contexto actual, asumieron el papel de entender las normas de registro calificado del momento, para poder educar, cada uno desde su perspectiva y de su visión de cuidado, a los futuros enfermeros de las Universidades Libre-Seccional Cali y Santiago de Cali.

5.2.5. Concepciones de cuidado y teóricas que influenciaron la creación de los programas de enfermería de la Universidad Libre y la Universidad Santiago de Cali.

Las reflexiones sobre la enfermería se empiezan a dar de manera importante en Estados Unidos hacia la década de los sesenta, gracias a enfermeras que deciden hacer el tránsito de las áreas de la salud a las áreas humanísticas como Antropología, Sociología, Psicología. Surgen entonces teorías propias del cuidado y con ella la necesidad de emancipación de la Medicina. Para el momento de la creación de los programas de enfermería de la Universidad Libre y Universidad Santiago de Cali, se cuentan con más teóricas y teorías, sobre las cuales poder hacer los planteamientos del cuidado, con relación a las encontradas cincuenta años atrás.

En el caso de la Universidad Santiago de Cali, fueron varias las que iluminaron el sentido del cuidado que se le daría a la carrera. Como lo expresa el siguiente relato:

Como lo decía antes la concepción de cuidado es una concepción integral dirigido al ser humano, a la familia, a la comunidad y al entorno de una manera integral y teóricas de las cuales nos hemos fundamentado pues inicialmente Florence Nightingale, realmente el aporte que ella ha dado al cuidado y a la enfermería ha sido amplio y se han revisado otras teóricas como son Orem con su teoría del auto cuidado, Madelene Leininger con su teoría de la diversidad cultural, también en algún momento se revisó a Peplau por los aportes que ella hizo, Virginia Henderson con su escuela de las necesidades y más recientemente se ha estado revisando a Calixta Roy tratando de mirar cómo se aplica en el cuidado de enfermería y en nuestros currículos.(E:5/Tec:ES/G:F/M:PC/R5)

En el Proyecto Educativo Institucional inicial se describen conceptos generales tanto de Nightingale, como de Órem, pero que son planteados sólo como referencias teóricas iniciales, no hace, al menos en el documento, una reflexión profunda o una articulación de los diferentes pensamientos de las teóricas mencionadas con la propuesta curricular inicial.

...Hay que cambiar la mentalidad y nos hace falta Hildegard Peplau a todas para que cambiemos esa mentalidad que sea proactiva, que construyamos, que no dañemos, porque cuando uno tiene una sanidad interior, la refleja. Cuando uno no maneja esa sanidad, pues el discurso no es tan autentico ni convence. Hay dobles cosas, cuando uno

maneja poder uno se da cuenta que hay gente que está convencida y te apoya, y hay otra que está por el bolsillo entonces esa es la mayoría. Pero la verdad pienso que hay que ser más coherentes, por eso a Hildegard la amo, me gusta porque la incluimos, nos metimos con Mercedes.....era alguien que daba las teorías y ella también vibraba, cuando hablaba de Hildegard yo le decía...es Hildegard y con esa nos casamos y a todo le metemos Hildegard, entonces le metimos el componente de salud mental a las enfermería que eso no ha ocurrido en ninguna universidad, le metimos esa materia de liderazgo en enfermería, le metimos la investigación y la administración. Yo creo que ese es el sello. (E:4/Tec:ES/G:F/M:PC/R16)

Ha sido una propuesta difícil de estudio, de tratar de adaptar y de generar aproximaciones, realmente lo que se pensó hace 11 años y medio del programa a lo que tenemos hoy, pues ha sufrido grandes variaciones y eso tiene que ver con el contexto también, con las necesidades que se van presentando, estamos en una discusión, realmente lo que se ha pensado plantear no es tener un solo modelo de teoría, sino aplicar varios de acuerdo a las necesidades que se están viendo y en este momento a nivel grupal pues se está haciendo una discusión amplia aprovechando la reforma curricular en la que estamos trabajando actualmente.(E:5/Tec:ES/G:F/M:PC/R6)

En general se está revisando de todas las que he mencionado, Nigthingale, Hildegard, que se puede tomar de cada una y que se puede adaptar porque es difícil, es difícil cuando uno revisa todas estas teóricas, los contextos en los cuales fueron establecidas las teorías, son muy diferentes al nuestro, entonces, hay que buscar de cada teoría que se puede adaptar y en eso precisamente estamos trabajando y eso parte del proceso investigativo de mirarlo desde allí y luego revisarlo como lo vamos a aplicar en la estructura curricular, por eso ha sido un proceso bastante complejo en que hemos venido trabajando. (E:5/Tec:ES/G:F/M:PC/R6).

Existe aquí una crítica frente a las teóricas planteada desde las mismas profesoras fundadoras de los programas, en las que se hace difícil adoptar las teorías planteadas dado que los contextos son distintos al nuestro, pero que es absolutamente necesario introducir las teorías y teóricas para sustentar el discurso planteado en el proyecto del programa. Los procesos investigativos al respecto, son aún incipientes, por lo tanto no existe la posibilidad conceptual en ese momento

para reflexionar, cuestionar y plantear las diferentes teorías que se pretenden analizar a la luz de una propuesta curricular en un programa de enfermería.

Al hacer un análisis con base en los proyectos educativos propuesto por la Universidad Santiago de Cali, la Universidad Libre-seccional Cali y el PEP de la Univalle año 2006, podemos encontrar algunos datos interesantes. El programa que más créditos académicos tiene es la Universidad Santiago de Cali con 180, seguido por la Universidad del Valle con 172 y la que menos tiene es la Universidad Libre con 167 créditos.

En el siguiente cuando podemos observar las diferencias en créditos distribuidos en cada una de las áreas específicas del conocimiento exigido por los procesos de registro calificado y acreditación:

Universidad del Valle	Básico: 54	Profesional: 98	Flexible: 19	171 Total de créditos
Universidad Libre	Básico: 28	Clínica: 61 Comunitaria: 55 Total: 116	Flexible: 5 asignaturas	149 Total de créditos
Universidad Santiago de Cali	Básico: 34	Profesional: 118	Flexible- Desarrollo humano: 28	180 Total de créditos

Cuadro No 6. Comparación de créditos académicos de las Universidades estudiadas.

Fuente: Autora

Se puede notar en el cuadro comparativo, un fuerte porcentaje de créditos dedicados a la parte profesional en todos los programas, seguido por los aspectos básicos, que hacen referencia en su mayoría a asignaturas que tienen que ver con las ciencias naturales y exactas, y en general un porcentaje pequeño para el componente flexible o de desarrollo humano como lo denominan en la Universidad Santiago de Cali.

De acuerdo a los relatos, en la Universidad Libre se nota en un principio un énfasis en lo asistencial del cuidado debido a que fue ideado inicialmente por un médico.

Un perfil muy claro de control en el manejo de la recepción de ordenes médicas, un perfil muy claro en la decisión en los momentos en que se debía tomar decisiones con pacientes, para que no perjudicasen al paciente, un perfil muy claro de atención al paciente personalizada, que el paciente tuviera un nombre, tuviera un apellido, o sea esa parte social y comunitaria en el manejo también de lo que es la familia y en el apoyo de la salud familiar y que estuvieran preparadas para ser especialistas en epidemiología, en salud familiar, una gran cantidad de especialidades donde hoy las enfermeras tienen que estar incursionando a la par de los médicos, ese fue el perfil de reconocimiento general que tuvimos siempre para que la facultad funcionara y tuviera profesionales de valía. Supe con mucho orgullo que las primeras egresadas que han salido han tenido muy buenos resultados en el medio y he conocido algunas, entonces hasta hoy he tenido una buena impresión de las egresadas.(E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R10)

Realmente nosotros nos acogimos a lo que debía ser una enfermera ideal de lo que dice ACOFAEN. Ella agrupa a todas las facultades de enfermería en Colombia y ellos tenían un perfil claro de cuál debería ser esa enfermera ideal. Tenían muy claro que las de tal facultad tenían una tendencia hacia acá, entonces pues paso una cosa muy bonita, pude recoger todas las inquietudes de lo que no debía ser una enfermera para nosotros realmente formar lo que queríamos de una enfermera y ese fue el perfil.(E:7/Tec:ES/G:M/M:PC/R11).

5.2.6. Incorporación del Cuidado a los Proyectos Educativos Institucionales.

Se pone en evidencia la necesidad del liderazgo de estos procesos por parte de las enfermeras. Surgen algunos inconvenientes de carácter teórico por parte de algunas de ellas, con respecto a la conceptualización teórica del concepto del cuidado. La Informante No 6 planteó su desconocimiento y hasta su resistencia a las teóricas en enfermería, pero poco a poco se fue enterando y articulando el trabajo de algunas teóricas con su trabajo, como lo plantea esta entrevista:

....pero bueno me metí un poco que la teoría del sol naciente y a mirar cómo era ese mundo de lo divergente para llegar al mundo de lo convergente, para que nuestras

enfermeras trabajaran con las personas de acuerdo a su etnia, de acuerdo a las características de cada cultura, entonces así lo pienso, pero es también parte de mi ignorancia, reconozco que soy ignorante en el tema del cuidado o sea y que tampoco no he querido tampoco, no ha sido como mi pasión, ni mi ocupación, he aprendido de las compañeras, las compañeras a mí me han enseñado, [.....]
(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R23).

No conocía hasta ahí, a mí me habían enseñado en la universidad una cantidad de teoristas y siempre rechacé eso, rechacé muchísimo como persona, tengo que reconocerlo ahora, aprendí después....bueno....por las mismas compañeras, (P.R) que se metió mucho en el tema del cuidado. P.R.me dice: metámonos en el tema, se va para Bogotá, se sienta a hablar con las enfermeras que están trabajando el tema del cuidado en la Nacional, traemos a una de las enfermeras a hacer seminarios (pero no recuerdo quien), en ese momento lideraba el grupo de cuidado de la Nacional
(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R22)

Hubo necesidad de nutrirse intelectual y académicamente de grupos que estuvieran trabajando el cuidado, como el de la Universidad Nacional. Era indispensable que se viera reflejado el cuidado en el currículo para ser coherentes con las nuevas disposiciones de registro calificado y acreditación. El Consejo Nacional de Acreditación CNA⁴¹ es un organismo diseñado en la década de los noventa, se crea con el objetivo de garantizar la calidad de los programas de educación superior que hasta el momento empezaban a surgir. Dentro de su misión está: *”Contribuir con el fomento de la alta calidad de las Instituciones de Educación superior y garantizar a la sociedad que las instituciones y programas que se acreditan cumplen los más altos niveles de calidad y que realizan sus propósitos y objetivos”*. De manera que las Universidades, inicialmente desde sus programas de pregrado, empiezan a realizar procesos de autoevaluación, e intentan cumplir con los parámetros que exige el CNA para el cumplimiento de requisitos básicos de funcionamiento o Registro calificado y para la acreditación voluntaria de alta calidad.

⁴¹ Consejo Nacional de Acreditación, creado por la ley 30 del 28 de Diciembre de 1992 y reglamentado por el Decreto 2904 de Diciembre 31 de 1994.

Posteriormente la Ley 1188 de 2008, mediante decreto 1295 de 2010, regula el Registro Calificado de programas de Educación Superior, definiendo el Registro Calificado como el instrumento del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior por parte de las Instituciones de Educación Superior. En su artículo No 2. especifica las condiciones de calidad necesarias para obtener Registro Calificado a programas académicos de Educación Superior.

- La correspondencia entre la denominación del programa, los contenidos curriculares y el logro de las metas para la obtención del título correspondiente.
- La adecuada justificación del programa para que sea pertinente frente a las necesidades del país.
- Establecimiento de contenidos curriculares acordes con el programa que se ha establecido

Estas condiciones hacen que se haga necesario el pensar disciplinar propio, justificando los programas entonces en forma coherente con la disciplina de la Enfermería.

Los procesos de acreditación y obtención de registro calificado, incluye el cumplimiento de estándares de calidad que las instituciones de educación superior deben cumplir y mostrar tanto en los documentos enviados como en la infraestructura logística y administrativa de la Universidad.

El estándar de Calidad No 1. Que hace referencia a la justificación del programa, de acuerdo con el CNA, 2001, hace alusión al análisis de:

- Necesidades de salud y sociales del país y la región, en el marco de un contexto globalizado.
- El estado actual de la formación en el área del conocimiento de la profesión específica, en el ámbito regional, nacional e internacional.
- Los aportes que lo diferencian de otros programas de ciencias de la salud de la misma denominación o semejantes que ya existen en el país o en la región.
- La coherencia con la misión y el proyecto institucional.

Con sólo la elaboración de este primer estándar, se empieza a pensar la disciplina y la profesión en forma distinta. La necesidad de reflexión propia, no solo de la enfermería, sino de la apuesta curricular propia de cada programa de enfermería, hace que se recurra a la teorización

existente hasta el momento, para poder darle una impronta propia a cada programa y diferenciarlo de los demás.

El estándar No. 3. Que hace referencia a aspectos curriculares básicos, de acuerdo con el CNA, 2001, hace alusión al desarrollo de unas competencias y determina unas áreas de formación específica para cada disciplina. Que en el caso de Enfermería son las siguientes:

- Competencias: Promoción de procesos educativos tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud; promoción del autocuidado en diferentes contexto sociales y en beneficio del individuo, la familia y la comunidad; cuidado integral de la salud; promoción de prácticas de vida saludables, solución de problemas de la salud y búsqueda de nuevos modelos de cuidado y atención.
- Áreas de formación:
 - I. Ciencias biológicas, sociales y humanísticas
 - II. Políticas sectoriales, análisis de indicadores de salud. Fundamentos científicos de las acciones tendientes a cuidar la salud y la vida.
 - III. Componente complementario flexible que permite atender la diversificación profesional.

De acuerdo con estas condiciones de calidad, se intenta llevar a la práctica el concepto de “cuidado integral de la salud”, exigiéndolo dentro de los estándares de calidad y promoviendo la reflexión de la misma al interior de cada programa académico. “*Comprender la naturaleza de la enfermería, su identidad, sus límites, su estatuto y su relación con las demás disciplinas y profesiones*”. (Gómez, 2001, p. 93)

Es en el momento del diseño y estructura de los Proyectos Educativos Institucionales de los nacientes programas de enfermería, que se hace necesario visibilizar el cuidado, llamado en primer momento “cuidado integral”, como parte de la estructura disciplinar y curricular de los programas de enfermería. Al respecto se encuentra el siguiente relato:

Si, ella fue la primera persona que....pero yo pienso que (PR), para no hablar de la gente de afuera y desconocer a la de adentro, (PR) es la persona que se mete en el tema del cuidado, de las profesoras que entran a trabajar el tema del cuidado y va y hace unos contactos y se mete con investigación y lucha y se le paga para que vaya a Bogotá y ella se mete.....(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R25).

El otro asunto del tema del cuidado es que solo cuando escribimos el documento para el registro calificado, es cuando las asesoras que traigo de la Universidad del Valle, me hacen caer en cuenta y me dice: el tema del cuidado, tenemos que hacerlo visible dentro del currículo y tenemos que empezar a proponerlo y allí es donde me empiezan a decir y a revisar y empezamos a hablar de las teoristas, de la importancia de fundamentar el currículo en una teorista.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R19).

Hay rechazo y resistencia al concepto del cuidado, inicialmente por desconocimiento, ya que en principio, se consideraba que era forzado el planteamiento del cuidado por parte de las teóricas disponibles en la literatura y poco aplicable en este contexto. Como lo expresó en el siguiente diálogo:

...Porque lo otro que he visto es cuando logran hacer amalgamas de cosas que quieren sobreponer, en el caso por ejemplo de atención primaria que quieren sobreponer una serie de preguntas de una teorista que hace por ejemplo Orem u otra cualquiera y entonces quieren sobreponer lo que se está planteando en salud pública digamos los parámetros que usan las teoristas, pero una cosa sobrepuesta y cansa a la comunidad cuando uno va a las casas, cuando uno va a la vivienda y usted le trae una entrevista de 25 preguntas por sobreponer y por meter el tema del cuidado allí porque lo necesito, entonces la gente se va a cansar y no va a entender ¿Esto para dónde va? entonces pienso que allí no ha habido elaboración, ni ha habido construcción, ahí no hay constructo, ahí hay es una sobreposición de cosas, pero veo que (AM) si está fomentando el trabajo de entender más todo esto del cuidado, del cual yo soy ignorante.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R24).

Sin embargo se aprovecha el momento para incorporar otros aspectos del cuidado como se evidencia a continuación:

La Universidad Libre entra, como todas las universidades en Colombia, entra en el sistema de créditos, entonces teníamos que hacer esa transición del viejo plan, del plan con que iniciamos el programa que no tenía los elementos del cuidado, al nuevo plan que iniciamos por el sistema de créditos, y se introduce dentro del currículo en cada una de las asignaturas, ... ya las profesoras empiezan a hacer talleres, ya se empieza a

introducir en el currículo, viene también otra profesora (AA)no recuerdo el apellido... creo que asistió a los seminarios que (AM) promovió cuando empezamos a formarnos... porque el Programa de Enfermería de la Universidad Libre es un programa que aún está en etapa escolar, es un programa que no tiene todavía digamos la solidez y la fundamentación.... (E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R26).

Hubo una dicotomía, ya que la filosofía de la Universidad Libre habla de formar líderes, pero se pensó también por parte de la directora inicial, formar enfermeras hacia la salud pública y que volvieran al cuidado, como lo expresa su directora así:

Eso me lo expresaron las directivas cuando me hicieron la entrevista...nosotros necesitamos una enfermera gerente, una enfermera muy enfocada hacia la parte de liderazgo. También le decía yo...si eso era muy bueno lo que ellos querían, pero que yo pensaba que el país necesitaba otro tipo de enfermeras, que precisamente esa enfermera que, abro comillas jefe, era una enfermera que también estaba mandada a recoger en el medio, porque lo que se estaba buscando era volver al tema del cuidado.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R7).

Se piensa en una profesional de enfermería que vuelva al cuidado, pero planteado de esta forma:

Porque yo vi en Cali o veo las enfermeras líderes en gerencias de hospitales, en gerencia de programas, específicamente de programas, liderando programas, pero también eran programas... no sólo haciendo un liderazgo sino haciendo acciones directas, la enfermera en la atención directa, entonces yo tenía la visión en ese tema, la enfermera en la atención directa como lo hablábamos en ese momento, entonces no se hablaba del cuidado como lo estamos hablando ahora.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R30)

... Pero el cuidado plantea una atención directa a la comunidad a los individuos a las personas, a los pacientes, entonces para mí fue como entender.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R31)

El cuidado planteado como un salir de lo administrativo y volver al “estar con las personas”

...entonces yo le decía que el país necesitaba justamente una enfermera, un profesional de enfermería que volviera a mirar a la persona, que volviera al paciente, y dejaran a un lado lo administrativo, porque la experiencia que yo estaba viendo era que ya los centros de salud y las instituciones ya tenían administradores y habían integrado otros miembros del equipo.(E:6/Tec:ES/G:F/M:PC/R7)

Se muestra entonces en esta parte, elementos históricos y sociales que se consideraron significativos para los hechos que sucedieron en la creación de cada uno de los programas existentes en la actualidad. Los hitos históricos que marcaron la creación de la Universidad del Valle, tuvieron que ver con los fenómenos relacionados por el surgimiento de un nuevo departamento (Valle del Cauca) y con las políticas internacionales para América Latina. Se evidencia el apoyo de varios organismos internacionales que potencian la preparación académica de las enfermeras y la profesionalización de la Enfermería. En las Universidades privadas son otros los hitos históricos que marcaron la diferencia del momento. La Ley 100 de 1993 y la conformación del Consejo Nacional de Acreditación creado por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992, fueron los hechos históricos que marcaron la pauta para la creación de los nuevos programas de enfermería, esta vez movido por necesidades e intereses distintos a los de la Universidad del Valle.

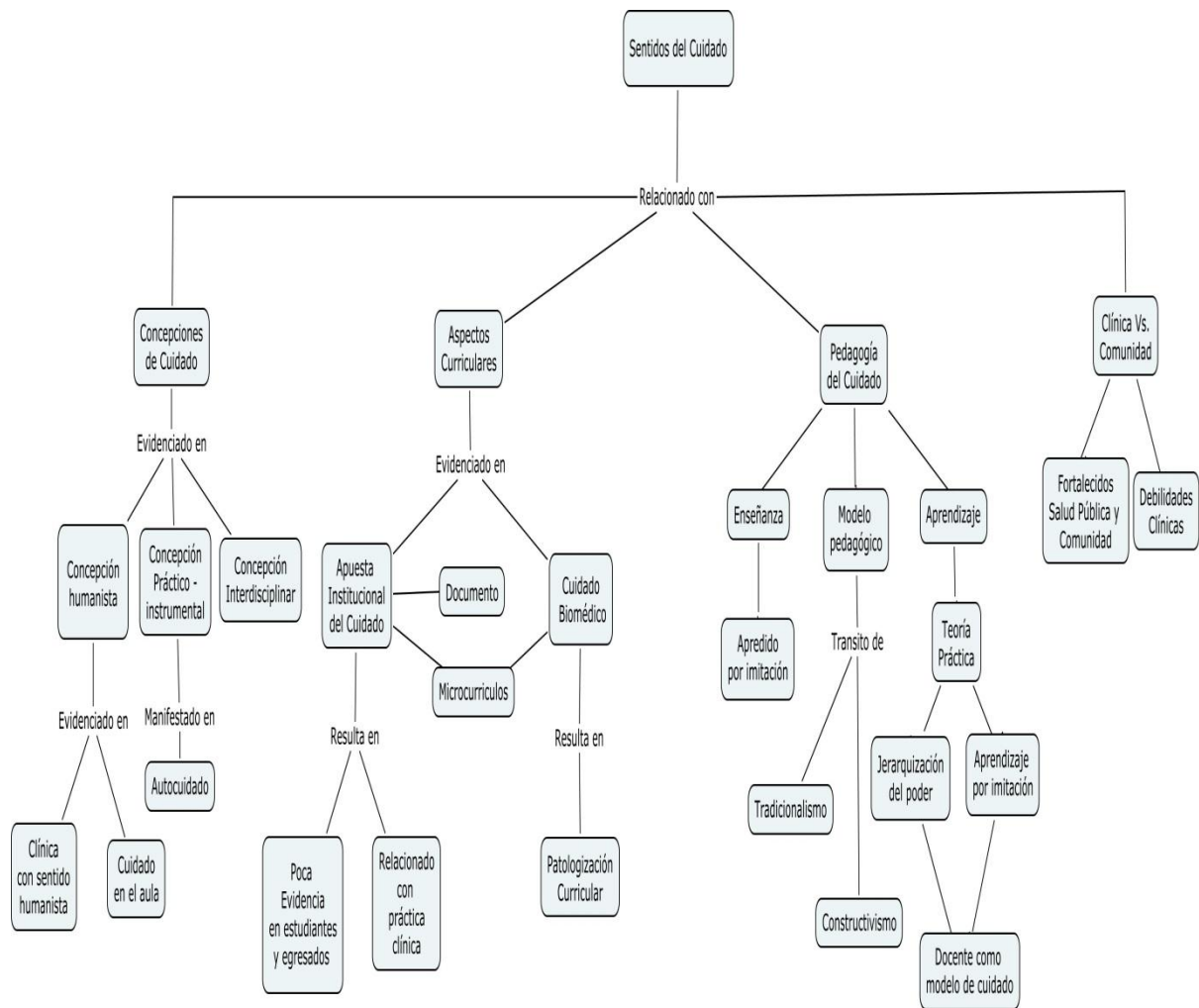
Momentos históricos distintos, intereses y necesidades diferentes. Es lo que en general hace la diferencia entre la Institución educativa pública y las instituciones privadas.

6. Hallazgos II.

Sentido del cuidado

Con base en los hallazgos del primer momento de la investigación, se diseñó una entrevista en profundidad para llegar a los profesores, estudiantes y egresados de las universidades incluidas en el estudio. Este capítulo tiene como propósito exponer algunas de las distintas aproximaciones al concepto de cuidado, profundizando en las nociones que han surgido desde el ámbito de la enfermería. Más adelante, se desarrolla un análisis de la forma como se percibe el cuidado en la práctica de los profesionales de enfermería, tratando de comprender de qué manera ese cuidado se visibiliza en sus vidas, sus contextos y sus propias experiencias. Igualmente, se analizan los aspectos curriculares inmersos en la formación académica, la labor de la pedagogía, los modelos pedagógicos y los procesos de aprendizaje implícitos en los diferentes discursos obtenidos en el estudio y, cómo estos, han influenciado la construcción de la noción de cuidado de los profesionales de la enfermería participantes en el estudio.

Es necesario considerar primero que todo una categoría central, producto de las categorías encontradas y que explique de manera simple lo encontrado en forma general. De acuerdo con Strauss y Corbin (2002) “una categoría central, en un sentido exagerado consiste en todos los productos del análisis, condensados en unas cuantas palabras que parecen explicarnos “de qué se trata esta investigación”. De acuerdo con esta definición, se define como categoría central: “Interpretando el sentido del cuidado” ya que reúne en forma simple lo encontrado a través de todas las categorías halladas.



Cuadro No 7. Relación categoría Central con Categorías selectivas.

De acuerdo con el cuadro No 7, hablar de los sentidos del cuidado tiene que ver, en esta investigación con varias vertientes. La primera de ellas que hace relación con las concepciones que se tienen del cuidado. Estas concepciones a su vez hacen referencia primero que todo a una concepción humanista, que se encontró específicamente en docentes que manifestaron una clara tendencia de asistencia con sentido humanista y de cuidado a través de los procesos pedagógicos, o sea el cuidado en el aula de clase. Una segunda concepción hace referencia a la tendencia práctico-instrumental del cuidado, manifestado generalmente por estudiantes y egresados. Y una

tercera concepción hace referencia a una concepción transdisciplinar del cuidado, manifestado especialmente por egresados, quienes consideran el cuidado mucho más allá de la disciplina de la enfermería y la valoran como la posibilidad de que sea enriquecida desde otros saberes.

La segunda vertiente hace relación a los aspectos curriculares del cuidado. Este se justifica desde dos aspectos: La apuesta institucional del Cuidado y El Cuidado Biomédico. Al hablar de apuesta institucional, hablo de la tendencia de la Universidad o del programa de enfermería para hacer manifiesto el cuidado en sus respectivos currículos. Es decir, existe la intención institucional en general de evidenciar al cuidado dentro del currículo, lo cual se puede observar en las misiones de los programas y hasta en el nombre de las distintas asignaturas existentes en la malla curricular, pero a pesar de los intentos, y aquí es donde aparece el segundo aspecto: El Cuidado biomédico, los currículos en general siguen muy patologizados, centrados en la enfermedad y siguiendo una doctrina aún muy biomédica. Los estudiantes y los egresados encuentran poca evidencia curricular del mismo, y en general hacen una directa relación entre el cuidado y la práctica clínica-asistencial.

La tercera vertiente hace relación a la pedagogía del cuidado. Este se manifiesta en procesos como la enseñanza, el modelo pedagógico y el aprendizaje. Se nota aquí un esfuerzo por transitar del tradicionalismo a paradigmas generalmente constructivistas, pero lo evidenciado aquí, es que tanto el docente como el estudiante aprende por procesos de imitación de modelos. El docente de enfermería aprende a enseñar, generalmente de acuerdo a algún modelo académico previo. De igual manera es la imitación de modelos lo que hace que el estudiante aprenda el cuidado de su profesor. Para el estudiante su profesor es más que un transmisor de conocimientos, es el modelo de cuidado que seguirá en el transcurso de su vida profesional.

La cuarta vertiente hace relación al tradicional binomio en la formación de médicos y enfermeras, la clínica y la comunidad. Aquí surge algo paradójico y consiste en que a pesar de que se muestra el currículo biomédico y que le estudiante manifiesta claramente la relación entre la enseñanza del cuidado y los procesos clínico-asistenciales, se encuentra en los egresados, en

general debilidades hacia estos procesos. Manifestando fortalezas hacia el área de salud pública y comunidad.

A continuación se desarrollará la teoría emergente por medio de la triangulación simultánea y conjunta entre la teoría sustantiva y la teoría Formal⁴² y el análisis en profundidad de lo encontrado.

6.1 Diferentes aproximaciones a los sentidos del cuidado

Desde hace décadas, mucho se ha dicho acerca del cuidado. De acuerdo con Baines (1998) ya son varias las profesiones que se han adjudicado el cuidado como la esencia de su profesión, entre ellas: la enfermería, los trabajadores sociales y últimamente los profesores. Pero ha sido la enfermería en su búsqueda reflexiva epistemológica y filosófica de la disciplina, la que se ha acercado a su conceptualización, intentando hacer válido su discurso en forma científica y ante la comunidad académica. Por ser un proceso reciente en nuestro país, es difícil encontrar coherencias conceptuales entre las enfermeras, los estudiantes y los egresados.

Hay dos rutas específicas para definir el cuidado, una tiene que ver con su concepción humanística y otra con su sentido práctico. La Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, enmarca algunas diferencias con las recientemente creadas. Al estar más tiempo en estos procesos educativos, se nota un discurso algo más homogéneo entre sus actores. El cuidado para algunas profesoras-enfermeras se traduce en actos de bienestar y acompañamiento.

....o sea, uno se cuida instintivamente, como ese instinto de conservación, de ahí el cuidado de uno mismo y luego el cuidado hacia las personas que están cercanas a uno, hacia las cosas que uno tiene, hacia las plantas que le gustan a uno, hacia todos los seres vivos con los que uno convive. (E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R5).

⁴² La teoría Formal es aquella teoría generada a partir de teorías sustantivas y por tanto fundamentada en los datos, que constituye un sistema de relaciones que ofrece una explicación de mayor nivel de abstracción del problema de investigación. Este hecho permite extrapolar el análisis de los datos del nivel meramente descriptivo a una interpretación conceptual o teórica que posibilite alejarse del área sustantiva propia de la investigación empírica. (Trinidad A. , Carrero, V., Soriano R., 2006)

Uno tiene que preservar la integridad para preservar el bienestar, para preservar la salud tanto de uno como de otras personas, del medio ambiente, de todos los seres vivos que lo rodean a uno, en términos generales ese es el cuidado. (E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R3).

Estos conceptos aunque muchos de los docentes manifiestan que no tuvieron influencia directa de ningún teórico, (a excepción de algunos nombres mencionados, como Jean Watson, Madeleine Leininger y Rossemarie Rizo Parse) se puede notar un discurso articulado en la misma dirección de lo planteado por Foucault cuando se refería al "cultivo de sí" en el que lo define como una intensificación y valoración de las relaciones de uno consigo mismo. "Cuidar de uno mismo, es el principio de la inquietud de uno mismo el que funda su necesidad, gobierna su desarrollo y organiza su práctica. (Foucault, 1987, p. 42).

En este mismo texto, Foucault también hace una diferencia entre el cuidado de las personas sanas comparado con el cuidado de los animales o a otros seres vivos, ya que el ser humano al estar dotado de razón, es perfectamente capaz de proveerse cuidado a sí mismo y proveer cuidado a otro en situación de minusvalidez. Los animales no lo necesitan, ya que la naturaleza los provee de todo lo necesario para vivir.

El ser humano es definido, como el ser que ha sido confiado a la inquietud de sí. Ahí reside su diferencia fundamental con los otros seres vivos; los animales encuentran "perfectamente listo" lo que les es necesario para vivir, pues la naturaleza ha dispuesto que puedan estar a nuestra disposición sin que tengan que ocuparse de sí mismos: y sin que nosotros tengamos que ocuparnos de ellos. El hombre en cambio debe velar por sí mismo, no sin embargo, a consecuencia de algún defecto que lo pusiera en una situación de carencia y lo hiciese dentro de ese punto de vista inferior a los animales. (Foucault, 1987, p.46)

En la Inquietud de sí, Foucault plantea la posibilidad de poder examinar no sólo el cuerpo sino el espíritu y a partir de su sanación, poder también curar y cuidar el cuerpo. Foucault afirma que:

Ese principio de la inquietud de sí, se formuló, se acuñó en toda una serie de fórmulas como: "ocuparse de sí mismo", "contemplarse en sí mismo", "no buscar otra

voluptuosidad que la que hay en uno mismo”, “permanecer en compañía de sí mismo”, “ser amigo de sí mismo”, “estar en sí mismo como en una fortaleza”, “cuidarse” o “rendirse culto”, “respetarse”, etc. (Foucault, 2002, p. 30)

Para Heidegger, el “ser” es aquello que “es”. Y las líneas divisorias entre ¿Qué es? (Esencia) y el modo de vivir (existencia) es lo que revela el *Dasein* (el estar ahí) como cura o cuidado del ser que aparece aquí y ahora, en su situación, a partir de la cual se puede acudir a la reflexión pero no desde la razón, sino desde el deseo. Según Heidegger: “Se hace necesaria, pues, una comprobación pre ontológica de la interpretación existencial del *Dasein* como cuidado. La hallaremos al mostrar que el *Dasein*, ya desde la antigüedad, hablando de sí mismo, se interpretó como cuidado (cura), aunque sólo haya sido pre ontológicamente”. (Heidegger, 1988, p. 205).

El cuidado como lo interpretaba Heidegger, es una preocupación por sí mismo, por asumir el destino con un interés existencial, no intelectual. La cura, el cuidado, puede ser la posibilidad de que el ser encerrado en sí mismo se abra al mundo (Botero, 2006, p. 16). En Heidegger, el cuidado radica en la posibilidad de abrirse al mundo desde su propia subjetividad, y desde allí, desde el ser interno maravillado y descubierto, entrar en la aventura de develar otros seres desde otras visiones de mundo, otras temporalidades y otros *Dasein*. Es allí donde está la esencia de la fenomenología, la cual busca encontrar los componentes básicos de una cognición *a priori*. (Heidegger, 1988, p. 17).

La elaboración ontológica del cuidado como fenómeno existencial fundamental exige una delimitación frente a ciertos fenómenos que a primera vista podrían ser identificados como cuidado. Tales fenómenos son la voluntad, el deseo, la inclinación y el impulso. El cuidado no puede ser derivado de ellos, puesto que, ellos mismos están fundados en aquel (Heidegger, 1927, p. 184). Muchos de estos fenómenos se encuentran descritos por los conceptos de cuidado, especialmente los referidos al deseo como motivación primaria e innata.

Otras aproximaciones del cuidado, para algunas de las docentes entrevistadas hace referencia al contexto práctico, en el que se menciona como actos de interacción y como cubrir las necesidades del otro.

El cuidado es una acción de interacción profunda, acompañada de algunas prácticas instrumentales. (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/ M:SM/R1).

El cuidado es una relación humana donde dos seres humanos se entrecuidan y quien es cuidado establece una interacción dialógica porque es de ir y venir donde se comparten no solamente experiencias sino vivencias y todo lo que cada una de estas dos personas son como seres humanos.(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/ M:SM/R1).

Es un servicio en un marco contextual en donde yo tengo en cuenta al otro y a la otra persona desde la otredad. Es una mirada desde las necesidades y expectativas que tiene ese individuo, esa persona sea sano o enfermo, pero yo le voy a ofrecer unos servicios que deben tener unas características, primero que todo que sea humano, segundo de calidad y tercero que responda a unos protocolos, a unos parámetros y directrices. (E:3/DUL/Tec:EP/G:F/ M:SM/R1).

Es como lograr que la otra persona por medio del cuidado se sienta como que estápudiéndole satisfacer las necesidades básicas. (E:2/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R1).

Aquí aparece un sentido de cuidado menos abstracto y lo hace desde su practicidad, desde la cotidianidad, al encontrarse la enfermera en un medio eminentemente práctico, ese sentido de cuidado cobra vigor en la mayoría de docentes, estudiantes y egresados. Noddings nos especifica su concepto de cuidado así:

Una relación de cuidado, es en su forma más básica, una conexión o encuentro entre dos seres humanos, el que cuida o cuidador (*Carer en inglés*) y el que es cuidado (*Caredfor en inglés*). Con el fin de que se de esa relación propiamente del cuidado, ambas partes deben contribuir a que se desarrolle. Un incumplimiento por parte de cualquiera de las dos, el cuidador o el que es cuidado, finaliza el cuidado, y aunque todavía puede haber una relación, esta se convierte en un encuentro o conexión en la que cada una de las partes siente algo hacia el otro; lo cual no es una relación de cuidado. (Noddings,2005, p. 15).

A ese respecto de relación mutua, un docente expresó lo siguiente:

....lo que pasa es que no solamente en esas experiencias de cuidado hay una o dos personas. Esas dos personas llegan con un mundo, es decir se tiene en cuenta no solo su componente individual, sino también su componente colectivo y hace referencia a las

familias y organizaciones que influyen sobre cada una de ellas.
(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R2)

Y aquí entonces nos adentramos a los sentidos del cuidado, ya que el significado hace sentido en la medida que el sujeto es afectado por su medio ambiente, por su entorno y en esa forma le pone diferentes sentidos a lo que entiende e interpreta de su mundo y de sus diferentes experiencias.

«El lenguaje depende de la posibilidad de dos tipos de operación, la integración en totalidades más grandes y la disociación en partes constitutivas. El sentido parte de la primera operación y la forma de la segunda. Es decir: si todo discurso se actualiza como acontecimiento, todo discurso es comprendido como sentido». (Ricaeu, 1976)

De manera que los significados hacen sentido en la medida que son atravesados por las experiencias de vida y de trabajo. Al respecto los docentes mencionaron:

El cuidado es una interacción....claro que eso lo he aprendido con el tiempo, digamos en los últimos tiempos donde me he podido adentrar un poco en esa contextualización. Para mí el cuidado es un concepto que uno ha ido construyendo y yo con todo el tiempo que tengo de experiencia solamente en esos últimos años es lo que he podido decantar.
(E:2/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

El concepto que tengo del cuidado es una construcción, porque tal vez no tengo ningún referente teórico en este momento con la definición que te di, además es una construcción de lo que en sí significa el cuidado. (E:3/DL/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Se lo debo a mis pacientes, en todos los altibajos, en los buenos momentos con ellos, donde se lograba una buena interacción y el cuidado era placentero, como en los momentos bajos donde se puede uno sentir un poco amargo, en el sentido en que la interacción aparentemente no era muy adecuada. (E:4/DL/Tec:EP/G:M/M:SM/R3).

Además de su experiencia profesional como enfermeras/os, algunos de ellos manifestaron un componente empírico en su concepción y una clara influencia por algunas teóricas en enfermería, como por ejemplo en los siguientes relatos:

Yo pienso que aparte de que uno lee mucho, uno tiene una intuición, yo pienso que uno tiene la definición de cuidado instintivamente en un ser humano, de pronto cuando uno no ha entrado a la academia, no lo sabe definir en buenos términos, pero uno tiene una proximidad como ser humano de los que es cuidado, de lo que es cuidar, desde que uno es consciente de sí mismo y desde que uno entra en relación con otras personas...(E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R4).

Mi concepto se lo debo a mi experiencia como enfermera, pero es ahora que he estado en el área de la docencia donde he hecho revisiones bibliográficas, que me han permitido teorizar lo que intuía en mi ejercicio profesional. También escuchando a Jean Watson encontré similitudes de su concepto con mi intuición del cuidado. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R3).

Bueno, yo creo que ese concepto surge a través de la revisión que he venido haciendo de las diferentes aproximaciones teóricas del cuidado, me identifiqué mucho con la visión de la simultaneidad de la orientación del cuidado y en este momento tengo una gran influencia de Rosse Mary Rizo Parce. (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

En este momento me siento muy influenciado por Martha Roger y por Calixta Roy, más la primera que la segunda, ya que Roger aborda al humano como un ser trascendente, como un ser energético,....no el energético chistoso del chacra...no! Sino energético como potencia y potencialidad. Yo creo que Calixta si, en cuanto a concepto y como puedo aplicar ese cuidado ahí, y Martha en el trasfondo filosófico de un ser humano completo.(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R21).

Vemos entonces un pensamiento dirigido al aspecto humano del cuidado. Las concepciones empíricas influenciadas por algunas teóricas, en general se evidencia un enfoque hacia el humanismo. Martha Roger quien marcó la diferencia con su teoría de los seres humanos unitarios, muestra cómo «los seres humanos son campos de energía dinámicos integrados en los campos de entorno. Ambos tipos de campo, el humano y el del entorno, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos». (Marriner, 2005) Basada en la teoría de Roger, surge Rossemarie Rizzo Parse, quien entiende al ser humano no desde la separación por sistemas, sino como seres vivos unificados y diferentes de cualquier esquema que los divida.

En uno de los supuestos principales de la teoría de Parse, dice: «*El ser humano en evolución elige libremente el significado que le da a las situaciones, de acuerdo con sus valores prioritarios.*», se puede notar en ella, el cambio paradigmático del positivismo fragmentario al humanismo unificador. Por su parte la teoría de Watson que se evidencia constantemente en relatos de algunos docentes, también se muestra un fuerte componente humanista.

De acuerdo con Watson(2012) una ocasión de cuidado ocurre cuando la enfermera y el otro vienen juntos con sus únicas historias de vida y sus campos fenomenológicos en una transacción humano – humano. Vemos entonces desde estas entrevistas, una fuerte influencia del humanismo en los sentidos que tienen algunos docentes del cuidado. Y cómo desde la experiencia empírica del docente, o desde el pensamiento reflexivo de la institución educadora, se entiende el cuidado desde una visión bipolar, que atañe, tanto al que cuida, como al que es cuidado, en un mismo momento fenomenológico que interactúa y retroalimenta mutuamente.

El cuidado como discurso también ha tenido diferentes momentos y evoluciones. En algunas docentes hay una fuerte tendencia a relacionar estrechamente la articulación de cuidado y enfermería. Es decir, el cuidado como esencia de la profesión, se hace innato en el discurso de la enfermera y los procesos de investigación por su parte se han encargado de visibilizar ese objeto disciplinar como parte de la profesión. Es decir, es la academia la que se ha encargado de reflexionar en profundidad los procesos del cuidado, para luego intentar llevarlos a la práctica.

Al respecto, se encontraron los siguientes relatos:

En esta última década ha habido un énfasis en la búsqueda, en el estudio, en tratar no solo de aprender desde el punto de vista teórico, sino mirar alternativas y poder llevar ese discurso a la práctica, con los mismos pacientes, con los mismos estudiantes, entonces yo pienso que es un discurso que es inherente a la misma profesión. Uno por ejemplo lee los textos de Florence Nightingale y ella ya hablaba de cuidado, yo pienso que es un término y es un discurso innato a la profesión y que se ha venido asignando, se ha venido enriqueciendo y se ha venido trabajando, sobre todo en la última década, por lo menos aquí en el país. (E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R9).

Ha sido desde los grupos de investigación, los trabajos de investigación y desde la formación personal de las docentes de las diferentes instituciones donde se empezó a reflexionar, obviamente a través de la investigación por la esencia de la enfermería, es cuando dice uno: vamos a ver qué es lo que estamos haciendo, y claro, eso primero tiene

que permear la academia y luego la asistencia, y creo que estamos en ese proceso, pero estamos crudas, muy crudas.(E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R5).

Algunos eventos específicos, como el Congreso de Enfermería (1984), realizado en la Ciudad de Cali, en el que asistieron varias teóricas en enfermería, aparentemente introdujo la reflexión teórica del cuidado desde la perspectiva de Marta Roger y Dorotea Órem, quienes traen sus conceptos en ese momento, pero se queda solo allí, ya que no existían las condiciones necesarias en la región para poder producir, a partir de ellos, procesos investigativos y de reflexión que permitieran continuar con el discurso tanto en teoría como en la práctica.

Entre el año 1984 y 1988 en Cali, en la seccional de Valle del Cauca de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, organiza un congreso nacional y trae aquí a varias teoristas de enfermería, entre ellas que yo recuerde, Martha Roger y creo que vino Dorothea Orem...no estoy segura...vinieron 3 teorista norteamericanas que nosotros invitamos. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R5).

La Ley 266 de 1996 dio la posibilidad años antes de reflexionar sobre los conceptos de cuidado con la asesoría también de enfermeras extranjeras.

La asociación de enfermeras de Canadá hace un convenio con la Asociación de Enfermeras en Colombia (ANEC) y nos dan toda la asesoría para hacer un proyecto de ley, lo que es hoy la ley 266 de 1996, que reglamenta y regula el ejercicio profesional. Allí nos toca hacer una revisión completa de lo que es el cuidado, pero creo que históricamente, políticamente, socialmente. Incluso disciplinariamente no estábamos maduras para asimilarlo que es realmente....ni dimensionar el concepto de cuidado. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R6).

De acuerdo con Rangel (2006), dentro de los principales logros para la profesión desde la ANEC se encuentra la elaboración y gestión de la Ley 266 de 1996 con el apoyo financiero y técnico de la Asociación Canadiense de Enfermeras, ésta ley reglamenta la profesión de enfermería en el país, y contiene aspectos muy importantes para el ejercicio de la profesión y la formación de enfermería. Entre ellas están:

- Crea el Consejo Técnico Nacional de Enfermería como un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del gobierno.
- Crea el Tribunal de Ética de Enfermería con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.
- Faculta a la ANEC, como el organismo autorizado para realizar la inscripción y el Registro Único Nacional – RUN - de quien ejerce la profesión de enfermería en Colombia.
- Faculta a la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, como el organismo autorizado para asociarlos programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado, ofrecidos por las instituciones de educación superior en Colombia.

Esta ley posibilitó la agremiación de la enfermería y a su vez fomentó la calidad en los procesos de educación de las enfermeras. Que se vio potenciado también por los procesos de registro calificado y de acreditación.

En el transcurso del programa recuerdo que se pensó que era importante para el proceso de registro calificado que se insertara el tema del cuidado en el currículo y fue la asesora quién lo planteó y quién dijo, bueno aquí hay que hacer énfasis en el cuidado y tenemos que mirar como todo se articula con el cuidado, pero como no había una relación entre uno y otro había que entrar era como a mirar "cómo se acomodaba al proceso", más no los lineamientos estaban orientados hacia el cuidado.(E:3/DL/Tec:EP/G:F/M:SM/R4).

Para mí fue evidente a partir de la elaboración del documento de registro calificado por enfermería y lo evidencio y lo tuve más claro a raíz de mis estudios de postgrado en enfermería (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R4).

El concepto tradicional de acción de cuidado como cubrir necesidades básicas en las personas, se encontró poco en los docentes, pero si evidenció de manera significativa en la respuesta de los estudiantes, quiénes independientemente de la universidad a la que pertenecieran la tendencia era a manifestar al cuidado como un "todo" no especificado por nada. Es decir incluye todos los aspectos del ser humano, pero que a la vez los excluye, ya que no son

reconocidos como tal. En algunos casos es difícil explicar el sentido del cuidado para los estudiantes, y en su totalidad no corresponde con el sentido de cuidado explicado por sus docentes, ya que el significado hace sentido en la medida de la experiencia. Al respecto algunos estudiantes expresaron:

El cuidado es como esa palabra que enfoca muchas, abarca muchas esferas donde hay que enfocarse como en ciertas.....como le digo....digamos en una persona y enfocarnos en esa persona pero como un todo. La palabra cuidado tiene que ver con ella y tiene que ver con salud (E:12/St USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R1).

El cuidado es cuando la persona por algún déficit, ya sea algún problema que haya tenido, requiere de actividades de ayuda de otras personas.(E:10/St UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R1).

Cuando uno conoce al paciente hospitalizado, conoce a la persona, conoce sus antecedentes, su historia y a partir de allí se puede brindar todos los cuidados que depende de las necesidades de esa persona, eso para mí es cuidado. (E:7/St UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R2).

Es el cuidado que ejerce la persona sobre sí misma, tanto a nivel personal en su higiene, a nivel profesional en sus estilos de vida que lleve la persona, ese es el cuidado.(E:9/St UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R1).

Los conceptos de amor y afecto hacen sentido de cuidado en el caso de los estudiantes, y se evidencian en los siguientes relatos:

Para mí el cuidado es como una expresión de cariño hacia otra persona, el hecho de guardar a que no le pase nada y de....como le digo es una.... si es guardar de que la otra persona no le pase nada malo, es como una expresión de cariño muy desinteresada hacia una persona para que se sienta bien y para que se pueda mejorar (E:11/St USC/Tec:EP/G:M/M:SM/R1).

Se puede observar entonces una dicotomía acerca del cuidado en la que es definida desde la asistencialidad, como una posibilidad de cubrir necesidades de personas en estado de minusvalía, como por ejemplo: los pacientes en cama y hospitalizados; y los sentimientos de cariño y protección hacia otra persona. En general todos los estudiantes hacen referencia que fue la

formación universitaria la que de una forma u otra marco la pauta para la construcción del concepto del cuidado, aunque también los estudiantes manifiestan la influencia parental en su concepto de cuidado.

El cuidado lo he venido aprendiendo a medida de todos los semestres y todo lo que llevo estudiando y en las prácticas y en cómo nos han enseñado. También a mis padres, lo que me enseñaron de niña.(E:12/St UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Mi concepto de cuidado se lo debo a lo que he vivido en mi casa y también a la universidad, lo que nos dan de significado de cuidado en la universidad, en las clases, prácticamente en eso. (E:9/St UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Lo aprendí durante mi carrera de enfermería. De los ocho semestres que he tenido como estudiante se abarca muy bien el concepto de cuidado y cuidador.(E:10/St UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Mi concepción de cuidado surge desde el área clínica definitivamente y de las personas a nuestro alrededor, el hecho que tu convivas con tu abuelita, entiendes las enfermedades que tiene y eso ayuda a comprender la necesidad de estar con ella, de información, eso de la información es muy importante.(E:7/St UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R5).

En los egresados, se nota una fuerte influencia de su medio laboral en el concepto que tienen acerca del cuidado, y vemos cómo se vuelven críticos de sus procesos de formación, al encontrar unas diferencias entre lo enseñado por la universidad y lo que realmente pueden hacer en cada uno de sus trabajos.

Al respecto se encontró lo siguiente:

Para mí el cuidado es cuando una persona básicamente realiza unas acciones dirigidas a proteger y proveer bienestar al que lo necesite, entonces eso influye muchas cosas, o sea, no solo la parte física, sino también la parte afectiva, está la parte social, ese es el proceso del cuidado en el que para mí es muy complejo (E:14/GV/Tec:EP/G:F/M:SM/R1).

El que hace cuidado tiene que tener ciertas características y ciertas virtudes, todos lo haces, pero no es de la mejor manera, entonces no es solo el conocimiento, sino también es como el carisma que tiene que tener para dar el cuidado. (E:14/GV/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Cuidado para mí es un abordaje, es un planteamiento teórico que dice: mire...no vea los problemas solo desde el enfoque biológico sino que concéntrese en otras esferas que rodean al ser humano (E:13/GV/Tec:EP/G:M/M:SM/R2).

Se observan en los anteriores relatos de egresados una visualización del cuidado desde una perspectiva distinta a la procedimental. Es decir, aspectos como carisma por parte del enfermero que da cuidado, ver los problemas de las personas desde un enfoque diferente al biológico, son aspectos que resaltan estas entrevistas. Pero también hay una crítica hacia la educación recibida en la Universidad acerca de estos aspectos, como se evidencia en los siguientes relatos:

Lo que nos enseñan en la universidad acerca del cuidado es supremamente abstracto. El cuidado se basa simplemente en las cosas que no son, que no se pueden acumular, que no se pueden agrupar en lo que es la atención, entonces digamos el cuidado incluye esferas más amplias que simplemente un hecho específico (E:13/GV/Tec:EP/G:M/M:SM/R1).

También en este nivel es asociado el cuidado con la educación, así:

Es muy importante que el cuidado este muy de la mano de la parte educativa, a la población hay que educarla para evitar que se enferme, no solo desde la salud pública, en la clínica también. (E:18/GUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

En este nivel, se nota en general una ampliación en sus sentidos de cuidado, gracias a su experiencia laboral. Ya no se adjudica a los padres y en poca medida se adjudica a la universidad, su actual concepción de cuidado, por el contrario, es su experiencia laboral, la que le ha permitido entender y aplicar su actual significado del cuidado.

Mientras uno está en la universidad, esos elementos teóricos de la profesión, uno no los aborda con profundidad, pero cuando te ves obligado a enfrentar el medio laboral, a interactuar con personas que ya eran graduadas, que tenían unas historias, eso te hace cuestionar muchas cosas y digamos eso te dinamiza un proceso de construcción propia de un modelo sobre ese cuidado. (E:13/GUV/Tec:EP/G:M/M:SM/R8).

Uno hace unos pequeños pinitos en la Universidad, aunque no ve uno todo enmarcado allí, porque hace falta, pero en realidad uno se forma es por las experiencias, por el

contacto con los pacientes, con los familiares de los pacientes....
(E:16/GL/Tec:EP/G:F/M:SM/R2).

Mi concepto de cuidado se lo debo al entorno laboral, ya que allí uno va aprendiendo y formando su idea de cuidado.(E:18/GUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R3).

Los egresados entrevistados en general hacen énfasis a que su sentido de cuidado tiene una relación más directa con su experiencia profesional que con su experiencia académica-formativa.

6.2. Visibilización del cuidado

Hablar del concepto de cuidado puede resultar un poco fácil para las personas que constantemente trabajamos con esta clase de reflexiones, sin embargo, al tratar de entender de qué manera ese cuidado se visibiliza en las vidas de las personas entrevistadas, sus contextos, sus propias experiencias, surgen algunas perspectivas poco específicas en esta investigación. En esta categoría (Visibilización del cuidado) surgen las siguientes perspectivas: 1) La práctica clínica con sentido humanista, 2) El diálogo con los otros ya que no es un discurso propio 3) El auto cuidado y 4) El cuidado en el aula.

1. La práctica clínica con sentido humanista, evidenciado en la satisfacción de necesidades: El hecho de trascender de la asistencialidad, y la "lista de tareas" al pensar en un sentido más humano del cuidado, ha hecho que basados en las teóricas que influyen de manera constante algunos de los programas, sean las que posibilita el diálogo academia-asistencia, y sea la que genere procesos de cambio y propuestas alternativas de cuidado y que sea en definitiva la asistencia la que sienta el beneficio directo de estas en sus procesos administrativo-asistenciales. Al respecto se mencionó:

....Acá en Cali, estamos trabajando para desarrollar modelos, o sea la academia ha desarrollado esos modelos en algunas instituciones y hemos hecho inicios por ejemplo en la Fundación Valle del Lili... (E:2/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R7) .

Pero hacer evidente esos procesos se ha convertido en un desafío para las líderes de estos procesos. Hacer evidente el cuidado es un desafío, al respecto se menciona:

....Uno tiene que establecer unos indicadores en los servicios que pretendan evaluar ese cuidado. Tú puedes tener ese concepto de cuidado, pero digamos para evidenciarlo, como se mide eso, entonces uno tiene que tener instrumentos de medición en esa parte del cuidado, se basa en la satisfacción de la persona. (E:2/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R8).

Se evidencia todos los días desde el momento en que tengo que administrar un medicamento, tengo que hacer un cambio de posición, tengo que estar pendiente de que el paciente no se complique, detectarle signos de alarma, brindarle la atención a la familia, darle esa tranquilidad, esa seguridad.(E:17/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R11).

Lo puedo evidenciar por ejemplo cuando los familiares de los pacientes se expresan, el agradecimiento que dan, a veces están muy mal y dicen luego gracias por escucharme, por ejemplo cuando ellos lloran, yo les doy un abrazo, entonces ellos agradecen, dicen muchas gracias por la ayuda, entonces esa es la recompensa que uno recibe...cuando se van y te traen una galletica... entonces uno siente el verdadero agradecimiento de los familiares.(E:16/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R13).

Es en este caso evidente cómo la satisfacción de necesidades es uno de los principales aspectos a partir de los cuales, los enfermeros en cualquier nivel pueden verificar y visibilizar su cuidado a los otros. Pero trascendiendo nuevamente la asistencialidad, como se relata a continuación:

Destaco un punto importante de mi formación en enfermería, y es que fue medio humanista, o sea si comparas al médico que sale de mi universidad con la enfermera que sale de mi universidad, se nota que son mundos completamente diferentes en la forma de relacionarse con el ser humano (E:13/GV/Tec:EP/G:M/M:SM/R15).

Yo pienso y yo considero que soy una muy buena estudiante de enfermería, considero que trato de dar lo mejor de mí, para que mis pacientes se sientan atendidos, se sientan que no solo esta una enfermera allí, sino que esta una enfermera que lo puede escuchar, que de alguna u otra manera lo puede guiar, orientar y hacerle el acompañamiento que se requiere.(E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R14).

2. El diálogo con los otros:Aunque en principio se presume la auto aceptación del discurso del cuidado como propio de enfermería, al observar su visibilidad, se hace consciente la

transdisciplinariedad del concepto, y la necesidad de ser visto desde diferentes perspectivas profesionales. Al respecto se dice:

Yo pienso que el cuidado trasciende cualquier teorista, un pajarito cuida a su cría mejor que nosotros y ellos no tienen teoristas....el cuidado tal como lo pienso yo trasciende, lo que pasa es que la enfermería está aún metida en el paradigma positivista y aunque hablemos de simultaneidad y transformación, estamos metidos en lo positivista y esto nos obliga a racionalizar, a meterle razón, y obliga entre comillas a meterse como teoría, pero el cuidado trasciende las teorías, puede que para mí signifique mucho salvar a esa persona, pero puede que él no quiera ser salvado, la eutanasia...entonces para mí el cuidado trasciende cualquier teoría.(E:4/DL/Tec:EP/G:M/M:SM/R25).

3. El autocuidado: A través de la tradicional teoría del autocuidado pero ahora con los nuevos matices de la era planetaria lo expresa el siguiente relato:

El cuidado más de lo cultural, de lo ancestral, más desde el autocuidado, del cuidado de sí, cada persona se apropia de unos saberes, de unos conocimientos que están presentes en la naturaleza, nos enseña las bondades que tiene la naturaleza, nos enseña el agua, nos enseña la tierra, nos enseña el fuego, nos enseña el aire, o sea todo esto está allí y está en la naturaleza, y está presente y a la espera de que nosotros lo descubramos para ver como todo eso, las plantas, los alimentos nos pueden ayudar a sanarnos a nosotros mismos.(E:3/DL/Tec:EP/G:F/M:SM/R23).

Es todo lo que se relaciona y todas las actividades, todo lo que yo puedo tener en cuenta para proteger (estamos hablando del cuidado de la salud)...sí!.... Es todo lo que yo puedo hacer por mi salud, por mi bienestar, por mi calidad de vida, todo para evitar o mitigar los riesgos que puedan derivarse de alguna patología, alguna enfermedad o disminuir cualquier tipo de riesgo para no sufrirlo. (E:17/G.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R1)

Bueno, para mí el cuidado, es el cuidado que ejerce la persona a sí misma, tanto a nivel personal en su higiene, su higiene personal, a nivel profesional en los estilos de vida que lleve la persona, ese es el cuidado. (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R1)

Es una nueva dirección que últimamente ha adquirido el sentido del cuidado para algunas enfermeras, teniendo en cuenta las múltiples influencias de las no pocas corrientes cosmobiológicas que existen en la actualidad.

4. El cuidado en el aula como educación. Los docentes visibilizan el concepto de cuidado a través de su ejercicio docente, en el aula de clase y con los propios estudiantes. Al respecto del cuidado desde la perspectiva docente se encontró:

Pienso que el cuidado se evidencia desde la ética que hay que tener con el estudiante, de valorar y respetar al otro, de tener en cuenta al otro....es como la responsabilidad y el compromiso que tengo de cumplir con lo que me he comprometido con los objetivos académicos, con los propósitos de un programa y dar de lo mejor que se tenga.(E:3/DL/Tec:EP/G:F/M:SM/R24).

Creo que el docente debe ser un referente, no solo pedagógico, sino que si yo estoy hablando de cuidado, yo tengo que ser referente de cuidado y yo tengo el deber ético de cuidar al estudiante. Entonces mi práctica es como docente y como cuidadora, el estudiante debe percibir que yo lo cuido a él como ser humano y el cuidarlo es respetarlo, cuidarlo es tener en cuenta su opinión, su saber, ya que el estudiante tiene un saber y hay que retomarlo.(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R23).

Cuando uno cuida en la relación del cuidado, hay una interacción, es una relación entre dos seres humanos, pasa lo mismo con el acto pedagógico, hay una relación humana entre el que enseña y el que aprende y cuando yo enseño o aprendo, en ese acto hay un intercambio de saberes, prácticas de vida, entonces yo por eso digo que es muy parecido. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R25).

En la parte comunitaria se puede visibilizar más el cuidado, ya que allí el cuidado es trascendental. Lograr por medio de la educación esa conectividad con la institución de salud porque a veces son muy desligados o mantienen una barrera con las instituciones de salud, y uno con ese cuidado que le da a ese paciente y a esa familia, logra tener ese reconocimiento para que ellos puedan ingresar al servicio de salud por su voluntad, no por que sientan la obligación que tienen que ir, sino porque lo necesitan y realmente lo sienten.(E:17/GUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R11).

Se encontró también una seria dificultad por parte de los estudiantes al tratar de explicar cómo visibilizaban su concepto de cuidado, ya que para ellos, el tiempo corría en contra de sus acciones de cuidado que querían dar en un momento dado.

En el ámbito hospitalario, las personas se vuelven muy técnicas entonces solo hacen los procedimientos que tienen que realizarle a la persona, pero no se centran como en educar en ese cuidado y evitar que las personas lleguen a volver a hospitalizarse por lo mismo y por las mismas causas. (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R5).

A veces en la práctica siento que me vuelvo muy técnica, por el tiempo, porque uno tiene que hacerlo todo rápido, en el momento no se puede educar, pero sí trato de hacerlo (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R6).

No es fácil evidenciar el cuidado en mi trabajo, ya que por ejemplo, cuando estás en un hospital, se puede realizar dicho cuidado desde la parte biológica, con medicamentos, en acciones como tal de enfermería, pero un cuidado más profundo, de ver cómo se siente la persona, cuáles son sus miedos, verla, acompañarla, es difícil cuando no se tiene el tiempo suficiente para hacerlo.(E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R5).

Especialmente los estudiantes sienten una dificultad al tratar de evidenciar su cuidado en la vida laboral o práctica, ya que las exigencias académicas de tiempo y en ocasiones hasta la presencia constante del docente hacen que se limite las acciones de cuidado a los procedimientos, sin entrar a entender al paciente más allá de lo biológico.

6.3 Aspectos curriculares del Cuidado

En esta categoría se encuentran enmarcadas unas diferencias que se hacen evidentes en los discursos de docentes, estudiantes y egresados. La Universidad del Valle, debido a que luego de 50 años de estar liderando los procesos educativos de las enfermeras en la ciudad de Cali, mantiene una estructura curricular clara, y definida por sus docentes basadas en Leininger y Watson. De acuerdo con esto encontramos los siguientes relatos:

Nosotros en la escuela de enfermería llevamos varios años trabajando, digamos, analizando mucho a las teoristas de enfermería que hablan de cuidado, sobre todo a Watson.(E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:13).

El cuidado humano de Watson y el cuidado transcultural de Leininger, pero hemos enfatizado más en el modelo de Watson, incluso tenemos ahora un proyecto de desarrollo

de la escuela, hace rato, enmarcado en eso, en el desarrollo de la teoría del cuidado humano desde diferentes frentes(E:2/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:24).

Watson plantea el cuidado de una forma muy filosófica, muy humanista, lo mueve a uno mucho y lo hace reflexionar desde sus propias valoraciones, desde sus propias percepciones, le mueve como el cuerpo interno, entonces a mí esa teoría a mí me ha movido mucho y me ha hecho reflexionar y caer en cuenta de muchos errores y ve uno que a veces en muchas oportunidades se ha limitado uno a dar no un cuidado sino una atención, a prestar un servicio, pero no a dar el verdadero cuidado a una persona(E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:21).

Hemos estudiado digamos que también un acercamiento a sus postulados teóricos frente al cuidado, a la trascendencia del cuidado, también hemos trabajado a la teorista Madeleine Leininger que nos habla del cuidado transcultural, ella también tiene unas concepciones del cuidado muy interesantes. (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:14).

Leininger y su teoría de la transculturalidad se refiere al cuidado de la siguiente manera: Una hipótesis relacionada es el cuidado cultural como una síntesis de las dos construcción es más importantes de la cultura y el cuidado, guían la atención al descubrimiento y ayuda a explicar y dar cuenta de la condición humana, incluyendo pero no limitando a la salud, bienestar, discapacidad y expresiones de cuidado. (George, 2010, p.407). Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental (Marriner & Raile, 2007, p. 478). Debido a su aplicabilidad en contextos tan interculturales como la zona del pacífico colombiano, la teoría de la diversidad Cultural deLeininger ha tenido gran aceptación y aplicabilidad, sobre todo en asignaturas que tienen que ver con la salud materno-infantil.

A pesar de que las docentes son conscientes de los múltiples trabajos y reflexiones con respecto a este tema, se evidencia una inconformidad en cuanto a la visibilización del cuidado en el currículo. Se afirma que existe una transversalidad curricular del cuidado evidenciado por la incorporación de asignaturas que tienen que ver con el cuidado desde su concepción filosófica e histórica desde los primeros semestres hasta los cuidados específicos profesionalizantes expresados en los últimos semestres de la carrera.

Los estudiantes desde segundo semestre ven una materia que se llama historia, filosofía y teoría de la enfermería, en esta asignatura ellos tienen un primer acercamiento a lo que ha sido el desarrollo teórico y conceptual de enfermería, digamos que ese es como el primer acercamiento de los estudiantes al cuidado. (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:16).

Pero a partir de allí de acuerdo con las docentes, se acude a Leininger y Watson para sustentar el resto de asignaturas. "... de ahí en adelante a través de diferentes asignaturas, nosotros siempre estamos trayendo a las asignaturas los postulados que estas dos teóricas tienen sobre el cuidado. (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:17).

También hay una intención de acercar al estudiante a sus propios procesos de autocuidado, en los primeros semestres.

"... y ella les va construyendo desde la auto reflexión esa parte del cuidado...del cuidado de si, de la necesidad de cuidarse y les hace digamos un acercamiento a través de talleres de sensibilización, donde ellos hagan esa parte de introspección de ellos, de como ellos están cuidando de su propia salud, de sí mismos, para que ellos puedan hacerlo con otras personas.(E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:29).

En la actualidad hay un acercamiento práctico a la teoría de Watson, en donde incluye dentro de sus supuestos relacionados con los valores del cuidado humano lo siguiente: “el cuidado de uno mismo, es un prerequisite para el cuidado de los demás”(Marriner& Raile, 2007, p. 98).También se nota la necesidad de explicar al estudiante el cuidado más allá de la técnica del procedimiento...intentando acoger la teoría del cuidado de Watson, quien manifiesta que el profesional de enfermería dentro de la ciencia tradicional y el modelo biomédico se concentra en el "hacer" por el control y manipulación de parámetros físicos y de comportamiento a través de acciones específicas y medio ambientales que mantienen la homeostasis fisiológica y de comportamiento. Mientras que dentro del paradigma de las ciencias humanas, el énfasis es en el "ser" y la cocreación de la interacción enfermera-paciente, interacción humano-patrones de energía medioambientales que restauran la armonía y el sentido de bienestar. (George,2010, p. 456). Al respecto se expresó lo siguiente:

Yo le decía a mis estudiantes, mire usted va a canalizar una vena y usted no mira, tiene que mirar y explicarle, el hecho de estar sosteniéndole la mirada y explicándole, es un

acto de cuidado, porque así tiene una relación con la persona, pero si uno llega y le pone eso sin decirle nada.....usted está haciendo una acción de cuidado, en todos esos detalles de procedimientos y prácticas. (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:28).

La visualización del cuidado en el currículo de acuerdo a los docentes se puede notar conforme a los semestres. Por ejemplo, la Teoría Transcultural de Leininger se menciona en séptimos semestres en el área Materno-perinatal, donde se ve la asignatura que tiene que ver con el cuidado a la mujer en su etapa reproductiva del periodo intergenésico, y aquí analizamos la teoría de Leininger... (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:19).

La asignatura de Enfermería Materno-Perinatal⁴³, en particular deja la posibilidad de analizar la problemática de la mujer desde diferentes contextos, y se prefiere analizar la asignatura desde esta teorista, debido a la multiculturalidad de la región, los diferentes lugares de dónde vienen las estudiantes hacen que exista un acervo cultural distinto e interesante para que se pueda analizar el cuidado a la mujer por medio de esta teorista. Pero no se mencionan otras asignaturas, es decir, al parecer solo allí en séptimo semestre, sin que parezca haber una articulación o hilo conductor con todo el currículo.

La teoría de Watson, se inicia a estudiar de forma intensiva a partir de cuarto semestre que es cuando inician a tener contacto directo con los pacientes. Al respecto se menciona:

...en el pregrado hay una asignatura que se llama procedimientos básicos y especiales de enfermería en cuarto semestre, entonces yo siempre les hago un acercamiento hacia la teoría de Watson del cuidado humano, porque digamos en ese semestre es que se ven ellos confrontados hacia esa primera experiencia de contacto directo con el paciente en la práctica clínica... (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:18).

Aquí se muestra directamente relacionado con el inicio de la práctica clínica, y en este sentido coincide con los relatos mostrados por los estudiantes quienes relacionan el inicio de la enseñanza del cuidado por parte de la universidad directamente con el inicio de las prácticas clínicas, con paciente hospitalizado, en ese sentido se evidenció lo siguiente:

⁴³ Esta asignatura tiene diferentes nombres de acuerdo con el programa y la Institución Universitaria, pero en general tiene que ver con el estudio de los aspectos sexuales y reproductivos de la mujer.

...yo digo que uno puede clarificar más el concepto de la apreciación que se tiene de cuidado desde que inicia las prácticas clínicas, allí es donde hay contacto con las personas y se da uno cuenta de la realidad de lo que es estar en una área hospitalaria.(E:7/St.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:10)

Realmente el cuidado está en todas las materias a excepción de las básicas como fisiología, pero en el resto de materias de la carrera se logra ver el cuidado. (E:8/St.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:6).

Para los estudiantes no es muy claro durante los primeros semestres de carrera en donde se les enseña el cuidado, y se evidencia para ellos en forma clara solo hasta cuarto semestre cuando se inician asignaturas relacionadas directamente con los procedimientos básicos de enfermería y la atención al paciente hospitalizado.

En cuanto a las teoristas que enmarcan la conceptualización del cuidado en el programa, para estos estudiantes no es muy claro cuáles son las teóricas que enmarcan la conceptualización del programa. Aunque logran identificar a Watson, y a otras teóricas dentro de su proceso como estudiantes. A este respecto se encontró:

Nos inculcan mucho a Watson, nos inculcan bastante... y te diría que Watson es la teorista que más prima aquí en la Universidad (E:7/St.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:14).

El cuidado se puede brindar desde varias perspectivas, como lo he dicho, el cuidado clínico, el cuidado de la salud mental, realmente acá se maneja mucho la teoría de Watson, Dorotea Orem, la teoría del autocuidado, importante como la universidad nos ha inculcado esa área.(E:7/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:6).

Las teoristas que enmarcan la conceptualización del programa son Leininger y Nigthingale y... no recuerdo el nombre... (E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:12).

Teoristas como Watson, Dorotea Orem, Virginia Henderson, como tal, básicamente ellas. Pero más que conocer ese concepto, lo importante es tratar de abarcarlo y aplicarlo, conozco mucho el concepto de autocuidado, desde el confort, de cómo empezando desde la misma persona se puede generar cuidado... (E:7/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:13).

En ocasiones no era muy claro para los estudiantes expresar quien es Jean Watson y cómo explicar su teoría. Hay conocimiento y gusto con otras teóricas no expresadas por las docentes, tales como: Orem, Henderson y Nightingale, pero tampoco es muy claro las teorías de cada una de ellas, a excepción un poco de la teoría del autocuidado.

Los egresados expresan una crítica hacia la enseñanza del cuidado en la universidad a partir de las teóricas, ya que en muchas ocasiones no se le ve la importancia práctica, es decir, no se encuentra el campo de aplicación de lo aprendido en la Universidad, y difícilmente recuerdan nombres y mucho menos teorías específicas aprendidas durante su proceso de formación.

Después de haber recibido tanto concepto en la Universidad, luego formas tu propio concepto, pero yo no tengo presente ningún nombre de ninguna teórica, y soy malísima para los nombres, entonces si alguna vez lo hice e hice el super trabajo, yo ahorita no lo tengo presente, de pronto si me lo vuelven a nombrar yo digo....ah...si me acuerdo... risas. (E:14/G.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:17).

No tengo presente las teóricas, es algo que uno no se acuerda, porque no le da mucha importancia... no las uso para nada, no me acuerdo para nada, osea...yo tengo una laguna mental frente a las teorías en enfermería...risas.(E:14/G.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:19).

Lo que vi en el pregrado fue simplemente un abordaje teórico donde se empieza a hablar de las teóricas Watson, Leininger...pero son puras teorías, son abordajes abstractos, en lo concreto, en la realidad no se ve.(E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:3).

También es sujeto de crítica por parte de los egresados la forma como es incorporado el concepto del cuidado curricularmente a través de las teóricas. Para ellos no se visualiza una articulación y diálogo entre ellos y mucho menos una integración de las teorías al currículo y en la práctica, más allá de lo que dice el currículo como texto. Al respecto encontramos el siguiente relato:

El programa de enfermería de la Univalle digamos tiene las asignaturas de teoría y luego cada una de las esferas del ciclo vital tiene una teórica ahí encima... y la escuela tiene una teórica bandera que es Watson. Pero tú lo que ves ahí con esas teorías, es que se dan como si fuera un relleno. Bueno, todas las asignaturas están atravesadas por Watson, pero en las especificidades se empieza el relleno, entonces aparece Dorotea

Orem y van apareciendo otras pero como retazos, pero uno no ve digamos como orienta una teorista, una teorista como atraviesa todo el currículo...eso no se ve! (E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:5).

Los egresados, se vuelven más críticos de sus propios procesos educativos, y al comparar lo estudiado en la universidad con su contexto real de vida laboral, encuentra algunas diferencias y otras alternativas de solución para la educación de las enfermeras. El encasillamiento de la disciplina dificulta la posibilidad de aterrizar el concepto del cuidado y hacerlo práctico y accesible a la posibilidad de entenderlo de manera distinta de una teoría.

Al respecto se expresó lo siguiente:

...es un perspectiva simplemente abstracta...el cuidado como una definición toda filosófica, pero no se materializa en la realidad y en la formación no hay otros abordajes que permitan ampliar un poco la visión, o sea en Enfermería en Univalle al menos, te ponen como si fueras un caballo, es decir pa'lante no más...si esto es enfermería, esto es enfermería, entonces hay teorías económicas, hay teorías sociológicas, hay teorías antropológicas que se pueden integrar y que te pueden contribuir a que se aterrice más en la realidad, pero esa no se aprende en la escuela de enfermería... los que lo podemos ver es por decisión propia y lecturas de otras disciplinas.(E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:7).

La teorista de la Escuela es Watson, pero como te digo no pasa de ser, que llegue la visita de certificación...Cuál es la teorista de la escuela de Enfermería? "Jean Watson" y ya está..., le preguntan a un estudiante sobre eso, puede que te recite los 12 factores curativos de la salud, pero en concreto eso como lo llevo a la realidad, yo veía que eso no es tan real...Que lo recitan? ya está... pero habría que mirar de ahí para allá que más..."(E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:14).

Este último relato evidencia un sentimiento más de utilitarismo de la teorista para poder evidenciar procesos de reflexión disciplinar frente a los procesos de evaluación externa y de acreditación. En general, los egresados ven poca utilidad del aprendizaje de las teoristas en enfermería y sus teorías frente a sus contextos laborales, ya que no se encuentra articulación

entre lo aprendido y lo desempeñado. En la vida laboral pierde importancia y con el tiempo, pierde vigencia lo enseñado en la universidad al no poder evidenciarlo en su trabajo diario.

En las universidades: Libre-Seccional Cali y Santiago de Cali, de más reciente creación, de acuerdo con relatos de docentes, encontramos que no existe una postura clara curricularmente hablando para enseñar el cuidado, de manera que es difícil encontrar un discurso similar en los profesores entrevistados, cada uno habla desde sus propias experiencias de cuidado, ya sean clínica o salubrista, pero de acuerdo con los docentes, aún el componente biologicista está marcando la pauta en los procesos de formación de ambos.

La verdad yo pienso que la concepción de cuidado de la Universidad Libre es muy parecida a la mayoría de las universidades, entonces estamos hablando de cuidado integral, y la palabra suena muy bonita, es estética en cuanto interacción al discurso escrito, también intenta hacer una relación, pero que realmente se produzca, que realmente se construya...no. (E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:8).

Recuerdo sobre todo la misión y es el cuidado integral a la familia, a la comunidad, al individuo, al ambiente, pero que realmente hayamos llegado a un punto de reflexión verdadero, sobre que significa cuidado integral para nosotros... no... Y allí también hablan sobre el cuidado humano, pero que significa realmente ese humano, y están es metidos en el cuento de la sensibilidad, del holismo, pero se está confundiendo con el humanismo, de reconocer al otro como humano; Reconózcalo! Y en ese conocimiento interactúe, pero ellos se están metiendo con teorías del humanismo que rayan mucho con...le voy a decir la palabra...lo parasicológico...ahí están metidos con el cuento de los chacras, con el cuento de las energías que no...realmente no son conceptos del humanismo. (E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:9).

Nosotras no tenemos concepción de cuidado, no hay claridad en la concepción de cuidado. O...puedo percibir que de acuerdo a la experiencia que he tenido que lo que se valora por cuidado son una serie de técnicas de enfermería que se aplica con una serie de personas en instituciones clínicas o algunas acciones de cuidado y de promoción y prevención en el área de salud pública.(E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:6).

... haber yo diría que la Santiago no tiene la condición, creo ...como postura de colectivo no, creo que algunas de nosotras las que estamos en el ejercicio de la docencia en la

universidad, hemos intentado aproximarnos a un concepto de cuidado, e incluso desde un grupo de investigación llamado pedagogía y cuidado nos atrevimos a hacer una conceptualización de cuidado, pero es un grupo y yo creo que la USC no se ha atrevido a conceptualizar el cuidado, a ratos diría que muchas de nosotras ni siquiera lo ha pensado. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:9).

Es difícil encontrar un discurso único y articulado con el currículo acerca del cuidado, ya que, tal vez debido a la reciente creación de los programas privados, se hace difícil encontrar una misma vía de pensamiento. Algunos docentes han hecho intentos por aproximaciones teóricas y reflexivas acerca del cuidado desde cada una de sus instituciones, pero no se ha logrado trascender más allá de un concepto y una inquietud particular. Sin embargo se percibe una urgencia por evidenciarlo por parte de la universidad, y en esa imperiosa necesidad los docentes sienten que se están pasando los límites del humanismo y se está llegando a aspectos esotéricos, que nada tienen que ver con cuidado. Aspectos como los campos energéticos, chacras, el aura, se empiezan a tratar desde algunos discursos académicos, y de acuerdo con algunos docentes, esos aspectos no tienen nada que ver con el cuidado.

En cuanto a la visualización curricular del cuidado, en la universidad privada, no existe aún una postura única que muestre claramente cuáles son las teóricas en las que han basado sus planes curriculares, ni cuál es la apuesta curricular única institucional que identifique cada una de las universidades.

No tenemos ninguna teórica, se han hecho intentos con Watson, con Leininger, para intentar como descubrirlas y ver sobre ellas que se pueda trabajar. Hubo una época en la que casi cada asignatura manejaba una teórica, por ejemplo yo manejaba primero Calixta Roy, luego Roger, luego ninguna porque la Libre no se ha logrado meter profundamente sobre una teórica. (E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:15).

Cuando estuvimos trabajando el registro calificado que fue el momento en que vimos la necesidad de fundamentar desde enfermería el currículo, se revisaron varias y en ese momento se trató de orientar con Orem, alguien propuso Peplau y Leininger, como propuesta pero no paso de allí, porque incluir una teoría de estas implica investigarla, implica estudiarla y eso depende de la responsabilidad de cada grupo, y definitivamente

se quedó en una revisión, pero no llego a más, y yo en este momento no le veo ninguna orientación hacia ninguna teórica en enfermería.(E:6/DUSC Tec:EP/G:F/M:SM/R:10).

En las instituciones de educación privadas no existe una apuesta común de la comunidad académica de enfermería acerca de la visibilización curricular del cuidado. Las propuestas existentes generalmente tienen que ver con el conocimiento y validación teórica de una teorista por parte de la directora del programa del momento.

AMM fue la persona que ella lo tenía más claro con el concepto de la parte clínica, ella introduce el tema de las teoristas, se empieza a hablar de epistemología del cuidado y se empieza a hacer unos referentes, por ejemplo la profesora MM quién se había formado en España entonces ya empieza a hablar de teoristas, del cuidado de la enfermería... (E:3DUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:6).

Al no existir una postura como comunidad académica de enfermería acerca de la visibilización curricular del cuidado, no es claro entonces de qué forma se enseña el cuidado, es decir se dice que se enseña el cuidado desde todas las asignaturas, pero en realidad los currículos están cargados aun de fuertes contenidos biomédicos y solo se visualiza el cuidado como contenido desde algunas asignaturas específicas basadas en la reflexión filosófica y epistemológica del cuidado.

El currículo tiene que estar impregnado de cuidado, y más todavía un currículo de enfermería. Yo creo que cuando nos planteamos la reforma curricular había muchos elementos del cuidado en el currículo que no se tuvieron en cuenta. Yo creo que nosotros en vez de avanzar retrocedimos. Yo, actualmente como está el currículo de muchas y otras asignaturas que conozco, creo que no hay cuidado, no hay...(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:26).

...no intenciones, sino cuidado, porque intenciones en todo lado, pero cuidado real, en una sola asignatura, epistemología y ética. Esta asignatura genera en el estudiante un espíritu de crítica, que el mismo entre en discusión consigo mismo para saber que significa realmente el cuidado, y no lo pone solo en el ámbito comunitario hospitalario, sino como se cuida la vida, como usted mismo se cuida. Yo creo que ella sin ser enfermera realmente ha logrado meter el concepto propio del cuidado en esta

asignatura....el resto tenemos solo buenas intenciones y pienso que ocasionalmente se generan, en el papel pues. Esta escrito...pero...en realidad!?(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:28).

El cuidado es enseñado de acuerdo a la motivación, interés y destrezas específicas de cada docente. Esto es, la concepción previa que tenga de cuidado el docente es trascendental para orientar sus sesiones educativas y su práctica de cuidado.

..., sí...eso depende de la concepción que tiene la persona del cuidado. Es decir si el gran común de los profesores asume el cuidado como enseñarle al estudiante una serie de destrezas para que pueda desarrollar en él una serie de acciones, bajo esa concepción entonces sí ...enseñamos cuidado en todas las enfermerías...entonces al estudiante se le enseña a atender un parto, a pasarle unos medicamentos a un niño, o a un adulto o a hacer todos esos procedimientos. Visto bajo esa concepción, enseñamos cuidado en todas...(E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:17).

Si estamos hablando del cuidado como interacción, como esa relación, no hay mucha claridad, o se hace sin tener conciencia de que esa es una acción de cuidado que puede tener mucho más efecto que los mismos procedimientos y que pueden ir articulados los dos. Porque yo puedo hacer el procedimiento y tener una actitud con el paciente...pero no hay una discusión, no hay una actitud de los docentes por leer y estar actualizados en el cuidado.(E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:18).

En este sentido apunta también al concepto de Watson (George, 2010:456) sobre la bipolaridad del cuidado que lo entiende como un "hacer" como procedimiento biomédico y un "ser" como interacción humana. El cuidado entendido desde dos concepciones, de las cuales para la enfermería la primera es la tradicional y la segunda en la apuesta hacia el humanismo, la visión procedimental de la destreza práctica y la visión del cuidado como relación humana. De acuerdo con Noddings, el cuidado es una acción aún más sencilla que las dos visiones tradicionales de enfermería.

Cuando yo cuido, realmente yo escucho, veo o siento lo que el otro está tratando de transmitir. El ensimismamiento o la atención puede solo durar unos momentos y podría o no repetirse en futuros encuentros, pero es importante y esencial en cualquier encuentro

de cuidado. Por ejemplo un extraño lo para, para preguntarle por una dirección, el encuentro puede producir una relación de cuidado, aunque sea breve. Escucho con atención lo que él necesita y le respondo de forma que él pueda recibir y reconocer. La relación de cuidado es completa cuando el recibe mis esfuerzos de cuidado.(Noddings, 2005, p.16)

Desde esta perspectiva de Noddings, el cuidado se puede percibir como acciones directas de atención y reconocimiento a otro ser humano. O sea, la acción no se invalida, es más se necesita de la acción para poder establecer la relación básica del cuidado. Algunos docentes tal vez en su afán de incorporar humanismo a su discurso profesional intentan invalidar o restar valor al procedimiento y es imposible que haya cuidado sin acción. Es un complemento, y debe ser una perfecta articulación, y ahí es donde se encuentra el quiebre, los currículos se evidencian demasiado procedimentales y para los docentes al no identificar exactamente como asumir el cuidado, es difícil explicarlo y menos enseñarlo.

Para los estudiantes de la Universidad Libre y la Universidad Santiago de Cali, no está muy claro cuál es la concepción de cuidado de su universidad. Y tampoco tienen muy presentes las teóricas que han iluminado su camino curricular constantemente durante su carrera. Se identifican algunas pero de forma somera y tal vez solo por el nombre de la teórica, ya que al indagar más en profundidad no hay claridad sobre sus teorías, ni mucho menos la forma de llevarlas a la práctica. Al respecto se mencionó:

Pues exactamente no recuerdo cuales son en este momento, pero siempre nos han enfocado la teoría transcultural, siempre nos hablan de Florence Nigthingale, de Virginia Henderson. Esto dependiendo de cada semestre, así mismo, nos van enseñando las teoristas y las que tienen que ver con cada especialización, por decirlo así. Por ejemplo si es Materno nos mencionan mucho las teorías que tengan que ver con materno. Pregunta: ¿Cuáles son las teorías que tienen que ver con materno? Rta:risas...no me acuerdo....!(E:12/St.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:12)

Las teoristas que conozco y que he visto en la carrera son Florence, Dorotea, Calixta Roy....hay varias. Pero no me acuerdo....risa.(E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:12)

Conozco a Dorotea Orem un poco porque me la tome como referencia para mi trabajo de investigación, ya que ella habla de autocuidado y mi trabajo fue de eso.
(E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:15)

El fenómeno que se describe en estas entrevistas, tiene que ver con procesos motivacionales del proceso enseñanza-aprendizaje. Cuando el estudiante no realiza conexiones de aprendizaje profundas mediante la formación de ideas de anclaje cognitivas, y a su vez, no puede ver ese aprendizaje evidenciado posteriormente en su experiencia práctica, es difícil que pueda recuperar la información adquirida en periodos pasados.

Entre las estrategias cognitivas se distinguen entre estrategias de repaso, elaboración y organización. Las estrategias de repaso incidirían sobre la atención y los procesos de codificación, pero no ayudarían a construir conexiones internas o a integrar la nueva información con el conocimiento previo, razón por la que sólo permitirían un procesamiento superficial de la información. En cambio, las estrategias de elaboración y de organización posibilitarían procesamientos más profundos de los materiales de estudio. El pensamiento crítico es considerado también como una estrategia cognitiva, que alude al intento de los estudiantes de pensar de un modo más profundo, reflexivo y crítico sobre el material de estudio. (Pintrich & García, 1993, citados por Rinaudo, 2003)

Las teoristas las vemos más que todo en algunas materias como anciano...Pregunta: Que teorista ven en anciano? Rta: ... no me acuerdo! ...bueno, más que todo en investigación por los proyectos, entonces uno tiene que meter a la teorista que uno vea y que va con el estudio de uno(E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:8)

Cuando plantee mi proyecto de grado quise trabajar con Watson, pero no lo pude hacer...porque de pronto las actividades que nosotros teníamos para nuestro proyecto de grado, nos decían que uno, no era para ese nivel y dos tuvo mucha influencia la decisión de la docente en el tema de investigación, que debía ser un tema que ella maneja y una teorista que ella maneja.(E:11/St.USC/Tec:EP/G:M/M:SM/R:11)

De acuerdo a los relatos anteriores, la urgencia de la universidad por hacer visible el cuidado desde alguna teorista se hace evidente al exigir a los estudiantes en sus trabajos de grado un

capítulo que articule cualquier teorista con el tema de su trabajo de investigación. En general los estudiantes lo hacen e intentan esa articulación, pero no se ve muy reflejado ese ejercicio investigativo en su aprendizaje acerca del tema. Ya que muchas de ellas ni siquiera recuerdan en nombre de las teóricas y mucho menos de sus teorías. El requisito investigativo se vuelve una imposición a veces difícil de cumplir para los estudiantes y en ocasiones para los propios asesores.

Además en este grupo también se encuentra que la percepción de la enseñanza del cuidado ocurre únicamente hasta que llegan a ver las asignaturas clínicas, cuando entran en contacto directo con paciente hospitalizado.

Eso lo vemos más exactamente a partir de cuarto semestre. Pues en cuarto ya empezamos más a ver lo clínico, después de ahí en adelante en todos los semestres, especialmente los que uno ve a los pacientes en condiciones especiales, ejemplo pediatría, psiquiatría, cuidado intensivo.(E:12/St.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:7).

En cuarto semestre cuando se ve enfermería básica, empezamos a ir....esas son las primeras prácticas clínicas que nosotras tenemos, entonces ya ahí... uno se avienta verdaderamente a lo que es enfermería como tal, que es lo que usted hace como enfermera, entonces yo pienso que desde ahí nosotros empezamos a mirar el cuidado, que es lo que hace una enfermera, como uno puede ayudar a las personas que están en cama, desde ese punto...desde cuarto semestre.(E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:15)

De ahí para allá ya sería en materno, también en recién nacidos que estamos con los bebés, en adulto también y en trauma se ve mucho con pacientes accidentados. Prácticamente desde cuarto en adelante hasta noveno, se empieza a ver el cuidado tal cual. (E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:16)

Vemos en estos relatos de los estudiantes como se sienten fuertemente identificados con las asignaturas clínicas y la enseñanza directa del cuidado, y fácilmente son identificadas y relacionadas con el aprendizaje del cuidado en el sentido de cubrir necesidades de pacientes que se encuentran en situaciones clínicas específicas.

Algunos estudiantes relacionaron la enseñanza del cuidado con algo diferente y fue precisamente con los procesos educativos en salud. Al respecto comentaron:

...no me acuerdo exactamente cuando me enseñaron el cuidado....creo que fue en la asignatura de pedagogía, con los niños en los colegios, en la comunidad, nos enseñaban a dar esos cuidados, a identificar esas necesidades que tenían las viviendas y así mismo darles educación de como ellos debían manejar esa situación...(E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:9)

En segundo semestre en promoción de la salud y en séptimo semestre en cuidado al niño... en esas dos áreas...porque en los otros las expresión tal como de cuidado de pronto no se veía, en los otros yo sentía que nos enseñaban más sobre patología y tratamientos y estrategias e intervenciones...pero de pronto como ese concepto de cuidado así en la práctica...no!(E:11/St.USC/Tec:EP/G:M/M:SM/R:8)

Se identifica entonces el cuidado desde el área comunitaria como vital en los procesos educativos dados a las personas en situaciones de vulnerabilidad o situaciones sociales específicas, y como la educación, puede ayudarlos a solucionar en cierto grado la necesidad detectada. Pero igualmente desconociendo la enseñanza del cuidado desde otras áreas.

Para los egresados se presenta también un panorama un poco parecido a los estudiantes, aunque con un componente crítico frente a sus procesos de formación. Los egresados no logran identificar claramente la concepción de cuidado de su universidad. Y solo recuerdan en forma fugaz algunas teóricas:

Bueno solo recuerdo a Nigthingale, porque es nuestra madre de la enfermería...(risas) muy poco de teoristas la verdad, creo que estuve de acuerdo en que cada uno debía de hacer su propia teoría(E:15/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:10).

No recuerdo a ninguna teorista específica que haya visto...la verdad no me acuerdo de ninguna. (E:16/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:18).

No conozco la concepción de cuidado de la Universidad...porque en esa etapa que uno vive en la universidad uno no esta tan maduro y no le pone cuidado a esas cosas.(E:16/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:3).

No me acuerdo de ninguna teorista, pero si me acuerdo que.... creo que... en historia de la enfermería... algo me enseñaron de eso.(E:15/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:12).

Los enfermeros egresados no recuerdan en su mayoría ningún referente teórico enseñado durante su proceso de formación. En general, al no necesitarlo en el contexto laboral, pues no es fácilmente aplicable, y al ver que no se utiliza en la realidad laboral, rápidamente se olvida.

Las que recuerdan tiene que ver directamente con los trabajos de investigación a los que se les incorporó un capítulo de una teórica específica. Por ejemplo:

La tesis de nosotras tenía a Dorotea Orem, a Leininger, además aparte de eso durante las prácticas nosotras teníamos que escoger según el caso del paciente que teoría estaba relacionada con ese paciente, y todos los casos clínicos tenía que estar sustentado en una teorista. (E:18/GUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:10).

La estrategia de la universidad Santiago de Cali, al incorporar teorías específicas de enfermería a los trabajos de investigación y a los casos clínicos específicos, es una estrategia para que el estudiante recuerde posteriormente en su vida laboral aunque sea las referencias teóricas en las que se basó para realizar un trabajo de investigación.

Los egresados ya tienen en este momento una visión más amplia del cuidado y al indagar sobre donde identifican la enseñanza del cuidado en cada uno de sus programas, en general, se expresó que fue desde el ingreso al programa. Como lo manifestaron:

Me enseñaron el cuidado desde todas las enfermerías, pero específicamente desde primer semestre, la palabra cuidado, las exposiciones, en los últimos semestres que vimos administración, siempre en los encuentros hablábamos de cuidado, siempre nos fijábamos que fuera humanitario...entonces yo pienso que a lo largo de los cinco años nunca nos dejaron de hablar de cuidado, mi tesis fue de cuidado. (E:18/GUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:7).

A mí me enseñaron a cuidar desde el primer momento que pise la universidad, porque lo primero que me dijeron es que íbamos a ser enfermeros y que eso significaba el arte del cuidado. (E:15/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:7).

Su desempeño laboral ha hecho que los egresados puedan visualizar el cuidado enseñado en sus procesos de formación desde el principio y lo pueden ver reflejada en cada una de las asignaturas a lo largo de la carrera; sin embargo, algunos egresados que miran su formación en forma crítica, consideran que su universidad se queda corta en la enseñanza del cuidado.

Al respecto se encontró que:

...en epistemología del cuidado...allí se enfatiza mucho la parte del cuidado...pero en la práctica, es hasta cuarto semestre cuando se inicia la práctica del examen físico... pero solo se limita al plan de acción de enfermería. En la universidad en la parte práctica de las asignaturas, les enseñan a uno todo lo biológico, el examen físico, los diagnósticos, pero la parte humana del cuidado, es decir el cuidado no se lo enseñan a uno. Creo que la universidad no me enseñó la parte del sentir del cuidado, eso lo aprendí por mi experiencia, en mi práctica, siendo consciente de cada paciente, en el sentir de cada paciente... pero la parte del sentir... no... es más historia clínica y esas cosas. (E:16/GUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:14).

Los enfermeros graduados de las Universidad Santiago de Cali y Universidad Libre logran ver la importancia del cuidado desde el sentir humano, y pueden percibir que la formación universitaria fomenta en poca medida en los estudiantes, la enseñanza de esta clase de cuidado, limitándose únicamente a la enseñanza del procedimiento, de la historia clínica, sin trascender más allá de eso. El egresado lo puede ver más claramente desde su actual visión laboral.

Además la poca aplicabilidad de las teorías de enfermería en las que tanto se insiste durante todo el proceso de formación, a través de las asignaturas o por medio de los trabajos de investigación o casos clínicos, no se muestra muy útil en el ambiente laboral. De manera que si no se utilizan, no se ven en la vida laboral en Colombia. Estos datos coinciden también con los resultados de una revisión documental realizada en la Universidad de Cantabria (2012) denominada: “Revisión Bibliográfica: Ventajas e inconvenientes de la aplicación de los Modelos de Enfermería en la práctica” (Moretón, Fernández, 2012). Esta revisión concluye las serias dificultades que existen para la aplicación de modelos y teorías en la práctica asistencial, relacionado principalmente con la influencia del modelo biomédico, y la existencia de un modelo sanitario que da prioridad a aspectos técnicos de la atención. (Moretón, 2012).

¿Cuál es el interés de la institución educativa en visibilizarla en el currículo? Tal vez el interés y la motivación obedezca más a exigencias externas a la universidad o al ya conocido modelo de repetición que hemos hecho en el transcurso de toda nuestra historia. Simplemente repetimos lo que otros han hecho, sin pensar si es lo que realmente necesitamos, o sin pensar si existe otra forma mejor de hacerlo.

Creo que nos hemos quedado cortos en la enseñanza del cuidado desde la universidad, y los educadores de futuras generaciones de enfermeras, creemos que podemos mostrar curricularmente como se cuida, o podemos dar clases específicas de cuidado, cuando el cuidado va más allá de eso. De acuerdo con Noddings (2005), la educación moral desde la perspectiva de la ética del cuidado, tiene cuatro principales componentes: Modelo, diálogo, práctica y confirmación. El modelo es el más importante de los esquemas de la educación moral. En el sistema nosotros no tratamos de enseñarles a los estudiantes los principios y formas de aplicación de los problemas a través de cadenas o razonamiento matemático. Más bien tenemos que mostrar como es el cuidado en nuestra propia relación con *cared-fors*. Por ejemplo los administradores escolares no pueden ser sarcásticos y dictatoriales con los profesores, con la esperanza de que esa coerción se refleje en el cuidado a sus estudiantes. He escuchado administradores que utilizan la excusa "ser duro" con los profesores porque "Yo cuido de los niños en este estado", pero por supuesto el resultado más probable es que los profesores vuelvan su atención protegiéndose ellos mismos en vez de darles cariñoso cuidado a sus estudiantes. Entonces nosotros no hablamos con nuestros estudiantes del cuidado, nosotros les mostramos a ellos como cuidar creando una relación de cuidado con ellos (Noddings, 2005, p. 22).

La mejor forma que tengo de enseñar el cuidado es que el estudiante me vea haciendo acciones de cuidado. Y como docente mostrarle al estudiante a través de mi desempeño docente, un acto de cuidado hacia cualquier persona sana o enferma, entonces se logra darla enseñanza necesaria para que ese estudiante lo aprenda, a través de un modelo en la práctica. Pero si el estudiante no lo puede ver en el profesor, entonces sentirá que solo se le está enseñando procedimientos desarticulados de la relación humana con el paciente.

Sin embargo, en la universidad se intenta de cualquier forma visibilizar el cuidado curricularmente, a través de teorías descontextualizadas de nuestros entornos, o a través del cambio de nombre de asignaturas, o un sin número de reflexiones y discusiones epistemológico-disciplinarias que no están haciendo mucha mella en el pensamiento de los futuros enfermeros, que son finalmente el objetivo de la educación en enfermería.

6.4 Cuidado Biomédico

La enfermería tiene y ha tenido una fuerte articulación con la historia de la medicina. Tanto así que muchos de los procesos educativos en enfermería que vemos en la actualidad son copias exactas de modelos de enseñanza médica, tanto de la antigüedad como del presente. La medicina no deja ver lo verdadero esencial bajo la individualidad sensible; está ante la tarea de percibir, y, al infinito, los acontecimientos de un dominio abierto. Esto es la clínica. (Foucault, 2004, p.142). La clínica no se detiene ante la individualidad del ser, sino que intenta descubrir desde la sintomatología de la patología, la curación general de la enfermedad, creando una división, una fragmentación cuerpo-ser, dejando al ser de lado y concentrándose en el cuerpo como objeto de estudio y conocimiento desde la enfermedad. A esto se le conoce como "pensamiento biomédico", donde el cuerpo enfermo pasará a convertirse en objeto de estudio y observación rigurosa, desconociendo o menospreciando al ser como esencia y a su entorno como existencia del mismo. (Forbes, 2011, p.152).

La influencia del pensamiento biomédico positivista es evidente, y no sólo en el pensamiento de las enfermeras-docentes sino en los planes curriculares, se plantea en la mayor parte del contenido. Durante la época de Florence Nightingale la alianza entre enfermería y medicina ocurrió en parte por la percepción compartida del mismo conocimiento científico. Sin embargo, el incremento en la admiración por la profesión médica, trae beneficios para la enfermería, ya que estaba implícito el hecho de que la enfermería debía soportarse en el ejercicio médico (Forbes, 2011, p.152).

A pesar de la historia, la enfermería en los últimos tiempos ha intentado propender por una emancipación de la medicina, produciendo su propio lenguaje, reflexiones, conclusiones disciplinares y procurando por una autonomía e interdependencia profesional. Sin embargo, ha sido difícil cumplir con este propósito, ya que el mercado laboral es el que marca la pauta de lo que necesita saber el profesional de la enfermería para suplir con las necesidades tecnológicas en salud de última generación. El cuidado de la salud en la actualidad experimenta cambios debido al rápido y continuo desarrollo del conocimiento y la tecnología. El reciente cuidado de la salud incluye experiencias con pacientes utilizando la más avanzada tecnología en lo que a tratamientos médicos se refiere (Forbes, 2011, p.153), razón por la cual, los programas de enfermería al tratar de cumplir con las necesidades del mercado laboral, intentan a su vez

incorporar curricularmente todas las posibilidades pedagógicas para que el estudiante pueda adquirir las habilidades necesarias para incorporarse y mantenerse en el medio laboral.

A este respecto opina un profesor:

...Sí, todavía tenemos una parte importante biomédica, muy importante, por ejemplo las asignaturas básicas, ellos ven fisiología, neuroanatomía, hay muchos componentes biomédicos, pero también hemos ganado en toda la parte humanística, hay muchas asignaturas humanísticas y yo pienso que son complementarias, y que las dos son necesarias por la misma razón de la profesión, digamos por la misma expectativa que tiene la sociedad de nosotros, por la misma necesidad que hay en el medio y pues el medio necesita ese enfermero que sea crítico, analítico, que tenga mucha estructura digamos en las humanidades, pero que también tenga ciertas habilidades en el actuar de los procesos clínicos propiamente dichos, pues digamos estamos en ese proceso. (E:1/DV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:34).

Tenemos un currículo muy orientado a lo biomédico. Cuando usted hablaba de una tradición cristiana, más que la tradición cristiana, está la tradición biomédica, entonces hay una gran concentración de asignaturas derivadas de las ciencias biomédicas, los fundamentos y los desarrollos de las asignaturas de enfermería están orientadas a acciones relacionadas a hacer procedimientos y a entender todo el funcionamiento fisiológico del organismo y cómo se maneja pero hay muy poco del cuidado como interacción, y ahí lo veo yo que está muy desfasado. (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:19).

El programa al comienzo y aún todavía tiene una marcada influencia biomédica, porque el origen del programa digamos fue así, o sea fue un médico el que propuso un programa de enfermería para la región...(E:3/DUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:28).

6.5 Concepto de humanismo

En esta categoría se intenta visibilizar la forma en que los entrevistados asumen las humanidades dentro de su significado y vivencia del cuidado. De acuerdo con el estudio del australiano Forbes (2011) en donde se intenta descubrir cuál es la concepción de enfermería para las profesoras del

área clínica, surge una interesante visión, en donde las profesoras-enfermeras entienden la enfermería como "Proveer cuidados centrados en el paciente; colocando a este mejor posicionado para recibir un cuidado cohesivo, significativo y holístico dentro del contexto multidisciplinario del cuidado de la salud". (Forbes, 2011). Es claro en este concepto la visión biologicista, al entender que la enfermería "provee cuidados" y la visión humanista, al entender que es un ser humano el que recibe este cuidado, y que por lo tanto debe estar en condiciones adecuadas para recibirlo. Pero como enfermeras, es difícil enseñar desde el humanismo, ya que hemos sido educadas desde siempre en una visión positivista biológica de la salud, de manera que al intentar incorporar el humanismo al discurso del cuidado, no se muestra de una forma tan clara y genera confusiones en docentes y estudiantes. Al respecto un docente expresó:

....¿Cuál es nuestra idea de humanismo? Porque si nuestra idea de humanismo es solamente reconocer algunas partes del cuerpo humano, entonces vamos a volver a caer en los polos, vamos a estar polarizados, por ejemplo una persona que esté en un accidente de tránsito y se me esté desangrando y tenga hemorragia...yo no puedo desconocer esa parte, yo tengo que tratarlo en ese sentido...el llamado más bien es a que ese concepto de humanismo sea realmente humano...(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:42).

Sin embargo, se intenta el cambio, se hacen esfuerzos por des-biomedicalizar no sólo el currículo, sino el pensamiento de las enfermeras. Y en el interés por ganar independencia de la Medicina, las humanidades se convierten en una excelente alternativa de estudio.

Se está dando el cambio, se está viendo la importancia y la relevancia que tiene lo humanístico dentro de lo que es la formación, y entonces por ejemplo en la reforma curricular eso se está viendo, bueno cuál es el componente humanístico que se le está dando al estudiante, se están haciendo revisiones... (E:3/DUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:36).

Tenemos que hacer un proceso que para mí es muy duro que es el de desaprender, entonces tenemos que desaprender las concepciones biomédicas, para poder entrar a comprender la concepción humana que tiene el cuidado y yo creo que tendríamos que hacer un ejercicio muy profundo, bien sea en adentrarnos en una ciencia que para mí es la madre de todas las ciencias que es la Filosofía, que nos daría los elementos para poder dar ese paso y trascender esa acción biomédica y biologicista del cuidado, pero

ahí es donde viene que muchas de nosotras pensamos que la Filosofía no es para las enfermeras, cuando yo creo que finalmente tenemos que profundizar, porque ahí es donde se nos va a dar a nosotras la posibilidad de dar ese paso.(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:31).

Los docentes entrevistados le dan importancia del cambio paradigmático de pensamiento hacia las humanidades, pero en la práctica, no es claro cómo abordarlo, ni tampoco cómo hacerlo evidente curricularmente. La poca posibilidad de acceder al conocimiento desde otras áreas disciplinares, hace que en ocasiones esa barrera sea infranqueable. Para las enfermeras es un poco difícil las lecturas Filosóficas, Sociológicas o Antropológicas, de manera que genera dificultad el poder replantear un pensamiento o un diseño curricular desde una estructura distinta a la históricamente conocida.

Los estudiantes por su parte tienen muy claro que en sus procesos de enseñanza-aprendizaje prima por sobre todas las asignaturas, las biomédicas. Y en muchos casos, es tanta la importancia que se le coloca por parte del programa, que los estudiantes preferirían que existieran más asignaturas de este tipo en su plan de estudio. Al respecto escuchamos lo siguiente:

Uno es muy individualizado y hay personas que les gusta el área comunitaria, que les gusta la administración y otros que nos gusta el área clínica, como te digo y lo he repetido muchas veces me gusta el área clínica, y por su puesto a mí la parte biomédica me gusta mucho....ojala hubieran más...(E:7/St. UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:19).

O sea...uno tiene que ver la Fisiología y la Fisiopatología como tal de las enfermedades, porque uno también como enfermera debe igualarse en conocimientos al médico, en algunas materias si se ve más el requerimiento de la fisiología, más de lo que uno hace como enfermera, y hay materias que siento que deberían dedicar menos tiempo que otras que son más importantes como por ejemplo ética y todas esas cosas que a uno le ayudan a la profesión en vez de inventarse materias de relleno, que a uno no le ayudan para nada como por ejemplo epistemología o historia de la enfermería...¿Eso para qué?(E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:17).

*Si, tenemos demasiados contenidos biomédicos...todos...!!!(risas)
(E:11/St.USC/Tec:EP/G:M/M:SM/R:15).*

Algunos de los estudiantes perciben las asignaturas de las humanidades como "relleno" curricular, dándole una verdadera importancia a los conocimientos biomédicos, ya que de acuerdo con sus palabras "hay que igualar el conocimiento médico" para poder ser una buena enfermera. Debido básicamente a la influencia histórica que ha tenido la educación médica, en donde el hospital se convierte en el templo del conocimiento, los estudiantes perciben entonces las asignaturas que pueden poner en práctica en un hospital como las más importantes. De acuerdo con Foucault, "La verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador experimentado y a la del aprendiz todavía ingenuo; para el uno y para el otro no hay sino un solo lenguaje: el hospital en el cual la serie de los enfermos examinados, es para ella misma una escuela" (Foucault, 2004, p.104). Esto no es más que una exaltación a la mirada biopatológica de la salud, en donde sólo en un hospital se puede adquirir el conocimiento necesario para dar curación o cuidado.

Otros estudiantes por su parte, perciben algunos cambios en la concepción biomédica del currículo de sus programas, dándose cuenta de la presencia de algunas asignaturas diferentes a las tradicionales. En este sentido se escuchó lo siguiente:

Antes había muchos contenidos biomédicos, ahora se han enfocado en la parte comunitaria y también en la educación que uno debe dar, eso sí he visto que ha ido cambiando y ya se están enfocando más en el cuidado de la persona. Sin embargo, hay algunas asignaturas que sólo se ven en el conocimiento médico. (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:21).

No...no tanto, es más por el contrario en estos momentos se puede decir que ahora estamos muy ligados al cuidado de la persona. (E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:17).

En este caso, los estudiantes son capaces de ver algunos cambios en la cantidad de asignaturas biomédicas que hay, y hasta pueden percibir que están siendo educados directamente para el cuidado de las personas, pero al tratar de indagar sobre la evidencia práctica de esa implementación del humanismo en el currículo, algunos lo pueden evidenciar dentro de su proceso de formación, pero nuevamente nos encontramos con la imposibilidad de verlo articulado con la vida práctica o laboral. Al respecto se dice lo siguiente:

Encuentro el humanismo precisamente en el trato, o sea ya no es simplemente el que hace como tal las funciones, sino la profundización de la visión de ese ser, pero eso no se

ha podido digamos ver en la práctica debido a todas las concepciones sociopolíticas de nuestro medio, o sea una enfermera que esté a cargo de muchas personas, jamás podrá realizar un cuidado humanizado, solamente podrá sólo cumplir con el modelo biomédico. (E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:16).

En general los estudiantes, participantes en este estudio, relacionan el humanismo con el "cuidado humanizado", es decir, con el concepto del buen trato y el tener en cuenta que se trata con personas más que con patologías clínicas específicas.

Al momento de atender a la persona no se ve como el ser humano que está ahí que necesita de una ayuda, que necesita de unos cuidados, sino que se ve más como la persona que necesita de ese tratamiento, entonces, se le da y ya! No se ve más allá de lo que necesita, no se tiene en cuenta todos los problemas que tal vez tenga él y que la puedan llevar a esa enfermedad que tiene. (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:19).

No se puede evidenciar expresado en la realidad, ya que sólo se ve vislumbrado en el discurso que al momento de aplicarlo como tal, son otras cosas lo que valen y lo que pesa, por ejemplo, el conocimiento de las ciencias biomédicas porque se supone que solamente debido a esos conocimientos o a ese paradigma es que se puede dar cuidado, que eso es realmente lo importante. (E:11/St.USC/Tec:EP/G:M/M:SM/R:23).

Nuevamente, se evidencia cómo los conocimientos extraídos de la Medicina se colocan como marco de referencia no solo para el diseño curricular, sino también para la forma de enseñar de los profesores, tanto así que algún estudiante manifestaba como al estar solo, sin presencia del profesor, le era más fácil poder llegar a hacer cuidado humanizado. Al respecto se escuchó lo siguiente:

Si se puede evidenciar, en mis últimas prácticas las he sentido, ya que uno está con su paciente, uno es el responsable, ya no está el profesor ahí, poniendo atención de como hace usted su cuidado, no! Ya ahorita es usted sólo con su paciente, usted le hace las actividades, le hace los cuidados, entonces yo pienso que desde ahí se empieza a ver lo que se va haciendo, lo clínico con lo humano, ya uno esta solito, uno aplica tanto de lo que le enseñan como de la parte humana que uno puede dar con esa persona. (E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:29).

Vemos en este diálogo como la estudiante asume el cuidado humanizado desde su propia concepción de persona, desde su propio ser, pero no como algo que le pudieran haber enseñado. Atribuyendo únicamente "lo que le enseñan" como la parte clínica del aprendizaje.

Los egresados entrevistados nuevamente se hacen más críticos en la medida que hacen su inserción al medio laboral. Algunos enfermeros muestran abiertamente un sentimiento de frustración al no haber recibido durante su formación más que conocimientos de orden biomédico, o gerencial, otros por el contrario manifiestan que debería haber tenido más peso esta área. Al respecto se encontró lo siguiente:

Nosotros tenemos materias que se llaman trabajo en comunidad o educación para la comunidad, cosas así, pero ahora que estoy afuera, digamos que me hubiese gustado más que esa materia hubiese estado complementada por un profesional en el área social, o alguien de humanidades que diera esa visión. (E:14/G:UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:23).

Tu vez los nombres de las asignaturas por ejemplo están así, y dentro de la asignatura, a pesar de que le han puesto el nombre que son larguísimos: cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas que no sé qué....pero tú entras a las asignaturas, a los contenidos y tú vez teoría de enfermería, aspectos legislativos y listo...empiezan las enfermedades, clase de diabetes y una clase y otra clase....(E:13/G:UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:27).

Curricularmente se intentan cambios en cada una de las asignaturas a través una asignación distinta del nombre, pero que en profundidad, de acuerdo a algunos egresados, sigue siendo el contenido biopatológico el que en el fondo impera en el currículo.

No...allá se enfocan mucho en la parte de gerencia...ni siquiera a los procesos biológicos...porque le dan más importancia a la gerencia, a la parte administrativa, cuando sí!! Una enfermera puede desenvolverse en la parte administrativa, pero yo creo que el cuidado como tal de una enfermera es estar en contacto con el paciente, mirar que cuidados necesita dependiendo de la patología...o sea es obvio que hay que tener los conocimientos de la parte biológica, y además de eso la parte humana, porque dependiendo de eso, yo como persona voy a atender a ese paciente...si de buena gana o de mala gana... entonces es todo un conjunto...y allá se ve más la parte gerencial, la

parte administrativa...ellos lo enfocan a uno es a eso.(E:16/G:UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:15).

La parte fisiológica es lo que nos hace diferenciar nuestra carrera profesional, no es simplemente canalizar una vena, es saber que vena estoy canalizando, qué estoy haciendo, por qué pasa eso y me parece que nosotros contamos con docentes excelentes en eso, pienso que muchas veces hay materias que les deberían dar más intensidad, como la farmacología, mas fisiopatología...a mí me hubiera gustado que hubiera habido más intensidad en eso para salir mucho mejor preparada.(E:18/G:USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:20).

La importancia de los conocimientos biomédicos se resaltan en estos diálogos. Para ellos ningún otro aspecto se cataloga como cuidado, sólo lo que tenga que ver con la atención directa al paciente y su explicación fisiopatológica, es lo que da la confianza a la enfermera para dar un cuidado de enfermería adecuado. Para ellos nada más es necesario ni justificable para ser enseñado dentro del currículo.

Las enfermeras egresadas sienten que durante su proceso de formación no pudieron adquirir las herramientas necesarias para interactuar y trabajar desde y para el ser humano. Las humanidades que fueron enseñadas en sus universidades, se quedaron cortas para las grandes necesidades de trabajar para el ser humano, la familia y la comunidad.

Por ejemplo ahora, yo trabajo en el área asistencial, tenemos trabajadores sociales, psicólogos que aportan esa parte...porque te soy muy sincera, en ese proceso en el que estoy en la parte comunitaria, una enfermera tiene muchas fortalezas para hacerlo pero necesita esa visión de las ciencias humanas para poderlo hacer, de hecho a mí me gustaría hacer una maestría en sociología...con eso entendería muchas cosas que uno no entiende, no porque uno no sepa o porque no quiera, sino por no tener como la formación para conectar una cosa con otra. (E:14/G:UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:22).

Además algunas consideran, especialmente las que laboran en el área asistencial que el entorno laboral es adverso, el exceso de pacientes, el estrés laboral hace que el cuidado solo se limite a la atención, dejando muchas veces de lado por la rutina o el exceso de trabajo el cuidado desde el ser humano. Al respecto escuchamos lo siguiente:

...con el tiempo empiezo a ver enfermeras, médicos, auxiliares que comienzan a hacer las cosas a medias, desde lo más bobo como no llenar una papelería completamente, de no mandar las cosas, de no hacer seguimientos, algunos son muy fuertes con los pacientes, de que no saludan, de que los regañan, entonces todas esas cosas hasta qué punto se empiezan a perder después de tanto tiempo de uno tener experiencia. Entonces he visto que la parte humanitaria se ha perdido muchísimo en las personas que llevan tanto tiempo... "No es que aquí usted no se puede poner con sentimentalismos bobos..."(E:18/G:USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:19)

En ambos relatos, mencionados anteriormente, se ve una imposibilidad para visualizar desde el contexto laboral un cambio paradigmático de pensamiento. Desde el trabajo con la comunidad por la falta de herramientas necesarias para el trabajo con la familia y sociedad, y desde lo asistencial por la rutinización del trabajo y el mismo entorno laboral fuerte y estresante que hace que muchas veces las enfermeras recién egresadas enmudezcan sus sentimientos y sus emociones, para poder sobrevivir en el medio. Con el tiempo esta actitud fuerte y desobligante con las personas generalmente hace parte de la personalidad diaria de la enfermera que trabaja en clínica, y termina de esta forma simplemente fundiéndose en el medio en vez de generar cambios en un cuidado más humano.

De manera que en las universidades se está enseñando generalmente desde patologías, y los profesores le vendemos la idea a los estudiantes que entre más conocimiento biopatológico tenga, mejor cuidado va a dar. De manera que tanto docentes como estudiantes que dominen a la perfección este saber son considerados los mejores. Pero de acuerdo con lo encontrado en esta investigación, al salir a ejercer la profesión, los egresados entrevistados que antes fueron estudiantes, se dan cuenta de algunas falencias que existen en sus procesos educativos, al no poder participar en forma activa y dinámica en un grupo que trabaje para una comunidad, o al tener que simplemente brindar una atención al paciente hospitalizado, ya que su saber sólo le alcanza para poder dar sólo eso, una atención, cumplir órdenes médicas, sin más posibilidades de cuidado que lo que le enseña la biopatología.

6.6. Pedagogía del cuidado

6.6.1. Enseñanza

Muchas veces la educación universitaria en enfermería tiene solamente en cuenta la experiencia disciplinar en enfermería, dejando de lado la experiencia pedagógica formativa y las habilidades que tenga la enfermera para enseñar su saber.

Los profesores de enfermería no desconocen esta realidad y aceptan sus debilidades pedagógicas, manifestando que sus formas de incorporación en la educación tuvieron que ver solo y exclusivamente en un principio, con sus habilidades prácticas y su experticia procedimental en enfermería. Al respecto algunos entrevistados manifestaron:

Yo salí de estudiante y al otro día me llamaron para que fuera instructora, pues yo empecé a enseñar desde que me gradué porque apenas se estaba formando la unidad de cuidado Intensivo, entonces yo era la que conocía las técnicas y las cosas, entonces me llamaron para que enseñara el cuidado en algunas clases. (E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:42).

Como la mayoría de los profesionales de la salud, llegamos a enseñar y a ser profesores sin haber aprendido a ser profesores... yo pienso que uno aprende empíricamente a ser docente de acuerdo a los profesores que uno tuvo, por lo menos en mi caso fue así...(E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:39).

Cuando yo llegué aquí a la universidad yo pensaba que tenía que enseñar lo que había aprendido. Ahí me di cuenta que estaba en un error... porque enseñar no es enseñar lo que uno ha aprendido... primero usted se tiene que cualificar, y me di cuenta que yo de enfermería no sabía nada, que yo sabía hacer muchas cosas, que yo era avispada, que yo era inquieta sí...pero que no tenía conocimientos...(E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:32).

Otras consideran que fue su formación de pregrado o de postgrado en áreas de enfermería la que les dio las bases necesarias para poder desempeñar el ejercicio docente.

Yo pienso que para enseñar no basta con la profesión, sino que se necesita la formación. Primero, pues darle a usted el título de licenciado, digamos dentro de la universidad el énfasis ha sido muy educativo, o sea el énfasis de esta profesión es educativo, y después

cuando hice la maestría, si bien es cierto que la maestría me dio ciertos implementos, pero lo que más creo que ayuda muchísimo es haberlo hecho en salud pública... (E:3/DUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:37).

Digamos que mi primera experiencia educativa entre comillas fue en el pregrado cuando uno hacia las prácticas en educación, bueno todo eso de la comunidad, que la cartelera, que el protocolo....y la primera experiencia no fue muy agradable para muchos de nosotros, por ejemplo a muchos no nos gusta la comunidad porque dábamos una charla, otra charla y luego desaparecían...(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:34).

Las experiencias previas en educación en la formación de pregrado o de postgrado en general están dirigidas a prácticas educativas específicas dentro de una comunidad, (salud pública) con el fin de educar a personas vulnerables de adquirir enfermedades o sucesos inesperados o no planificados. De manera que, al enseñar solo esta forma de pedagogía está limitando al estudiante a que aprenda a enseñar sólo a una población específica, con un lenguaje característico, con ayudas metodológicas específicas y limitadas sólo para un tipo de población. Sin un seguimiento adecuado del proceso educativo y sin una articulación contextual o metodológica.

Al enseñar a la comunidad, el estudiante puede aprender algunas técnicas de motivación grupal, algunas maneras de hablar en público o de elaborar material didáctico. Pero al limitar le la posibilidad de aprender procesos de enseñanza un poco más elaborados, dirigidos a personas con mayor grado de formación, en escenarios y con lenguajes un poco más estructurados, se está dejando de lado la posibilidad de darle herramientas pedagógicas muy útiles y necesarias para tal vez un futuro desempeño desde un aula de clase de sus estudiantes.

Según los informantes de este estudio, la enfermera-docente al intentar dar sus primeras sesiones educativas, se ve limitada únicamente a duplicar y replicar las formas de enseñanza con las cuales aprendió. Es decir, generalmente "imitan" un modelo docente que para ellos fue significativo durante su enseñanza, o durante su actual momento de vida laboral.

Empecé a hacer docencia teniendo como ejemplo los profesores que más me impactaron a mí, desde niña en el colegio y luego en la Universidad a mí me impactaron, entonces yo pienso que empecé a ser docente más de manera intuitiva, también con auto aprendizaje,

leyendo, leyendo mucho y aprendiendo de las compañeras...
(E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:41).

'...digamos que esa parte es muy importante, la experiencia de las personas expertas, uno , o por lo menos a mí siempre me ha gustado aprenderle mucho a ellas y yo todavía me considero en el proceso de aprendizaje, yo estoy aprendiendo esto, y me gustaría algún día...he pensado en el doctorado en educación y yo digo. ¡Tan rico!... por ahora será seguir leyendo libros, seguir aprendiendo a ser docente por ensayo-error.
(E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:41).

Aprendemos a ser maestros de la misma forma en que aprendimos a ser enfermeras. Por observación, por imitación, basándonos e imitando el comportamiento de alguien "más experto" que me muestre, mediante habilidades, lo que debo duplicar en el actuar educativo. La clínica no toca a esta instrucción en sentido limitado, que es dada por el maestro a sus alumnos: no es en sí misma una experiencia, sino el condensado, para el uso de otros, de una experiencia anterior. El profesor indica a sus alumnos el orden en el cual deben ser observados los objetos para verse mejor y grabarse mejor en la memoria: les abrevia su trabajo, les hace aprovechar su experiencia. De ninguna manera la clínica descubrirá por la mirada; duplicará solamente el arte de demostrar mostrando(Foucault, 2004, p. 83).

6.6.2.Modelo pedagógico

Los modelos pedagógicos⁴⁴ que plantean los programas de enfermería, desde la filosofía institucional y de los programas, generalmente apuntan hacia los modelos dialógicos, en donde la construcción del conocimiento es la que posibilitara los procesos de enseñanza-aprendizaje en el estudiante.

Allí lo que se plantea es que el estudiante sea un artífice de su propio aprendizaje, digamos que es como orientado a eso, es como la tendencia, pero está lejos de eso realmente porque eso implica muchas cosas... (E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:44)

⁴⁴ De acuerdo con Not (1987), los modelos pedagógicos definen el proceso según el cual se organizan y desarrollan las situaciones educativas.

El modelo es el crítico-social que genera muchos enlaces con el constructivismo y procuran que el estudiante sea quien construya y el docente sea como tal la guía, y eso se ha intentado poco a poco hacer, pero falta....ellos quieren que nosotros empecemos a hacer algo de pedagogía activa, pero estamos lejos todavía de eso.(E:4/DL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:36).

De lo que he leído hay una orientación hacia el constructivismo, pero eso no se ve. Yo pienso que es una mezcla de varias cosas sin claridad de los que se pretende. (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:26).

Estas afirmaciones contradicen lo expuesto por los estudiantes, es decir, los y las estudiantes entrevistadas no lo percibe de la misma forma en que es planteado por la institución educativa. Existe claramente una intención institucional por brindar al estudiante una posibilidad pedagógica diferente e innovadora para producir su proceso de aprendizaje, pero surgen muchos inconvenientes, de orden administrativo, logístico y conceptual para impedir que el modelo planteado sea efectivamente el que se da en el aula de clase. Al respecto se dice:

... claro, suponiendo en un modelo constructivista uno debería hacer a partir de lo que el estudiante quiera aprender, de unos tópicos que quiera aprender, plantear objetivos conjuntamente con el estudiante, plantear el temario, imagínate tú con ese modelo administrativo...la universidad como hace..., entonces en ese sentido no es un modelo...(E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:46).

Es difícil plantear un modelo pedagógico para un programa específico, cuando los requerimientos administrativos generales de las universidades en general lo limitan. Es decir modelo evaluativos numéricos, clasificatorios y rígidos, impiden que se puedan plantear de manera particular una forma distinta de evaluar. Tal vez se pueda lograr algo de constructivismo desde la sesión educativa en sí, pero para los procesos de planeación, diseño curricular o evaluación, se convierte la tradición en el punto de quiebre de la intención de cambio. Al respecto menciona un docente:

Yo pienso que al estudiante se le motiva mucho a eso y las exigencias van orientadas hacia eso, incluso en las calificaciones se ve, pero por ejemplo en el modelo de evaluación también, si tienes un modelo centrado en la calificación y en la nota, o sea

ese es el modelo de calificación que tiene la universidad, numérico, le falta ser congruente en todo el modelo en eso.(E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:45).

La etiqueta dice que el modelo pedagógico es un modelo dialógico en donde prima la relación horizontal con el estudiante que dentro de ese proceso de enseñanza y aprendizaje se parte de que el estudiante es el protagonista del proceso, que el estudiante tiene una vida, un aprendizaje y unas prácticas que son las que el estudiante trae y que nosotros tenemos que partir de allí para poder plantear un modelo pedagógico acorde con ese estudiante, yo diría que los docentes deberíamos tener menos estudiantes para no roturarlos a todos como si fueran una masa amorfa. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:34).

Es muy importante también la concepción que tenga cada docente del proceso enseñanza-aprendizaje. Teniendo en cuenta que la mayor influencia que hemos tenido en cuanto a procesos de educación, tiene que ver con modelos heteroestructurantes⁴⁵ los cuales están también muy arraigados a la enseñanza del conocimiento biomédico, que parte de la medicina.

La mayor parte de la historia educativa de las enfermeras tiene que ver con el tradicionalismo educativo, y de esa misma forma, por imitación, se reproducen las mismas formas de enseñar con las cuales aprendimos. La limitada experiencia y capacitación en otras áreas de la educación, hace que solo se replique este modelo, y por más apuesta institucional que exista a desarrollar otra clase de modelo, este generalmente estará en el pensamiento y actuar de algunas docentes-enfermeras. Al respecto se dice:

Nosotros tenemos o esta enunciado al menos en el papel que nosotros estamos guiados por el modelo constructivista y yo pienso que en parte si pero no del todo, o sea, pareciera que nosotros tuviéramos una aleación de múltiples métodos, que un ratico le jalamos a lo tradicional, que le jalamos a la clase magistral, otro ratico le damos al constructivismo, otra al aprendizaje basado en problemas, eso depende de la experiencia del docente, depende de la temática que se desarrolle, yo pienso que en eso influyen muchas cosas, pero que nosotros digamos...ah...no es que acá somos eminentemente

⁴⁵ En el modelo heteroestructurante, el saber se organiza desde el exterior y la educación consiste en una especie de injerto en el alumno, de producciones externas destinadas a formarlo (Not, L., 1987, p. 8).

constructivistas en el proceso de enseñanza-aprendizaje...no... yo no creo!(E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:47).

Es una mezcla, un modelo ecléctico donde hay parte, mucha parte está enraizado al modelo tradicional y hay intentos de hacer nuevas aproximaciones y pues el constructivismo es una de esas áreas.(E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:27).

Para mí el modelo real es un modelo también instrumental, siento que no es un modelo pedagógico humano, creo que nosotros no tenemos como prioridad al ser humano que es el estudiante, creo que también es un modelo conductista en donde no prima ni lo humano ni lo social que debe tener el modelo pedagógico. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:35).

Se puede observar en general una necesidad de cambio, de como un sistema de educación, está en mora de dar paso a nuevos modelos educativos. Un tránsito desde el Paradigma de la Instrucción al Paradigma del aprendizaje. De acuerdo con Paniagua-Ramírez, presume que en el paradigma de la instrucción el aprendizaje es acumulativo, siendo los profesores los principales instrumentos para el desarrollo de conocimientos dirigido a estudiantes pasivos. Esta creencia se basa en suposiciones sociales sobre el talento, las relaciones y los logros. De otro lado se encuentra el Paradigma del aprendizaje, en donde el aprendizaje es visto en forma holística y donde el principal instrumento es el estudiante. El centro es el estudiante o centrado en el aprendizaje, en vez de centrado en el profesor. (Paniagua, 2004, p. 2).

Es el constructivismo la opción pedagógica que en el papel más se menciona en los distintos programas y que más identifican los docentes como su estilo de enseñanza. El constructivismo argumenta que la habilidad para resolver problemas y la aplicación del razonamiento usando el conocimiento, las habilidades y el entendimiento ganado en experiencias previas es un aspecto vital en el aprendizaje. El constructivismo en algunas partes es visto como un constructor del aprendizaje y no como un modelo de enseñanza. El rol del profesor en el aula de clase debería ser el de facilitador y organizador y desde allí podría el profesor construir significados en sus estudiantes. (Brookes, 2004, p. 14).

6.6.3. Teoría- Práctica

La historia de la educación de la medicina habla de cómo tradicionalmente siempre se ha hecho una diferenciación entre la teoría de la disciplina y la práctica de la misma. En los inicios de la Medicina moderna, el aprendizaje de la medicina era adquirido de diferentes formas. Algunas familias dictaban conocimientos médicos y remedios. Las bibliotecas monásticas, crearon una tendencia médica para los monjes-botánicos y constituyeron interesantes aspectos de la naturaleza física humana. (Waddington, 2010, p. 14).

Los primeros intentos de educación en los médicos fué por medio de libros de texto, que sirvieron durante mucho tiempo de único elemento de formación para los iniciados en la medicina. Esta vernácula tradición médica, proveyó un importante recurso de información para el aprendizaje desescolarizado de la medicina. El primero y más famoso texto fue el "*Brevarium de Bartholomei*" (Breviario de Bartholomeo) escrito entre 1380 y 1395 por Jhon of Mirfield. Este breviario representaba una biblioteca del hospital en miniatura y exaltaba el tratamiento utilizado por los doctores, cuyas acciones habían sido aprobadas por las antiguas autoridades de la medicina. (Waddington, 2010, p. 14). Pero esta educación, bastante basada en la teoría, y en el seguimiento del libro de texto a pie juntillas, carecía de otros componentes disciplinares. Se creía que el mejor médico no era necesariamente el de más experiencia, pero sí lo era quien dedicara más tiempo al texto clásico, la lógica, la filosofía natural y la astronomía. (Waddington, 2010, p. 14).

6.6.4. Medicina: Teoría - Practica; Enfermería: Practica-Teoría

De esta manera se desarrolla en toda Europa los primeros intentos de escolarización de la medicina, basaron sus enseñanzas no solo en la transmisión del libro de aprendizaje, sino también en otros campos disciplinares. Pero en ese, momento sólo se enseñaba la teoría, y la práctica no era tenida en cuenta en la formación universitaria. La práctica no era necesaria, entonces desde los hospitales, algunos destacados profesionales fueron capaces de atraer alumnos que quisieran aprender sus habilidades fuera del marco de la universidad. (Waddington,2010, p.14) De manera que el conocimiento teórico se consideraba más importante,

y la práctica era solo habilidades específicas que se adquirirían en los hospitales. Pero en un inicio la universidad y el hospital no articulaban su saber para poder educar a los futuros médicos.

En tiempos más recientes, esta misma experiencia se reproduce en América. La cercana relación entre hospitales y educación médica, no estaba establecida sino solo hasta principios del siglo XX. Antes de este momento las escuelas americanas de Medicina fueron por mucho tiempo empresas comerciales independientes de los Hospitales (Ashley, 1986, p. 7). Fue enfermería la pionera incorporando y articulando la enseñanza de la enfermería directamente en el hospital. Influenciados por la experiencia Nightingale en Gran Bretaña, algunos hospitales norteamericanos inician la formación de enfermeras. En 1873 fueron, Bellevue Hospital en New York, New Haven Hospital en Connecticut y el Massachusetts General Hospital en Boston, quienes iniciaron un experimento formando enfermeras directamente en los hospitales y bajo la supervisión del equipo médico. (Ashley, 1986, p. 7).

Fue entonces cuando las escuelas de medicina se dieron cuenta que las enfermeras tenían mejor desempeño laboral que sus egresados de medicina. Decidiendo entonces enviar a sus estudiantes a permanecer con los pacientes hospitalizados un tiempo en la cabecera de sus camas. La experiencia de trabajo práctico de las estudiantes de enfermería era idéntica a la obtenida por un interno de medicina, cirugía, ginecología y obstetricia. Las estudiantes de enfermería servían por periodos de tiempo en cada departamento del hospital, aprendiendo mientras daban cuidado a pacientes con toda clase de enfermedades (Ashley, 1986, p. 7). Pero la desarticulación con la universidad, se convierte en una debilidad, ya que la formación de sus estudiantes dependía generalmente de la clase y calidad de los servicios médicos del hospital, llevando a declinar con el tiempo este modelo de enseñanza, para pasar a instituciones escolarizadas.

En este sentido la medicina incursiona desde la universidad al hospital, considerando el conocimiento teórico como lo más importante de su saber disciplinar, en cambio la formación en enfermería surge desde el hospital, haciendo su tránsito a la Universidad en su afán de validar científicamente sus saberes prácticos. De la misma forma en Colombia, al revisar la historia de la formación en enfermería, vemos como los aspectos teóricos del saber eran dictados por los médicos y la parte práctica por las enfermeras, replicando entonces la forma como históricamente se ha enseñado la medicina, repitiendo lo que dicen los libros de texto, y validando la autoridad médica de dicho conocimiento en cada una de las clases.

Muchos cambios se han intentado, especialmente en las últimas décadas, en la actualidad, tanto la teoría como la práctica es enseñada por enfermeras expertas en cada uno de los temas. Al tratar de entender de qué manera las docentes realizan sus sesiones educativas tanto teóricas como prácticas, surgen algunos aspectos interesantes, sobre todo en la enseñanza de lo teórico. Al parecer las docentes realizan múltiples intentos por realizar un cambio paradigmático, del ya concebido y conocido tradicionalismo, a la enseñanza mediante otros modelos existentes. Al respecto se dice:

Tenemos que mirar cual es el grupo de estudiantes que viene, o sea cual es el perfil, como ha sido su desempeño académico, que dificultades tiene, y en ese sentido la escuela si ha ido avanzando porque nosotros nos entregamos las asignaturas y los estudiantes, o sea eso es en una reunión donde uno entrega como fue el desempeño, cuales dificultades tiene por grupo de estudiantes, cuales necesitan consejería para el apoyo y en ese sentido yo planeo la clase.(E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:47).

Sin embargo algunas docentes manifiestan un poco de malestar al no encontrar en ocasiones administrativamente con quien hacer este tipo de retroalimentaciones, y terminan haciéndola únicamente con el estudiante o en ocasiones solo consigo misma. Al respecto se dice:

...entonces, hay un formato, un syllabus que uno lo lleva y al llevarlo, pues cada semestre uno se replantea a partir de la evaluación anterior que cosas nuevas hay que introducir, que cosas ya no valen, no aplican, entonces ese proceso de planeación se concreta, se entrega, realmente uno no tiene con quien discutirlo, el grave asunto es que no hay con quien discutir y decir mira esto es lo que yo estoy planeando para este semestre, no. Simplemente lo entregas, lo pasas. Desde lo administrativo es más importante que lo entregues a una fecha exacta. Digamos que alguien se siente contigo y mires que es lo que se está planteando, realmente eso no existe.(E:3/DUL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:40).

bueno...la planeación...ubico el tema, de acuerdo a los temas que he pasado en mi syllabus, reviso mi syllabus anterior, vuelvo a revisar, busco bibliografía, me siento, la trabajo, empiezo a revisar que otras estrategias puedo utilizar con los muchachos para que sea atractivo... (E:6/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:28).

Los docentes de enfermería le apuestan al desarrollo de nuevas formas de aproximarse a la enseñanza de la disciplina y de acuerdo con sus propios relatos, se puede observar una tendencia que cambia del pensamiento tradicionalista a otras formas de educación, un poco más críticas y dialógicas. Al respecto se dice:

...primero yo preparo mi clase en video-beam con muchas ilustraciones, trato de resaltar la letra, trato de diseñar muy bien la diapositiva para que los estudiantes puedan leer muy bien y también puedan ver las imágenes, que haya un buen contraste entre la letra y el fondo, les preparo mis diapositivas, preparo mi simulador, que tengo que llevar una pelvis, unos simuladores, los preparo en una mesa y siempre me gusta tener el grupo en círculo.(E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:42).

Les preparo una guía, entonces yo primero les hago unas preguntas exploratorias, me valgo siempre de la experiencias, ya que siempre he tenido estudiantes que han tenido la oportunidad de ser mamas...Quien nos quiere compartir? Y generalmente resulta alguien que nos comparte su experiencia. (E:1/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:43).

Para una clase mía, yo siempre hago una guía en donde me planteo un propósito...que puede sonar como objetivos...pero no. Yo tengo claro que no son objetivos. ¿Me entiendes? Son como unos propósitos grandes, yo lo llevo al contenido, es decir mi contenido teórico, tiene que obedecer a ese propósito que se logre. También planeo unas actividades y siempre parto de que el estudiante me diga la opinión de lo que le voy a enseñar...me gusta mucho el cine foro, me gusta la música también para las clases, siempre con temas pertinentes a la temática... (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:36).

Estoy utilizando mucho que el estudiante haga relatos y que narre, ya sean sus actos de cuidado o experiencias de vida para que el haga el ejercicio de llevar eso a su experiencia de vida y hacer una especie de ir y venir entre su vida y la teoría. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:37).

La enseñanza de los aspectos prácticos para muchas educadoras en enfermería, refleja la jerarquización y el patriarcado que existe en el sistema de salud. Las estudiantes de enfermería se les enseña en un sistema educativo tradicional de enfermería, para que ellas puedan interiorizar los valores que perpetúen el estatus de poder y de dominación médica establecida,

caracterizada por una inequidad de poderes en las relaciones entre médico y enfermeras(Mlek, 2011, p. 13).

Para la enseñanza práctica de la enfermería, la experiencia, de acuerdo a los relatos, es un poco menos elaborada. Ya que se continúan perpetuando de forma muy directa un modelo tradicionalista, en donde en medio del hacer específico de la enfermería, el profesor en su papel de supervisor, enseña habilidades específicas a sus estudiantes, generalmente por medio de la demostración. El conocimiento es vital para este proceso de aprendizaje de habilidades clínicas específicas. Y el profesor supervisor de práctica se encargara de verificar la memorización de esta clase de contenidos, antes de permitirle al estudiante la posibilidad de realizar cualquier actividad. Al respecto se encontró o siguiente:

El estudiante hace la valoración, presentamos la paciente, la miramos y luego valoramos entre los dos. Yo antes les hacia una demostración, pero ya no se las hago, yo los meto de una porque a veces no tienen la oportunidad, entonces yo voy orientando. Pero primero les pregunto para que ellos tengan seguridad, y les digo... bueno a ver...como es el procedimiento, si no lo sabe, no los dejo hacer, si no sabe la teoría, o sea no tiene la parte conceptual, por ética o por muchas cosas, para motivarlo a que estudie. Y si sabe entonces lo llevo y lo voy guiando casi de la mano.(E:2/DUV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:48).

Todavía existen algunos docentes que si son muy transmisionistas en el sentido de que le preguntan cuándo el estudiante está haciendo las cosas, entonces eso lo bloquea muchísimo. Hace poco hubo una docente que creía tener la verdad absoluta y lo que le respondía el estudiante era negativo, entonces lo hacía quedar mal ante el paciente y ante la familia, entonces eso nos generó muchos problemas. Pero existe en el grupo de práctica la disposición de cambiar la forma de ir a actuar.(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:40).

De acuerdo con el estudio Mlek, los profesores del área clínica son percibidos como poderosos y autoritarios. Y que “sus carreras de enfermería están en manos del instructor, y que a su vez es el instructor quien puede aprobar o reprobar en la clínica, alrededor de un proceso que es totalmente de carácter subjetivo” (Mlek, 2011, p.14). Este poder percibido por los estudiantes en sus profesores de práctica, es lo que genera en ellos altos niveles de estrés y a su vez impiden procesos de aprendizaje distintos a la repetición e imitación de actividades específicas realizadas

previamente por el instructor. De acuerdo con los docentes entrevistados esta perspectiva autoritaria de la práctica ha ido cambiando. De acuerdo con esto encontramos los siguientes relatos:

Algo que hemos aprendido definitivamente es dejar hacer, porque antes con el estudiante lo que hacíamos era estar ahí con el paciente e indagar... ¿Pero qué es esto? Pero, ¿Por qué lo otro? Hasta que un estudiante me dijo una vez: O me deja a hacer o le respondo sus preguntas...porque me está bloqueando...pues claro, hasta ahí aprendimos y hasta ahora dejamos hacer, pero obviamente pendiente de las labores e intervenimos.(E:4/DUL/Tec:EP/G:M/M:SM/R:39).

En la práctica cae en lo que a nosotras nos han enseñado, a ser muy instrumentales, muy biologicistas, ahí está el meollo. Porque en la práctica por ejemplo la relación humana, usted como le enseña a un estudiante una relación humana, por ejemplo ¿Qué primaria? Entonces eso tiene que ver con la forma como yo me comporte. (E:5/DUSC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:38).

La enseñanza de lo práctico creo que ha sido lo menos reflexionado, lo menos pensado, y considero que debería ser el principal componente teniendo en cuenta que el cuidado y su articulación con la enfermería es el componente principal de la disciplina. Como durante la práctica muchas veces los docentes limitan su enseñanza en la verificación intacta de contenidos previos para poder dar un "visto bueno" y dar permiso para realizar un procedimiento. Pero en definitiva, ¿Puede el estudiante ver en su práctica la enseñanza del cuidado? Creo que es difícil, teniendo en cuenta los modelos bastante tradicionalistas de la enseñanza de la práctica, y la posición muchas veces autoritaria de los docentes-supervisores de práctica de por medio de esa actitud no pueden ser un modelo en el cual el estudiante refiera la enseñanza del cuidado más allá de lo instrumental.

6.6.5. Aprendizaje

Los estudiantes y algunos egresados en general muestran una tendencia a explicar que sus clases fueron de corte muy tradicionalista, con metodologías similares, que hacia sus sesiones educativas un poco agotadoras y desmotivantes. Al respecto se encontró:

Hay profesoras muy chapadas a la antigua, demasiado diría yo, muy tradicionalistas, pero hay otras que sí, constructivistas y todo eso, yo creo que cada una tiene cada uno de los modelos pedagógicos. (E:12/St.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:23).

Se daban clases de media jornada, lo cual es pesado, eran clases muy magistrales, claro que habían temas que no se prestaba para nada dinámicos, pero es más que todo que se te va todo el día en una sola clase generalmente. (E:14/G.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:27).

Algunas profesoras son tradicionalistas porque les gusta ser tradicionalistas, por fuera pueden ser una persona distinta como seres humanos, pero en la cátedra... usted allá y yo acá, yo soy la profesora y usted el estudiante, yo sé que usted no sabe, entonces la practica en la clase se vuelve...como yo te corcho a ti. (E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:32).

El modelo en el cual el docente siempre tiene la última palabra, siempre tiene la razón, el docente que solo está en el tablero y si el estudiante tenía algo investigado o traía algo...de pronto estaba tratando de dañar la clase, eso fue lo que a nosotros nos tocó en su momento cuando éramos estudiantes.(E:17/G.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:17).

La educación tradicionalista...

Es la educación que se centra en el profesor y en los contenidos. Los aspectos metodológicos, el contexto y especialmente el alumnado quedaban en un segundo plano. El conocimiento sería una especie de selección divulgativa de lo producido por las investigaciones científicas, plasmado en los manuales universitarios.(Mayorga &Madrid, 2010).

Es una educación represiva y coercitiva en la enseñanza de lo moral, memorística en lo intelectual, conformista en lo cívico, produciendo por lo general estudiantes tranquilos, sin creatividad ni iniciativa. "Dictar" la clase, presupone desde la óptica del maestro, que él es

poseedor de un saber que va a ser transmitido a un individuo que no sabe. El estudiante por lo tanto adquiere la función de elemento pasivo que puede recibir el saber y que después de "tomar" la lección podrá reproducirlo, mostrando de paso que además de ser receptor, es acumulador y reproductor de saberes no elaborados por él. (De Zubiría, 2006, p. 90).

Los estudiantes perciben en general modelos tradicionalistas de enseñanza, pero también se encuentra que los estudiantes pueden evidenciar en sus procesos de aprendizaje, otros modelos de enseñanza. Algunos no logran percibir un modelo único en sus clases, ya que en general se menciona que cada profesor tiene su metodología. Que en ocasiones les aportaba a su conocimiento y en otras ocasiones sentían que entorpecía el proceso. Al respecto se encontró:

Entonces...si se ha tratado de no solamente apostar por un solo tipo de conocimiento sino lo que conozca de cada uno de nosotros y lo que haya leído previamente yo...se supone que tienes que haber leído... (E:7/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:23).

Hay docentes que si saben de pedagogía, se ve el docente que sabe transmitir la información de otra manera, no tanto con el video beam, que la presentación no más, tratan de dar a conocer los temas y generan un debate y eso ayuda a que uno entienda mejor el tema, no solo que ellos vayan y dicten la clase con el video beam y que lean toda la presentación, no, sino que lo hagan participe a uno de la clase(E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:25).

Hay algunas que tienes sus métodos de enseñanza muy buenos, muy chéveres que hacen que uno se interese por la clase, y hay otras que no(pausa) ...pues, algunas incentivan con sus métodos que los estudiantes vayamos a la clase, que nos interese por el tema que estén dando, pero hay otras que verdaderamente no incentivan, no dan ganas de ir a la clase, no proponen nada, como que van es a hablar, yo sé y yo sé...son muy rígidas, que tiene que ser así y así...(E:12/St.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:21).

Tiene un primer componente que es de teoría, en este componente es algo pesado pues todo el tiempo tienes que estar viendo diapositivas, pero al pasar el tiempo, en el transcurso del día, tú te vas encontrando no solo con las diapositivas, sino con los talleres en clase donde nos permitían interactuar con nuestros compañeros y tener nuestra propia posición frente a un tema, y también tenía un componente investigativo donde nosotros hacíamos el 50% de la clase. Creo que a veces no estoy de acuerdo a que

todo se le deje a investigar al estudiante, porque hay cosas que uno no comprende aún y menos cuando no las ha visto...(E:15/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:21).

Nos daban guías que había que desarrollar, nos colocaban a hacer exposiciones y nosotros dictábamos las clases, al final el docente daba un resumen del tema visto. Pero...muchas veces dábamos las exposiciones y quedaban así, lo de nosotros mismos, si preguntábamos cosas pero no quedaban claras, porque ya todo el día habíamos visto exposiciones, y habían unos temas que quedaron en el aire, y pues el docente explicaba cosas, pero no es que parara y retomara la clase... ¡No!(E:18/G.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:26).

El estudiante a pesar que expresa una dura crítica hacia su educación rígida y tradicionalista, difícilmente se puede adaptar a otros modelos de enseñanza, ya que hemos acostumbrado a los estudiantes a darles todo en la clase, y para muchos de ellos es una molestia tener que leer y entender un tema para tratar de explicarlo a sus compañeros. También se da el caso en que el docente con el ánimo de dejar en libertad al estudiante para que desarrolle libremente su seminario, cae en el extremo de no supervisar de cerca su proceso de aprendizaje, por lo tanto el estudiante se siente sólo, y queda con muchos "vacíos conceptuales" que no sabe cómo suplir en el momento de la evaluación.

En esta parte también es claro como los estudiantes y egresados pueden ver la división de la clase teórica, encontrando en la mayoría de ellas un componente biomédico y un componente de cuidado de enfermería. Y como también se le da una importancia mayor al componente biomédico que al cuidado de enfermería. A respecto se menciona:

Cada profesor tiene una metodología de educación diferente, digamos que en general van, nos explican patologías y todo, y luego de haber visto el modelo biomédico como tal, se empieza a estudiar el cuidado de enfermería, como es que nosotros vamos a entrar a ayudarle a esa persona.(E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:23).

Tuve profesoras muy buenas...que me incentivaron mucho (menciona docentes que tradicionalmente enseñan más desde lo biomédico)... pero otras profesoras que la verdad uno no las recuerda porque...son personas que sólo cumplen con su trabajo y no van más allá en profundidad... o sea dan su clase y ya, y no llevan más a fondo la parte del tema del cuidado, son muy superficiales en los temas.(E:16/G.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:18).

Los estudiantes y egresados sienten gran admiración por la docentes de enfermería que dominan y enseñan los contenidos biomédicos y/o clínicos de la enfermería. Sintiendo entonces que docentes que tiene como fortaleza este saber y lo dominan a la perfección sobresalen por sobre otros docentes que enseñan otras áreas del saber.

6.7. Clínica Vs. Comunidad

Tradicionalmente el estudio del área clínica es la que ha marcado la pauta en los procesos de educación de los profesionales de la salud. Particularmente la enfermería, basándose en la medicina, en ocasiones enseña en forma paralela al currículo médico, agregando solo un componente del cuidado de enfermería a la clase biopatológica dictada previamente, generalmente con un modelo tradicional. Los estudiantes sienten mayor admiración por los docentes que dominan estas áreas, y los contenidos biomédicos son en muchos casos bienvenidos a los estudiantes ávidos de conocimientos que puedan llevarlo a ser un buen enfermero y poder en algún momento entrar a participar en las decisiones médicas de un paciente hospitalizado.

La enseñanza de la salud pública ha tenido una historia diferente, al no estar concentrada en un hospital como centro de educación, es la familia, la comunidad el centro de atención, investigación e interés del conocimiento. De acuerdo con la OMS, la salud pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad. (Blanco, 2005, p.6). No es unidisciplinaria, es decir, se debe trabajar en conjunto y a la par con un equipo de trabajo conformado generalmente por profesionales de la Ingeniería Sanitaria, Veterinaria, Economía, Antropología, Biología, Ecología, entre otros. Este modelo se aleja del tradicional modo de entender y asumir el concepto de salud, ya que no se centra en la patología, sino en el mantenimiento del bienestar de la persona.

Al indagar sobre las fortalezas y debilidades que considera que le aportó su formación académica en el pregrado, sorprendentemente la mayoría de estudiantes y egresados

manifestaron sentir una gran fortaleza en el componente de salud pública o comunitaria. Al respecto se encontró lo siguiente:

Me considero fuerte en Salud pública.(E:8/St.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:25).

Me considero fuerte en Promoción y prevención, me gusta, me gusta mucho...me gusta mucho dar charlas...siento que soy buena para eso.(E:10/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:27).

Me considero más fuerte en salud pública y mi pasión por investigar que también para el profesional de enfermería y todo lo que hacemos a diario con el paciente tiene que trascender a cuidados. (E:15/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:24).

Aprendí mucho Pediatría, siento que aprendí bastante Pediatría y trauma también aprendí mucho y a nivel comunitario también. (E:9/St.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:28).

Hay otras áreas de la enfermería como la gerencia y la administración en salud donde algunos estudiantes y egresados ubicaron sus fortalezas. Por ejemplo:

Soy fuerte en administración. (E:17/G.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:20).

Soy buena en bioquímica y en gerencia... se vio mucho gerencia... (E:16/G.UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:23).

Al hablar de las debilidades que considera que tiene por su formación académica, el discurso se va un poco en estudiantes y egresados hacia el componente clínico, manifestando tener temores hacia la realización de procedimientos clínicos específicos, por falta de práctica, o manifestando dudas en los conocimientos fisiopatológicos de algunas enfermedades. Al respecto se encontró:

...me siento débil en UCI... (risas) en la UCI no, nada qué ver...no, esas cosas asistenciales...no. Con Unidad de Cuidado Intensivo y toda esa carreta no. (E:13/G.UV/Tec:EP/G:M/M:SM/R:36).

Mi debilidad es la parte clínica... no me pongas en una UCI porque lloro(risas)!(E:14/G.UV/Tec:EP/G:F/M:SM/R:31).

Me considero más débil en farmacología y en procedimientos, creo que no soy muy hábil, quizá por eso escogí la otra contraparte de mi profesión.(E:15/G:UL/Tec:EP/G:F/M:SM/R:25).

Me siento débil en fisiología, la fisiología me pega un poquito duro, y en la procedimientos...me falta experiencia...por ejemplo toma de gases, que en todo lo que lleve estudiando solo tome dos veces y siento que en eso puede ser, pero también muchas cosas que tengo por aprender.(E:12/St.USC/Tec:EP/G:F/M:SM/R:26).

Las debilidades se han referido en general a la falta de experiencia al respecto. Pero al igual estudiantes y egresados indistintamente de la universidad manifiestan la misma debilidad, en la parte clínica - asistencial, ya que consideran esta parte vital para su desempeño profesional, tal vez consideran que no están capacitados para afrontar ciertas situaciones que pondrían a prueba específicamente sus habilidades y su pericia en la práctica de la enfermería.

7.Una propuesta ética y estética para el Cuidado en enfermería

7.1 El Cuidado en puntos suspensivos...

La revisión conceptual que presentamos en el área temática permite ver el esfuerzo de las intelectuales y pensadoras de la enfermería por la búsqueda de una identidad profesional, por una estructura disciplinar que permita trascender la perspectiva sólo asistencial y su dependencia de la profesión médica. Al hacer el tránsito de la asistencia de médicos y pacientes, a la de una disciplina profesional propia, se crea un cuerpo disciplinar jerarquizado y específico que inicialmente se centra en acciones de enfermería y sufre un giro desde los aportes de teóricas como Leininger, Roger y Watson hacia el cuidado y hacia las humanidades. Esta tendencia establecida en general por la enfermería norteamericana es la que ha marcado la pauta para la consecuente reflexión disciplinar en Latinoamérica y en Colombia. Es decir, históricamente hemos intentado adaptar teorías extranjeras y hemos querido adaptarlas al contexto Colombiano regional y /o local.

Al hacer la exploración de la historia de la enfermería en el Valle de Cauca, se pueden apreciar varios hitos. El primero que tiene que ver con los hechos que posibilitaron el surgimiento de los procesos de formación en enfermería en el Valle del Cauca y el suroccidente colombiano. En principio la creación del Departamento del Valle del Cauca con capital Cali y posteriormente la agenda de Estados Unidos para América Latina después de finalizar la segunda guerra mundial, la cual genera y potencia el desarrollo tanto del Departamento del Valle y que se concreta en los apoyos para la creación de la Universidad del Valle. Las Fundaciones W.K. Kellogg y Rockefeller abanderan internacionalmente los procesos de creación de la Facultad de Medicina y la Escuela de enfermería, intentando de esta forma hacer a través de becas y pasantías de la enfermería más que un oficio ejercido por religiosas o personas entrenadas empíricamente, una profesión propiamente dicha. La Escuela de Enfermería nace como una necesidad social que pretende mitigar problemas como la mortalidad materno-infantil.

Los primeros currículos, inicialmente copias de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional en Bogotá, apuntan en general a la atención de personas con enfermedades específicas. Es decir, curricularmente en un principio se hablaba de atención y de actividades de enfermería más que de cuidado. La creación e iniciativa para el surgimiento de programas al haber sido de

los médicos, generaron una duplicación de la educación médica, herencia que está presente hasta hora.⁴⁶ Es decir los médicos se convirtieron en profesores teóricos de las enfermeras, y estos a su vez utilizaban los mismos procesos didácticos tanto en Medicina como en enfermería. Es por esta razón también, que los planes curriculares iniciales fueron planteados con los mismos principios de la división del cuerpo en especialidades, como sucede con la medicina.

Un segundo hito identificado en la historia de la Enfermería en el Valle del Cauca se relaciona con el surgimiento de programas de Enfermería desde la iniciativa de las universidades privadas. La Constitución de 1991, la expedición de la Ley 100 en 1993 generan nuevas posibilidades de mercado, que abren la puerta a la Universidad privada para ofertar educación en enfermería que compense las demandas laborales en el sector, o atendiendo una necesidad de mercado. Surgen para este momento los programas de la Universidad Santiago de Cali y la Universidad Libre- Seccional Cali, los cuales también intentaban suplir la carencia de cupos que la Universidad Pública tenía.

Un tercer hito se da con la llegada de los procesos de acreditación a partir de la creación de Consejo Nacional de Acreditación, por la Ley 30 del 28 de diciembre de 1992, que propicia la búsqueda de identidad profesional de los programas académicos. Este nuevo proceso que genera la cultura de la calidad de los programas de educación superior, obliga a la reflexión teórica y epistemológica de cada una de las disciplinas y a identificar claramente su objeto de conocimiento. Es a partir de aquí cuando se acentúa la reflexión sobre el “cuidado” como objeto de estudio y fuente de pensamiento reflexivo epistemológico y ontológico de la disciplina de la enfermería.

El análisis de los resultados del segundo momento de la investigación, nos permiten ver las experiencias de los actores institucionales frente al cuidado en el transcurso de su vida, por lo tanto su sentido cambia y se transforma de acuerdo al entorno y a las vivencias de cuidado que las personas tienen a través de su camino, no sólo académico, sino también de vida. Como se pudo observar, dichas experiencias nos muestran la dificultad para la incorporación del cuidado, tanto macro como micro curricularmente. Es decir, por el interés académico de visibilizar el cuidado en los planes curriculares, se realizaron acciones como los cambios de nombres a las asignaturas, pero en esencia, las asignaturas en general siguen teniendo la misma estructura bio-

⁴⁶ Categoría descrita en los hallazgos como: “Iniciativa de los médicos, ayudas y apoyo nacional e internacional.”, p. 90.

médica-asistencial. También se incorporaron asignaturas específicas de las humanidades al plan de estudio, pero estas asignaturas los estudiantes las percibían como “costura” o “relleno”, sin que en realidad se haya logrado procesos de aprendizaje que el estudiante relacione con el cuidado. El momento en que el estudiante percibe el aprendizaje del cuidado también es un asunto interesante, ya que aunque existan muchas asignaturas denominadas “Cuidado”, el estudiante sólo percibe su aprendizaje en el momento que inicia su práctica con paciente hospitalizado.

La herencia biomédica es la que históricamente ha marcado la pauta en los procesos de formación en enfermería y este modelo de enseñanza deja poco espacio para los procesos de reflexión epistemológica de lo que se supone, es su objeto de estudio. En general los actores institucionales señalaron haber encontrado muchas dificultades para hacer práctico los aspectos relacionados al cuidado, ya que a pesar de haberla incorporado a los currículos, los egresados no sienten que la puedan aplicar en su vida laboral. Las exigencias del mercado hacia la enfermería, apuntan al cumplimiento de metas específicas de calidad. Es decir, los enfermeros realizan innumerables acciones en los servicios, y estas acciones, muchas veces no están orientadas al cuidado de la persona, sino a acciones de tipo administrativo y de control, delegando muchas veces los aspectos del cuidado a otras personas o reduciendo al mínimo el tiempo asignado para éste, ya que el número de pacientes asignados es demasiado.

A modo de síntesis, la reflexión acerca del cuidado es novedosa y por esta razón ha sido difícil apropiarnos de ella y más difícil aún llevarla a la práctica curricular en forma efectiva, ya que las estrategias de incorporación del cuidado en el currículo han sido instrumentales o de cambio de nombres de las asignaturas, lo que en realidad no ha significado un cambio en la perspectiva asistencial y biomédica propia de la formación en enfermería. Se han realizado esfuerzos por conceptualizar el cuidado pero ha sido, por fracciones de tiempo y ésta debe ser permanente.

La propuesta del cuidado en enfermería significó ampliar la forma de asumir al ser humano y la incorporación de la ciencias sociales y humanas, dicha reflexión bien sea por su novedad o por su complejidad o por la fuerte tradición asistencial y biomédica de la enfermería no ha sido suficientemente apropiada por los programas, los docentes, estudiantes y egresados. Las

exigencias del mercado por el contrario cada vez más los alejan de una perspectiva humanista de la salud.

Es de reconocer que en Colombia se viene haciendo una reflexión contextualizada del cuidado en algunas universidades del país como la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle, entre otros (en los grupos de cuidado de los programas de enfermería) y es en este contexto en el que proponemos poner al *Cuidado en puntos suspensivos*, en el sentido de seguir reflexionando y madurando por parte de la comunidad académica de la enfermería al cuidado como objeto de estudio o como elemento de identidad profesional de la enfermería. Quizás por ahora la salida no sea la de instrumentalizar los contenidos del cuidado en las asignaturas como ya se hizo, sino nutrir desde nuestros propios contextos académicos al cuidado en enfermería. En este sentido mi propuesta, ya que las teóricas del cuidado de enfermería asumieron el cuidado desde la integralidad del ser en conexión con la naturaleza, su entorno y su cultura, es la de incluir en la reflexión del cuidado una perspectiva ética y estética para lo cual invito a articular la propuesta de Gilligan de una Ética del Cuidado y la propuesta de Foucault de una Estética del cuidado que es lo que desarrollaré a continuación como parte del inicio de una reflexión propia, que espero se convierta en la motivación necesaria de otros académicos de la enfermería para continuar pensando desde nuestros entornos.

Autores como Gilligan y Foucault han sido utilizados en las reflexiones disciplinares de la Enfermería. Foucault se ha trabajado en entornos como Canadá, Norteamérica, Brasil y sus reflexiones han girado generalmente en torno al poder. “Un conocimiento por tanto sepultado, pero también descalificado ante la opresión del saber biomédico, que desde su posición hegemónica somete a la disciplina enfermera”. (Amezcuca, 2009) De acuerdo con el mismo autor, las obras de Foucault que han sido más utilizadas por la enfermería fueron: “Vigilar y castigar (1975), con la que analiza las instituciones de "normalización"; el vol. 1 de *Historia de la Sexualidad* (1976), en el que defiende el verdadero objeto de lucha en nuestra sociedad: el control sobre nuestros propios cuerpos, sobre nuestros deseos y pasiones; y una de sus primeras obras, *El nacimiento de la Clínica* (1963), en la que rastrea el desarrollo de la medicina (específicamente la institución de la clínica) como lenguaje, como óptica científica y como relación interhumana. Algunos de los conceptos más utilizados fueron: poder/conocimiento, vigilancia, discurso, disciplina, resistencia, mirada clínica, o panóptico” (Gastaldo et al, 1999. Citado por Amezcuca, 2009).

Por su parte Carol Gilligan y su Ética del cuidado también ha sido reflexionada por la disciplina. La Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana, desde comienzos de los ochenta, ha venido desarrollando un seminario de reflexión acerca del cuidado como conceptualización disciplinar. Para inicios del año 2000 el seminario concentra la discusión en Carol Gilligan y su texto “La Moral y la Teoría: Psicología del desarrollo femenino”. Allí se confrontan las distintas concepciones de cuidado desde los autores disponibles para la época y su relación existente con la teoría de Gilligan. (Daza de Caballero, 2004) El seminario encontró convergencias tales como el reconocimiento del rol de los sentimientos y la emoción, la preocupación por no dañar al otro.

La propuesta que planteo en esta tesis es una perspectiva complementaria. Es decir una perspectiva que articule la Estética del cuidado de Sí, con la Ética del Cuidado. Teniendo en cuenta que, de acuerdo a lo encontrado en esta investigación, el profesor es considerado un modelo no solo de cuidado sino de vida; se hace necesario que se parta de un planteamiento o una propuesta distinta a la tradicional del cuidado de otros. Entendiendo la Estética del cuidado de Sí, de acuerdo a Michel Foucault, como la posibilidad de cuidarse uno mismo (esto va mucho más allá del concepto de autocuidado, que explico más adelante), se plantea de esta forma un cambio de perspectiva, primero desde el cuidado de mí mismo, para convertirme en un verdadero referente de vida y de cuidado, para de esta forma poder dar cuidado a otros.

Ética de Cuidado desde la perspectiva de Gilligan la mujer, entiende el cuidado y la responsabilidad que tiene hacia otros, muchas veces anteponiendo sus propias necesidades para satisfacer la de otros. Es allí donde las dos perspectivas se hacen complementarias y articulándolas se genera la fórmula exacta que potenciaría el bienestar no solo de las personas cuidadas sino de los propios cuidadores.

7.2. Carol Gilligan y la ética del cuidado del otro

Se podría afirmar que el cuidado es la actitud maternal por excelencia, en tanto los actos de cuidado más sublimes son los prodigados por las mamás a sus bebés. Las madres normalmente describen la experiencia de su relación con los hijos en términos que desafían el individualismo clásico, el egoísmo y van más allá a una extensión del sujeto que deja de ser uno mismo, una sensación de estar en dos lugares, de ser dos personas al mismo tiempo, pues la madre se entrega y funde su vida en la vida de su hijo (Bowden, 1997, p. 22). Esta tendencia hacia el cuidado que poseemos las mujeres, no sólo se ha dejado ver en la actividad maternal sino en diferentes contextos de la vida. Por ejemplo, en “Frente al Límite”, Tzvetan Todorov relata cómo las actividades de cuidado mutuo entre los presos en los campos de concentración nazis había más ayuda, compañerismo y cohesión entre las mujeres que entre los hombres; más aún, proporcionalmente las mujeres sobrevivieron más que los hombres en ese contexto de hacinamiento, las mujeres se mostraban más prácticas y susceptibles de ayudarse mutuamente porque en ellas existía un especial sentido de cuidado propiamente femenino que brindaba mayor protección entre ellas (Todorov, 1993, p.84).

Al observar la historia se puede notar, cómo ha sido la mujer, la que ha asumido el papel fundamental de cuidado en su familia, más aún desde las épocas de las cavernas era ella quien cuidaba a los hijos junto a la hoguera mientras el varón se iba de caza en búsqueda de alimento, y se puede evidenciar históricamente cómo ese papel de cuidado fue trasladado al ejercicio profesional de la enfermería, de la mujer enfermera, no sólo en sus funciones de cuidadora, sino que también se ha incluido el rol que históricamente ha tenido la mujer en la sociedad.⁴⁷ En tal sentido, la enfermera es concebida desde su papel de mujer; por lo tanto su función dentro del equipo de salud también tiene que ver con este aspecto de cuidadora, preservadora y vigilante de la vida⁴⁸. Así mismo, se espera de ella disponibilidad continua, posibilidad y habilidad para

⁴⁷ Las mujeres han jugado un papel histórico muy importante en el desarrollo de las ciencias de la salud y, concretamente, de la enfermería como disciplina profesional. Son innumerables los ejemplos de activistas en el campo de la salud. Mediante estos procesos, de construcción crítica, la categoría de género se hace imprescindible en la delineación de una propuesta epistemológica de la enfermería, desde donde se puedan reconstruir nuevas formas del cuerpo social que conforma este campo de la salud.

⁴⁸ Al clasificar el cuidado como perspectiva feminista se puede caer en el error de considerar el cuidado como una tendencia de signo biológico en las mujeres, no de aprendizaje; no obstante, se trata de reconocer el carácter de construcción social y de adaptación femenina de esta tendencia para reconocer sus sentidos y apropiación en la Enfermería.

cuidar a cualquier persona que requiera atención; no obstante, no sólo procura el cuidado de los pacientes sino también del personal médico del hospital y que como una mamá, vela por el bienestar de todos los miembros de su “familia”. Por otra parte, son esas figuras de poder masculino que encuentran las mujeres desde la formación en sus hogares -llámese padre, esposo o los determinismos apodícticos de una institución como la iglesia-, lo que en definitiva continúa dominando las estructuras jerárquicas en el mundo profesional de la salud. Lo ilógico de la desigualdad entre los otros y yo, llevan a una reconsideración de las relaciones, en un esfuerzo por aclarar la conjunción entre autosacrificio y cuidado, inherente a las convenciones de la bondad femenina (Gilligan, 1985, p.128).

La subordinación a la que se han visto sometidas las mujeres durante muchos siglos no se puede defender sólo moralmente, se trata de establecer una base jurídico-política desde donde las mujeres sean realmente reconocidas como tales. Incluso “durante buena parte de la historia se ha considerado que la naturaleza de las mujeres respondía a lo que podríamos llamar virtudes domésticas, y que era menos apta para adoptar una perspectiva amplia”⁴⁹ (Singer, 1995, p. 209-210).

El rechazo de la sumisión femenina o dependencia impropia de los roles masculinos, en algún momento condiciona a la mujer a ser la cuidadora de todos los seres que necesitan cuidado, cabría preguntarse si ¿ha de llevar a rechazar el cuidado como un valor execrable y maldito? (Camps, 1998, p. 75). Si la mujer renuncia al cuidado podría parecerse cada vez más al hombre, pero los dos perderían el encanto de la intimidad del cuidar, el consentir y el derecho a la ternura. Al decidirse por la segunda opción, de aprehender el cuidado, apropiárselo y hacerlo extensivo a la humanidad, la enfermería adopta mejor una tarea fundamental en la conservación de la salud y la vida desde múltiples sentidos que la vida humana comporta, no sólo el aspecto físico, sino el emocional, el psíquico, el mental y el espiritual. Educarnos en el cuidado es una tarea sublime, más aún para que éste deje de ser un rasgo específico del género femenino y pase a ser un rasgo de humanidad compasiva, preocupada por el otro, con un sentido de inclusión y no

⁴⁹ ¿Pero dado lo anterior, estaríamos afirmando que el cuidado es un rasgo natural en las mujeres y no de los hombres? ¿Se trata de una determinación biológica o de una construcción social?, como afirmaría Joan Tronto (Tronto, 1998, p. 346). En este asunto habría que tener mejor criterio en la dirección que la investigación sobre el cuidado debe tomar. Las mujeres no son más aptas para el cuidado por razones biológicas sino por cuestión de aprendizaje; se trata, más bien, de una construcción social, de un asunto de género, no de un rasgo de sexo. Las mujeres tienen diferentes prioridades y una actitud diferente frente al cuidado y esa es la proyección que adoptó la enfermería.

de competencia, de intimidad y ternura, mas no de terquedad y egoísmo específico del ser humano.⁵⁰ La vida reclama lo femenino, lo maternal como soporte de la regeneración. Lo que es admirable como acto –el cuidado- puede cesar de serlo desde que se le congela en una actitud mecánica (Todorov, 1993, pág.88).

Leonardo Boff reconstruye el valor del cuidado (Boff, 2002, p. 133) a partir de la experiencia de “figuras ejemplares”, no de mujeres en general (Boff, 2002, pp.134-149), tales como Jesús, Buda, Francisco de Asís, la Madre Teresa de Calcuta o Mahatma Gandhi. Lo que interesa a Boff es mostrar personalidades ejemplares que toma como referencia para el aprendizaje del cuidado. Además, las “figuras ejemplares” del cuidado se pueden reconstruir a partir de diferentes tendencias sociales, raciales, religiones y filosofías. Boff recoge, más allá de los evidentes y conocidos aportes desde las grandes religiones como el cristianismo, el *Feng Shui*, como tendencia china o arte del cuidado que consiste en cuidar de las relaciones sociales, del ambiente, del espacio que nos rodea y del equilibrio de nosotros mismos (Boff, 2002, pp. 149-155). Ante la devastación paulatina del medio ambiente y la grave crisis ecológica actual, la cultura del cuidado desde el *Feng Shui* ayuda a restablecer el equilibrio, la alianza de simpatía y respeto por la madre tierra. Esa conducta reconstruye una morada humana asentada en el cuidado y en sus múltiples resonancias (Boff, 2002, p. 152).

John Rawls en el libro *Teoría de la Justicia* señala que una sociedad bien ordenada debe regirse por tres grandes principios de justicia: libertad igual para todos, igualdad de oportunidades y el llamado “principio de la diferencia”, según el cual la distribución de los bienes básicos por parte del Estado, favorezcan a quienes más lo necesitan. Para ser más precisos, el compromiso por una persona específica bien sea un hijo, un amigo, la pareja o un extraño, tiene como foco primario las necesidades, deseos, actitudes, juicios, comportamientos y todos los rasgos de la forma de ser de esa persona en particular (Friedman, 1993, p. 269). La teoría del cuidado se vincula con este particular sentido individualizante, íntimo y reconstituyente del ser humano.

El cuidado es una virtud interdependiente con otras virtudes, tales como el amor, la confianza, el respeto, la justicia, la honestidad, la gratitud o el esfuerzo son algunos de los valores que el cuidado motiva e implica y que enriquecen la vida moral del individuo. En

⁵⁰ Más allá de cualquier dimensión psicológica que explique la voz moral de las mujeres, puede haber también una causa social, pues las mujeres en función de su posición social subordinada en la historia asumen la inclusión de los subordinados o marginados en general (Tronto, 1993, p. 243).

cualquier caso, el cuidado no es el fundamento para una ética separada que pueda ser entendida independientemente de otras virtudes (Martin, 1996, p. 43). Los cuestionamientos tales como: a quién o quiénes, qué cuidar, desde y por cuánto tiempo, dónde, cómo, con qué instrumentos y estructuras, con qué intensidad y esmero, presuponen valores como el reconocimiento, la estima, la ternura y la responsabilidad y, por otro lado, de la justicia, la equidad o la honestidad. La interacción entre la ética del cuidado y la ética de la justicia se aprecia mejor en el hecho de que para transmitir el sentido de justicia de una generación a otra es necesario el cuidado, el amor y la ternura con los niños, que reciben la información para madurarla y retransmitirla posteriormente (Baier, 1993, p. 23).

Gilligan plantea: “Tengo un poderoso sentido de ser responsable hacia el mundo, que no puedo vivir para mi placer, sino que justamente el hecho de estar en el mundo me impone una obligación de hacer lo que yo pueda para que el mundo sea un lugar en el que se viva mejor, por muy pequeña que sea la escala en que lo logre” (Gilligan, 1985, p. 45). Por tanto, el cuidado debe extenderse más allá del ámbito privado para abarcar lo global.

No obstante, el sentido del cuidado no se puede perder en la indeterminación de la globalización, pues el cuidado reclama la atención de un determinado paciente en su contexto, con su historia particular. Los destinatarios del cuidado son personas, individuos, no objetos, pacientes sin voz ni reconocimiento, no son abstracciones. “El destino de la acción de cuidar no es una abstracción, ni una idea etérea, ni es la humanidad en general, sino este hombre y esta mujer, este niño y este anciano” (Torralba, 1998, p. 322).

La atención y el cuidado son fundamentales en el desarrollo normal de una persona, desde la primera infancia hasta la adultez mayor. Un niño privado del apoyo emocional de un padre o una madre, se abandona a las fuerzas más decadentes, nutre el desequilibrio de generaciones para la droga, la violencia y la prostitución. Además el cuidado no sólo se da en situaciones en donde el otro demuestra necesidades y precariedad, como una obligación que constriñe, sino que los participantes se entrecruzan en una relación de cuidado que fluye bajo la dinámica del deleite, del goce y del empoderamiento mutuo. En otras palabras, las tareas de atención y cuidado son importantes no sólo el desarrollo humano del beneficiario sino también del donador.⁵¹ La

⁵¹ El cuidado se debe generar en una relación de equidad, de igualdad, de reconocimiento del otro y cuando esto ocurre no es necesario distinguir entre el rol cuidador y la fuerza del cuidado, por correspondencia el cuidado retornará con el tiempo a quien lo suministró desde una relación de intimidad y respeto. En muchos tipos de relaciones el ser humano que es cuidado también tiene una función activa para mantener la

madre y el padre que nutren a su bebé con cariño, ternura, atención y cuidados, también empoderan sus roles de papás y maduran su misión. En ese sentido, el donador es un beneficiario del circuito del cuidado. Más aún, a través del cuidado del otro se tiene la impresión de reencontrar la dignidad y el respeto hacia sí mismo, puesto que se cumplen actos que la moral ha considerado siempre como loables; es así como el sentimiento de dignidad refuerza nuestra capacidad de mantenernos vivos (Todorov, 1993, p. 95).

El cuidado del otro desde nuestra genuina apropiación del ser femenino, el cual existe en hombres y mujeres y que potencia en las personas empatías y conexiones que facilitan los actos de cuidado.

7.3. Qué hacer desde la educación en enfermería

Los procesos educativos de la enfermería en Colombia, se han basado en teorías y modelos tradicionales, las cuales han estado a la vanguardia del cuidado en nuestro país. Sin embargo, es difícil en ocasiones para un docente de enfermería investigar, elaborar científicamente un escrito, abordar una propuesta epistemológica desde el contexto de salud y cuidado que vive a diario; generalmente los profesionales de la enfermería se ven compelidos a limitarse sólo a copiar teorías foráneas o a seguir modelos o metodologías, que a juicio de los expertos, son los mejores para dar continuidad a la tradición académica de la disciplina y así poder consolidar la enfermería para que se yerga con mayor fundamentación y autonomía. Y creo que nadie duda de eso, pero ¿qué pasaría si desde nuestras experiencias de vida como enfermeras que vivimos y laboramos en un país como Colombia, tuviéramos la iniciativa, la posibilidad y el respaldo de la comunidad científica para pensar y reflexionar sobre formas propias de ver el cuidado, desde nuestros contextos, y de hacer enfermería? Es decir, crear nuestras propias teorías, nuestra epistemología, nuestras categorías, nuestros vocablos y lenguaje, nuestros modelos, nuestras metodologías, recursos y esquemas pedagógicos, para que así de esta forma no encontremos extraño en lo que ahora es evidente. No obstante los avances en la profesión, aún persiste la

situación de circuitos reproductores de cuidado. El ser humano cuidado cumple un rol de receptor, pero desde la dinámica de la reciprocidad y la correspondencia también cumple con un importante rol indirecto de cuidar. Surge el tema de la *reciprocidad* (Noddings, 1984).

desarticulación entre lo que se enseña en la academia y lo que se evidencia en las prácticas de enfermería, en los contextos de la vida laboral.

Es pertinente y urgente reelaborar una teoría pensada desde la interdisciplinariedad, desde donde se haga el tránsito de la subdivisión biomédica del ser humano a la visión unitaria y holística del mismo, en donde realmente se vea al ser humano desde todas sus dimensiones de ser. El cuidado, más que una dicotomía que aleja al hombre de su ambiente, debe ser una perfecta articulación entre lo que se hace (procedimiento físico) y el reconocimiento del “ser” de otro ser humano desde los afectos y emociones (interacción interna).

El cuidado trasciende los actos de atención de enfermería, por lo tanto tiene mucho que ver con otras disciplinas, que desde otras visiones se pueden articular en forma transdisciplinar para entender mejor este fenómeno. Noddings ha demostrado como el cuidado se convierte también en el pilar fundamental de los procesos educativos. Dentro de sus estrategias se encuentra una que considero básica, de acuerdo a lo encontrado en esta investigación. Noddings (2005) lo menciona como “ser ejemplo”. Que no es más que lograr ser ese modelo inspirador positivo que los estudiantes quisieran durante su vida personal y laboral. Ella logra demostrar cómo el cuidado pertenece a múltiples disciplinas, y cómo cada una con sus caracterizaciones propias, generan un gran concepto que podría ser aplicable en forma particular desde distintos ámbitos.

De acuerdo con lo encontrado en esta investigación creo que no basta con incorporar asignaturas del humanismo a la enseñanza del cuidado, para hacerlo más o mejor; lo que en verdad es necesario sería reconocer al ser humano como sujeto del cuidado, como “ser humano” digno de ser querido, para poder actuar sobre él y con él, para crear, recrear y estructurar el cuidado desde nuestro propio entorno, reflexionándolo en forma multidimensional, pero con la autonomía e independencia pertinente.

En la cultura occidental hemos sido educados para la individualidad, el desinterés por el otro y el egoísmo. Prima la desconfianza, el miedo y desazón por el triunfo personal, por encima de la solidaridad, la felicidad y el emprendimiento para la construcción de un futuro mejor. Es cada vez más reducido el ámbito de atención y cuidado a la esfera privada, familiar.

Es innegable que el miedo por la acción del otro cobra más fuerza que la valentía de salir de sí mismo a conquistar abrazos. No cabe duda de que el número de personas que conocemos durante nuestra vida es reducido y que el tipo de entrega y amor que podemos ofrecer a nuestros más íntimos amigos y familiares no puede ser generalizado, existe toda una jerarquía en los

afectos. Sin embargo, esto no impide que eduquemos un sentimiento de unidad en el que nos sintamos responsables por los otros, de quienes viven fuera de nuestro entorno más cercano. Ese es el propósito de la enfermería, tener un sentido de inclusión, reconocimiento y transformación del ser humano, desde todas sus dimensiones.

La formación de la sensibilidad de las personas constituye el aspecto más humano de la pedagogía y sin embargo la mayoría de las veces está olvidado. Se ha dado desde siempre mucha importancia a la transmisión de conocimientos técnicos y prácticos al igual que al desarrollo de un pensamiento crítico, pero poca importancia se le ha dado a la formación de la sensibilidad. Tradicionalmente el sistema educativo ha dado más importancia a los aspectos cognitivos y técnicos que a los emocionales o morales. En los últimos años diferentes estudios están señalando la importancia de una educación emocional tanto para la vida privada del individuo como para la pública, entre ellos cabe destacar por su repercusión, el best-seller de Daniel Goleman *Inteligencia Emocional* (Goleman, 1996).

La educación sentimental trata de superar tanto estos prejuicios como los silencios que en el ámbito de los afectos se producen desde el sistema educativo. El cultivo y educación de los afectos se convierte en una prioridad para la formación profesional de la Enfermería. No obstante, en nuestra sociedad las emociones son a menudo desalentadas. Mientras que no hay duda que cualquier pensamiento creativo –así como cualquier actividad creativa- está inseparablemente unida con las emociones, se ha convertido en un ideal pensar y vivir sin emociones (Fromm, 1941, p.244).

La educación y formación profesional en Enfermería debe superar la contraposición la formación biomédica y la formación de la sensibilidad, la división entre razón y emoción, el ser humano es una articulación holográfica compleja y no tomar esto en consideración en el ámbito educativo sería un craso error. Es decir, no podríamos destacar sólo una parte, ni sólo emotividad ni tampoco sólo cientificismo profesional. “La razón, pero una razón íntegramente humana, una razón que pierde su norte si no hunde sus raíces en el sentimiento» (Cortina, 1985, p.21).

Hace falta una educación sentimental en el valor del cuidado en la formación profesional en enfermería. Por tanto, la educación en el valor del cuidado además de ser una educación emocional se trata de una co-educación, una educación de sí mismo y una educación con el sentido de inclusión y cuidado por el otro. La coeducación hace referencia a la importancia de

educar para la igualdad. “El papel del género esclaviza a hombres y mujeres a formas de sentir y de vivir impuestas por la tradición” (Oliveira, 1998, p. 114).

El cuidado no se puede generalizar, reclama un contexto de conocimiento, reconocimiento, autonomía, individualidad e intimidad; en ese sentido sólo puede proveerse a un número muy limitado de personas. En tal sentido, las enfermeras en los hospitales no necesariamente cuidan, aunque atiendan o asistan a los enfermos, sin preocuparse más que por suministros mecánicos de terapias o aplicación de medicina o intervenciones somáticas de rutina. Lo que interesa en la atención es no sólo la intención, sino la actitud de interdependencia, de reconocimiento y lazos de afecto que se lleguen a crear en la relación. Sin embargo, el cuidado no debería ser usado como una excusa para reducir el ámbito de nuestra actividad moral a aquellos que se circunscriban a nuestro entorno, porque entonces no valdría la pena proponer el cuidado como teoría moral, reducido exclusivamente a la esfera privada sin consideraciones del ámbito público que reclama un mundo más solidario y justo (Tronto, 1998).

7.4. Enseñanza- Aprendizaje del cuidado

De acuerdo con Moreira, la idea de percepción nos trae la noción de que lo que “vemos” es producto de lo que creemos que “está” en el mundo; es decir, no vemos las cosas como son, sino como nosotros somos (Moreira; 2005, pp.37-67). Es decir, en este caso el cuidado es enseñando de acuerdo con la experiencia de cuidado que tenga cada docente; de acuerdo con la experticia propia cimentada desde alguna de las tradiciones teóricas en enfermería o desde el propio sentido de cuidado. O sea, el profesor es perceptor y lo que enseña es fruto de sus percepciones (Moreira, 2005, pp.37-67). Debería tener en cuenta las individualidades de cada estudiante, ya que en cada uno de ellos se encuentra un mundo de percepciones única, insustituible y propia que ha ido ganando a través de su historia de vida.

Considero que los profesores no deberían enseñar el cuidado como si fuera una fórmula algebraica, por medio de una exposición de dos horas para dar contenidos, uno tras otro, o con ayudas didácticas y lacónicas de diapositivas. De acuerdo a lo encontrado en esta investigación, la forma como el docente debería enseñar el cuidado a sus estudiantes, sería impartir los conocimientos a partir de su propia vivencia internalizada; la educación en el cuidado se

caracteriza por ser, en ocasiones actos medidos y premeditados o también en forma inconsciente se realizan actos que son producto de los propios procesos internos del maestro y que se convierten en modelos, que por fuerza simbólica, imitan los estudiantes en su propia experiencia de acuerdo con su funcionalidad.

No se debería enseñar el cuidado de la misma forma como se instruye sobre los actos y procesos de curación de enfermedades. Desafortunadamente la historia de la enfermería subyace desde los dispositivos de control y enseñanza de la medicina, se asumen los procesos pedagógicos desde la imitación de modelos médicos; las formas de dar enseñanza muchas veces se da al mostrar los dispositivos médicos como pilares fundamentales de la formación de las enfermeras. Más aún, la enseñanza de la medicina parte de la división y fragmentación del cuerpo como objeto de estudio y desde la comprensión de la enfermedad genera los conocimientos anatómico/fisiológico/patológicos del ser humano. Por el contrario, la enseñanza de la enfermería debería partir no sólo del conocimiento, sino de la sensibilidad, de la emocionalidad, de la comprensión, vivencialidad de la integración del ser humano, entendido como sujeto multidimensional, en contexto e interacción con su medio ambiente, sensible a cualquier acto de cuidado.

De acuerdo con los currículos analizados, se pone de manifiesto el alcance transversal del cuidado en la mayoría de las asignaturas; sin embargo la realidad continúa siendo otra, el contenido biomédico es el que subyace con mayor fuerza y fundamento en los currículos. Entre tanto, lo mismo sucede con el modelo de enseñanza, pues son los estudiantes en general quienes perciben a sus profesores de corte muy tradicionalista; modelo en el cual el docente exige conocimientos de memoria, es autoritario y siempre cree poseer la verdad absoluta, imponer su criterio y dar la última palabra.

Sin embargo, a pesar de los sucesos, los estudiantes de enfermería entrevistados no son críticos sobre su propio proceso de formación, pues el componente biomédico se hace muy importante para ellos por encima de otros, de orden humanista. Es así como por lo general, mencionan a profesores de tendencia biomédica como sus mejores maestros, describen a docentes de otros cortes como aburridos y sus asignaturas como “costura” dentro del currículo. Los estudiantes, al no tener claridad sobre su propia disciplina, presuponen que deben competir en conocimientos biomédicos con el médico, para llegar a ser “buen(a) enfermero(a)”.

Observamos aquí las principales consecuencias de una educación tradicionalista, memorística y mecánica. De acuerdo con Postman y Weingartner, citado por Moreira, el hecho que la escuela se encargue de enseñar conceptos fuera de foco, desarraigados de la realidad, como: Concepto de verdad absoluta, fija e inmutable; el concepto de certeza, el concepto de causalidad simple, única y mecánica; concepto de que las diferencias existen sólo de maneras opuestas; finalmente, el concepto de que el conocimiento es transmitido y que debe ser aceptado sin ser cuestionado.

Estos conceptos típicos de la educación tradicionalista y, en nuestro caso biomédica, hace que se generen personalidades pasivas, dogmáticas, intolerantes, inflexibles y conservadoras, que se resistirían a cualquier cambio para mantener intacta su ilusión de certeza (Moreira; 2005, pp.37-67). Casualmente muchos de los estudiantes entrevistados describen a algunas de sus profesoras bajo tales características y, a pesar de existir la intención institucional de trascender a otros modelos de educación, un poco más dialógicos y flexibles, muchos docentes no ven al estudiante en un papel protagónico de su proceso de enseñanza-aprendizaje y surgen de ahí, entonces, limitaciones serias que hacen más difícil este proceso educativo. Entre estos están:

- En general, los docentes en enfermería entrevistados, reconocen sus debilidades pedagógicas y aceptan que en un principio fueron incorporados a la docencia debido a su experiencia o gracias a sus conocimientos o experticia procedimental específica en algún área del saber en enfermería. De manera que la falta de experiencia en los procesos pedagógicos se asocia en ocasiones a la limitación para generar propuestas educativas distintas, lo que se configura como la principal limitante para trascender en los procesos de educación profesional.
- A pesar de las intenciones institucionales encontradas en esta investigación, de dar protagonismo a los estudiantes en sus procesos de enseñanza-aprendizaje y de hacer significativo sus procesos educativos, no se brindan las herramientas administrativas necesarias para cumplir a cabalidad con este objetivo. Es decir, más allá de una sesión educativa dialógica, es importante contar también con otros sistemas de evaluación, que sean coherentes con lo que se intenta realizar en el aula de clase.
- Así como los estudiantes entrevistados sobrevaloran los conocimientos bioclínicos sobre el resto de asignaturas, de la misma forma se impone un imaginario docente que privilegia el saber clínico-memorístico, pues muchos consideran que tener mucha información acumulada

los hace mejor profesionales, y entonces se empeñan en memorizar conceptos para hacerse visibles intelectualmente frente a los estudiantes.

La teoría-práctica es la dicotomía tradicional en el saber de enfermería y se asume que es la teoría la que da validez científica a los actos de cuidado, y se convierte en ocasiones en dictámenes y accesorios curriculares, basada sólo en conocimientos médicos que intenta articularse a la práctica del cuidado, únicamente desde una visión biologicista del ser humano. Al no estar alimentada por ninguna otra ciencia, nos quedamos sólo en eso. Desde una visión patológica del ser humano se intenta validar con una visión holística, muchos aspectos del cuidado.

En cambio, la enseñanza práctica no ha tenido mayores cambios a través de la historia y menos ha sido producto de reflexiones pedagógicas. Ya que como es costumbre, acudimos a la duplicación de modelos, no sólo tomados de la medicina, sino también de la forma en que aprendimos a ser enfermeras. Lo común es que el docente le pida al estudiante la memorización de conceptos, antes de permitirle realizar algún procedimiento específico con el paciente. El problema es que al ser procedimientos nuevos y desconocidos para el estudiante, resulta muy difícil e inapropiado pedirle al estudiante elementos de anclaje conceptual en las prácticas con los pacientes, aparte de la memoria de conceptos. De manera que ocasionalmente sería conveniente permitirle al estudiante realizar algún procedimiento sin elementos mnemotécnicos, eso puede ayudar al aprendizaje porque se crean en el estudiante elementos de anclaje conceptual que necesita para generar aprendizaje autónomo y significativo, que van a dejar referentes en su vida profesional a largo plazo.

Los egresados al contrario de los estudiantes, sienten algunos vacíos en la formación sociohumanística, pues consideran en general que la universidad se quedó corta en la formación de bases conceptuales, desde lo social y las humanidades, con lo cual se generan grandes dificultades para poder entender por ejemplo el trabajo con las comunidades. Y aunque sienten que desde lo asistencial la Universidad les dio herramientas para “humanizar el cuidado” consideran lo propio como un medio laboral adverso, debido a la falta de colegaje y al exceso de trabajo, lo cual hace que ese ideal de cuidado humanizado planteado idealmente desde la universidad se quede sólo en letra muerta como teoría infecunda y en bonitos propósitos académico-universitarios, pues es muy difícil hacerlo evidente en la vida práctica.

Es misión de la formación académica universitaria intentar disminuir la brecha que separa la academia del mundo laboral real. La universidad es una institución del mundo actual concebida para ampliar la capacidad de acción y reflexión con responsabilidad ética y ecología, de los miembros de la sociedad que la sustenta. Por eso considero que la Universidad, como institución de una nación moderna, es un centro de educación organizado de modo que los miembros de esa nación que pasen por ella tengan la oportunidad de vivir la experiencia de practicar y reflexionar en el quehacer particular de su elección de modo que puedan después actuar responsablemente en ese quehacer, tanto con dominio operacional y reflexivo, con conciencia social, ética y ecología. (Maturana, 1997 p. 227)

Esta época nos está exigiendo nuevas formas de educación y, si en definitiva se quiere profundizar sobre la enseñanza del cuidado en toda su multidimensionalidad, deberíamos propender como dice Moreira por generar una enseñanza de conceptos como: relatividad, probabilidad, incertidumbre, función, causalidad múltiple (o no causalidad), relaciones no simétricas, grados de diferencia e incongruencia. Con ello obtendríamos un nuevo tipo de personalidades. Tal vez tendríamos enfermeros con personalidades más inquisitivas, con pensamiento divergente, más creativos, más sensibles a los problemas humanos, enfermera(o)s más flexibles, creativas, innovadoras, tolerantes y liberales, que pudiesen enfrentar la incertidumbre y la ambigüedad sin perderse y que construyesen significados nuevos y viables para hacer frente a los amenazadores cambios ambientales (Moreira; 2005, pp.37-67). Propender por este tipo de educación, es garantizar un nuevo modelo de enfermero que se atreva a pensar por si mismo, a criticar las estructuras tradicionales de la enfermería y del cuidado y que en definitiva posibilite la creación de propuestas que desde nuestro entorno generen cambios significativos en la forma como hacemos sentido de cuidado y como pretendemos enseñar a estudiantes desde cada una de sus estructuras de pensamiento, aspectos tan amplios y multidisciplinarios como es el cuidado.

Debemos propender por nuevos modelos de educación para crear desde allí un verdadero concepto del cuidado y generar desde la academia nuevos sentidos del cuidado, esta vez con pensamiento propio y propuestas teóricas conceptualizadas para que se permita visibilizar lo visto en las teorías con una aplicación real en las prácticas del cuidado.

7.5. Michel Foucault y la estética del cuidado de sí

La propuesta es un cambio paradigmático tangencial. No puedo cuidar de otro, si antes, no me he encargado de mí mismo. Es decir, si no conozco quien cuida, su alma, su cuerpo, difícilmente puedo dar cuidado de otro. Para Foucault, la etapa de la ética del cuidado de sí abarca el período que va desde 1976 a 1984. El cuidado de sí comienza por un cuidado del cuerpo, del espíritu y del saber desde una perspectiva propia. Esta situación proporciona el replanteamiento de categorías tales como la subjetividad, la libertad o la verdad. Los textos pertinentes a esta consideración ética en este período son ante todo los volúmenes segundo y tercero de la Historia de la Sexualidad: El uso de los placeres (1984) y La inquietud de sí (1984).

Los análisis que emprendió Foucault sobre las técnicas de sí empezaron en su Curso del Colegio de Francia 1979-1980 con: *Du gouvernement des vivants* (Del gobierno de los vivientes), en donde continuó el planteamiento sobre la gubernamentalidad⁵² que había hecho en 1979 en el curso *Naissance de la biopolitique* (Nacimiento de la biopolítica), al considerar la verdad como fundamento de los ejercicios de poder propios de la gubernamentalidad sobre sí mismo, bajo la ética del cuidado de sí. Así mismo, en el curso de 1981 titulado *Subjetivité et vérité* (Subjetividad y verdad), propone como problemática el conocimiento de sí mismo y su relación con la verdad. Así pues, el conocimiento sobre sí mismo, en tanto objeto de estudio de la verdad se constituye en una interacción con las formas de gobierno de sí, con la gubernamentalidad. Así mismo, en el curso de 1982 *L'herméneutique du sujet* (La hermenéutica del sujeto), señala que el imperativo del conocimiento de sí socrático tenía como soporte otro imperativo más fuerte: cuida de ti mismo, ten cuidado de ti, ten inquietud por ti mismo (*epimeleia eautou*).

A Foucault le interesa cómo se reproduce una ontología histórica de esos que somos nosotros, es decir, las tecnologías en tanto arte de la propia existencia. En la Historia de la sexualidad, Foucault analiza esta reproducción desde la mirada en los griegos y romanos, como parte del sujeto y de la vida. La cultura griega o romana era una manera de ser en el mundo, que no obedecía sólo a reglas de conducta, sino a una forma de ser con independencia y bienestar.

⁵² Concepto desarrollado por Foucault que hace referencia a la posibilidad de pasar del interior del estado y la estatización hacia el exterior de las tecnologías de gobierno como tecnologías políticas. Por medio de este concepto Foucault aborda el problema del estado y la población.

Foucault(2008)analiza cómo en laGreciadelos siglos II y III a.C., existían prácticas del cuidado de sí ligadas a categorías filosóficas y muestra cómo el ocuparse de sí mismo era, “para los griegos, uno de los principales principios de las ciudades, una de las reglas más importantes para la conducta social y personal y para el arte de la vida” (Foucault,2000:50).Este imperativo se traduce en una serie de actividades que conformaron las “tecnologías del yo”. “Las tecnologías del yo son las técnicas que se ejercen sobre uno mismo y que permiten a los individuos efectuar por sus propios medios un cierto número de operaciones sobre sus cuerpos, sus almas, sus pensamientos y sus conductas” (Díaz, 1995: 153). Vale decir, estas técnicas buscan el cuidado y esmerarse por el sí mismo, en tanto prácticas reglamentadas o no, individuales o colectivas, que buscan el conocimiento y la transformación de sí mismo, buscan la liberación del sujeto. En este sentido, las tecnologías del yo fueron examinadas por Foucault como “estética” en los griegos, “cuidado de sí” en los estoicos y “hermenéutica del yo” en los cristianos.

La ética del cuidado de sí básicamente es una actividad estética sobre el despliegue en una relación que es en la propia escritura y el tiempo de cultivo de las fuerzas que la conforman. En tal sentido, la verdad de sí acontece en las prácticas a las que la memoria restituye el carácter de obra maestra, la obra sobre sí mismo. "Hacer de la vida el objeto de una *tekhné*, hacer de ella, por consiguiente, una obra –obra que sea (como debe serlo todo lo que produce una buena *tekhné*, una *tekhné* racional...) bella y buena"(Foucault, 2008:402). Tal ética exige el dominio de técnicas de la vida, exige saber cómo gobernar la propia vida para darle la forma más bella posible. Para Foucault se trata de reconstruir el comportamiento propio mediante prácticas que tengan como objetivo constituirse a uno mismo como artesano de la belleza de su propia vida. Por eso el cuidado de la verdad es un cuidar de sí, en el campo de las relaciones posibles que se abran y, así mismo, cuidar de los otros; hay un espacio en el que el sí mismo aparece relatado y constituido en una relación consigo como sujeto. Se restituye al decir su carácter de acontecimiento.

La ética del cuidado de sí comporta el gobierno de la subjetividad, en sí mismo es un arte de la existencia. Para Foucault la ética comporta a su vez la estética; es decir, se puede hacer de la vida algo artístico, algo producido conforme a fundamentos estéticos mediante los cuales se expresa una visión de vida personal. Foucault afirmaba que la vida era una obra de arte, un proceso creativo de transformación individual en permanente construcción. Dicho en otros términos, en la etapa ética Foucault muestra cómo hay que hacer de la propia vida una obra de

arte, al liberarse del contagio contaminante de estructuras sociales en las que rige la ley del sálvese quien pueda (Foucault, 1991: 26). El sujeto ético es aquel que pretende una construcción de su agenciamiento, quien busca forjarse un sentido auténtico y cautivador de sí mismo, de su propia existencia.

En consecuencia [señala Foucault], tenemos todo un conjunto de técnicas cuya meta es ligar la verdad y el sujeto. Pero hay que comprenderlo con claridad: no se trata de descubrir una verdad en el sujeto ni de hacer del alma un lugar donde, por un parentesco de esencia o un derecho de origen, reside la verdad; no se trata tampoco de hacer del alma el objeto de un discurso verdadero. Aún estamos muy lejos de lo que sería una hermenéutica del sujeto. Se trata, por el contrario, de proveer al sujeto de una verdad que no conocía y que no residía en él; se trata de hacer de esta verdad aprendida, memorizada, progresivamente puesta en aplicación, un cuasi sujeto que reina soberanamente en nosotros. (Foucault, 2008: 475)

Bajo esta concepción ética Foucault replantea las verdades que poseemos y del gobierno de sí, la verdad es una empresa de sí que pasa necesariamente por la tarea de ocuparse de sí mismo. Las técnicas que permiten reflexionar sobre el propio estilo y modo de vida, sobre la dirección de la existencia propia o sobre las decisiones que permiten la transformación personal, son denominadas “tecnologías del yo”. Tales prácticas representan un proceso de subjetivación. Foucault plantea la pregunta: ¿Cómo podemos cambiar lo que hemos llegado a ser?

Foucault estudió los diálogos platónicos, los escritos de los epicúreos y de los estoicos, y en ellos descubrió modelos de vida contruidos a partir de la inquietud por la verdad, modelos que forman parte de un trabajo de sí, que reclama sabiduría y bondad, y que sitúa este saber en un espacio ético-estético. La relación entre sujeto y verdad se resuelve mediante la meditación y el conocimiento de uno mismo, ligadas con prácticas de adiestramiento y manejo de sí.

EL cuidado de sí ha sido en el mundo grecorromano, el modo en que la libertad individual – o la libertad cívica, hasta cierto punto – se ha reflexionado como ética (...). El cuidado de la libertad ha sido un problema esencial y permanente durante los ocho siglos de la cultura antigua. Ahí se da toda una ética que gira en torno al cuidado de sí y otorga a la ética clásica esa forma tan particular. No digo que la ética sea el cuidado de sí, sino que en la Antigüedad, la Ética en tanto que práctica reflexiona sobre la

libertad, giró en torno a este imperativo fundamental: ‘cuidate a ti mismo’. (Foucault, 1999: 397)

El cuidado de sí demanda un movimiento reflexivo sobre sí mismo, requiere un autoexamen permanente, una revisión de los modos como se orienta la conducta; pero, no se trata de desentrañar las culpas, errores o faltas del pasado o las responsabilidades y sentimientos profundos, se trata de examinar lo acontecido a nivel del comportamiento para modificar el procedimiento. En otras palabras, “El yo es el punto donde las reglas de conducta se reagrupan en la memoria y así el sujeto constituye la intersección entre los actos que han de ser regulados y las reglas sobre lo que ha de hacerse”(Foucault, 2000, p. 72).

Para Foucault, el ocuparse de sí mismo comporta no sólo conocerse a sí mismo, sino que es mucho más, es un arte de la existencia que busca romper con las coacciones que afectan la propia vida, es el conocimiento de principios que son a la vez verdades y prescripciones de vida. Así pues, la ética del cuidado de sí no se expresa sobre la discusión normativa o comprensiva de la verdad sino sobre la exploración de mecanismos que potencian la relación del individuo consigo mismo desde razones prácticas, desde acciones y hábitos en la vida práctica, y así modelan la subjetividad moral. Para Foucault la principal pretensión sería aprender técnicas de existencia a través de las cuales el sujeto sea capaz de producir sobre sí mismo una serie de transformaciones que constituirán, en su propio acontecer, el acceso a la verdad que es su ser-si-mismo. Pero: ¿Qué es el sí-mismo?

El sí no es el vestir, ni los instrumentos, ni las posesiones. Ha de encontrarse en el principio que usa esos instrumentos, un principio que no es del cuerpo sino del alma. Uno ha de preocuparse por el alma: ésta es la principal actividad en el cuidado de sí. El cuidado de sí es el cuidado de la actividad y no el cuidado del alma como sustancia (Foucault, 2000, p. 59).

“Es el alma únicamente en tanto que sujeto de acción, en tanto que se sirve de su cuerpo, de sus instrumentos, etc.” (Foucault, 2008, p. 48). Teniendo como eje articulador, de acuerdo con este autor “la pasión” como posibilidad de entrar en relación con lo que le rodea y de esa forma actuar en su mundo.

El aspecto crucial es 'volver la mirada sobre sí mismo', pero no en sentido especulativo, no se trata que el sujeto se vuelva objeto de un discurso o que comprenda la verdad exterior a él. Tal figura prescriptiva del retorno a sí mismo no pondría en primer lugar la vigilancia sobre sí, sino la concentración cognitiva. "Para hacer de la vida una obra de arte es necesario apartar la mirada de las cosas del mundo, ocuparse intensamente del cultivo de sí y "transformar el discurso verdadero, la verdad, en ethos"(Foucault, 2000, p. 394).

De acuerdo con los análisis de Foucault, la medicina griega clásica establecía una íntima conexión entre la belleza y la bondad. Su objetivo era hacer que los hombres fueran buenos, sanos y bellos, y no era posible conseguir un fin sin el otro, debido al convencimiento de los griegos de que el cuerpo era el espejo del alma.

En la antigua Grecia "la inquietud de sí está en correlación estrecha con el pensamiento y la práctica de la medicina. Esta correlación antigua tomó cada vez más amplitud. Hasta el punto de que Plutarco podrá decir, al principio de los Preceptos de Salud, que filosofía y medicina tratan de un solo y mismo campo" (Foucault, 1992, p.53).

En el ambiente de los griegos el cuidado de la salud y la estética corporal eran fundamentales, pero no operaba motivado por un individualismo, ni se regía bajo criterios económicos, sino más bien el cuidado era un arte de la existencia, una preocupación valorativa, humanista, y de ahí que surgieran las técnicas de sí para cultivarse a sí mismo. (Foucault, 1998)

Sócrates, al igual que Platón, recomendaron ejercitar el cuerpo mediante la gimnasia, no sólo por los beneficios físicos o estético somáticos, sino que con ello aseguraban ganancias para el equilibrio en la vida y el pensamiento. Para los griegos era lógico que un cuerpo enfermo trae la tristeza, el desorden, el desaliento.

Foucault realizó un trabajo arqueológico sobre épocas anteriores a la de los griegos y romanos, y con ello produjo un reconocimiento en oposición de las tecnologías de saber-poder que domesticado los cuerpos para la productividad del capitalismo mundial integrado y que además instan a catalogar la preocupación por uno mismo sólo bajo las consignas de los procesos de conocimiento. Las tecnologías del yo determinan el conocerse a sí mismo, más allá del ámbito de comprensión cognitiva, a una serie de prácticas y ejercicios, tanto corporales como de conductas y meditación, con el objeto de construir una mejor existencia, en fin de cuentas se

apunta a la propia felicidad. De igual modo el ser feliz apunta a alcanzar una mayor sabiduría y lograr una mejor sociedad.

Foucault señala algunas de las prácticas que conllevaban el cuidado de sí en la antigua Grecia y Roma. Se trataba de prácticas ligadas al conocimiento personal, de la salud, del cuerpo y el alma, por eso se debía poner atención en el color y forma de la orina, en recordar y anotar los sueños, en poner atención, registrar y meditar respecto de lo que en las noches uno fantaseaba. "Hay que recordar en efecto que la interpretación de los sueños no se considera como asunto de pura y simple curiosidad personal; es un trabajo útil para gobernar la propia existencia y prepararse a los acontecimientos que van a producirse" (Foucault, 1992, p. 29). De igual modo, había que poner atención a la comida, a sus ingredientes, los condimentos, la cocción, su temperatura al consumirla. Debían ejercerse una serie de hábitos como cantar, tocar instrumentos, pues ayudaban a la salud; así mismo, eran aconsejables los paseos matutinos y vespertinos, también el hablar en público, aprender a escuchar e intervenir oportunamente, tener concentración anímica, practicar a diario los ejercicios físicos y espirituales pertinentes, no olvidar nunca la filosofía, estar dispuesto para la introspección en algunos momentos de reflexión a solas, frecuentar los baños públicos, tener relaciones sexuales, o abstinencia, dependiendo de las circunstancias. Además, se aconsejaba escribir como ejercicio para que el orden discursivo atenuara el orden y el equilibrio en la vida, por eso era recomendable mandar cartas, también purificarse antes de dormir con baños y sahumerios y con meditación; se aconsejaba recordar periódicamente a los muertos, practicar la gimnasia, hacer ayunos y dietas, retirarse a la reflexión, meditación y charlas, etc.

En la antigua Grecia y Roma eran muchas las prácticas del cultivo de sí, que a la vez estaban ligadas al entorno; por eso se consideraban las prácticas en relación con las condiciones climáticas, las estaciones en que vivían, su relación con el medioambiente, la relación con las amistades, con todo el orden social... Para Foucault:

Ocuparse de uno mismo no es una sinecura. Están los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos en exceso, la satisfacción, tan mesurada como sea posible, de las necesidades. Están las meditaciones, las lecturas, las notas que se toman de libros o de las conversaciones escuchadas, y que se releen más tarde, la rememoración de las verdades que se saben ya pero que hay que apropiarse aún mejor. (Foucault, 1992, p. 50)

Aunque para el caso de los griegos pareciera que la cultura estaba orientada hacia el cultivo del alma, las preocupaciones por el cuerpo eran muy importantes (Foucault,2000).

Foucault considera la cuestión o la pregunta por la subjetividad y realiza una arqueología sobre los modos de producción del sujeto y su verdad que dependen de cierta relación de sí consigo mismo, conseguida gracias a las técnicas del cuidado de sí y determinadas por el principio que denomina “*epimeleia auton*”. Tal cuidado de sí permitía una primacía ontológica, ética y estética de la relación de sí consigo mismo, bajo los criterios del arte de la existencia.

La historia del ‘cuidado’ y de las ‘técnicas’ de sí sería, pues, un modo de llevar a cabo la historia de la subjetividad: no a través, sin embargo, de las divisiones entre locos y no locos, enfermos y no enfermos, delincuentes y no delincuentes, tampoco a través de la constitución de los campos de objetividad científica que dan lugar al sujeto que vive, habla y trabaja, sino a través del emplazamiento y de las transformaciones en nuestra cultura de las relaciones ‘consigo mismo’, con su armazón técnico y sus efectos de saber. Y de este modo se podría recuperar, bajo otro aspecto, la cuestión de la ‘gubernamentalidad’: el gobierno de sí por uno mismo en su articulación con las relaciones habidas con algún otro (autrui) (según lo encontramos en la pedagogía, en los consejos de conducta, en la dirección espiritual, en la prescripción de modelos de vida, etc.).(Foucault,1999, p. 257)

Para Foucault las prácticas o técnicas del cuidado de sí específicas de la antigua Grecia y Roma tenían por objeto principal permitir un conjunto de acciones sobre sí mismo que favorecieran un “dominio de sí mismo”, un cierto poder que confiriera al sujeto sobre la verdad de sí con el logos. Este ejercicio (*askesis*) permitiría, según Foucault, una manera de vivir bajo la ética del cuidado de sí, comprendida como un “arte de la existencia”, en el cual el principio “cuida de ti mismo”, se hace patente en la actitud de estilizar la vida, de darle una forma bella, de educarse permanentemente, de trazar un proyecto de vida y un currículum para llevar a cabo las exigencias de una estética de la existencia. (Perea, 2007, p. 73)

En suma, la ética del cuidado de sí es la clave para conocer la verdad, para poner en práctica mediante las técnicas la objetivación de la felicidad, lo cual asegura una mejor vida. Foucault, en sus etapas anteriores (arqueológica y genealógica), examinó las formas de gobierno encaminadas a vigilar y orientar el comportamiento individual, reveló modos de objetivación que transforman a los seres humanos en sujetos. En esta etapa, de la subjetivación, busca dar con el individuo

ético, aquel que inhiere una relación lo más independiente posible de las demandas exteriores, y persevera en el fruto de una soberanía sobre sí. La ética del cuidado de sí no se puede entender como una razón normativa o como prescripciones educativas para templar el carácter, sino por el contrario, es en una manifestación de un conjunto de prácticas que potencian la relación del sujeto consigo mismo, que cultiva la verdad en su existencia, la subjetividad moral y hace suyo el proyecto de su vida. Vale aclarar que no se trata de ningún modo que la verdad le pertenezca al sujeto, sino que se construye a partir del conocimiento y la acción que hace el sujeto de sí mismo al manifestar su libertad. En fin de cuentas, la etapa ética revela un proceso artístico de auto construcción del sujeto.

7.6.El cuidado del otro en armonía con el cuidado de sí mismo. Una propuesta complementaria novedosa.

El destinatario del cuidado debería ser primero, uno mismo. Toda persona que cuida, también se cuida y presta atención de sí mismo. Pero el concepto propuesto, va más allá del tradicional concepto de la salud pública de “autocuidado”. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos para conservar su vida, su salud y bienestar (Torralba, 1998, p. 307). De acuerdo con la OMS (2013), en el recurso primario de la salud pública en el sistema de atención de salud, está constituido por las actividades orientadas a cuidar de la salud de los individuos, la familia, las amistades y los compañeros de trabajo entre otros. Entre las prácticas incluidas están: la alimentación adecuada, el ejercicio físico, las medidas higiénicas y el manejo del estrés.

En principio, no se trata de anteponer el cuidado de los otros al cuidado de sí mismo, puesto que el cuidado de sí primordial en tanto que la relación consigo mismo es ontológicamente primera (Foucault, 1999, p. 400).

Gilligan establece una estructura del desarrollo moral en la que se aprecia la importancia moral del cuidado y atención a uno mismo. En una primera fase del desarrollo moral el cuidado es egoísta, lo realizamos primariamente hacia nosotros mismos buscando nuestra propia superación y supervivencia. Luego viene otra fase, la transición en el paso de la niñez a la edad adulta para dar el salto del egoísmo a la responsabilidad. En esta segunda fase del desarrollo moral, el cuidado se proyecta y se dirige hacia los demás. A esta fase también le sigue una etapa

de transición marcada por un cambio de interés, de la bondad a la verdad. La transición empieza con una reconsideración de la relación entre el yo y los otros, cuando la mujer empieza a analizar la lógica del autosacrificio al servicio de una moralidad del cuidado y la ayuda. Finalmente, en la tercera fase del desarrollo moral, la norma de juicio pasa de la bondad a la verdad. La moral del acto no se evalúa sobre la base de su apariencia a los ojos de los demás, sino sobre las realidades de su intención y sus consecuencias (Gilligan, 1985, p. 142).

Algunos autores comparan la opresión que la ética del cuidado ejerce sobre las mujeres con la “moralidad del esclavo”, tal y como fue identificada en la extensión de la Cristiandad entre los pobres y oprimidos. Como Nietzsche observó, el mensaje cristiano del “amor como servicio” transformaba los vicios del sacrificio y la explotación de los pobres y oprimidos en virtudes de redención. Tal “moral del esclavo” es compartida, desde esta perspectiva, por la cristiandad y por las mujeres. Foucault, lo denomina la Ética general del no egoísmo, la cual “Ya sea bajo la forma cristiana de la obligación de renunciar a uno mismo, ya sea bajo la forma, digamos moderna, de la obligación para con los otros, entendiendo por otros la colectividad, la clase, etc.” (Foucault, 2008, p. 37)

Sin embargo, todo ser humano debe ser capaz de amar y salvaguardar su independencia. El cuidado y el amor hacia los otros no debe implicar el olvido de sí sino un auto-reconocimiento y una auto-reafirmación. Para Bill Puka (Puka, 1993) incluso el tercer estadio de desarrollo de la ética del cuidado también cae en las trampas de la “moral del esclavo”. Para Nietzsche una moral liberadora no se funda en la validación de la servitud, no en el balance de la servidumbre. La adecuación moral se basa en una transformación radical del entendimiento del bienestar humano y la reciprocidad. La ideología del cuidado sería -como la religión para Marx-, una forma de alienación, cuyas características primordiales serían la resignación, la perpetua dependencia y el sometimiento al otro.

Según Bill Puka, Gilligan en su análisis de la diferente voz de las mujeres toma en consideración la evolución del cuidado como desarrollo moral de las mujeres obviando otros factores o considerándolos secundarios. Aunque Gilligan también reconoce la importancia del enfrentamiento contra el sexismo en la configuración y evolución del cuidado. Los cambios de los derechos de las mujeres modifican los juicios morales femeninos, mezclando la piedad con la justicia al capacitar a las mujeres a considerar moral no sólo atender a los demás sino también a sí mismas. La cuestión de la inclusión, planteada por primera vez por las feministas en el

dominio público reverbera por toda la psicología de las mujeres cuando empiezan a notar su propia exclusión de sí mismas (Gilligan, 1985, p. 243).

Aunque Gilligan explicita como centro de análisis la experiencia de mujeres y no de otros sectores de la población de necesitados, oprimidos, etc. Además en su obra no hay sólo un claro énfasis en el género sino además una clara confrontación frente al sexismo (Puka, 1993, p. 226).

Es significativo este énfasis en el problema del sexismo que aparece en la obra de Gilligan. Gilligan pone bajo cuestión la tradicional ecuación que une el cuidado con el auto-sacrificio (Gilligan, 1985). Gilligan asiente que sus estudios sobre las mujeres sitúan el problema del desarrollo femenino no en los valores del cuidado y la conexión o en la definición relacional del sujeto, sino en la tendencia de las mujeres, en nombre de la virtud, de cuidar sólo a otros y considerar “egoísta” el cuidar de sí mismas (Gilligan, 1985, p. 213).

El segundo nivel se caracteriza por una preocupación por atender las necesidades de los otros aunque esto implique sacrificarse y ganar así su aprobación. Trata de seguir las normas establecidas y las expectativas que los otros tienen sobre ella. Seguir las convenciones sexistas respecto a las relaciones amorosas, el matrimonio y la familia. Hay un énfasis en el interés por agradar, para así superar la vulnerabilidad de la dependencia y el miedo al abandono y con la expectativa de ser amada y cuidada. La forma prescrita de agradar implica estereotipos femeninos como el tacto, la amabilidad, la humildad, la docilidad, etc. Según Puka (Puka, 1993, p. 230) el nivel dos incluye además de una preocupación general por cuidar a los otros un énfasis en servir a los hombres.

Así, al liberarse de la intimidación de la desigualdad, finalmente pueden las mujeres expresar un juicio que antes habían retirado. Lo que las mujeres enuncian, por tanto, no es una nueva moral, sino una moral liberada de los frenos que antes confundían su percepción y obstaculizaban su expresión (Gilligan, 1986, p. 159). La hipótesis del “cuidado como liberación” ve el cuidado más que como un elemento del desarrollo moral, como un efecto de la socialización y de la evolución de la lucha contra el sexismo (Puka, 1993).

El modelo de buena persona para el colectivo de las mujeres venía representado por el ejemplo materno de trabajo duro, paciencia y autosacrificio, pero en el último estadio del desarrollo moral, según Gilligan, debe incluir también el valor de la franqueza y la honradez a uno mismo (Gilligan, 1985). Muchas mujeres creen que esta nueva autoafirmación y autoestima, aunque redundará en un mayor bienestar para ellas mismas, también les expondrá a críticas, tal y

como lo recoge Gilligan en un testimonio de una mujer, Sarah (Gilligan, 1985, p. 156): Otros podrán decir, “¡Qué agresiva es, y eso no me gusta!”, pero al menos sabrán que no les gusta. No dirán “Me gusta la forma en que se manipula a sí misma para caerme bien”. Lo que deseo hacer es, precisamente, ser un tipo de persona más determinada y más singular. “Su concepto de la bondad se ha extendido para abarcar el sentimiento del “propio valor” (Gilligan, 1985, pp. 156-157).

Durante mucho tiempo el cuidado de los demás implicaba para la mujer la abnegación y el sacrificio del ser propio por el servicio del otro, y se equiparaba la bondad con el autosacrificio. Ahora hemos aprendido a que el cuidado y la dedicación a los demás no deben ser obstáculo para que la mujer se cuide a sí misma. Por tanto, no debe existir conflicto entre la moral de la entrega y la responsabilidad por los otros y la lógica de los derechos derivada de la reivindicación de la igualdad sexual (Camps, 1990, pp. 158-159). Uno no debe cuidar sólo de los otros (papel de género que experimentaron muchas de nuestras madres y abuelas) sino también de sí mismo. Uno debe cuidar no como un medio para que le quieran y ser aceptado sino porque realmente desea comportarse así. Eso demuestra amor propio.

El cuidado no puede caer en la falsa concepción al concebir por un lado a las mujeres como las principales suministradoras de cuidado y al mismo tiempo las últimas en la lista de destinatarios del cuidado. Lo ilógico de la desigualdad entre los otros y Yo, llevan a una reconsideración de las relaciones, en un esfuerzo por aclarar la conjunción entre autosacrificio y cuidado, inherente a las convenciones de la bondad femenina (Gilligan, 1985, p. 128).

La experiencia materna tiene, según Ruddick, el peligro de caer en un autosacrificio de la madre. Ruddick señala el peligro de la pérdida de sentido de sí mismo y el sentimiento característico de desinterés por uno mismo experimentado por muchas mujeres como resultado de sus prácticas maternas (Bowden, 1997: 30). Por ello Ruddick trata de reforzar un mayor individualismo en el pensamiento materno que cree que no es incompatible con los valores maternos. Muchas mujeres han sido socializadas para identificarse a sí mismas en términos de las necesidades de los otros (Bowden, 1997, p. 39). Las madres son personas con sus propios derechos, sus propias necesidades y deseos, más allá de sus roles maternos. Se debería llevar a cabo una reorganización estructural de la maternidad incitando a las madres o padres tanto al respeto a sus propias necesidades como a la responsabilidad del cuidado de los hijos. Las madres normalmente describen la experiencia de su relación con los hijos en términos que desafían el

individualismo clásico: una extensión del sujeto que deja de ser uno mismo, una sensación de estar en dos lugares, de ser dos personas al mismo tiempo (Bowden, 1997: 22). Las fronteras entre uno mismo y el otro, madre e hijo, hijo y madre, frecuentemente parecen disolverse en las actividades de protección y nutrición. Muchas madres, por ejemplo sienten el dolor y la alegría de sus hijos como propia.

De acuerdo con Foucault, 2008, hay tres pasos con los que las personas pueden ocuparse de sí mismos, y así cuidarse a sí mismos.

1. *La épiméleia*. Actitud general, el cual hace referencia a un determinado modo de enfrentar el mundo, comportarse y establecer relaciones con los otros. La actitud general, está definida por los procesos de educación y formación, los cuales al ser configurados a lo largo de toda la vida se presentan en forma inconsciente y hasta natural. Los profesores y otros profesionales se convierten en referentes, los cuales en forma consciente o inconsciente transmiten y replican en sus estudiantes sus formas de ver y actuar en el mundo.

2. *Épiméleia Heatous*. Es la determinada forma de atención, de mirada. Significa reconvertir la mirada desde el exterior hacia uno mismo. Este sería el paso más significativo del conocerse a uno mismo, ya que hace referencia al hecho de hacer visible lo que es invisible. Cuando me doy cuenta y traigo a la reflexión lo que está haciéndome actuar de una u otra forma, entonces tendré la posibilidad de verme en un espejo tal cual soy. Entendiendo por qué actúo de una forma y no de otra.

3. Modo de actuar: Formas de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través del cual uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma y se transfigura. Cuando hago conciencia de lo que soy, entonces ejerzo los cambios correspondientes para ejercer control y gobierno sobre mí mismo.

Foucault adopta un término denominado *Parresia*⁵³, el cual lo define como: “una técnica que se utiliza en la relación entre el médico y el enfermo, entre el maestro y el discípulo; es esa libertad de movimiento que hace que en el campo de los conocimientos verdaderos se pueda utilizar aquello que es pertinente para la transformación y mejora del sujeto” (Foucault, 2008, p. 79).

⁵³ Parresia etimológicamente significa: decirlo todo, sin embargo implica más bien la franqueza, la libertad, la apertura que hacen que se diga lo que hay que decir, como se quiere decir, cuando se quiere decir y bajo la forma que se considera necesaria (Foucault, 2008, p. 99).

Es una cualidad moral (la actitud del *Ethos*) y al procedimiento técnico indispensable para transmitir el discurso verdadero a aquel que tiene necesidad de él para constituirse en soberano de sí mismo. (Foucault, 2008, p. 98)

Para que ocurran estas transformaciones la enfermería debería salirse de su tradicional papel instrumental y procedimental, ya que es evidente que de esta forma no se están logrando los cambios necesarios que necesita la profesión para lograr verdaderos avances. Es el cambio paradigmático del cuidado del otro por el cuidado de sí mismo. Cuando logro conocerme, cuidarme y gobernarme, puedo enseñarle a los otros a cuidarse, gobernarse y ocuparse de sí mismos, llámese pacientes, estudiantes o personas en general. Esta sería la forma ideal del cuidado, en el que la persona, una vez que se ha encargado de sí mismo, se ha ocupado de sí mismo, puede estar en condiciones de dar un “Cuidado Parrésico” a sí mismo y a su entorno.

Algunas teóricas en enfermería intentan, en sus planteamientos teóricos, volver sobre el conocimiento del ser humano. Fundamentadas en Heidegger (1962) y Sarte (1966), con contribuciones de Von Bertalanfy, Nietzsche, entre otros, surgen grandes teorías como la planteada por Martha Roger y su teoría de los seres Humanos Unitarios, la cual visualiza al hombre en interacción con su entorno y lo describe como capos de energía que interactúan mutuamente. Posteriormente lo retoma Rossemarie Rizo Parse quien crea la “teoría del devenir humano”. Según Fawcett (2005), fue Parse en 1998, identificó cuatro ideas esenciales en su teoría: el proceso mutual humano-universo, la constitución de la salud, los significados multidimensionales que los humanos indivisibles dan al ser y devenir y las libertades humanas en cada situación para elegir formas alternativas de devenir. El devenir lo relaciona con conceptos como significado, ritmicidad y trascendencia.

Watson materializa también una aproximación al concepto de cuidado desde su teoría del cuidado humano. En dos de sus diez factores de cuidado menciona aspectos que tienen que ver con el conocimiento y auto aceptación de sí mismo: a) cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: en donde se intenta que la enfermera conozca, entienda y acepte sus propios sentimientos para de esta forma entrar en sintonía con los sentimientos del paciente. Y b) Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas, que intenta ofrecer en este paso del cuidado “una experiencia que estimule el pensamiento y una mejor comprensión de uno mismo y de los demás (Marriner, 2005, pp. 95-96).

Se nota entonces cómo desde el pensamiento y reflexión disciplinar de la enfermería en la ciudad de Cali, desde lo encontrado en esta investigación, una intención de trascender los paradigmas asistenciales a los humanísticos. Al estar estas dos teóricas inmersas en las reflexiones y posibilidades teóricas de las instituciones educadoras de la ciudad, el interés por empezar a buscar en nosotros mismos las respuestas que buscamos en otras personas y en otros contextos. Si no tenemos certeza sobre nuestra propia realidad, buscamos certezas en los otros, y es lo que hemos estado haciendo buscando en los demás, lo que no nos atrevemos a buscar en nosotros mismos.

El maestro es quien cuida del cuidado del sujeto respecto a sí mismo y quien encuentra en el amor que tiene por su discípulo la posibilidad de ocuparse del cuidado que el discípulo tiene de sí mismo. Al amar en forma desinteresada al discípulo, el maestro es el principio y modelo del cuidado de uno mismo que el joven debe tener de sí en tanto que sujeto.(Foucault, 2008, p. 49)

Nuevas perspectivas surgen desde la academia, y es allí donde surge posiblemente un planteamiento práctico de esta propuesta. La Narrativa de situación de enfermería⁵⁴, surge recientemente como respuesta a la trascendencia epistemológica y ontológica del cuidado. En este sentido, siendo la narrativa la reproducción oral o escrita, de forma organizada, de una experiencia vivida por una enfermera, ya sea estudiante o graduada, en el cual se refleja una relación significativa del profesional con el sujeto de cuidado. (Gómez, Gutiérrez de Reales, 2011, p. 41), esta metodología se presenta como una valiosa oportunidad de empezar a hacer práctico el cuidado propio, Es decir, la narrativa nos invita a reflexionar sobre la relación entre el cuidador y el que es cuidado, pero si partimos de esta propuesta, el que es cuidado no está por fuera del cuidador. O sea reflexionar, narrar y describir situaciones de mi misma como cuidadora en función de entender y comprender mejor mi ser y hacer como enfermera y como ser humano.

Es solo una idea y una invitación a generar otras ideas que procuren la potencialización de la reflexión del cuidado propio en la misma relevancia e importancia que el cuidado de los otros. Una propuesta desde el cuidado de sí, pretende poner en un lugar protagónico al cuidador, desde su papel de hombre/mujer, su papel de enfermera/o, su papel de docente y sobre todo su

⁵⁴ Es la evidencia del uso de una metodología mediante la cual se expresa verbalmente o por escrito una situación de enfermería, en la que la enfermera narra la interacción en el cuidado de las personas, con fines de investigación o de documentar una experiencia personal en el cuidado. (Gómez, Gutiérrez de Reales, 2011, p. 25)

papel de ser humano en relación consigo mismo y su mundo. Es una invitación a profundizar los pensamientos y planteamientos de Watson y de Rogers, pero en esta oportunidad basándonos en Gilligan y Foucault, los cuales nos sugieren un planteamiento diferente e innovadora del cuidado.

8. Conclusiones

El objetivo inicial que se planteó esta investigación buscó comprender los sentidos, que del cuidado tienen los actores institucionales, profesores, estudiantes y egresados, desde los procesos educativos en enfermería en la ciudad de Cali.

El cuidado en esta investigación se encontró históricamente desde dos perspectivas diferentes: La primera que tiene que ver con procesos técnico-asistenciales que se articulan desde el génesis y fundamentación inicial de la primera Escuela de Enfermería en la Universidad Pública en el Valle del Cauca. Y la otra perspectiva más reciente, la cual, luego de profundos cambios sociopolíticos, luego de 50 años, en el caso de la situación regional del Valle del Cauca, se intenta afirmar en modelos extranjeros de cuidado, y apuesta por el “cuidado Integral” como alternativa de cambio paradigmático de lo instrumental a lo “humano del cuidado”.

El análisis de los resultados del segundo momento de la investigación, nos permite comprender que los sentidos se manifiestan a través de las experiencias de cuidado que ha tenido cada persona en el transcurso de su vida, por lo tanto su sentido cambia y se transforma de acuerdo al entorno y a las vivencias de cuidado que las personas tienen a través de su camino, no solo académico, sino también de vida.

Para los profesores el cuidado tiene dos perspectivas, una que tiene que ver con lo humano del cuidado, la cual a su vez se relaciona con un sentido de bienestar y acompañamiento, tanto de uno mismo, como del otro y la otra perspectiva que tiene que ver con los procesos práctico-asistenciales. Este grupo expresa en general que estos sentidos fueron interiorizados desde muy temprana edad y que ha ido cambiando, ya sea por sus experiencias laborales, como por sus experiencias académicas de reflexión en las distintas teóricas que proponen las instituciones de educación superior o las mismas tendencias disciplinares.

A su vez, las teóricas y teorías que en la actualidad están enriqueciendo la reflexión académica y generando transformación en los sentidos de los profesores, también apuntan a la visibilización del cuidado desde lo humano y al volver la mirada a los procesos de bienestar tanto de uno mismo como del otro.

En el sentido que los estudiantes otorgan al cuidado, se resalta que para ellos y ellas éste comienza a hacer consiente también desde muy temprana edad, y se manifiesta una fuerte influencia de padres y entorno familiar para el desarrollo y evolución de este sentido, la cual en general se expresa desde las perspectivas de amor y cariño hacia el otro. En este grupo la enfermería tiene un fuerte componente práctico-asistencial, lo cual en general se corresponde con lo aprendido en la universidad, con sus prácticas clínico-asistenciales y con los primeros contactos con pacientes hospitalizados.

En los enfermeros egresados el cuidado está atravesado por una crítica reflexiva, en la que se pone de manifiesto la diferencia de lo enseñado en la universidad con lo que deben vivir en su vida laboral diaria. Para ellos el cuidado del otro no sólo debe restringirse a la perspectiva práctica- asistencial, sino que debe ampliarse al ser humano en toda su multidimensionalidad. También se encuentra en este grupo la relación del cuidado con los procesos educativos, especialmente en la promoción de La salud y prevención de la enfermedad. Los egresados en general, encuentran desarticulado lo que aprendieron acerca del cuidado, con lo que tienen que hacer en su mundo laboral. Razones como la falta de aplicación práctica de las teorías vistas en la Universidad, el exceso de actividades administrativas asignadas, la falta de tiempo para el cuidado directo de los pacientes, son razones que se encontraron para esta desarticulación sentida por parte de los egresados.

En general el grupo de egresados manifiesta que su universidad se quedó corta en la enseñanza del cuidado, ya que se dan cuenta que necesitan para su labor más componentes de las humanidades que les permitan realizar planes de atención o propuestas de salud desde una visión multidimensional o trabajar con todo el equipo de salud desde una actitud más propositiva y reflexiva.

En general el cuidado se hace visible en todos los grupos desde cuatro componentes que son:

- 1) A través de la práctica clínica con sentido humanista, la cual se ha convertido en el pilar fundamental que fundamenta la esencia del cuidado de enfermería. La práctica del cuidado que tenga en cuenta a lo humano del ser y que sobrepase los límites del biologicismo.
- 2) A través del diálogo con los otros ya que no es un discurso exclusivo: Al verse el profesional de enfermería enfrentado al trabajo con un equipo interdisciplinario de salud, siente que el cuidado traspasa las barreras disciplinares evidenciándose entonces la importancia de poder entenderlo también desde otros paradigmas.

3) A partir del auto cuidado. Aunque algunos relatos hacen referencia exclusivamente a actos prácticos de autocuidado como la higiene, la alimentación, el ejercicio, entre otros; hay también una tendencia que muestra el interés en el conocimiento y cuidado de un componente que va más allá de lo biológico y que se interesa por el ser cosmológico y espiritual que habita en cada ser.

4) a través del cuidado en el aula. Especialmente en los profesores se encontró una convergencia interesante entre el cuidado y los procesos de Enseñanza-aprendizaje que realizan como docentes de asignaturas específicas. Es decir, el profesor siente y relaciona también su ejercicio docente con el sentido que tiene del cuidado. O sea siente que cuida también cuando está enseñando.

La otra tendencia que tiene esta última, tiene que ver con la educación que se le da al paciente y / o su familia durante sus procesos institucionales de curación y tratamiento. También en la salud pública se menciona el cuidado y su relación con procesos formativos y educativos, pero realizados como actos sin mayor reflexión y muchas veces sin mayor planeación pedagógica.

Se pone en evidencia entonces que el cuidado es un concepto poco apropiado en los procesos de formación en enfermería y en la práctica profesional. Sin embargo este concepto aparece en general como un horizonte epistemológico y un deber ser de la enfermería. El ideal de cuidado planteado desde la institución académica, logra en poca medida impactar en el cuidado real que brindan los egresados de los diferentes programas de enfermería. Los modelos educativos continúan siendo en su mayoría transmisionistas de conocimientos y los profesores en general, logramos en poca medida ser modelos de cuidado en los estudiantes.

Los paradigmas que surgen desde las humanidades, y que al principio se convierten en la polea que impulsa la reflexión de la disciplina a salir de su esquema enteramente positivista e instrumental, se convierte en todo un desafío el intentar retomarlo desde allí para producir discursos y reflexiones que redunden en conocimientos académicos prácticos en los procesos de formación de enfermería. Ha sido difícil hacer llevar a la práctica curricular el ideal de cuidado planteado desde las teóricas y pensadoras de la enfermería, las cuales en su mayoría han planteado sus pensamientos desde contexto internacionales.

La dificultad, pienso, que radica precisamente en eso, en lo difícil que es llevar a la práctica algo cuando está pensado desde otros contextos político-sociales y culturales. Para mí el conocimiento del mundo en que vivimos es condición necesaria para el actuar responsablemente en él. Si no conocemos nuestra cultura, si no formamos a los estudiantes para que puedan pensar y reflexionar sobre su propio entorno, entonces, ¿qué estamos haciendo como formadores? Existe un desconocimiento de nuestra propia cultura, razón por la cual es difícil pensar en forma propia, y es más fácil apropiarse de pensamientos y reflexiones de otros e implementarlas en nuestro entorno. La propuesta de los resultados de esta investigación está dirigida a fomentar un cambio paradigmático. Un paradigma que genere un giro reflexivo que produzca a su vez una doble mirada. Es decir, que desde el cuidado de mí mismo, potencie el cuidado del otro. De manera que si puedo hacer de mí una obra de arte, puedo hacer también obras de arte en los demás, por medio de una fuerza inspiradora que pedagógicamente sea un modelo de apropiación en el cuidado para mis estudiantes.

En esta investigación se encontró que, una noción distinta de la enfermería que corresponda con el cuidado propiamente dicho, se enfrenta a varios obstáculos como: Planes de estudio rígidos, modelos curriculares y de enseñanza tradicionales basados en lo biomédico-memorístico, resistencia de profesores y estudiantes a las humanidades, exigencia del mercado laboral, rutina académica, pobre formación pedagógica de profesores, entre otros. Dichos obstáculos generan la inercia que impide movimientos reflexivos y paradigmáticos, una reflexión para producir transformaciones en la enfermería para hacer de ella una profesión más humana y con sentido y pertinencia social.

9. Bibliografía

- Acevedo, H. (1954). Anuario de la Universidad Nacional de Colombia (1939-1954). Anuario de la Escuela Superior de Higiene. Bogotá -Colombia
- ACOFAEN (2003). Proyecto exámenes de estado de la Calidad de la Educación Superior. ECAES (documento de partida). Bogotá, D.C. 11 Junio de 2003. pp. 1-26
- ACOFAEN, (2008). Ejercicio laboral de las (los) egresadas (os) en Colombia en los últimos 10 años en relación con su perfil de formación en el contexto del sistema general de seguridad social en salud SGSS. www.acofaen.org.co
- Alonso, J., Escobar, J., Gálvez, L., González, N., Penilla, C. & Solano, J. (s.f.) *Evolución agregada y sectorial de la economía Caleña durante la década de los noventa*. En: *Cuentas económicas Municipales de Santiago de Cali. Una década de la economía Caleña: 1990-2001*, p. 63 disponible en: <http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/publicaciones/docs/Cap2.pdf>
- Álvarez de Villafani, G. (1979). Revista Salud. Reseña Histórica de la división de Salud de la Universidad del Valle.
- Amezcuca, M. (2009) Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. Revista Index de Enfermería. Vol. 18 No 2; 2009: 77-79. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>
- Angulo, B. y col. (2007). Formación integral de los estudiantes: percepción de los profesores. Facultad de salud de la Universidad del Valle. Revista Colombia médica. Universidad del Valle. Vol. 38 No 4 (supl 2), 2007 (octubre-diciembre)
- Argote, L. (2001). El cuidado de enfermería en la experiencia de ser padres de niños prematuros: La donación hace la diferencia. Tesis de Maestría. Universidad del Valle. Cali – Colombia
- Argote, L. (2001). Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud. Revista Colombia Médica. Universidad del Valle. Vol. 32, No 4, 2001.
- Ashley, J. A. (1986). Hospitals, paternalism and the role of the nurse. New: York: Teachers college press, Columbia University.

- Báez, F., Nava, V., Ramos, L. & Medina, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional en enfermería. Universidad de la Sabana. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- Baier, A.C. (1993). «What Do Women Want in a Moral Theory?», En: Larrabee, M. J. (ed.) (1993): *An Ethic of Care*. London: Routledge.
- Baines, C. & Evans, P. (1998). *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*, Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Ball, S. (1994). Foucault y la educación. Disciplinas y saber. Barcelona: Ediciones Morata.
- Bassett, C. (2001). “Educating for Care: a review of the literatura. Revista: Nurse Education in Practice (2001) No. 1. (pp. 64–72). Disponible online: www.idealibrary.com
- Blanco Restrepo, J. (2005). *Fundamentos de Salud pública*. Corporación para investigaciones Biológicas CIB. Medellín: Fondo Editorial CIB.
- Becerra, A. & Peña, W. (2011). Conservación de la salud del cuerpo como estrategia de vigilancia y control del derecho en lo concerniente a lo higiénico y sanitario desde las reformas borbónicas. En: *Revista Prolegómenos – Derecho y Valores* (2011). (pp. 231-245)
- Bevis, E. & Watson, J. (1989). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. Washington, D.C.: National League for Nursing.
- Boff, L. (2002). *El Cuidado Esencial*. Madrid: Trotta.
- Bowden, P (1997). *Caring: Gender-Sensitive Ethics*. London and New York: Routledge.
- Botero, D. (2006). Cátedra Manuel Ancízar, Cuidado de la vida. Cuidado de la vida, reflexiones filosóficas. Si la naturaleza es Sabia, el hombre no lo es. Bogotá D. C.: Universidad Nacional. Facultad de Enfermería.
- Botero, J. (2004) *Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. Séptima Edición*. Bogotá.
- Brookes, W. (2004). *Pedagogy and Practice: teaching and learning in secondary schools. Unit 2 Teaching Models*. Department for education and skills. Disponible en: www.standards.dfes.gov.uk
- Camps, V. (1998). “La ética del cuidado”, En: Camps, V. (1998): *El siglo de las Mujeres* (pp. 69-81). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cardona, L. (2000). Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y del personal de Enfermería de la UCI del Hospital Santa Clara. Arte y

- ciencia del cuidado. Primera edición. Bogotá D.C.: Grupo de Cuidado Universidad Nacional.
- Carvajalino, G. (2002). "Philanthropy and Education in Colombia", comentarios presentados en el taller sobre *Philanthropy and Social Change in the Americas: Strategies and Lessons* (2002), Harvard University, (pp. 22-24).
- Castillo, C. (1994). El Arte y la Sociedad, en la historia de Cali. Colección de autores Vallecaucanos, Gobernación del Valle del Cauca. Cali: Gerencia Cultural, Universidad del Valle.
- Castillo, E. & Vásquez, M. L. (2003). El Rigor metodológico en la Investigación Cualitativa. Revista Colombia Médica, Vol 34, No 3. Universidad del Valle – Colombia.
- Castrillón, M. C. (1985). La formación Universitaria de enfermera en Colombia. 1937 -1980 Tesis de maestría en educación: sociología de la educación. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Castillón, M.C. (2005). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Serie Desarrollo de recursos humanos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Castro Gómez, S. (2004). La hybris del punto cero: Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Bogotá, D. C.: PUJ, Instituto Pensar.
- Chaparro, L. (2010). El vínculo especial de cuidado: Construcción de una teoría Fundamentada. En revista: *Avances en enfermería*, XXVIII (2). (pp.123-133). Universidad Nacional de Colombia.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Method. In *Strategies of Qualitative Inquiry*. (Norman Denzin y Yvonna Lincon) SAGE publications. Library of Congress Cataloging-in-Publication data.
- Charmaz, K. (2007). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide through Qualitative Analysis*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Colmenares, G (1983). Cali: Terratenientes, mineros y comerciantes, siglo XVIII. Cali: Universidad del Valle
- Consejo Nacional de Acreditación (2001). Criterios y procedimientos para el Registro Calificado de programas académicos de pregrado en ciencias de la salud. Bogotá D.C.

- Contreras, M., Contreras, A., Díaz, M.E., Hernández, M., Muñoz, N. & Ricardo, M. C. (2011). Habilidad el cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. En: *Revista de Culturas del Cuidado Enfermería*. Volumen 8, No 1 Junio de 2011. Universidad Libre Seccional Pereira.
- Cortina, A. (1985). *Crítica y Utopía: La escuela de Francfort*. Madrid: Cincel.
- Daza de Caballero, R (2004). Seminario Investigativo: Experiencia desde la perspectiva de Enfermería. Revista: *Cultura de los Cuidados*, Primer Semestre 2004. Año VIII No 15.
- Daza de Caballero, R.& Medina, L. (2006). “Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia”. *Revista de la Universidad de Alicante –España: Cultura de los cuidados*. Año X, n° 19, 1er semestre 2006, pp. 55-62
- De Jaimes, C. (1979). Documento: Plan de estudios programa de licenciatura en Enfermería. Universidad del Valle, División de Salud, Departamento de Enfermería. Cali.
- De Jaimes, C. (1985). Documento: Plan de estudios de enfermería. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de enfermería. Cali.
- De la Cuesta, C. (2001). Familia y cuidados a pacientes crónicos. En el papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Revista INDEX de enfermería*. Otoño 2001. Año X, No 34.
- De Sena, R. & Coelho, S. (2004). Educación en enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 22. No. 2. Medellín. Universidad de Antioquia.
- De Zubiría, J (2006). *Los modelos pedagógicos. Hacia una pedagogía dialogante*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Deans, C., Congdon, G., Sellers, E. T. (2003). Nurse Education in English Universities in a period of change: expectation of nurse academics for the year 2008. En: *Revista Nurse Education Today*. 2003 No 23.(pp. 146-154). Londres.
- Denzin, K. & Lincoln, Y. (2003). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Selections from *Handbook of Qualitative research*. 2nd. Ed. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. USA.
- Díaz, E. (1995). *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires: Biblos.
- Díaz, L. (2005). *Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Cuidado y Práctica de Enfermería*. Bogotá, D. C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Unibiblos.

- Díaz, L. (2013). Soporte social y habilidad de cuidado en Cuidadores de niños con enfermedad crónica. En: El cuidado de Enfermería y las metas del milenio. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de cuidado.
- Diekelman, N. (2005). Teacher Talk: New pedagogies for nursing. Engaging the students and the teacher: Co-creative substantive reform with narrative pedagogy. *Journal of Nursing Education*, No. 44 Vol. 6.
- Dubois, C., D'amour, D., Pomey, M., Girard F. & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretative review. *BMC Nursing* 12:7 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/7/prepub>
- Echeverri, O. (2008). La mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso colombiano. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (3).
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. Library of Congress Cataloging-in-publication Data. Philadelphia, USA.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Second edition. Library of Congress Cataloging-in-publication Data. Philadelphia, USA.
- Fawcett, J (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. Recuperado el 20 de mayo de 2012, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6565629>
- Finfged - Connett (2008). Metha-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. Enero 17 (2), pp. 196-204.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Forbes, H. (2011). Clinical teachers' conceptions of Nursing. *Journal of Nursing Education*. 50, No 3, pp. 152-157.
- Foucault (1979a). *La arqueología del saber*. México, D. F.: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1979b). *Nacimiento de la Biopolítica*. Curso en el Collège de France. (1978-1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1980). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la Sexualidad III. Inquietud de sí mismo*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (1991). Saber y verdad. Madrid: La Piqueta
- Foucault, M. (1992). Historia de la sexualidad (3). La inquietud de sí. México, D. F.: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad (1). La voluntad de saber. México, D. F.: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1999). Sexualidad y soledad. En: Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales III. Barcelona: Paidós Básica.
- Foucault, M. (2000). Tecnología del yo. Y otros textos afines. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2002). La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France. Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.
- Foucault, M. (2008). La hermenéutica del sujeto. Curso en *el Collège de Francia* (1981- 1982). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004). El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores.
- Franco, A. (2000). Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la reforma. Revista: Salud Pública, 2(1), pp. 1-16.
- Frias, A. (2001). Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. Revista INDEX de enfermería. Otoño 2001. Año X, No 34 (pp. 27-32).
- Friedman, M. (1993). «Beyond Caring: The De-Moralization of Gender», En: Larrabee, M. J. (ed.) (1993): *An Ethic of Care*, London, Routledge.
- Fromm, E. (1941). *Escape from Freedom*. New York: Rinehart and Company.
- Gabaldón, E. (2002). La situación social de la juventud en el área del cuidado a través de la prensa escrita. La década de 1868-1878 en Alicante España. Revista INDEX de enfermería Primavera- verano 2002, año XI, N. 36-37
- Gadamer, H. (1996). El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Galeano, M. E. (2004). Diseño de proyectos en la Investigación Cualitativa. Medellín-Colombia: Fondo Editorial, Universidad EAFIT.
- Garzón, N. (2000). Dimensiones del cuidado. Capítulo 9: La ética en el cuidado de enfermería. Grupo de Cuidado Universidad Nacional.
- La Sagrada Biblia: Génesis 2-21. Nueva Versión Internacional.
- George, J. (2010). Nursing Theories. The base for professional Nursing Practice. 6Ta Edition.

- California: Library of Congress Cataloging-in-publication data.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México. D. F.: Fondo de Cultura Económica, S.A.
- Gobernación del Valle del Cauca (2006). *Historia del Valle del Cauca*, Gobernación. Recuperado de: <http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php>.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, S. (1998). Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación. *Revista Colombia Médica*. Vol. 29 No 003. Universidad del Valle, Cali, pp. 92-96.
- Gómez, C. (2001). Antecedentes y formación del profesional de Enfermería. En. *Criterios y Procedimientos para el Registro Calificado de Programas Académicos de pregrado en Ciencias de la Salud*. Bogotá, D. C.: Consejo Nacional de Acreditación.
- Gómez, O. & Gutiérrez de Reales, E. (2011). *La situación de Enfermería: fuente y contexto del conocimiento de Enfermería. La narrativa como medio para comunicarla*. Bogotá. D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. Escuela de filosofía Universidad ARCIS. Edición electrónica de: www.philosophia.cl
- Heidegger, M. (1988). *Los problemas básicos de Fenomenología*. Indiana University Press. USA
- Hernández, J. (1995). *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Herrera, M. (1993). *Historia de la educación en Colombia: La República Liberal y la Modernización de la Educación, 1930-1946*. En: *Revista Colombiana de Educación*, N° 26, Bogotá, D. C.
- Jackson. C. (2004). *Healing Ourselves, Healing others. Holistic Nursing Practice*. Julio/Agosto de 2004. 18 (4), pp. 199-209.
- Kuerten, P., Lenise, M., Gasperi, P., Fabiane, L, Waterkemper, R. & Bettina, M. (2009). *El cuidado y la Enfermería*. *Revista: Avances en enfermería XXVII* (1), pp. 102-109.
- Leal, F. (2003). *La doctrina de la seguridad nacional: materialización de la guerra fría en América del Sur*. *Revista de estudios sociales, Universidad de los Andes*. Revista No 15 de junio 2003. Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/476/>

- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing*. Second Edition. Washington, D. C.: Lybrary of Congress Cataloging-in-publication data.
- Leininger, M. (1988). *Care: Discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.
- Ley 30 (1992). Por la cual se crea el Consejo Nacional de Acreditación. Bogotá, D. C.: CNA.
- Ley 911 (2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de la Enfermería en Colombia.
- Ley 1188 (2008). Decreto 1295 de 2010, Por la cual se regula el registro calificado de programas de Educación Superior y se dictan otras disposiciones.
- Lizarazo, C. (2002). Actitudes de la enfermera percibida como calidad de cuidado por un grupo de mujeres en trabajo de parto en el Hospital San Blas, ESE.
- Mac Gregor, A. (2005). Enacting Connectedness in Nursing Education: Moving from pockets of rethoric to reality. *Nursing Education Perspectives*. Marzo-Abril, vol 26. No 2, pp. 90-95
- Málvarez, S.& Castrillón, M. (2006). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Segunda Parte. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>
- Marriner- Tomey, A. (2005). *Modelos y teorías en enfermería*. Quinta edición. Madrid: Editorial Mosby, Elsevier.
- Marriner, A.& Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en Enfermería*. Sexta Edición. Madrid: Editorial Mosby. Elsevier.
- Martín, M. W. (1996). *Love's Virtues*. Kansas: University Press of Kansas.
- Maturana, H. (1998). *El sentido de lo humano*. Bogotá, D. C: Dolmen Ediciones.
- Mayorga, M.& Madrid, D. (2010). Modelos didácticos y estrategias de enseñanza en el espacio Europeo de la Educación Superior. *Revista: Tendencias pedagógicas* No 15- Vol. 1.
- Meleis, A. (2000). *A passion for making a difference: Theory. Research and practice*. VII Coloquio panamericano de investigación en enfermería. 9 al 12 de octubre de 2000. Bogotá D.C.
- Mlek, M. (2011). *Nursing students' learning experiences in Clinical settings: Stress, anxiety and coping*. Thesis in Department of Education Concordia University.

- Montes, M. (2001). Documento, Plan de Estudio de Enfermería. Universidad del Valle, Facultad de salud. Escuela de Enfermería.
- Monti, E. (1999). *Multiple paradigms of nursing science*. Revista: *Advances in Nursing Science*. No 21. Vol 4, pp. 64-80.
- Montilla, J. (2013). Urdimbre de saber, poder y subjetividad en el método arqueológico-fenomenológico de Michel Foucault. En: Revista Electrónica de Investigación y Postgrado. Año 2 No 3. Sep-Dic Disponible en: <http://investigacion.unerg.edu.ve>.
- Moreira, M. (2005). Aprendizaje significativo crítico. Impressos Portao, LTDA.
- Moretón, M. (2012) Revisión Bibliográfica: Ventajas e inconvenientes de la aplicación de los Modelos de Enfermería en la práctica. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui>
- Morse, J. (1990). Concept of caring and caring as a concept. *Advance Nursing Science*.
- Munar, C. (2002). El contenido curricular de familia y su coherencia interna en el programa de pregrado de enfermería. Universidad Nacional. Revista Avances en enfermería. Vol. XX No 2. Julio-diciembre de 2002
- Murcia, N. (2006). Vida Universitaria: un estudio desde los imaginarios de maestros y alumnos. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE.
- Newman, M., Sime, A. & Corcoran-Perry, S. (1991). "The focus of the discipline of nursing". En: Revista *Advances in Nursing Science*, Vol.14(1), pp, 1-6.
- Nightingale, F. (1990). Notas sobre enfermería. ¿Qué es y que no es enfermería? Salvat editores. Barcelona. Título y Publicación Original: *Notes of Nursing. ¿What it is and what it is not?* (1859).
- Niño De Peña, L (1976). Educación de enfermería en Colombia. Revista ANEC, Vol. VII, Enero- Abril. No 17. Bogotá D.C.
- Noddings, N. (2005). *The Challenge to care in Schools. An alternative approach to Education*. New York: Teachers College Press.
- Noerager, P. (2003). Erosionar la Teoría Fundamentada. En: *Asuntos críticos en los métodos de Investigación Cualitativa*. (Janice Morse). Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Not, L. (1987). *Las pedagogías del Conocimiento*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

- Oliveira M. (1998). *La educación sentimental. Una propuesta para adolescentes*. Barcelona: Icaria.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concept of Practice*. USA: Editorial Mosby, Sexta edición.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Comunicación sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/index.html
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (1961). Guía para escuelas de enfermería en América Latina. Publicación No 55 del mes de septiembre.
- Ospino, A. (2006). Currículo por competencias en la Universidad de La Sabana. Revista de la Universidad de la Sabana, Aquichan. No 6, p. 10.
- Paniagua-Ramírez, C. T. (2004). *Making the paradigm shift: A review of Nursing pedagogical Model and approaches*. Enfermería Global No 4. Mayo. Disponible en www.um.es/eglobal/
- Pedraza, Z. (2011). La "educación de las mujeres": el avance de las formas modernas de feminidad en Colombia. En: Revista de Estudios Sociales, No. 41. Universidad de los Andes.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion In Nursing Practice*. Sexta Edición. Lybrary of Congress Catalogin-in-publication Data.
- Perea, A. (2007). Estética de la existencia: Las prácticas de sí como ejercicio de libertad, poder y resistencia en Michel Foucault. Bogotá, D. C.: s.n.
- Pérez, G. (2000). Desempeño profesional del egresado de Enfermería 1987-1997. Tesis de maestría Trabajo de investigación no publicado que se encuentra en la Biblioteca de salud de la Universidad del Cauca. TFCS 0164.
- Pezo, M. C. (2004). La mujer responsable de la salud de la familia. Constatando la universalidad cultural del cuidado. Revista INDEX de enfermería. Otoño de 2004. Año XIII. N. 46.
- Poblete, M. & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Porras, J. (1996). Coherencia teórica y práctica del núcleo profesional del currículo de la carrera de enfermería Universidad Nacional. Revista Avances en enfermería. Volumen XIX No 2 Julio-Diciembre de 1996.

- Puka, B. (1993). The Liberation of Caring: A Different Voice for Gilligan's "Different Voice", En: Larrabee, M. J. (ed.) (1993): *An Ethic of Care*, London, Routledge.
- Quintero de la Pava, I.D. (2006). El talón de Aquiles. Tratado de sexología esotérica. Bogotá, D. C.: Editorial Rosa-Cruz.
- Rangel, G. (2006). Las enfermeras Colombianas, desde el pregrado hasta la investigación y producción científica. *Revista Especialidades Enfermería*. (En línea) Julio-Agosto de 2006; 2 (4). Disponible en: <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/anteriores/num05/articulos/articulo1.htm>
- Ramírez, M. M. (2005). Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer Gastrointestinal. En revisa: *Avances en enfermería*, Vol XVIII No 2, Julio – Diciembre. Universidad Nacional de Colombia.
- Ramírez, R. (2005). Egresados de las especializaciones de enfermería: Evaluación de una década. *Revista Colombia médica*. Universidad del Valle. Vol. 36 No 3(Supl 2), 2005, (Julio-septiembre)
- Resolución 008460 de 1993. Por medio del cual se establecen los requisitos para el desarrollo de la actividad Investigativa en Salud.
- Ricoeur, P. (1976). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Ricoeur, P. (2002). *Tiempo y Narración. Configuración del tiempo en el relato de la ficción*. México D. F.: Siglo XXI Editores.
- Rinaudo, M. C., Chiecher, A. & Donolo, D. (2003). Motivación y uso de estrategias en estudiantes universitarios. Su evaluación a partir de *Motivated Strategies Learning Questionnaire*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. En. *Revista: Anales de Psicología*. Vol. 19 (1) Junio, pp. 107-119. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/11-19_1.pdf
- Rivera, L. & Triana, A. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country*. Universidad Nacional. Colombia. Recuperado de: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20>

[DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf](#)

- Rodríguez, E. & Becerra, A. (2012). Reflexiones Epistemológica y ontológicas del cuidado. En: El cuidado de Enfermería y las metas del milenio. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Grupo de Cuidado.
- Rogers, M. (1970). An Introduction to the Theoretical basis of Nursing. USA: F.A. Davis Company.
- Rojas, C. (2003). "Private Contributions to the Public Sphere: Corporate Foundations in Colombia", capítulo preparado para el libro Sanborn, C., Villar, R., Portocarrero, F. (eds.) Philanthropy and Social Change in the Americas, Harvard University DRCLAS (in process).
- Romero Ballèn, M. N. (2007). El cuidado de la enfermería en la adversidad: Compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Avances de Enfermería, XXV (2) - Bogotá, D.C. Julio-diciembre de 2007.
- Romero, M., Mesa, L., Galindo, S. (2008) Calidad de vida de los (las) profesionales de Enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Revista Avances en Enfermería. XXVI (2) 59-70
- Roy, C. (1984). The Roy Adaptation Model. Washington: Library of congress Cataloging-in-Publication Data, Pearson.
- Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 26, Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902263>.
- Taylor, R. & Bogdan (1998). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Sánchez, B. (2002). Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: Arte y la ciencia del cuidado. Bogotá D. C.: Unibiblos.
- Singer, P. (1995). *Ética para vivir mejor*. Barcelona: Ariel.
- Strauss, A. & Corbin J. (2002) Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría Fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

- Tobón, S. (2006). Competencias en la Educación Superior. Políticas hacia la calidad. Bogotá, D. C.: ECOE Ediciones.
- Todorov, T. (1993). *Frente al Límite*. Madrid: Siglo XXI.
- Torralba, F. (1998). Antropología del cuidar. Madrid: Edit. Instituto Borja de Bioética.
- Toro, O.& Vila Moret, E. (2001). El estado de la Investigación sobre el tercer sector y la sociedad civil en América Latina y El Caribe.
- Tovar, M. (2002). El significado de la formación integral en estudiantes de último semestre de la facultad de salud de la Universidad del Valle, 2002. *Revista Colombia médica*. Universidad del Valle. Vol. 33. No 4, 2002
- Tovar, M. (2007). El análisis documental en el diseño curricular: un desafío para los docentes. *Revista Colombia-médica*. Universidad del Valle. Vol. 38 No 4 (supl. 2), 2007 (octubre-diciembre).
- Trinidad A., Carrero, V., Soriano R.(2006) Teoría Fundamentada «Grounded Theory». La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Tronto, J. (1993). «Beyond Gender Difference to a Theory of Care», En: Larrabee, M. J. (ed.) (1993): *An Ethic of Care*:London: Routledge.
- Tronto, J. (1998). «What Can Feminist Learn about Morality from Caring?». En: Sterba, J. P. (ed.) (1998): *Ethics: The Big Questions*, Oxford, Blackwell, pp.346-356.
- Universidad Libre Seccional Cali (2004). Documento Proyecto Educativo Institucional.
- Universidad Santiago de Cali (2003). Documento estándares de calidad. Programa de Enfermería Sede Palmira.
- Universidad del Valle (2006). Proyecto Educativo - Programa de Enfermería. Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Santiago de Cali.
- Universidad del Valle. Historia de la Universidad del Valle. Recuperado de: www.univalle.edu.co/historia/reseña
- Umariana (2012). Acuerdo 002 de 10 de septiembre de 1970. Consultado el 12 de marzo de 2012, en: www.ucaldas.edu.co/enfermería
- Umariana (2012). Antecedentes históricos. Consultado el 12 de marzo de 2012, en: www.unicauca.edu.co/facultaddesalud/antecedenteshistoricos

- Umariana (2012). Documentos institucionales. Consultado el 12 de marzo de 2012, en: www.umariana.edu.co/documentosinstitucionales
- Valles, M. (2007). Técnicas cualitativas de Investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Bogotá, D. C.: Síntesis Sociología.
- Velandia, A. (1995). Historia de la Enfermería en Colombia. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional.
- Velandia, A. (2009). Hellen Howitt: Una semilla canadiense en la enfermería latinoamericana. En: Revista Avances en Enfermería. XXVII (1), pp. 93-101.
- Velandia, A. L. (2011). La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Bogotá D.C., Vol 13 (1), pp. 65-78, enero-junio de 2011.
- Velásquez, M. (1995). “Mujeres y Cultura”. En: Las mujeres en la historia de Colombia. Santafé de Bogotá: Norma. Tomo III.
- Vélez, M. (1999) Análisis de los planes de atención de enfermería realizados por un grupo de estudiantes de la Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia” Revista Investigación y educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Vol. XVII. No 2 de Septiembre de 1999.
- Verderese, O. (1979). Análisis de la enfermería en la América Latina. En: Revista Educación Médica y Salud, Vol. 13, No. 4. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5145.pdf>
- Villar, A., Alfaro, J., Martínez, K. & Cárdenas, M. (2012). Tendencias en la formación y desarrollo de los profesionales en enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. En: Revista Enfermería Universitaria ENEO- UNAM. Vol. 5. No. 2. Año. 4.
- Waddington, K. (2010). Medical education at St. Bartholomew's Hospital, p. 1123-1995. Gran Bretaña: St. Edmundsbury Press, Ltd., Bury St Edmunds, Suffolk.
- Watson, J. (2008). The Philosophy and Science of Caring. University Press of Colorado. Washington: Lybrary of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Watson, J. (2012). Human Caring Science. A theory of Nursing. Second Edition. Washington: Library of Congress Cataloging-in-publication Data.

- World Health Organization. La carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (1978). United Nations Childrens Fund. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Geneve: WHO.
- Yoda, Y. (1991). Libro de Viaje. (No especifica Editorial ni ningún otro dato).
- Zaragoza Salcedo, A. & Smith, L. (2001). El uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del Proceso de Atención de Enfermería en una Unidad Hospitalaria. Descripción de la técnica de grupos focalizados. Índice de Enfermería (edición digital) 32-33. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_9-12.php
- Zepeda, L. ,Bermúdez, A. ,Felipe & L. Bermúdez, G. (2012). El positivismo Comtiano como corriente filosófica en el ejercicio disciplinar de enfermería. Biblioteca Las casas 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0664.php>

10. ANEXOS

ANEXO 1

Preguntas entrevistas semiestructuradas a docentes fundadoras de los programa de enfermería. (Universidad del Valle, Universidad Libre-seccional Cali y Universidad Santiago de Cali)

1. Hasta el momento de la creación del programa ¿Cuál era su propia experiencia profesional y de qué manera esa experiencia influyó en el nacimiento del programa?
2. Para usted ¿cuáles fueron los hechos que marcaron la posibilidad de que pudiera darse la creación del programa de enfermería de la UniversidadXXX?
3. Con relación al currículo del programa, coméntenos ¿qué fue lo que más le impactó en el diseño y como consiguieron realizar el mismo?
4. ¿Cuál fue el perfil profesional definido por la Universidad XXX al inicio del programa de enfermería?
5. ¿Cuáles fueron las teóricas en enfermería?
6. Me gustaría que nos contara ¿qué la motivó a formar parte del equipo que fundó el programa de enfermería de la Universidad XXX?
7. ¿Cómo fue el trabajo realizado en equipo y cuál fue su participación en la organización del programa?

ANEXO 2

Preguntas entrevistas en profundidad a Docentes, Estudiantes y Egresadas de los programas de Enfermería. (Universidad del Valle, Universidad Libre-Seccional Cali y Universidad Santiago de Cali.)

Este instrumento se realizó con base en los resultados de la primera parte del trabajo. Se basaron en tres categorías emergentes:

1. Influencias y apoyos en la formación de enfermería

a) Necesidad en la formación de enfermeras e influencia del cristianismo.

La creación de los procesos de formación formal en enfermería en Colombia, datan de principios de siglo XX y se produce gracias a la expansión de comunidades religiosas dedicadas a dar atención y cuidados a personas enfermas o menos favorecidas, pero que solo basaban su accionar en la vocación de servicio al prójimo y la abnegación, la cual garantizaba la entrada y la complacencia de una vida eterna en paz.

Son entonces en esos momentos la atención a los pacientes enfermos basados únicamente en la devoción, la fe y la caridad, haciéndose evidente la necesidad de capacitar a ese personal para dar cuidados profesionales a los pacientes.

¿Cuál cree usted que sea los valores cristianos que aún en la actualidad siguen siendo vigentes para dar cuidado de enfermería? (todos)

En la actualidad hay proliferación de programas de enfermería. ¿Considera usted que se debe a la oferta de estudiantes que quieren estudiar la carrera o se debe a la demanda de profesionales de la enfermería que requiere la sociedad? (todos)

¿Qué influencia cristiana específicamente cree usted que tiene el programa de enfermería en el que (labora/estudia, estudió)?

¿De esas bases cristianas que le dejó su formación, cual o cuales cree usted que desempeñan mayor influencia en su forma de dar cuidado? (Estudiantes y egresadas).

b) Iniciativa de los médicos, ayudas y apoyo nacional e internacional.

La historia de la enfermería ha estado siempre fuertemente ligada al tradicionalismo médico. Son ellos los que en principio marcaron la pauta y vieron la necesidad de una formación científica para el personal que ayudaría a su labor de curar a los pacientes, dando cuidados profesionales con calidad.

¿Considera usted que el currículo de su institución está marcado por excesivos conocimientos médicos? (todos)

¿Más allá del cambio de etiqueta en la asignatura, cómo cree usted que se puede visualizar el cuidado en los currículos de los programa de enfermería? (todos)

¿Analizando el currículo de su institución, dónde considera usted que se visualiza el cuidado? (todos)

¿Por qué cree usted que en muchas instituciones, especialmente las clínicas algunos médicos siguen considerando a las enfermeras como “auxiliares de la medicina”. (docentes/egresados)?

¿Considera usted que la influencia del pensamiento biomédico ha afectado en la forma en que las enfermeras el Colombia entendemos el cuidado? De qué forma?

c. Expansión de la enfermería en el suroccidente Colombiano

En los momentos de creación de la Universidad del Valley de la apertura de la universidad a la mujer mediante la carrera de enfermería, entre otras, se crea una necesidad de apertura en otras regiones del suroccidente colombiano. Es entonces cuando la Universidad del Valle se convierte en la pionera y la inspiradora de muchos otros programas de la región. En la actualidad también se ha visto esa necesidad de expansión, pero no por iniciativa de entidades estatales, sino por decisión de entidades privadas, que han visto en la educación privada de las enfermeras una fuente segura de ingresos para sus instituciones.

¿Considera usted que la proliferación de programas de educación superior en enfermería se debe a la necesidad de profesionales de enfermería en el sector laboral o la necesidad de suplir la oferta de estudiantes que quieren ser enfermeras?

2. Concepciones del cuidado y teóricas que influenciaron la creación de los programas.

El concepto de cuidado es muy reciente en Colombia. De acuerdo a las evidencias encontradas, al principio de la creación del programa de enfermería de la Universidad del Valle se habla del término “cuidado de enfermería” como la lista de actividades que debía realizar la estudiante de enfermería para brindarle al paciente la posibilidad de alcanzar la curación de su enfermedad. Se mencionaba siempre hacia el final de las patologías clínicas específicas y después de haber explicado la definición, sintomatología, tratamiento, complicaciones y finalmente cuidados de enfermería. En ese momento era Florence Nightingale la única que inspiraba la conceptualización de la enfermería. A partir del inicio de los procesos de acreditación y registro calificado es que se observa la necesidad de reflexionar sobre el objeto disciplinar. Es entonces cuando el discurso empieza a apropiarse de la conceptualización y el significado del cuidado para explicar la esencia de la profesión. También se empieza una búsqueda a través del discurso de las teóricas en enfermería, especialmente norteamericanas, tratando de encontrar la que más se ajustara a las necesidades de formación y de cuidado de enfermería del momento. Jean Watson, Madeleine Leininger, Hildegart Peplau se convierten entonces en las primeras que son estudiadas a profundidad con el fin de tratar de adaptar su teoría a nuestro medio educativo.

¿Cuándo considera usted que se empezó a hablar del cuidado como esencia de la enfermería en la ciudad de Cali? (Docentes)

¿De qué manera cree usted que las teóricas en enfermería han influido en su concepción del cuidado? (Docentes, estudiantes, egresados)

¿Cómo cree que el cuidado se ha hecho evidente curricularmente y su práctica docente?

¿De qué manera cree usted que las teóricas de enfermería influyeron en el momento de realizar el diseño curricular de su programa? (Docentes)

¿Cómo se ve evidenciado en el currículo? (Docentes)

¿Cómo se ve evidenciado en su práctica laboral? (Estudiantes, Egresados)

¿Cree usted que se ha podido realizar una verdadera conexión entre las teorías de enfermeras extranjeras con los contextos reales de nuestra sociedad? (Docentes, estudiantes, egresados)

¿Cree usted que es necesaria la creación de teorías propias diseñadas y elaboradas en nuestro medio? (Docentes, estudiantes, egresados)

¿Cuál es la concepción del cuidado dada por su universidad? (Docentes, estudiantes, egresados)

¿Considera usted que lo enseñado en su universidad con respecto al cuidado, le ha dado las bases suficientes para entender y dar cuidado en su sitio de trabajo? ¿Es diferente la realidad?

¿Explique su propia concepción de cuidado?

3. Del tradicionalismo biomédico pedagógico a otros modelos

Los modelos educativos utilizados inicialmente no pasaron por muchos procesos de reflexión propia. Fue la medicina la que marcó la pauta de cómo se debía enseñar, y fueron los médicos también los que fueron los primeros maestros de las enfermeras. Seguimos la tradición curricular médica, en donde existe la dicotomía Teoría-Práctica y Ciencias básicas-Ciencias clínicas. En épocas recientes se ha intentado hacer reflexiones propias acerca de la construcción curricular y las formas de enseñar enfermería, pero a la práctica es poco lo que se ha logrado evidenciar, y se sigue replicando modelos tradicionalistas y conductistas en la educación en enfermería.

¿Cómo aprendió usted a enseñar?

¿Cuál es el modelo pedagógico institucional de su universidad? (docentes, estudiantes, egresados)

¿Describa como hace la planeación y ejecución y evaluación de una clase? (docentes)

¿Cuál es el modelo pedagógico que impera en la mayoría de sus sesiones educativas? (docentes)

¿Describa cómo realiza la práctica con sus estudiantes y cómo la evalúa? (docentes)

¿Describa cómo eran o son las clases dadas por docentes de enfermería de su universidad? (Estudiantes, egresados)

¿Cómo son las evaluaciones de la teoría y de la práctica? (estudiantes, egresados)

¿Cuál considera usted que es el componente académico más fuerte que usted tiene, que le ha dado su universidad? (en que se considera Ud.más fuerte) (Estudiantes, egresados)

De acuerdo a su experiencia laboral ¿Cuál considera que es su mayor debilidad? (egresados)

¿Cuál es el perfil profesional que le ha dado su universidad a los estudiantes? (Docentes)

¿Cuál es el perfil profesional que le dio su universidad? (Estudiantes, egresados)

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El cuidado en la formación de enfermería”

Desde la mirada de los actores institucionales de los programas de pregrado de enfermería de la ciudad de Cali.

La Universidad del Cauca con su programa de Doctorado en Ciencias de la Educación, ha aprobado el anteproyecto de investigación denominado “*El cuidado en la formación de enfermería*”, el cual está siendo adelantado por la Candidata a Doctora: Ana Cecilia Becerra Pabón, con el objeto de conocer y comprender cuáles son los sentidos que sobre el cuidado tienen los actores institucionales pertenecientes a los diferentes programas de enfermería de la ciudad de Cali.

1. Introducción

La pregunta por la formación en enfermería ha existido y está vigente en la actualidad. Las investigaciones hechas hasta el momento han dado grandes aportes a la disciplina, pero aún nos falta profundizar en el sentido que tiene el cuidado para los que formamos parte de la institución educativa universitaria, y de cómo desde ella podemos dar el primer paso para proponer alternativas de solución concretas en un contexto específico como el colombiano.

Es ahí donde este trabajo se hace pertinente. Existe el vacío conceptual y estoy segura que las conclusiones de este estudio serán de gran valor para el aporte a la re conceptualización del currículo de Enfermería en los principales programas de pregrado del país.

2. Objetivos

Objetivo General:

- Comprender cuales son los sentidos que sobre el cuidado tienen los actores institucionales del pregrado de enfermería pertenecientes a los diferentes programas de enfermería de la ciudad de Cali.

Objetivos específicos

- ✓ Conocerlas concepciones de cuidado que subyacen en los documentos institucionales de los programas.
- ✓ Descubrir la influencia que la formación universitaria tuvo en su actual concepción del cuidado.
- ✓ Interpretar de qué manera la experiencia profesional influye en la concepción que las enfermeras tienen del cuidado.
- ✓

3. Procedimientos

Su participación consiste en:

- a. Participar en una entrevista en profundidad en donde en forma individual trataremos igualmente aspectos que tienen que ver con las perspectivas y significados que tiene usted acerca del cuidado.

4. Riesgos y beneficios potenciales

De acuerdo al Artículo 9 de la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Concordante con lo anterior, puedo afirmar que esta investigación corresponde a la clasificación a) Investigación sin riesgos. La cual de acuerdo a la misma resolución corresponde a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

5. Confidencialidad

Toda información obtenida acerca de usted en este estudio será manejada de manera confidencial y no se darán a conocer datos que de alguna manera puedan identificarlos.

Declaración del voluntario

Yo, _____ identificado con C.C. _____
De nacionalidad _____ domiciliado en _____, siendo mayor de 18 años, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio, declaro mediante la presente:

1. Haber sido informada/o de manera oportuna, clara y sencilla por parte de la Enfermera-Investigadora Ana Cecilia Becerra Pabón, de todos los aspectos relacionados al proyecto de investigación denominado: *El sentido del cuidado en la formación de enfermería. Una mirada desde los actores institucionales.*
2. Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado es: Comprender cuáles son los sentidos que sobre el cuidado tienen los actores institucionales del pregrado de enfermería pertenecientes a los diferentes programas de enfermería de la ciudad de Cali.
3. Haber sido informado de que mi contribución en el proyecto consiste participar en una entrevista en profundidad dando la información requerida por la investigadora, de acuerdo a lo que sé, creo y pienso del tema.
4. Que la información que suministre a la investigación será utilizada única y exclusivamente para intentar comprender los sentidos que sobre el cuidado tienen los actores institucionales de los diferentes pregrados de enfermería de la ciudad de Cali.
5. Que la investigadora principal me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto de mi identidad, como de cualquier información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
6. Que estoy de acuerdo con el uso para fines académicos, de los resultados obtenidos en el presente estudio.

7. Que mi participación en este estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud.
8. Que cualquier pregunta que yo tenga me será respondida oportunamente por parte de la investigadora con quien me puedo comunicar en el teléfono: 5183000 ext. 1390 con el Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad del Cauca en Popayán, al teléfono 092 8209832, quienes conocen y avalan el proyecto de investigación.
9. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria acuerdo:

- A. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la investigadora a realizar el referido estudio en la información que brinde con los fines indicados anteriormente.
- B. Reservarme el derecho de revocar esta autorización, así como la participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario:

Nombre _____

Identificación _____

Lugar _____

Fecha _____

Firma de la investigadora

Nombre _____

Identificación _____

Lugar _____

Fecha _____