

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD SOCIAL Y PROFESIONAL DE UNA PROFESIÓN FEMENINA: ENFERMERÍA

THE CONSTRUCTION OF SOCIAL AND PROFESSIONAL IDENTITY OF A FEMININE PROFESSION: NURSING

Maria Helena Pimentel

Escuela Superior de Salud – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança,
Portugal

Fernando Augusto Pereira

Escuela Superior Agraria – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal

Maria Augusta Pereira da Mata

Escuela Superior de Salud – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança,
Portugal

Resumen

Durante miles de años, la práctica de los cuidados cotidianos, los cuidados que soportan la vida, se ha ligado fundamentalmente a la actividad de los diversos papeles que habían sido atribuidos a la mujer.

La simple imagen de alguien que cuida con cariño persiste en el tiempo. Desde los tiempos más remotos, nos viene la imagen de una mujer consagrada, que atiende a los pacientes como una exigencia del deber cristiano y como un medio de salvación. Así, más que una profesión, la enfermería adquiere un estatus de vocación.

La enfermería ha recorrido a lo largo de la historia un arduo camino. Se ha transformado y ha adquirido un mayor valor en los últimos tiempos, sintiendo cada vez más la necesidad de una identidad propia mediante la creación de un cuerpo de conocimientos específicos; el deseo de convertir la enfermería en una profesión autónoma e histórica. Con todo, hasta los años sesenta del siglo pasado, la práctica de dichos cuidados se basaba en valores morales, que habían sido interiorizados por la religión e inspirados en las reglas de los conventos y en los contenidos profesionales, de carácter técnico, recogidos en las fuentes del conocimiento médico. Con la influencia del Taylorismo, la práctica de la enfermería se rige por criterios de eficiencia, otorgándose mayor importancia a la técnica en detrimento de las relaciones enfermera/paciente.

Analizar la identidad profesional de la enfermería supone revisar toda la historia social en su conjunto. Considerando, además, el hecho de que dicha profesión es ejercida mayoritariamente por mujeres.

Abstract

For thousands of years, the current practice of care, care that support life is primarily linked to the activity of the different roles that have been assigned to women. The simple image of someone who cares with love persists over time. Since ancient times, an image of a consecrated woman who cares for patients as a requirement of Christian duty and as a mean of salvation comes to us. More than a profession, nursing acquires a status of vocation.

Nursing has walked a hard way throughout its history. It has increasingly becoming more valuable in recent times, and having more and more the feeling of the need of a self-identity by creating a specific body of knowledges. The desire of developing nursing into an independent profession is historical. However, until the sixties of last century, the practice of care was based on moral values, which were internalized by religion and inspired by the rules of convents and by professional and technical contents, collected from the sources of medical knowledge. The influence of Taylorism, the practice of nursing is governed by effectiveness criteria, giving greater emphasis on technique than on the relationship nurse / user.

Analyze the professional identity of nursing means to review the entire social history. It encompasses also consider the fact that the profession is practiced mostly by women.

Palabras clave

Enfermería; Profesión femenina; Identidad social y profesional

Key words

Nursing; Feminine profession; Social and Professional Identity

1. Introducción

La enfermería ha recorrido, a lo largo de la historia, un arduo camino. Existiendo el deseo de convertir la enfermería en una profesión autónoma e histórica. Con todo, hasta los años sesenta del siglo pasado, la práctica de los cuidados se basaba en valores morales, que habían sido interiorizados por la religión e inspirados en las reglas de los conventos y en los contenidos profesionales, de carácter técnico, recogidos en las fuentes del conocimiento médico (Collière, 1989). Después de los años sesenta, con la influencia del Taylorismo, la práctica de la enfermería se rige por criterios de eficiencia, seguridad y confort, que van a modificar la prestación de los cuidados, otorgando mayor importancia a la técnica en detrimento de las relaciones enfermera/paciente.

Sin embargo, el papel de la enfermería sigue rodeado de controversia. Para tratar de comprender los conceptos que acompañan al desarrollo de las prácticas de las enfermeras, es importante identificar cuáles son los conceptos profesionales subyacentes a la construcción de la identidad profesional, no sólo en relación con la adquisición y desarrollo de valores morales y sociales, sino también en relación con los conocimientos teóricos y prácticos, considerando que, aquellos conceptos ideológicos que envuelven los conceptos acerca de la enfermería como profesión, aquellas estrategias de actuación desarrolladas, van a condicionar su autonomía y, en consecuencia, su identidad.

El perfil de la enfermera de años atrás se ha modificado. Al rastrear en la evolución de los cuidados, las enfermeras quieren romper con la práctica clínica de las rutinas de los hospitales, en las que la enfermera complementa el trabajo del médico y obedece concienzudamente las órdenes establecidas e institucionalizadas, con el fin

de hacer de su práctica una actividad reflexiva y con un papel propio. En términos de educación, es importante saber si queremos un personal obediente, que trabaja dentro de unos límites bien definidos, o un personal dinámico, creativo y que reflexione.

Dado que las acciones de cada individuo son un reflejo de sus interacciones sociales y cada ser tiene en sí un sentido de la acción social, teniendo en cuenta los valores interiorizados (Weber, 1978), es esencial para promover las actividades cognitivas y desarrollar la capacidad de resolución de problemas de forma flexible y creativa; los estudiantes han, sobre todo, de acabar cada curso con la convicción de la necesidad de aprender a lo largo de toda su carrera.

2. La identidad profesional

La identidad profesional es el resultado de la relación entre la individualidad de cada uno y su relación con los otros (Dubar, 1991). El contexto social en el que el individuo se sitúa marca su identidad. Las identidades profesionales son el resultado de la interacción entre las estructuras psíquicas individuales y las estructuras sociales a lo largo de toda la vida del sujeto. Si consideramos que este sujeto protagoniza un proceso de desarrollo durante toda su vida, admitimos la existencia de un proceso continuo de construcción de la identidad (Erikson, 1972); o sea, la identidad social es profesional y objeto de cambios y alteraciones constantes (Mendes, 2001).

El proceso por el que se construye la identidad profesional está íntimamente ligado al papel social de la profesión, a su estatus y al de los profesionales que la desempeñan. Hay que considerar que el contexto político y social, así como el grupo

al que se pertenece, son factores decisivos en dicho proceso. Sin embargo, la identidad no depende sólo de la pertenencia a un único grupo, sino que es el resultado de la integración sucesiva y simultánea en diferentes grupos, lo que permite admitir la existencia de una gran diversidad de identidades. En realidad, la construcción de las identidades en el trabajo y fuera de éste constituye un vasto campo de estudio, ya que engloba a todos los individuos que forman parte de la vida laboral, siendo el lugar de trabajo un espacio vital donde normalmente pasan la mayor parte de su vida. Dichos lugares son, principalmente, en nuestra sociedad, núcleos integradores de personas, consideradas población activa, que luchan por el bienestar económico y por un estatus socioprofesional compatible con la formación inicial y continua.

La formación es, por así decirlo, un factor condicionante. Serán más autónomos y responsables los profesionales que posean más conocimientos (Carapinheiro, 1993). También Weber (1978) consideraba que la posición de los individuos en el mercado laboral, una posición alcanzada en base a las calificaciones que tenían, influenciaba fuertemente las posibilidades de vida y el sentido de acción profesional. La identidad está también ligada a los símbolos públicos de cada profesión. La sociedad reconoce y da valor a una profesión en función de los símbolos que ésta posee. El reconocimiento profesional nos conduce a un conocimiento, a una competencia compartida, teniendo en cuenta el contexto de organización. El reconocimiento deberá tener como base una adecuación entre las necesidades expresadas por la sociedad y la naturaleza de los servicios prestados. Depende no sólo de la cualidad y complejidad de la profesión, sino sobre todo de lo que caracteriza al grupo profesional. Acerca de las identidades en el trabajo, Sainsaulieu (1985) nos dice que son el resultado de un proceso de aprendizaje cultural en relación al poder, en el ejercicio cotidiano de un trabajo en una organización. El autor le otorga a la noción de identidad un nuevo elemento – el poder

de las identidades construidas en base a la esfera del trabajo. Esto se refleja de forma significativa en la cultura organizativa donde es ejercida la profesión de enfermería.

Por lo tanto, el espacio de formación está asociado a la construcción de identidades, así como el espacio de trabajo está ligado a la consolidación de una identidad especializada. Los desarrollos de la identidad pueden ser asociados, según Dubar (1991), a períodos importantes de una biografía profesional ideal: un período de construcción de la identidad que corresponde tradicionalmente a la formación inicial; un período de consolidación de la identidad ligado a la adquisición progresiva de cualificación y un período de reconocimiento de la identidad marcado por el acceso a las responsabilidades. Cada desarrollo está asociado a un tipo de saber prioritario que ayuda a estructura la identidad:

- Los saberes teóricos que derivan principalmente del conocimiento abstracto de origen científico y filosófico, y que orientan a la racionalidad del profesional y le confieren un poder discursivo, interpretativo y justificativo de sus prácticas; estructuran un tipo de identidad marcada por la inestabilidad con tendencia a la autonomía y a la acumulación de diferencias culturales, asociadas a una lógica de reconversión permanente.
- Los saberes prácticos resultantes del conocimiento que se adquiere directamente de la experiencia laboral y asociados a una lógica instrumental;
- Los saberes profesionales que implican la articulación entre los saberes prácticos y los teóricos, asociados a una lógica de cualificación y reconocimiento en el trabajo, que le confieren competencias de organización, de comunicación y de atención.

En resumen, las identidades profesionales y sociales se encuentran asociadas a los desarrollos específicos de los conocimientos, son construidas a través de procesos de socialización muy diversos.

La corriente sociológica funcionalista nos ayuda en esto. Según dicha corriente, existe un tipo ideal de profesión que se identifica con el modelo de profesión liberal que tuvo su apogeo en el siglo XIX y principios del siglo XX, generalmente asociada con la medicina y la jurisprudencia. Sería más tarde, en la escala jerárquica de otras profesiones, tal vez consideradas semiprofesionales (Etzioni, 1969), en donde se incluirían a los profesores, enfermeras o trabajadores sociales con menor formación, con un estatus social menos legitimado, acceso a los medios de comunicación menos facilitado, con un cuerpo menor de conocimientos especializados y menor autonomía en relación con el control social. Sin embargo, con las teorías del liberalismo y el individualismo hemos asistido a la construcción de un nuevo orden social y, en consecuencia, de una nueva división del trabajo (Badie y Birnbaum, 1982). La aparición de la enfermería como grupo profesional está estrechamente vinculada a la expansión del sistema hospitalario ocurrida desde el siglo XIX, así como a los cambios técnicos y sociales que llevaron a esta expansión (Davies, citado por Lopes, 1994).

Se produjo en este momento una reorganización del modo de producción en la atención, ya sea mediante una mayor complejidad técnica de la atención sanitaria, como resultado de la institucionalización de la medicina moderna, e incluso mediante una mayor complejidad administrativa, debido a la burocratización en la organización del sistema hospitalario. Esto ha exigido a la enfermería una serie de competencias y responsabilidades para las cuales aún no estaba preparada.

Con el desarrollo de la medicina, desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, los descubrimientos científicos repercutieron con fuerza en esta profesión y la mujer pasó a asumir el papel de "mujer-enfermera" como auxiliar del médico. Fue precisamente en este contexto técnico y organizativo en el que se desencadenó la "reforma" de Florence Nightingale, que dio lugar a una reelaboración de la naturaleza de los cuidados de enfermería, con una progresiva desvinculación del trabajo doméstico al cual estuviera asociado. Esta distinción vendrá a constituir una referencia fundamental en el sentido de la construcción de una identidad propia como grupo socioprofesional. La enfermera se revela en este campo como una profesional que domina cada vez más el cuerpo de conocimientos propios de la medicina. La ideología que proviene del aspecto técnico de esta profesión representa una de las más importantes fuentes de satisfacción, surgiendo un acercamiento al modelo biomédico, debido a que este grupo profesional rápidamente comenzó a aspirar a un modelo de identificación mucho más próximo al modelo médico. El modelo biomédico tradicionalmente ha influido y sigue influyendo en el ejercicio de la enfermería. A través de este modelo, el ser humano ha sido visto como un conjunto de sistemas y órganos, dentro de una concepción cartesiana, en el que el equilibrio funcional se traduce en una homeostasia biológica considerada como un estado de salud y en el que, más allá de los problemas psicológicos, la importancia del aspecto físico prevalece. A pesar de la aparición de Florence Nightingale, en 1858, que aumenta los primeros conocimientos específicos de la enfermería, ésta sigue siendo prisionera de dos modelos distintos: el religioso y el médico. A partir de la década de los sesenta del siglo pasado, varias teóricas (Henderson, 1961; Watson, 1988; Roper et al, 1990; Kerouac et al, 1994, entre otras) han desarrollado un esfuerzo enorme en la identificación de los conceptos sobre los cuales se pueden construir modelos

conceptuales de enfermería. Comprenden nociones relativas a la naturaleza del hombre, como el que pretende hacer de la enfermería una profesión de apoyo. Estos modelos, denominados "modelos teóricos de enfermería", se apoyan en varias teorías, muchas de ellas procedentes de las ciencias sociales y humanas, como la antropología, la psicología y la sociología, consideradas esenciales para obtener una visión integral, dando otro significado a las prácticas profesionales.

De Nightingale a Henderson (1858 a 1961), la búsqueda de un contenido específico de enfermería siempre atravesó dos vertientes principales: una, relacionada con la necesidad de un conocimiento y saber técnico propios; la otra, con la exigencia de habilidades relacionales: una actitud de ayuda y reemplazo del usuario. De Henderson hasta la actualidad, dicha cuestión se ha acentuado. Si, por un lado, los avances tecnológicos han llamado a la importancia de la vertiente tecnicista, por otro, el aumento de la esperanza de vida, con el consecuente envejecimiento de la población y el prolongamiento de enfermedades incurables, ha evidenciado la necesidad de cuidados más relacionados con el área afectiva. Por esta razón, dos enfoques han prevalecido y mantienen en la actualidad estas cuestiones: el tradicional, con una orientación predominantemente práctica, inherente a la prescripción médica, en el que la enfermera aparece como ejecutora de los actos prescritos por el médico (papel prescriptivo); otro más generalista orientado hacia la atención, en el que la enfermera tiene autonomía y aplica sus conocimientos específicos (papel propio). Este segundo enfoque implica como consecuencia directa modificar las relaciones de poder entre médicos y enfermeras, hacia la complementariedad en sus funciones.

Uno de los autores que fue más defensor de la supremacía de la medicina fue Elliot Freidson (1970), al demostrar cómo la diferenciación de esta profesión se relaciona con el desarrollo de la tecnología, que le ha dado su base técnica, capaz de transformar una actividad en una profesión, en un ejercicio autorizado oficialmente, con competencia exclusiva para establecer su función –el acto médico- y los procedimientos que legitiman su ejecución y organización científica del trabajo. El autor advierte sobre el derecho exclusivo de esta práctica, conseguido gracias a muchos otros profesionales de la salud. No pudiéndose eliminar el derecho de controlar, limitando su ejercicio, vigilando o dirigiéndoles. En este sentido, la división del trabajo adquiere entonces una formación jerarquizada en la que todas las reglas están dictadas por la profesión dominante, en una acción que consiste en impulsar las tareas realmente decisivas: el diagnóstico y el plan de tratamientos que se deben llevar a cabo, en general, siguiendo la prescripción médica y bajo su control. Freidson sugiere, además, la aparición y el mantenimiento de las profesiones como un mecanismo de control y de poder ejercidos por los intereses dominantes de la sociedad global. Partiendo precisamente del análisis de la profesión médica, considera que esta forma de dominación profesional en el campo de la salud se expresa en la capacidad socialmente legitimada de otorgar al saber médico un carácter de saber central y, de esta forma, convertir en conocimientos periféricos otros saberes profesionales que forman parte de dicho campo (Carapinheiro, 1993). De esta forma y, siguiendo a la autora, el prestigio y el poder monopolizador que esta profesión encierra en sí misma se centra no sólo en la importancia del conocimiento sino, también, en un contexto social más amplio, responsabilizando a la sociedad de promover y mantener este tipo de institución, con el fin de preservarla.

Apodado este poder profesional como un "gatekeeper" (Freidson, 1970), el autor ve la profesión médica de forma verdaderamente autónoma y sostenida por la dominación de su saber, lo que podría degenerar en una amenaza, pues tendería a restringir la libertad del pueblo. Este poder es igualmente cuestionado por Augusto (2006) en relación a la controversia que la reproducción médica asistida puede generar sobre las decisiones clínicas que determinar quién puede acceder a esos servicios. El autor considera que esas decisiones ganan autoridad al proceder de un contexto médico especializado y, por tanto, es difícil de hacerles frente.

Una profesión se distingue de una ocupación menor por el grado de autonomía organizada y legitimada de su poder, y esto es un instrumento de monopolizar una posición dominante en el proceso de división del trabajo. Para Freidson (1970) esta autonomía se establece en dos vectores fundamentales: el apoyo de las élites y el conocimiento esotérico legitimado y protegido por los compañeros. En ese sentido, no podemos correr el riesgo de analizar las prácticas de las enfermeras sin contextualizar los aspectos relacionados con la gestión y organización de los servicios y la influencia del modelo biomédico defendido durante muchos años y todavía hoy presente en la mentalidad de muchos profesionales de salud.

3. Enfermería: una profesión femenina

Durante miles de años, la práctica de los cuidados cotidianos, los cuidados que soportan el peso de la vida, se ha asociado fundamentalmente a la actividad de los diversos papeles que habían sido atribuidos a la mujer a medida que evolucionaban las sociedades, fruto de la división social del trabajo.

Asimismo, la práctica habitual de los cuidados de enfermería, tanto cultural como socialmente, se asoció con las mujeres cristianas – papel regido por las reglas conventuales. La simple imagen de alguien que cuida con cariño persiste en el tiempo. Desde la antigüedad, nos viene a la mente la imagen de esa mujer consagrada, que atiende a los pacientes como una exigencia del deber cristiano y como un medio de salvación; es la imagen de alguien que cuida por amor, sin recompensa ni necesidad de reconocimiento alguno, al tiempo que lucha contra las tentaciones mundanas. Así, más que una profesión, la enfermería adquiere un estatus de vocación, en el que la prestación de esos cuidados no exige un conocimiento personal, sino tan sólo caridad.

Al adoptar este modelo de identificación, la práctica de los cuidados se basa esencialmente en los valores religiosos y morales que definen el papel y el lugar de la mujer en la sociedad. Así, desde los primeros tiempos de la historia de la humanidad hasta el fin de la Edad Media, se identificaba la práctica de dichos cuidados con la mujer – papel establecido en torno a la fecundidad y a todas las formas simbólicas que ésta genera: es ella la que da a luz, es ella la que tiene la carga de cuidar de todo lo que mantiene la vida cotidiana (Collière, 1989). Canals (1992) menciona a este respecto que las fundadoras de la enfermería la conciben como la expresión de un modelo bien definido de mujer, de acuerdo con los valores tradicionales que asocian la disposición y la habilidad para los cuidados a la esencia de la feminidad y a que la programación biológica para la maternidad podría explicar la afectividad y la pasividad del temperamento femenino. En consecuencia, el desarrollo de un servicio prestado esencialmente por mujeres ha incrementado los problemas que se fundamentan en la división doméstica del trabajo, en el desarrollo del trabajo femenino fuera del hogar y en los cambios resultantes de la evolución de los sistemas de salud.

La enfermería, como hemos señalado, ha asumido a lo largo de varias décadas una posición inestable, debido a la valoración que la sociedad hace de la misma. Analizar su identidad profesional supone revisar la historia social en su conjunto, comprender la influencia del entorno e identificar los conflictos intra e interprofesionales. Incluyendo, además, el hecho de que es ejercida mayoritariamente por mujeres.

A este respecto, sistematizamos tres tipos de objetivos:

1. construir un ejercicio específico, lo que conduce a la "demarcación del médico superior".
2. acceder a la universidad, pues permite salir del espacio unidimensional del hospital/escuela y liberarse de la uniformación de estos modelos, para descubrir la plurivalencia de corrientes de pensamiento, su diversidad, su contradicción, su oposición, así como las diferentes opciones sociales, económicas y políticas subyacentes. La formación universitaria inicia un proceso de cuestionamiento, obliga a reflexionar, empuja a la argumentación. Es gracias a la formación universitaria que cada profesión adquiere experiencia en el proceso científico.
3. valorar la investigación como un enfoque sistemático del problema de las prácticas. La investigación permite comprender la naturaleza de los cuidados y actuar sobre las condiciones de trabajo, logrando las condiciones para la construcción de saberes propios. El reconocimiento práctico del ejercicio de la profesión basado en el conocimiento de la naturaleza de los cuidados, la definición de los ámbitos de decisión e iniciativa del ejercicio, saber cuándo y cómo intervenir en la vida de las personas.

Tomando como referencia a Kocher (1992), las características inherentes a una profesión se pueden definir de la siguiente manera: la profesión determina la posesión de un conocimiento complejo y válido transmitido a través de un largo proceso, de un entrenamiento formal y sistemático, de un control sobre la educación y la práctica; la mayoría de la legislación relacionada con una profesión se configura a partir de la misma; la profesión confiere una remuneración, un poder, una clase de prestigio que requiere la autorregulación a través de un organismo legal; la profesión está abierta a la concesión de una evaluación y control; la práctica tiene normas; los comportamientos profesionales se rigen por un código de conducta explícito o implícito.

Por consiguiente, la adhesión de cada elemento a un grupo puede depender de varios factores, de entre los cuales podemos destacar: las funciones desempeñadas, la satisfacción profesional, la posición en la estructura formal, así como el prestigio que dicha posición confiere. Estos son algunos factores que pueden hacer que la adhesión individual a un grupo sea fuerte, lo que supondrá un grupo cohesionado, permitiendo reconocimiento y prestigio; o, por el contrario, pueden hacer que la adhesión individual de cada elemento a la profesión sea débil, lo que la vuelve frágil y poco cohesionada, y como tal, con pocas posibilidades de mejorar su reconocimiento social. Como afirma Tajfel (1982), un grupo social puede desempeñar la función de proteger la identidad de sus miembros, si consigue que su singularidad sea valorada en relación a los otros grupos.

También Pinto (1991) comparte esta opinión al afirmar que las profesiones con un estatus profesional más bajo tienen una mayor dificultad a la hora de asumir su identidad. En estos casos tienden a proyectarse en identidades socialmente más

reconocidas de manera que disminuya su "complejo de identidad". Si, al revés, una profesión posee un estatus más elevado, será considerada más fuerte, volviéndose incluso dominante. Las identidades potencialmente fuertes podrán condicionar o disminuir la identidad de otras (más frágiles).

Friedson (1970) destaca que el esfuerzo de ciertos grupos profesionales, y sobre todo de enfermería, en la obtención de grados académicos superiores para su formación profesional, en la creación de códigos deontológicos, y de otros organismos institucionales característicos de las profesiones, sólo establece estrategias profesionales. Estos procesos no generan, como se ha dicho anteriormente, reconocimiento social como profesión si la autonomía profesional no se encuentra completamente asegurada.

Cabe señalar también que una mayor cualificación proporciona un mayor control sobre el trabajo, una mayor diversidad del mismo y, en general, más satisfacción.

A su vez, en Portugal, la enseñanza de la enfermería ha sufrido en los últimos años cambios significativos, marcados, por un lado, por el progresivo aumento de la educación básica obligatoria para el acceso a la formación de grado, y que culminó con la integración de esta enseñanza en el sistema educativo nacional al nivel de la enseñanza superior politécnica (Dec. Ley, nº 480/88 del 23 de Diciembre) y por la expansión de la formación de postgrado (diversas especializaciones, másteres y doctorados) y, por otro lado, por la reforma progresiva de los planes de estudio, mediante la ampliación de la formación teórica, la introducción de nuevas disciplinas del área de las ciencias sociales, el creciente interés en la preparación profesional en la promoción de la salud, y la propia filosofía de ser enfermera.

Todo esto ha permitido la vinculación entre la enseñanza universitaria y la enseñanza politécnica, lo que hace posible una progresión en el sistema de grado. De este modo, las enfermeras pueden seguir un camino académico en igualdad con otros profesionales que poseen otro tipo de formación básica. El mayor número de maestros y doctorandos ha influenciado en la formación continua de los profesores de enfermería que buscan un puesto en la carrera docente de la enseñanza superior de la Escuela Politécnica, en un sentido de ascensión y promoción profesional, de satisfacción personal y de mejor preparación pedagógica/científica. Una licenciatura básica de cuatro años, desde 1999 (Decreto-Ley N° 353/99 de 3 de septiembre) y la adaptación al modelo de Bolonia manteniendo 240 créditos (Decreto-Ley 74/2006 de 24 de marzo), no es sino el reconocimiento de que las enfermeras de hoy necesitan una amplia formación que les ayude a hacer frente a las demandas de una sociedad cambiante. Este hecho también tiene una importancia capital en el desarrollo de la identidad, al fomentar la posibilidad de promoción y afirmación profesional. Se consolida, así, el proceso de autonominación de las enfermeras, debido a la reformulación de sus marcos de referencia y la posterior consolidación de su imagen (Leddy y Pepper, 1993).

De hecho, la evolución de la enseñanza de enfermería, partiendo prácticamente de cero, llegó en el último medio siglo a un nivel académico considerable; las escuelas han mejorado su funcionamiento, a los estudiantes poco a poco se les exigió en una mejor preparación académica, los maestros han hecho el esfuerzo de adquirir la preparación necesaria para el dominio de las áreas principales que se les confían y de evolucionar hacia una profesión que desarrolla sus propios sistemas y conocimientos a través de las vías de renovación continua que definen la forma profesional reflexiva. Cabe señalar que en este proceso de (re)configuración de la profesión y la

intervención de una nueva identidad profesional, la formación continua ocupa un lugar decisivo.

Sin embargo, la formación no se basa en la acumulación de los cursos, conocimientos o técnicas, sino a través de un trabajo de reflexión crítica sobre las prácticas y la (re)construcción permanente de una identidad personal. Como dice Canário (1997), no hay desarrollo sin reflexión y la experiencia por sí sola no es suficiente. Razón por la cual es importante invertir en el conocimiento que poseen las enfermeras y trabajar desde el punto de vista teórico y conceptual. Los problemas de la práctica profesional no son meramente instrumentales; todos soportan situaciones problemáticas que requieren decisiones en un terreno de gran complejidad, incertidumbre, singularidad y conflicto de valores (Schon, 1990). Las situaciones a las que estos profesionales se ven obligados a afrontar presentan características únicas, que requieren respuestas únicas. El proceso de formación depende de itinerarios educativos, pero no se deja controlar por éstos. Se necesita tiempo con el fin de adaptarse a los cambios e innovaciones para rehacer las identidades (Cole y Walker, 1989).

Por lo tanto, el papel que la escuela tiene que tener hoy en día es, inevitablemente, mucho más amplio que en el pasado, frente a las nuevas condiciones de acceso a la vida profesional. Sin embargo, es necesario tener presente que la evolución cada vez más rápida de los avances tecnológicos implica que cuantos más conocimientos específicos se adquieren hoy en día durante el período de educación formal, más podrá olvidarse mañana, para volver a aprender cuando llegue el momento de su aplicación. En la escuela actual se encuentra la enorme responsabilidad de formar profesionales que se adapten al cambio y que sean ellos mismos los agentes de cambio. Más que una preparación para la vida, la escuela debe ser un proveedor de la

preparación progresiva para el aprendizaje, como un proceso de continuidad. Aún así, la formación de enfermería posee un componente sociológico muy importante, en la medida en que el alumno forma parte de un sistema social muy específico, como es en sí misma la propia enfermería, su cultura, sus valores, su código deontológico y su práctica humanizada del cuidado.

4. Conclusiones

En general, la profesión de enfermería está ligada al proceso de socialización que favorece el aprendizaje de los cuidados de enfermería y la adquisición de un papel profesional propio. Como grupo profesional busca una forma equilibrada de ejercer dichos cuidados con autonomía. Evolucionará en ese sentido cuando haya consciencia de que presta un servicio a quien carece de él, con la convicción de que es un servicio profesional. Esto implica tener en base a las tomas de decisión un cuerpo de conocimientos adquiridos mediante un proceso de formación, lo que requiere formas de hacer y estar, ideas y valores que permitan pensar y concretar los proyectos de acción que la función facilita.

Un entrenamiento de formación más largo que profundice y consolide el conocimiento como contribución indispensable para las decisiones y las intervenciones específicas y, por consiguiente, para la visibilidad y el reconocimiento social.

La enseñanza de la enfermería basada en estos pilares (comprometida con la eficiencia, la innovación, el desarrollo del pensamiento crítico) promueve los conocimientos para la solución de problemas, y se traduce en: ganar autonomía, el

fortalecimiento de la identidad profesional y mejorar la calidad de cuidados de enfermería disponibles.

6. Bibliografía

Augusto, A. (2006). Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definições de contextos e produção de significados. In G. Carapinheiro (Org.) *Sociologia da Saúde Estudos e Perspectivas*. Coimbra, Pé de Página Editores, Lda, pp. 47-76.

Babie, B.; Birnbaum, P. (1982). *Sociologie de L`État*. Paris: Grasset.

Canals, Josef (1992). *La imagen femenina de la Enfermería, condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar*. *Revista ROL de Enfermería*, (172), pp.29-33.

Canário, R. (1997). *Formação e mudança no campo da saúde*. Porto: Porto Editora.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

Cole, M.; Walker, S. (1989). *Teaching and stress*. Milton Keynes: open University Press.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Dubar, Claude (1991). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Etzioni, A. (Ed.). (1969). *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.

Filipe, E. (1993). A enfermagem portuguesa: passado, presente e futuro. *Nursing* 6 (7), Nov., pp.10-13.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row.

Kocher, Brigitte (1992). L'histoire, pour comprendre, *Soins Infirmier*, Jan.pp. 58-63.

Leddy, S.; Pepper, Y. M. (1993). *Conceptual bases of professional nursing*, 3ª Ed.. London.: J. B. Lipincott Company.

Lopes, N. G. A. (1994). *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem. Estudo social em contexto hospitalar*, Tese de Mestrado. Lisboa, ISCTE.

Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* (pp. 489-523). Porto: Edições Afrontamento.

Monserat, A.; Monserat, T. (1993) - Enfermería, realidad en crisis. *Rol de Enfermería*, (175), pp. 71-74.

Pinto, J. Madureira (1991). *Considerações sobre a produção social de identidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (32), Jun, pp. 217-231.

Sainsaulieu, Renaud (1985). *L'identité au travail*, 2ª ed. Paris: FNSP.

Schon, D. A. (1990). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.

Tajfel, H. (1982). *Comportamento intergrupo e psicologia social da mudança*. Lisboa: Livros Horizonte.

Weber, M. (1978 [1944]). *Economy and Society-an Outline of Interpretative Sociology*, Vol. 2. Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

Pinto, J. Madureira (1991). *Considerações sobre a produção social de identidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (32), Jun, pp. 217-231.

Sainsaulieu, Renaud (1985). *L'identité au travail*, 2ª ed. Paris: FNSP.

Tajfel, H. (1982). *Comportamento intergrupo e psicologia social da mudança*. Lisboa: Livros Horizonte.