
LA ENFERMERÍA COMO GRUPO OPRIMIDO: LAS VOCES DE LAS PROTAGONISTAS

Jose Luis Medina Moya¹, Vânia Marli Schubert Backes², Marta Lenise do Prado³, Mari Paz Sandin⁴

¹ Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor del Departamento de Didáctica y Organización Educativa de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha. E-mail: jlmedina@ub.edu

² Doctora en enfermería. Profesor Asociado del Departamento de Enfermería y del Programa de Postgrado en Enfermería (PEN) de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Investigadora CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: oivania@ccs.ufsc.br

³ Doctora en enfermería. Profesor Asociado del Departamento de Enfermería y del PEN/UFSC. Investigadora CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: mpradop@ccs.ufsc.br

⁴ Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesora del Departamento de Métodos y Diagnósticos en Educación de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. Barcelona, Espanha. E-mail: mpsandin@ub.edu

RESUMEN: Es un estudio etnográfico que tuvo como objetivo analizar las relaciones de poder y dominación desde la perspectiva freireana en la enseñanza de la enfermería y su repercusión en la conformación de una identidad profesional subordinada. Participaron docentes y estudiantes de una de las escuelas universitarias de enfermería españolas y enfermeras asistenciales. Los datos fueron obtenidos por triangulación de métodos: observación participante y no participante y entrevistas. Se registraron en un cuaderno de notas de campo o en cinta magnetofónica y se analizaron mediante el método de las comparaciones constantes. Los resultados muestran mecanismos mediante los cuales las ideologías dominantes en la formación de profesionales de la salud dan forma y contenido a la subjetividad de profesoras y estudiantes dirigiéndolas hacia la conformidad y subordinación para con las prácticas establecidas en las instituciones sanitarias.

DESCRIPTORES: Enfermería. Educación. Currículum. Poder.

NURSING AS AN OPPRESSED GROUP: THE VOICES OF THE PROTAGONISTS

ABSTRACT: Ethnographic study which is aimed at analyzing the relations of power and domination in Freire's perspective on nursing education and its impact on shaping a subordinate professional identity. Participated are professors and students of the spanish university school of nursing and nurses assistance. Data were obtained by triangulation methods: participant and non participant observation and interviews. We used the record of field notes and audio, and data were analyzed using constant comparison method. The results indicate mechanisms by which the dominant ideologies in the training of health professionals form and content of the subjectivity of teachers and students in addressing the compliance and subordination to the established practices in health institutions.

DESCRIPTORS: Nursing. Education. Curriculum. Power.

A ENFERMAGEM COMO GRUPO OPRIMIDO: AS VOZES DAS PROTAGONISTAS

RESUMO: Estudo etnográfico que teve o objetivo de analisar as relações de poder e dominação na perspectiva freireana no ensino de enfermagem e sua repercussão na conformação de uma identidade profissional subordinada. Participaram docentes e estudantes de uma das escolas universitárias de enfermagem espanholas e enfermeiras assistenciais. Os dados foram obtidos por triangulação de métodos: observação participante e não participante e entrevistas. Utilizou-se o registro em notas de campo e áudio e os dados foram analisados mediante o método de comparações constantes. Os resultados evidenciam mecanismos mediante os quais as ideologias dominantes na formação de profissionais de saúde dão forma e conteúdo a subjetividade das professoras e estudantes dirigindo-as em conformidade e subordinação para as práticas estabelecidas nas instituições de saúde.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Educação. Currículo. Poder.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de la opresión¹ ha sido utilizada como marco conceptual para el estudio y la comprensión de múltiples procesos, fenómenos y prácticas en el contexto de la enfermería. Se ha usado para dar cuenta de las relaciones de poder que se producen a diario en los ambientes educativos donde la enfermería se enseña y se aprende²⁻³ para explicar la hegemonía del modelo biomédico en la educación para la salud⁴⁻⁵ o para revelar los mecanismos por los que la enfermería mantiene un estatus de sumisión con respecto a la medicina.⁶⁻⁷

Algunos estudiosos⁸⁻⁹ han demostrado que la institución hospitalaria y las corporaciones médicas se han beneficiado del control y la explotación de la enfermería. Esa explotación es una manifestación de la opresión a la que la enfermería ha estado sometida desde que, a principios del siglo pasado, la medicina se convierte en una fuerza hegemónica y se institucionaliza el cuidado de los enfermos, dominio que se extiende a modo de colonización explotadora a la enfermería. Esta explotación* de la enfermería se realizó, y todavía se lleva a cabo, a través del uso de acciones supresoras que han venido limitando la calidad de la educación, empleo y seguridad económica de las enfermeras, conduciéndolas hacia la conformidad para con los valores y creencias de aquéllos que detentan el poder en los sistemas de salud.

En su revisión de la historia de las mujeres sanadoras (las predecesoras de las enfermeras), historiadoras¹⁰⁻¹² argumentan que en momentos anteriores a la industrialización e institucionalización hospitalaria de la asistencia a los enfermos llevada a cabo a principios del siglo pasado, esas mujeres constituían una fuerza curativa autónoma y esencial en el mantenimiento de la salud de las comunidades. Puede afirmarse, por tanto, que las primeras enfermeras, que trabajaban en la comunidad y los domicilios, eran mucho más autónomas que las que practican en la actualidad. De modo que las enfermeras que en un momento histórico constituyeron un grupo profesional autónomo, hoy se han convertido en un colectivo oprimido debido a la aparición de ciertos vectores sociales de poder que emergen y se institucionalizan a principios de siglo pasado.

METODOLOGÍA

Estudio etnográfico en el que participaron nueve profesoras y 11 alumnas de una de las escuelas universitarias de enfermería españolas, además de 12 enfermeras asistenciales. Los datos fueron obtenidos por varios métodos de recogida de información: observación (participante y no participante), en un total de aproximadamente 200 horas de observación documentada, y entrevistas (formales, informales, dialogadas y en profundidad, individuales o colectivas), con profesoras, enfermeras profesionales y alumnas, a lo largo de cinco meses. La observación y participación se llevó a cabo con dos profesoras en sus prácticas de enseñanza teórica y clínica. Paralelamente a la estancia en el hospital de prácticas se realizó entrevistas dialogadas en profundidad con 10 profesoras/es.

Los criterios de selección de las profesoras fueron sobre todo la disponibilidad y coincidencia horaria entre el tiempo de permanencia en el campo y las actividades docentes. En cuanto las alumnas y alumnos, la selección fue totalmente aleatoria. Los alumnos asignados a las dos profesoras en la formación clínica participantes del estudio fueron informadas por éstas del trabajo y de la importancia de su colaboración. Se les solicitó su colaboración y todos ellos se mostraron de acuerdo en participar. También, fueron clarificados y explicitados los supuestos metodológicos de la investigación, sus objetivos, el tipo de colaboración que de ellas/os se solicitaba y el papel del investigador. El estudio observó los preceptos éticos de la investigación, con participación consentida y autorización institucional, de acuerdo con lo indicado por la Declaración de Helsinki.¹³

El método seguido para llevar a cabo el análisis de datos ha sido el de las comparaciones constantes.¹⁴ Este es un método generativo, constructivo e inductivo en el que se combina la codificación inductiva de categorías con la comparación constante entre ellas. El proceso analítico se articuló en tres niveles progresivos de reducción y estructuración teórica de la información: segmentación e identificación de unidades de significado, identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes e integración e interpretación de los resultados en vectores cualitativos. Esta

* Freire define la opresión como una situación donde "A" explota objetivamente a "B". El concepto de explotación es un término que posee una elevada carga moral ya que sugiere una condena ética de ciertas prácticas más que una descripción analítica. Además de esa connotación moral, el concepto debe entenderse como una interdependencia antagónica entre intereses materiales de actores en relaciones económicas.

interacción y diálogo constante entre inducción y deducción, entre la significatividad subjetiva que las personas participantes en el estudio han aportado y los marcos teórico-conceptuales de los investigadores, que orientó esta indagación ha atravesado todo el proceso de análisis. Al final de este proceso nos encontramos con 1.347 unidades de significado relevantes para los intereses de la investigación agrupadas en las 45 categorías emergentes que a su vez se integraron en los siete dominios cualitativos siguientes: conocimiento pedagógico y discurso didáctico curricular, relación teoría-práctica y discurso epistemológico disciplinar, desarrollo pedagógico-profesional, cultura académica, socialización profesional y discurso profesional. el análisis transversal de estos dominios dio lugar a tres vectores cualitativos: racionalidad, género y poder. En este trabajo se presenta una parte del tercero – socialización y grupos oprimidos, articulado en cuatro dimensiones: internalización de los valores del opresor, baja autoestima, miedo a la autonomía y violencia horizontal.

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como mostraremos más adelante la enseñanza de la enfermería está saturada de relaciones de opresión. La noción de opresión significa la prescripción que una persona o grupo efectúa del comportamiento de otras personas o grupos, esto es, la imposición de los posibles cursos de acción de una persona o grupo sobre otras.¹ Podemos comprender la opresión como un sistema de vectores de fuerzas y barreras interrelacionadas que inmovilizan, reducen y moldean a personas (el contenido de su conciencia) pertenecientes a un grupo determinado generando su subordinación a otro grupo. La noción de opresión supone la existencia, y perpetuación, de ciclos de dominancia y sumisión. Los grupos son oprimidos cuando fuerzas externas los controlan y definen su existencia en términos absolutos.

Como resultado de ese proceso, históricamente la enfermería ha desarrollado ciertas características que contribuyen al mantenimiento de una identidad profesional subordinada y dificultan sus intentos de emancipación. En concordancia con esos estudios²⁻⁷ esas características son las siguientes.

Internalización de los valores del opresor

Parece razonable afirmar que las enfermeras han internalizado valores, creencias y categorías interpretativas de la medicina: [...] *yo creo que, paradójicamente, cuando las enfermeras participan en comités Deontológicos o de Ética lo que hacemos es aportar la visión medicalizada del enfermo* (EP4, 2325-42).

Las enfermeras cumplimentan los documentos [la historia clínica] con una visión biomédica, centrada en la enfermedad y en los tratamientos de la enfermedad (EP7, 1810-16).

Esta afirmación se hace particularmente evidente cuando, en el proceso de desarrollo de su estructura disciplinar y en la reflexión e investigación acerca de su formación, se observa que la enfermería ha estado infiltrada e incluso saturada con el modelo positivista y mecanicista de la medicina. Por ejemplo, cuando los hospitales y la tecnología institucionalizan el cuidado de las personas, los “cuidados altamente tecnológicos” se convirtieron en *símbolos* de profesionalidad y conocimiento científico, símbolos que las enfermeras empezaron a adoptar como propios. De modo que las enfermeras separaron y jerarquizaron aquellos cuidados técnicos de la tradicional prestación de cuidados como soporte y ayuda ya que se consideraban un asunto de “mujeres que trabajan”, convirtiéndose, así, en invisible gran parte del trabajo que las enfermeras realizaban. Situación que se extiende hasta nuestros días: [...] *el trabajo que tenemos no se ha enseñado y muchas veces no se ve, no se conoce mucho ni está muy elaborado [...] profesionalmente estamos tan escondidas* (EP3, 350-56).

Me encuentro con dificultades para explicar cuál es nuestro marco de conocimientos, sin embargo, siento que lo tenemos y que yo lo hago, por mucho que un médico haya estudiado no sabrá hacer lo que yo hago (EP1, 2221-30).

Este es uno de los más claros ejemplos del mecanismo de la opresión. En efecto, tal y como venimos diciendo, los oprimidos tienden a incorporar los estándares evaluativos, las creencias y los valores de los grupos dominantes. En el contexto de la asistencia a la salud, la medicina ha tenido la capacidad para presentar *su* visión profesional como la *única* válida y deseable y la de los grupos dominados como indeseables^{**}: [...]

** Existen estudios⁹⁻¹⁰ que documentan los esfuerzos e intentos por parte de las instituciones profesionales de la medicina (colegios profesionales) por mantener a la enfermería con bajos niveles educativos. También está documentado el menosprecio³ histórico que la medicina como profesión ha demostrado por los valores que el cuidado incorpora: sensibilidad, ternura, compromiso.

faltan elementos para no reproducir el modelo médico que recibimos y seguimos reproduciendo. El modelo médico lo heredamos de la facultad y de las escuelas. Con el doble agravante que era el modelo de gente superior a nosotros. Nos formaban superiores, entre comillas, y con su método. Ellos nos han transmitido su cultura y su visión de la gente de enfermería (EP9, 1779-93).

Todo esto [la falta de autonomía] está relacionado con las formas de educación y los aprendizajes que hemos tenido, y que, de alguna forma, se traducen en algún momento (EP8, 1329-35).

Lógicamente, a través de su identificación con el grupo dominante, el grupo más débil incorpora una visión negativa de sí mismo y positiva del opresor: [...] *el problema para mi es de psicología grupal y relacional, de autoafirmación como grupo. Quitar complejos, el justificar siempre todo, esa continua justificación ese continuo complejo de inferioridad* (EP9, 1520-71).

Tenemos un problema de inseguridad, no sé si es la escuela, o es el carácter español, lo ideal es que la gente perdiera los miedos y las inseguridades (EP6, 985-92).

Baja autoestima y autodepreciación que frecuentemente es traspasada, de manera tácita, de las profesoras a las estudiantes.

Gran número de enfermeras valoran la objetividad, la eficacia o la imparcialidad científica de la medicina por encima del calor emocional, la ternura o la solidaridad que la enfermería denota.¹⁵ Otros ejemplos de esa identificación y adhesión son los diagnósticos de enfermería que reproducen la epistemología y estructura del modelo positivista biomédico: [...] *el hecho de que se llamen "diagnósticos de enfermería", yo personalmente...es una muestra de la sumisión soterrada que te decía. Me da que pensar el decir ¿yo tengo que etiquetar algo [los problemas del paciente] de una determinada manera para equipararme con otro [el médico] que tiene esta potestad? Es como si yo quisiera igualarme, pero, por qué diagnóstico?, a lo mejor hay otra palabra que no es una copia y no tiene esa connotación de quererse igualar al médico* (EP7, 1874-90).

O también la estructura jerárquica que la enfermería tiene en los hospitales; y, sobre todo, el trato a las estudiantes en forma paternalista desde la omnipotencia del experto que siempre conoce "lo mejor" para el otro: [...] *somos más paternalistas que jefes [...]. Las enfermeras siempre estamos haciendo de enfermeras, es aquello de coger al estudiante como si estuviese enfermo o como un niño que sale de la falda de su madre [...]. No sé si tiene que ver con el espíritu de la profesión. Los alumnos no son muy autónomos respecto a nosotros*" (EP3, 939-1012).

El paternalismo o maternalismo dentro del profesorado está muy avanzado (EP4, 2667-71).

En todos estos ejemplos, quizás, subyace la creencia que adoptando los comportamientos de aquéllos que detentan el poder, las enfermeras también lo alcanzarán.

Pero también, cuando algunos individuos pertenecientes a los grupos oprimidos son investidos con algún grado de poder se convierten, con más frecuencia de la deseable, en opresores más rígidos que aquellos que detentan el poder.¹ Durante el trabajo de campo se pudo comprobar lo que sucede con algunas enfermeras que alcanzan los puestos más elevados de la jerarquía hospitalaria o académica: [...] *dentro de la escala profesional cuando estás en la cima piensas que eres el rey del mambo y que nadie te tiene que explicar nada. Si tú sólo envías directrices hacia abajo, ya me dirás tú que te han de explicar los pobres que tienes debajo* (EP3, 554-69).

Parece, por tanto, que muchos de los puestos de gestión y administración en enfermería sólo están disponibles para aquéllas que aceptan y aprueban el sistema patriarcal de la medicina en los hospitales y en la educación. Esas enfermeras se han convertido, con frecuencia, en simples instrumentos de los grupos que detentan el poder para conservar el orden opresivo establecido. Algunas "líderes" de enfermería representan una elite y un grupo marginal dentro de la enfermería y han sido promovidas por su lealtad para con el mantenimiento del statu quo, lo que, al mismo tiempo, las ha convertido en marginales para su propio colectivo: [...] *la propia enfermería, las direcciones [las directoras] de enfermería vuelven a repetir el modelo de sumisión. Se vuelven automáticamente en aliados incondicionales del gerente [del hospital]. Dejan de defender al grupo, no tienen un sentimiento de pertenencia de reivindicar el puesto profesional* (EP9, 3208-30).

El contexto académico de la enfermería presenta lo que podríamos denominar un proceso de socialización bicultural. En las escuelas de enfermería las estudiantes son impelidas, a través del proceso de socialización secundaria, a constituirse en elementos marginales y adoptar las características de los grupos dominantes. Durante ese proceso las estudiantes se ven obligadas a ajustarse a la cultura (médica) del hospital, después de haber sido "formadas" en una cultura enfermera; de ese modo se convierten en marginales por un instinto de supervivencia y para ser recompensadas por la cultura dominante en el hospital. La idea que aquí subyace es que las enfermeras que son acep-

tadas por la cultura dominante alcanzarán poder, influencia y reconocimiento.

Sin embargo, este objetivo difícilmente puede ser alcanzado porque las enfermeras exhiben ciertas características personales propias de los grupos oprimidos. En efecto una segunda característica de la enfermería como grupo oprimido surge cuando las enfermeras encuentran "natural" pensar en ellas mismas como ciudadanos de segunda clase en el país sanitario.

Baja autoestima e impotencia

Muchas enfermeras han internalizado la visión negativa que de ellas tienen los grupos que detentan el poder en el sistema de salud. Porque han sido enseñadas a pensar que son, de hecho, inferiores, de segunda clase, demasiado emocionales para la gestión, que son las servidoras - altamente entrenadas, eso sí- de los médicos: [...] *en nuestra profesión no se nos ha enseñado el trabajo intelectual, sólo se nos ha enseñado el hacer y nada más, el hacer por el hacer* (EP8, 2154-60).

Con frecuencia las enfermeras se han visto obligadas a aceptar la devaluación de su conocimiento femenino y han aceptado la denigración de sus preocupaciones profesionales como irrelevantes para la condición médica del enfermo: [...] *no nos creemos mucho que el ser enfermera sea importante [...]. Hay una serie de vacíos que podríamos llenar [en la asistencia sanitaria] pero no nos lo creemos. Te dicen [los médicos] no, esto es muy difícil de hacer o no es importante y además te lo crees* (EP3, 574-762).

Hay sitios donde la enfermera es una lacaya del médico. Yo he visto a médicos gritar y reñir a enfermeras porque no lo hacían bien, como si fuesen sus esclavas (EA4).

La baja autoestima y la dependencia, como acabamos de ver, se convierten en características bien soportadas y aceptadas por las enfermeras: [...] *hay una educación biomédica, lo que la enfermera realmente hace es ser una enfermera auxiliar del médico y lo tiene muy asumido y pienso que debe ser muy feliz* (EP5, 1113-20).

Características eminentemente enfermeras como la emotividad, la sensibilidad, o el apego son consideradas "negativas" cuando se las compara con aquéllas propias de la cultura dominante: conocimiento técnico, neutralidad emocional. Día a día la enfermería es comparada con la medicina. De hecho, está en el acervo común de nuestra sociedad la incredulidad de que alguien pueda preferir ser enfermera antes que médico. Ciertamente es fácil

devaluar a aquellas enfermeras que se muestran pasivas y dependientes, pero no es menos cierto que están reproduciendo, simplemente, aquellos comportamientos aprendidos y que les permiten sentirse en consonancia, confortables y sin conflictos con ellas mismas.

Durante el trabajo de campo pudimos comprobar que dos de las características más acusadas del comportamiento profesional de las enfermeras son la lealtad con el médico y el estatus de subordinación. Creemos que esos comportamientos están relacionados con la necesidad de la enfermera de "sentirse reconocida" como miembro del equipo de salud. Las demandas de lealtad y subordinación de los médicos, si son aceptadas, proporcionan a las enfermeras ciertas recompensas en forma de prestigio y estatus.

La noción de subordinación se manifiesta, en sí misma, en la actitud de deferencia hacia el médico. Es la aceptación de su superior autoridad: [...] *no hay relación de igual a igual entre la gente de enfermería y los médicos. En el equipo multidisciplinar el asistente social no está acomplejado, el psicólogo no está acomplejado... en cambio la enfermera sí con respecto al grupo* (EP9, 1579-92).

Sólo con un comportamiento deferente y preservando la estructura jerárquica del equipo de salud podrá seguir siendo considerada un miembro más. La aceptación de su estatus de subordinación está también, por lo tanto, relacionada con las recompensas que proporcionan los miembros del equipo de salud. De modo que lealtad y subordinación son dos caras de la misma moneda y el precio que la enfermera debe pagar para seguir siendo considerada miembro del equipo de salud.

Esta situación cuando es vivida por las y los estudiantes de enfermería durante sus períodos de prácticas, les produce una dependencia emocional que constituye lo que denomina "creencia en la omnipotencia del opresor".³ Según nuestros datos las estudiantes de enfermería, en ocasiones, presentan rasgos característicos de lo que podríamos denominar "pensamiento mágico". Creen que el poder de los médicos, gerentes de hospital y supervisoras es absoluto e inexpugnable. Esto les hace sentirse indefensos y en la necesidad de ser reconocidos y aceptados por aquéllos. Pero, al mismo tiempo, esa dependencia genera la sumisión de las estudiantes que rápidamente "aprenden" cuál es su lugar en esas estructuras.

Esa subordinación y lealtad implican que la autoestima profesional de la enfermera viene, principalmente, determinada, por su aceptación por

parte de los que detentan el poder. Esta situación de dependencia emocional, casi secuestro, conforma una tercera característica de la enfermería como grupo oprimido.

Miedo a la libertad y dependencia emocional

Durante el trabajo de campo frecuentemente escuchamos de boca de las y los estudiantes frases como “¿pero realmente puedo hacer eso sin una ‘orden’ médica?”. En el estudio² sobre la formación de enfermeras en Alemania, ha documentado que pese a las recomendaciones oficiales para realizar cambios en el currículum básico de enfermería, éstos no se realizaron, entre otras cosas, por la falta de soporte y consenso en la misma enfermería que temía el desarrollo de una elite de enfermeras. Esta autora afirma que a pesar de las quejas acerca de la falta de libertad y autonomía, muchas enfermeras parece que prefieren la seguridad de su actual posición conocida a los riesgos desconocidos que la autonomía y la consecuente obligación en la toma de decisiones supone. Estos datos coinciden y son consistentes con datos de esta indagación: [...] *esa sumisión que se transmite, el peso de la tradición. Hay profesores, no tan jóvenes, que te comentan ¿esto ya nos lo dejan hacer? [...]. Con respecto a los alumnos lo mismo, me preguntaron ¿qué pasa si no venimos a clase? ¿Cuál es el problema?, que se sienten culpables por hacer huelga y, por otra parte, no quieren perder la clase por si preguntan? Son actitudes muy inmaduras. ¿Cómo una persona de 20 años te puede preguntar qué pasa si no viene a clase? Ellos se limitan a repetir, esperan de ti que des y siempre están: ¿y esto cómo se hace, esto está bien o mal hecho?* (EP9, 1605-1992).

Esa intolerancia a la ambigüedad que algunas enfermeras demuestran se intenta justificar con el convencimiento de la inexistencia de alternativas al statu quo actual que las personas que están “sumergidas” en la opresión demuestran. Sin embargo, gran número de enfermeras son conscientes de que sin libertad y autonomía es imposible un trabajo auténticamente humano pero se sienten incapaces de acometer cualquier proyecto de liberación porque han aprendido que no es posible ni útil cuestionar al opresor. Pero, lo que nos parece importante resaltar es que en ese aprendizaje juegan un papel clave las relaciones de poder entre profesoras y estudiantes que conducen a éstas hacia la apatía y la conformidad con su dominación: [...] *existe una relación de poder entre profesor y alumno. El alumno lo tiene clarísimo, el alumno sabe quién manda* (EP3, 851-60).

Entre los alumnos no hay un gran entusiasmo y pienso que lo transmitimos nosotros. Creo que somos una profesión que siempre ha de estar defendiendo cosas. Siempre tienes que estar recalcando que la enfermería esto, la enfermería lo otro. Tener que reafirmar tanto las cosas quiere decir que hay algo que no funciona. Los alumnos deben de decir: madre de Dios ¿dónde me he metido? (EP2, 2174-87).

Conformándose una cultura que, a través de un autoritarismo inopinado e incrustado en el currículum oculto, enseña a las estudiantes el valor y las ventajas de la subordinación, la obediencia y la sumisión: [...] *aunque los profesores desean que salga un profesional que sea capaz de desarrollar un papel autónomo desligado de la tradicional sumisión que tanto tiempo ha habido, creo que los mismos profesores continuamos con algo que tenemos muy adentro, continuamos participando de esa cultura de sumisión* (EP7, 311-529).

Pero al internalizar la visión y creencias del opresor, profesoras, estudiantes y enfermeras asumen, además, una imagen negativa de sí mismas. Debido a que el autoconcepto de las enfermeras brota de la actitud negativa de la medicina hacia la enfermería, éstas, además de autodevaluarse, generan una opinión negativa del resto del colectivo de enfermeras. Las consecuencias de esta baja autoestima son una ostensible falta de respeto por sus colegas y la proyección de una imagen negativa y violenta de sus compañeras denominada “violencia horizontal”.¹

Violencia horizontal

Yo creo que entre las enfermeras existe una gran falta de compañerismo (EA4).

La adhesión con el opresor – la alienación que supone internalizar y promover sus creencias y valores – origina comportamientos de violencia horizontal entre los miembros del grupo oprimido.¹ La consecuencia de la internalización de una visión negativa de sí mismo (baja autoestima y la depreciación) que ocurre cuando se produce la adhesión al opresor y la incapacidad de los oprimidos de cuestionar las figuras que detentan el poder (debido a esa misma autodepreciación y sumisión a la que la baja autoestima conduce) conducen a que la agresividad acumulada se proyecte contra los miembros del propio grupo antes que contra el opresor.

Este aspecto, a primera vista, es difícilmente reconocible, se hace evidente cuando se observa la gran división y falta de cohesión en los grupos

de enfermería. La tradicional falta de unidad y la escasa participación en las organizaciones profesionales pueden ser interpretadas como una falta de orgullo y autoestima del propio grupo y la consecuente inexistencia de la necesidad de participar. Es como si el alinearse con otras enfermeras supusiese la asociación con aquellos que son tan impotentes como nosotros. Parece lógico pensar que si las enfermeras no se valoran ni respetan entre sí no hay ninguna razón para afiliarse a organizaciones profesionales.

En el trabajo⁷ sobre la enfermería americana, afirma que la falta de participación y la división interna son formas sutiles de autodepreciación. Esos enfrentamientos son una manera segura de liberar la agresividad que no puede ser expresada ante el agresor. Por ejemplo, las duras condiciones de trabajo que, tan a menudo, soportan estudiantes y enfermeras generan reacciones de agresividad, menosprecio y enfrentamientos entre ellas antes que un cuestionamiento riguroso de las condiciones materiales y sociales en las que desarrollan su actividad: [...] *el otro día llegó una enfermera a la planta y la supervisora no se dignó a presentarla a las demás* (EA4).

Pero esa división y falta de confianza también la he podido constatar en las conductas de sobreprotección que profesoras y enfermeras tienen para con las estudiantes durante las prácticas: [...] *en el hospital nadie se fía de ti* (EA4). *Somos más padres y madres que jefes [...] es aquello de coger al estudiante como un niño que sale de la falda de su madre* (EP3, 917-1012).

Falta de confianza que se revela en el tipo de relación pedagógica que se establece entre profesora y alumna: [...] *aquí se confunde el ser profesor con el ser amigos, y toda esa historia que se llega a mezclar hasta la patología [...] Una implicación personal tan grande no puede ser, las profesoras hablan de "mis niñas"* (EP9, 2238-44).

Pero ese recelo, enfrentamiento, infantilización y desconfianza también se hizo patente entre el profesorado: [...] *aquí había una profesora que nos acojonaba [sic]. Decías cuatro cosas y depende de lo que dijeras te decía "pues vaya tontería". Entonces si te sueltan un "moco" pues tu también los sueltas ¿no?. Seguro que si gritas más que ellos bajan el tono. Y eso con los alumnos también pasa, claro* (EP2, 1098-110).

Hay guerras, no quiero decir guerras de poder, son guerras personales (EP5, 2700-8).

Conductas que, según pudimos comprobar, se trasladaban a las estudiantes, actuando contra

su autonomía e independencia. Los comportamientos de profesoras, estudiantes y enfermeras y las estructuras sociales y las instituciones donde la enfermería se enseña, aprende y practica son mutuamente constitutivos, esto es, guardan una relación dialéctica. A estas alturas ya debe resultar evidente el que a las enfermeras, al igual que otros grupos oprimidos, se las ha forzado/enseñado, en el interior de esas instituciones, a ser dependientes y sumisas con el fin de que acepten como algo natural (ocultándosela) su dominación por parte de los grupos que detentan el poder.

CONCLUSIONES

La educación que las enfermeras reciben juega un papel crucial en la adopción de algunas de las características de los grupos oprimidos. Cabe distinguir entre una educación que reproduce el proceso de masificación, cualificación descualificada y opresión de las futuras enfermeras, y una educación que las ayude a analizar críticamente su realidad para alcanzar el nivel de conciencia crítica y transformar las condiciones de su actividad hacia modelos más democráticos y participativos, es decir, una educación para la libertad y que fomente la autonomía intelectual de las personas. Aquí, la cuestión clave es si nuestro sistema de formación de enfermeras las educa para que se "adapten" a las estructuras y políticas de nuestro sistema de salud, tal cual existe o si, por el contrario, educa enfermeras capaces de analizar críticamente las estructuras dominantes y trabajar para transformarlas hacia modelos más humanos, es decir, libres.

La educación de las enfermeras en España, tal y como la conocemos, presenta alguna de las características denominada "Banking Education".¹ Una educación que conduce a las y los estudiantes, indefectiblemente, hacia la disatisfacción con su profesión, transmitiéndoles una visión rígida, idealizada y dogmática de la misma. Una formación que no los prepara para los requerimientos reales de la práctica, al mismo tiempo que espera de ellas que realicen actividades para las que no han sido preparados. Un currículum¹⁷ altamente fragmentado de clasificación y marco fuertes donde los "expertos" en sus respectivas áreas imparten "sus" materias sin que exista una consideración para las necesidades de aprendizaje de las estudiantes. Un currículum en el que la articulación de la formación práctica es escasa y a menudo despreciada puesto que la considera una simple

“aplicación” de lo que se aprende en el aula. Un currículum¹⁸ que es percibido como poco orientado a la práctica profesional y que proporciona pocas oportunidades para realizar una profunda reflexión crítica (autocrítica) sobre la enfermería y su contribución al sistema de salud, fuera de la retórica del profesionalismo tan al uso.

En resumen, tal y como hemos intentado ilustrar hasta aquí, los comportamientos de profesoras, estudiantes y enfermeras están influidos dialécticamente por las estructuras sociales y las instituciones donde la enfermería se enseña, aprende y practica, esto es, su conciencia es producto a la vez que produce y recrea esas estructuras. Pero es de vital importancia matizar que esa relación dialéctica es la que otorga también a cada profesora, alumna y enfermera el potencial (como miembros constitutivos y constituyentes de esas estructuras de privilegio y dominación) para transformar las estructuras que las oprimen y preconstituyen. Ciertamente, aunque su conciencia se haya saturado, en el interior de esas instituciones de valores de sumisión y subordinación, es posible, a través de un proceso reflexivo y de toma de conciencia, su sustitución por un nuevo marco de interpretación y axiológico.

De modo que si la educación¹⁹ que las enfermeras reciben es uno de los mecanismos para asegurar su subordinación, también puede transformarse en el principal eje para la reflexión crítica que conduzca a la liberación. La premisa que aquí defendemos es que a través de la educación (entendiendo esta noción más allá de la educación formal) la conciencia de profesoras y alumnas puede ser transformada. Cuando profesoras y alumnas están capacitadas para “ver a través” de la conciencia impuesta por la hegemonía del grupo opresor y valorarlo por lo que es, tomarán conciencia de su opresión y de la naturaleza arbitraria e interesada de la misma, visualizando entonces nuevas posibilidades. Una educación que permitirá liberar a las y los estudiantes de la opresión y coerción que sufren a diario convirtiéndolos en sujetos que participan libremente en la construcción de su universo profesional. Una educación crítica que haga aflorar a la conciencia las inaceptables relaciones de poder y que tiene el objetivo de construir un clima educativo y profesional menos distorsionado por las relaciones de dominación.

REFERENCIAS

1. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. London (UK): Penguin Handmonsworth; 1972.
2. Hedin B. A case study of oppressed group behavior in nurses. *Image J Nurs Sch*. 1986 Sum; 18(2):53-7.
3. Jewell M. Paternship in learning: education as liberation. *Nurs Health Care*. 1994 Sep;15(7):360-4
4. Merideth E. Critical pedagogy and its application to health education: a critical appraisal of the Casa en Casa Model. *Health Educ Q*. 1994 Fall; 21(3):355-67.
5. Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirian praxis in health education researchs results from an adolescent prevention program. *Health Educ Res*. 1994 Mar; 9(1):105-18.
6. Kendall J. Fighting back: promoting emancipatory nursing actions. *ANS Adv Nurs Sci*. 1992 Dec; 15(2):1-15.
7. Roberts SJ. Oppressed groups: implications for nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 1983 May; 5(7):21-30.
8. Muff J, editor. *Socialization, sexism and stereotyping. Women's issues in nursing*. St. Louis (US): Mosby; 1982.
9. Jolley M. Out the past. In: Jolley M, Brykcznska G, editors. *Nursing its hidden agendas*. London (UK): Edward Arnold; 1993. p. 1-21.
10. Bullough V, Bullough B. *History, trend and politics of nursing*. New York (US): Appleton-Century-Crofts; 1984.
11. Jolley M. The weight of tradition: an historical examination of early educational and curriculum development. In: Jolley M, Allan P, editors. *The curriculum in nursing education*. London (UK): Croom Helm; 1987.
12. Kalisch B, Kalisch P. *The advance of american nursing*. Boston (US): Little Brown and Company; 1986.
13. Declaracion de Helsinki. Associação Médica Mundial. In: *Anais da 52ª Assembléia Médica Mundial, 2000 Out; Edimburgo, Escócia*. [acesso 2009 Nov 15]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin6/htm>
14. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grouded Theory*. Chicago (US): Aldine; 1967.
15. Lowery-Palmer A. The cultural basis of political behavior in two groups: nurses and political activist. In: Muff J, editor *Socialization, Sexism and Stereotyping Women issue's in nursing*. St. Louis (US): Mosby; 1982.
16. Medina Moya JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona (ES): Laertes; 1999.
17. Bernstein B. *Clases, códigos y control. Hacia una teoría de las transmisiones educativas*. Madrid (ES): AKAL. Universitária; 1988.
18. Medina Moya JL, Prado ML. O currículo de enfermagem como protótipo de *tejné*: racionalidade instrumental e tecnológica. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez; 18(4):617-26.

19. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisottis M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2):307-14.

Correspondência: Jose Luis Medina Moya
Universidad de Barcelona - Facultad de Pedagogia
Departamento de Didáctica y Organización Educativa
Campus Mundet, Edificio de Levante 2º Pº Vall de Hebron
171 08035 - Barcelona, Espanha
E-mail: jlmedina@ub.edu

Recebido: 12 de julho de 2010
Aprovação: 5 de novembro de 2010