

LAS ENFERMERAS MONÁSTICAS

Las casas monásticas para mujeres crecieron en número durante los siglos VI y VII. Las mujeres que ingresaban en ellas eran ricas y tenían gran influencia en la comunidad. Las mujeres de estos monasterios estaban amparadas por una regla, concedida por la Iglesia, que proporcionaba seguridad y libertad para seguir estudios intelectuales o intereses prácticos. Muchas mujeres famosas de la Alta Edad Media estuvieron relacionadas con la vida monástica. Entre ellas destaca Hrotswitha, escritora de novelas dramáticas. Las grandes comunidades gemelas o monasterios dobles de hombres y mujeres, fueron una característica de la vida monástica en sus etapas iniciales, bajo el control directo de una abadesa que tenía una posición importante. Las dos casas, una de monjes y otra de monjas solían mantenerse separadas. La abadesa administraba la propiedad del monasterio y mantenía la disciplina. Los monjes y monjas le juraban obediencia.

El monasterio doble más famoso fue el fundado y regentado por Santa Radegunda (519–587 d.C.) en Poitiers en el año 559.

La lectura de las Escrituras, el estudio de la literatura antigua, la transcripción de manuscritos y la representación de dramas (misterios de la Edad Media) eran actividades importantes de esta comunidad. Sin embargo el cuidado de los enfermos era la principal tarea.

El ideal monástico de la humildad determinó que se usaran ropas sencillas y roscas como vestido. Sin embargo, las abadesas y las monjas de cuna real llevaban preciosos atuendos..

Esta indumentaria se criticó mucho, y se convirtió en costumbre que las mujeres religiosas usaran ropas instinctivas; el velo, simbolizaba la humildad, y se convirtió en parte del hábito prescrito que durante el período de noviciado tenía que ser blanco, había distintos tipos de velo para distinguir la distinta posición social; la cofia de la enfermera moderna, una variante del velo religioso, se ha asociado a la humildad.

Santa Brígida introdujo los monasterios femeninos en Irlanda ya en el S.V, discípula de San patricio se convirtió en una abadesa famosa de Irlanda y era respetada como erudita, educadora, consejera y experta en las artes de curación. , se le dio el título de Patrona de la curación

LOS HOSPITALES MEDIEVALES

En la actualidad perduran tres hospitales medievales famosos que se construyeron fuera de los muros monásticos: el Hotel Dieu (casa de Dios) de Lyon/París y el Santo Spirito de Roma. Los primeros hospitales se establecieron como casas de caridad y atendían a los necesitados y desvalidos tanto como a los enfermos.

El Hotel Dieu de Lyon fue fundado en el año 542 d.C y servía como casa de caridad y era regentado por grupos laicos: Realizaban trabajos caritativos aparte de los propios de la enfermería y estaba diseñado para acoger a huérfano, pobres, débiles y enfermos. Sus primeras enfermeras fueron mujeres pecadoras y viudas.

El Hotel Dieu de París fundado por el obispo Landérico entre el 650 y 651 d. C

El Hotel Dieu comenzó como un pequeño hospital, pero rápidamente alcanzó grandes proporciones.

Todos los hermanos y hermanas tenían asignadas actividades específicas, como el trabajo externo, la administración del hospital, el cuidado de los enfermos y los servicios religiosos.

El Hospital de Santo Spirito de Roma, fue fundado en el año 717d.C, por orden del Papa, fue el más grande de

los hospitales medievales, fue construido con el propósito de cuidar a los enfermos, este se convirtió en prototipo para el desarrollo de otros hospitales medievales.

LAS ORDENES MILITARES DE ENFERMERÍA

Las ordenes militares de enfermería eran un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. Estas ordenes combinaban los atributos de la religión y la caballería, del militarismo y la caridad en su servicio al prójimo. Las historias en este período contienen poca información sobre como cuidaban los caballeros a los enfermos y heridos.

Estas ordenes tuvieron una gran influencia en la enfermería. Los miembros eran valientes, benévolos y caritativos.

Se formaron grandes ordenes, todas ellas designadas con el nombre de hospitalarios. Los miembros de éstas se dividían en tres clases: *caballeros, sacerdotes, y hermanos sirvientes..*

Los caballeros eran hombres que llevaban armas, protegían a los peregrinos y luchaban en las cruzadas, ayudaban a cuidar a los enfermos, los sacerdotes, atendían a las obligaciones religiosas en las Iglesias, campamentos y Hospitales. Los hermanos sirvientes, tenían como principal responsabilidad atender a los viajeros cansados y cuidar a los enfermos. Tres de éstas ordenes sobresalen como las más famosas:

Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén

Caballeros Teutónicos

Caballeros de San Lázaro

Caballeros hospitalarios de san Juan de Jerusalén:

Hacia el año 1050 un grupo de ricos comerciantes de Italia fundó 2 hospitales en Jerusalén, uno masculino y otro femenino, en un principio estos atendieron a personas enfermas, incluyendo a los peregrinos y a los dementes.

Al principio las mujeres se encontraron en igualdad de condiciones frente a los hombres, todos cuidaban a los enfermos, comían y asistían al culto juntos. Más tarde, hombres y mujeres

Formaron una hermandad religiosa y se dedicaron a servir a los pobres y a Cristo de acuerdo con la regla de San Agustín. La separación fue total y las hermanas quedaron subordinadas a la orden masculina, y vestían una túnica negra con una cruz de lino blanco bordada sobre el lado izquierdo del pecho, mas tarde se diferenciaron de otros caballeros por llevar una cruz blanca sobre fondo rojo.

Él más grande e importante de los numerosos hospitales de la orden fue el fundado en 1575 en Malta. En sus primeros tiempos fue un modelo para toda Europa. El hospital que sigue siendo un magnifico monumento arquitectónico, acomodó originariamente a algo menos de 1000 pacientes, proporcionaba jefes de departamento, enfermería, limosnas, cuidado de niños...

Los Caballeros Hospitalarios intervinieron en Europa durante los períodos de guerra, conducían ambulancias y llevaban otros servicios médicos. Pero sus funciones originarias han sido adoptadas y ampliadas durante el ultimo siglo por la Cruz Roja. La Cruz Maltesa que llevaron los caballeros de san Juan, sobrevivió a la época de las cruzadas y se convirtió en parte de la insignia de muchos grupos dedicados al cuidado de los enfermos; las 8 puntas de la Cruz significan las 8 virtudes que los caballeros debían ejemplificar en las tareas de caridad de su vida cotidiana:

- 1 Goce espiritual
- 2 Vivir sin malicia
- 3 Arrepentirse de los pecados
- 4 Humillarse ante los que te injurian
- 5 Amar la justicia
- 6 Ser misericordioso
- 7 Ser sincero y puro de corazón
- 8 Sufrir la persecución con abnegación.

Los caballeros Teutónicos:

La orden germánica de los Caballeros Hospitalarios, creada en 1191, se llamó Deutshe Orden o Caballeros Teutónicos.

Los Teutónicos siguieron las normas hospitalarias de los Caballeros de San Juan y la estructura militar de los templarios. Los primeros miembros provenían de familias nobles. Tomaban los 3 votos de habituales: castidad, obediencia, y pobreza, pero añadían un cuarto que os obligaba a cuidar enfermos. También estaban divididos en tres clases: guerreros, enfermeros y hermanos espirituales. Los caballeros Teutónicos, asumieron desde un principio deberes de enfermería y militares. Se distinguían por un habito negro encima del cual llevaban una casaca blanca con una cruz negra bordada en oro sobre el hombro.

Estos caballeros adquirieron un gran poder en Alemania.

EL CRECIMIENTO DE LOS HOSPITALES

Durante la Baja Edad Media se apoyo el desarrollo de hospitales en las ciudades europeas.

Esta idea de los hospitales urbanos fue acogida con apoyo y aprobación. Aumentó el numero de hospitales cuyo tamaño variaba. Varios factores contribuyen a la demanda, los hospitales existentes se habían organizado como orfanatos, hostales para viajeros y enfermos y casas de caridad; las enfermedades contagiosas eran incontrolables; la vida urbana se había desarrollado de forma acelerada, y las condiciones de hacinamiento en que se vivía contribuía a propagar las enfermedades. Las salas eran muy espaciosas, y la intimidad solía obtenerse mediante el uso de cubículos.

Se construyeron hospitales que estaban bien dotados. Los cuidados de enfermería corrían a cargo de monjes y monjas.

Se ponen cuadros en los hospitales como terapia de entretenimiento para los pacientes.

El primer hospital británico fue sin lugar a dudas el de York, construido por Athelstane, alrededor del año 936, también era una casa de caridad y tenía un pabellón para leprosos. El St.Giles hospital fue construido por la reina Matilde en 1101 para el cuidado de cuarenta leprosos.

El St. Thomas Hospital fue fundado en 1213 por Ricardo prior de Berdmonsey. Esta institución se hizo famosa en el S. XIX cuando Florence Nightingale estableció allí la primera escuela de enfermería.

Éste se convirtió en hospital para los enfermos, refugio para los pobres y hostel para los viajeros y peregrinos, no se admitían leprosos.

El Bethlehem Hospital fue la primera institución inglesa que se dedicó a los enfermos mentales.

LAS EPIDEMIAS Y LAS PLAGAS

Durante el S. XIV, una enfermedad catastrófica, la Muerte Negra, asoló el continente europeo y el Reino unido en cuatro ocasiones. La peor de todas fue en 1348.

Se cree que la Muerte Negra fue una plaga de tipo bubónico que se originaba por la picadura de un parásito infectado. Aunque en principio se trata de una enfermedad de roedores; de las ratas, puede ser transmitida al hombre por parásitos tales como pulgas que se han alimentado de roedores enfermos. El contacto directo con una persona infectada también puede transmitir la enfermedad.

La Muerte Negra, que mató a una cuarta parte de la población de la Tierra (más de 60 millones de personas), apareció en Europa alrededor de 1348 después de haber arrasado Asia y África.

Por esa misma época se inició la enfermedad del sudor primero en el Reino Unido y luego por todo el continente. Se cree que esta enfermedad pudo ser la gripe. Gran numero de personas moría al día o a las pocas oradse haber experimentado los primeros síntomas. Su aparición provocaba escalofríos, fiebre, jaqueca, estupor, dolor precordial, vómitos y sudación profusa...

Se creía que el paciente debía transpirar continuamente durante 24 horas, por tanto se cerraban puertas y ventanas, se encendía fuego y se le cubría con pieles. Los cuidadores se quedaban con los pacientes para mantenerlos despiertos y que no perdieran el conocimiento.

LOS HOSPITALES Y LOS REFORMADORES

La Reforma trajo consigo un amplio movimiento dirigido por Martín Lutero y Enrique VIII, cuya finalidad era la supresión de los monasterios. El resultado fue que la gente se quedo sin hospitales y posadas y hubo un deterioro en los cuidados de los enfermos y los pobres.

La decadencia de los hospitales

Tras la reforma protestante las actividades caritativas fueron asumidas por las distintas sectas religiosas.

Los hospitales de las ciudades eran como prisiones, con paredes desnudas y sin decoración, pequeñas habitaciones oscuras, con ventanas tan pequeñas que no entraba la luz del sol, y salas en las que se amontonaban cincuenta o cien pacientes.

Falta de limpieza tanto del hospital como de los pacientes.

Estas condiciones insalubres dieron lugar a grandes brotes epidémicos.

Las mujeres perdieron el control de la enfermería.

Este fue uno de los períodos de la historia de la enfermería en que los hombres se generalizaron, y las mujeres no tenían ninguna voz en la dirección de los hospitales.

El nacimiento de la enfermería moderna

Uno de los factores más importantes en la regeneración de la enfermería fue el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, Alemania, creado en 1836 por Theodor Fliedner.

Kaiserswerth erigió la principal organización de Diaconisas.

Este instituto dejó una huella en toda la enfermería, influyó indirectamente en personas como Florence Nightingale, quien permaneció allí durante un breve período.

Fliedner fue párroco del instituto en 1822, comenzó su labor creando la Asociación de Prisiones Alemana, en 1826. Se casó con Friederike Munster con la que centró su atención en el cuidado de los enfermos y abrió un pequeño hospital y una escuela de formación, la cual en su programa de enfermería incluía una rotación por los servicios clínicos hospitalarios, formación en enfermería domiciliaría, cuidado de niños, cuidado de enfermos infecciosos...un nivel suficiente de farmacia... Este programa de estudios duraba 3 años.

En Kaiserswerth la estructura de organización evolucionó hasta incorporar - numerosas facetas de servicio, que se dividieron en cuatro áreas: enfermería, ayuda a los pobres, cuidado de los niños y trabajo de auxilio a las mujeres presas y las "Magdalenas". El instituto adquirió tal renombre que muchas personas acudían a él para estudiar sus métodos. Friederike, la emprendedora y enérgica cofundadora, falleció en 1842. Tras su muerte, el pastor Fliedner se casó con Caroline Bertheau (1811-1892), quien había ejercido durante 3 años como superintendente del departamento de cirugía de mujeres del Hospital de Hamburgo. Su experiencia de enfermería resultó muy valiosa para la continuación del trabajo del instituto. La influencia de Kaiserswerth se extendió más allá de las fronteras alemanas.

REVOLUCIÓN DE NIGHTINGALE

FLORENCE NIGHTINGALE

Se le atribuye la profesionalización de la enfermería.

Inglesa, hija de una familia acomodada. Nació en Florencia en 1823.

Mujer atípica para su época, recibe una amplia formación en filosofía, matemáticas...posee una inteligencia superior.

Habla de la vocación en la enfermería, recibe una llamada de Dios, responde a esa llamada en contra de su familia y se forma como enfermera.

En Londres la encargan dirigir una casa de salud.

En 1854 la proponen para ir a la guerra de Crimea, mueren más soldados en el hospital que en el campo de batalla. Nightingale consigue bajar de un 42% a un 2% esa tasa de mortalidad.

Es recibida como una heroína, se crea la fundación Nightingale y crea la primera escuela de enfermería, además publica el libro Notas de Enfermería.

Programa unos estudios teóricos y prácticos durante 3 años. La condición es que sean mujeres y con algunas capacidades específicas de los hombres.

Escribe contenidos profesionales de enfermería. Es la primera vez que una enfermera establece como y que debe hacer una enfermera.

Plantea que las enfermeras tienen un papel propio que cumplir como controladoras de factores

medioambientales para promover la salud.

Otorga diferentes niveles de autonomía al quehacer de las enfermeras: enfermera del enfermo, enfermera de salud...

Plantea un código deontológico desde un punto de vista religioso y moral.

Las enfermeras reciben un título y son reconocidas por su aportación a la sociedad (implanta un horario y que las enfermeras han de ser remuneradas económicamente)

Impulsa la formación para:

Enseñar a las enfermeras para que estas enseñen a las futuras profesionales.

Formar líderes para la gestión de cuidados en hospitales.

Remuneración por el trabajo realizado

Igualdad de oportunidades sociales

Código de conducta

Formación sistematizada

Descripción de los fenómenos de la disciplina

Conocimientos propios para ejercer una función específica

Mujer enfermera auxiliar de médico

Vocación de servir

Servir al enfermo

Servir al medico

Servir a la institución

Cumplimiento de una misión que exige conocimientos médicos y vocación

Vacación – cuidados – formación normal

Agente de información

Agente de ejecución

La mayoría de países de habla inglesa se adhieren a las ideas de Nightingale.

En los países católicos, los cuidados de las enfermeras se llevan a cabo por religiosas, la formación de las enfermeras está en manos de médicos.

Las ideas de Nightingale son mal recibidas por la clase médica y la administración de los hospitales. Desde

1900 hasta 1950 las enfermeras siguen influenciadas por el modelo médico y religioso.

El modelo biomédico es el único que se acepta como explicación al proceso salud-enfermedad.

El cuidado se centra en personas enfermas. Se trata a los enfermos como personas dependientes y pasivas. Existen enfermos buenos y malos.

Se considera el sufrimiento como algo que no hay que evitar.

Los únicos cuidados son para la curación o el diagnóstico.

Los médicos de los hospitales valoran las actividades que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades vitales (higiene, confort...) Las que no los valoran son las enfermeras. Ellas valoran la maestría en la técnica (tratamiento médico) Cuanto más técnica sea la enfermera más reconocida o valorada será.

Aparecen las primeras enfermeras (en España a partir de los 40-50) con titulación, auxiliares de médico. Tienen vocación de servir al enfermo, servir al médico y a la institución. Están cumpliendo una misión que requiere conocimientos médicos y vocación.

La enfermera es un agente de información para el equipo médico y el de gestión del hospital, también es un agente de ejecución..

A partir de mediados de 1940 (1980 en España) aparecen nuevas enseñanzas relacionadas con el comportamiento humano. Las enfermeras empiezan a plantearse los cuidados y el dar cuidados psicológicos a la persona. Ya no se habla de paciente sino de cliente.

Se empieza a hablar de la planificación de los cuidados siguiendo un método determinado y empieza a florecer la idea de los cuidados centrados en la persona y no en la enfermedad.

Empiezan a aparecer libros escritos por profesionales enfermeras. Se asume la responsabilidad de la persona cuidada de manera que cada enfermera se encarga siempre de los cuidados de las mismas personas.

En la mayoría de casos la enseñanza se inicia en las Universidades. La formación recae en enfermeras. En España la enfermería llega al ámbito universitario en 1977.

El papel de la enfermera es:

Actividades de **colaboración** con otros profesionales (modelo biomédico)

Funciones **propias** (modelo conceptual enfermero)

Rol de colaboración

Papel que desempeña la enfermera llevando a cabo las actividades de tratamiento, diagnóstico y control preescritos por otro profesional.

El centro de atención es el usuario. Con otros profesionales se establece una relación de respeto e igualdad mutua.

Para interpretar los problemas que presenta una persona se emplea un juicio clínico.

Responsabilidad: de las propias acciones, pero no del efecto del tratamiento.

Autoridad: de otro profesional, que es el que prescribe.

Control: de otro profesional, la enfermera informa al otro profesional.

En el momento en que la plantilla de otros profesionales sea muy amplia, estos realizan estas tareas enfermeras.

Rol Propio

Conjunto de funciones deliberadas guiadas por un modelo conceptual enfermero que ejerce la enfermera y que lleva a cabo a partir de su formación y su propio juicio.

Rol propio: es de competencia de las enfermeras.

Responsabilidad: es de las propias acciones y del resultado. No todo lo tiene que hacer la enfermera. Trabaja en un equipo enfermero (auxiliares + enfermeras).

Autoridad: total, para hacer preinscripciones, quien y como lo hace...

Control: total

Ciencia y Disciplina

Muchas veces disciplina es igual a ciencia.

Hay una pequeña diferencia, la ciencia es un conjunto de conocimientos científicos que se dan a conocer por diferentes medios formulados en forma de teoría. La metodología científica ha ido evolucionando.

El término ciencia tiene una doble connotación:

Proceso: método y habilidades para desarrollar teorías

Producto: conjunto de conocimientos.

Una disciplina es un conocimiento riguroso y sistemático que hacen referencia a una materia u objeto concreto.

El concepto disciplina es más amplio que el concepto de ciencia, porque no lo engloba en el conocimiento científico, son que utiliza unos conocimientos.

La disciplina está antes que la ciencia.

Determina que conocimientos científicos deben utilizar un grupo disciplinar.

Totalidad del Conocimiento Enfermero

Una disciplina es un conjunto de conocimientos que hacen referencia a una materia u objeto. Incluye otro tipo de saberes además del conocimiento científico. La disciplina determina que conocimientos científicos son necesarios y como hay que elaborarlos.

La disciplina enfermera engloba un conjunto de saberes elaborados por enfermeras que han dado a conocer por medio de publicaciones. Esa totalidad se agrupa en 4 bloques de conocimiento:

Conocimiento Empírico

Más o menos ciencia enfermera. Se presenta en forma de teorías descriptivas relacionadas con los cuidados. Estas teorías pueden ser:

Explicativas

Predictivas

Prescriptivas

Descriptivas

Conocimiento Ético

Saberes elaborados por enfermeras. Tiene que ver con aquello que es beneficazo o perjudicial. Tiene que ver con la discusión, el diálogo... Se generas teorías:

Descriptivas

Explicativas

Conocimiento Estético

Tiene que ver con el saber hacer y con el saber estar. Elaboración de métodos, instrumentos, técnicas. Todas las interacciones serán distintas. Se generas teorías:

Descriptivas

Explicativas

Autoconocimiento

Relacionado con los conocimientos propios de la enfermera. Cuales son sus valores, creencias...

Tiene que ver con la sabiduría profesional. Utiliza teorías:

Descriptivas

Conocimiento Empírico

Para elaborarlo, hay que seguir una serie de pasos:

Definir los fenómenos que constituyen el metaparedigma dentro de un ámbito más filosófico. La meta paradigma ha de ser abierto.

Crear modelos conceptuales, siguen siendo generales y abstractos aunque menos que los anteriores.

Formular hipótesis comprobables en el mundo de la realidad

Meta paradigma

Primer nivel de especificidad de los cuidados.

Precisa los conceptos centrales explicando sus relaciones para explicar los postulados que guían la práctica de la enfermera.

Filosofías

Corrientes de pensamiento que marcan la evolución del concepto científico en una época.

Paradigma

Formas de ver los fenómenos del mundo. Influencian el desarrollo de los conocimientos y del saber hacer en las disciplinas.

En enfermería hay 3 paradigmas que han marcado el desarrollo:

Categorización: Este paradigma coincide con la época de Nightingale. Separa fenómenos en partes y establece las relaciones de las partes como causa-efecto.

La **persona** es un conjunto de órganos, aparatos y sistemas.

El **entorno** es el medio ambiente físico, próximo a la persona.

Salud es el opuesto a la enfermedad.

Los **cuidados** se basan en hacer por la persona aquello que no puede hacer.

Integración: Se inicia en 1950. La persona es un ser biopsicosocial y espiritual.

Las dimensiones aún se contemplan por separado.

La **Salud** es adaptación al medio, bienestar físico social y mental.

El **entorno** es el medio físico, social y cultural de la persona. No hostil. Puede tener influencia sobre la persona y ésta sobre el entorno.

Los **cuidados** consisten en hacer por la persona y con la persona.

Transformación: (1980) Simultaneidad persona-entorno. Paradigma holístico.

La **salud** es la armonía de la persona consigo misma y con el universo.

El **entorno** es el cosmos

Los **cuidados** son acompañar a la persona en el proceso de vivir.

ESCUELAS DE PENSAMIENTO

Paradigma de la integración

Cronología

Antecedentes: formación que habían recibido las teóricas

Contexto: momento y lugar en que fueron publicados los modelos

Propósito: meta central que se proponían las teóricas

Teorías en las que se apoya: se parte de teorías bases normalmente de otras disciplinas para conseguir las teorías enfermeras.

Escuela de las necesidades

Teorías: necesidades y desarrollo. Están recogidas aquellas teóricas que fueron las primeras que publicaron sus teorías, después de Nightingale. Las enfermeras tratan de definir su rol dentro del equipo interdisciplinar. Sus teorías provienen del campo de la psicología casi siempre. Estas teóricas son Adellah, Henderson y Oren.

Escuela de la integración

Sus publicaciones son posteriores, por lo tanto se apoyan en las teorías de la escuela de las necesidades. Intentan plantear cómo tienen que establecer las enfermeras la relación con el usuario o cliente. Son todas enfermeras psiquiátricas y se centran en la relación entre los seres humanos. De los 4 elementos de la meta paradigma desarrollan el concepto de rol profesional y el del entorno de forma escasa.

Las representantes de esta escuela son Orlando, Peplou... finales de los 50, principios de los 60.

Escuela de objetivos

Tratan de clarificar la meta concreta de los cuidados enfermeros. Sus publicaciones aparecen en la década de los 70. utilizan las teorías del sistema Bertalanffy para explicar la relación de ser humano con el medio. Utilizan también teorías de la adaptación como Releí, Helson (psicólogos). La meta se dirige a mantener la energía del usuario y la adaptación al medio ya que promueve el desarrollo. Las principales teóricas son Roy, Jonhson, Newman. Definen el rol autónomo pero aceptan el rol de colaboración con otros profesionales.

Paradigma de la transformación

Escuela del ser humano unitario

No contemplan el rol de colaboración con otros profesionales ¿a quien van dirigidos los cuidados? Desarrollan el concepto de persona. Utilizan técnicas de física, matemáticas y astronomía. Contemplan al ser humano y entorno como dos campos energéticos en integración continua (M. Rogers y Rezo Parse)

Escuela del caring

Ambas escuelas parten de la teoría holística. Se centran en una nueva versión de los cuidados enfermeros. Es una enfermera como terapeuta. Watson, Leininger.

Ambas escuelas rechazan los cuidados enfermeros como método para planificar los cuidados y un listado de diagnósticos enfermeros, las taxonomías diagnósticas y de intervención. Plantean como método de intervención enfermero las técnicas complementarias.

INVESTIGACIÓN Y TEORÍA DE ENFERMERIA

La investigación de enfermería es nueva y antigua a la vez. A F.Nightingale se le considera como la primera investigadora de enfermería por que sus reformas en la profesión se basaron en una investigación cuidadosa.

Aunque la tradición educativa de Nightingale se transmitió a Norteamérica no ocurrió lo mismo con su enfoque e investigación además las escuelas de formación estadounidense no favorecían el desarrollo del pensamiento crítico ni la resolución de problemas.

El ambiente en el que se movía la enfermería no era propicio para la investigación, como tampoco había enfermeras preparadas para emprenderla.

El liderazgo dentro del campo de la investigación de enfermería pronto fue asumido por Isabel M Stewart, mujer intrigada por los estudios del tiempo y movimiento para mejorar la eficacia de la economía industrial y doméstica. Comenzó a investigar el potencial de esta técnica para enfermería.

Miss Stewart creía firmemente que las estudiantes debían recibir una orientación para la investigación, y ella misma las hacía participar en estudios y proyectos que estaban en curso o necesitaban ser investigados.

Después se incorporó la enseñanza de la investigación al programa de estudios de graduación de enfermería.

En 1961 se abrió la Cátedra de Isabel Stewart en Investigación de enfermería.

La Association of Collegiate Schools of Nursing (ACSN) patrocinó un foro especial sobre investigación de enfermería en 1941.

La enfermería es una de las varias semiprofesiones implicadas en una campaña exhaustiva para lograr la condición plena.

Algunos identifican a F.Nightingale como la primera teórica de la enfermería. De hecho ella siguió los principios relacionados con la limpieza, los alimentos, el aire fresco, el descanso, el sueño y el ejercicio. Fue la primera persona que definió y describió la enfermería en sus *Notas sobre enfermería*.

Virginia Henderson y H. Peplau fueron las pioneras de las publicaciones de las definiciones de las enfermeras.

Virginia Henderson publicó la definición de enfermera en 1955.

H. Peplau en 1952 publicó el libro *Relaciones interpersonales en la enfermería* en el que describía las fases entre la relación enfermera-paciente.

La Dra.Martha Rogers supuso un catalizador significativo en el movimiento para el desarrollo de la teoría de la enfermería, su testimonio fue a favor de que la enfermería fuese reconocida como ciencia.