



Universidad de Oriente
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Tesis presentada en opción al Título de Licenciada en Psicología



La construcción de la Identidad Profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Autora: Annemarie Cutiño Paz

Tutoras: MsC. Larissa B. Turtós Carbonell

Lic. Ángela Caballero Batista

Santiago de Cuba. 2016

Dedicatoria

A mis abuelos Tatica y Papi por estar siempre a mi lado.

A mi mamita querida por darme la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

A mis hermanas Nana y Nery por escucharme psicologizar una para dormirse y la otra de conejillo de indias, ambas creyendo que estoy loquita.

Agradecimientos

Gracias a Dios por darme la oportunidad de estar aquí.

A mi mamá que es lo más importante que tengo en la vida, porque su amor me hace bien.

A mis hermanas Nery y Aleydita por comprender que la Psicología ya forma parte de lo que soy.

A mis abuelos Papá Luis Paz y Tatica porque sé que están orgullosos de mí y Dios no pudo haber seleccionado mejores abuelos para mí.

A mi tutora Larissa por haber pensado en mí para investigar esta temática, por llevarme de la mano en todo el recorrido, calmar mis ansiedades y ser una excelente consejera.

A Reinier Favier Columbié por soportarme estos cinco años de carrera y ser mi pesa'ó cariñoso.

A las Mellys, Yude y tía Eunice por apoyarme, por su cariño y sus comidas ricas.

A mis primos Nestor, Hilaris, Isaac, Jesús y Liz por hacerme reir entre tanto estudio.

A mi tía Machy que, aunque esté lejos sé que me piensa bien.

A mis tíos santiagueros: Irela, Mary y Abraham por preocuparse por mí, brindarme sus casas y malcriarme.

A mis primos Abrahamcito, Miche y Dariela por recibirme siempre con los brazos abiertos.

A los enfermeros investigados por haber colaborado con la investigación.

A los doctores Osvaldo y Aníbal por cuidar de mi salud para que me pudiera graduar a tiempo.

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

A las mejores amistades que me acompañaron en esta locura que es la Psicología: Milo, Mary, Yiya, Any, Yeisy (Bubu), Leydicita, David y María.

A Zaydee, Arletis y Eric por acompañarme en este último período de prueba.

Al profesor Carlos Joaquín por sus párrafos en rojo, gracias por sus críticas constructivas.

A la profesora Ángela por incentivarme al estudio de la identidad profesional.

A las profesoras Yailén, Yarlenis y Susel por apoyarme en la realización de esta tesis y hacer que me desvelara leyendo documentos.

A la profesora Yanet por acogernos como hijos desde el primer año de la carrera.

A todos los profesores del Departamento que contribuyeron en mi formación.

Muchas gracias

Índice

Resumen	
Abstract	
Introducción.....	1
Capítulo I: Referentes teóricos.....	7
1.1: El cuidado como rol profesional.....	7
1.2 La Enfermería como profesión.....	12
1.3 Aproximaciones al estudio de la identidad y la identidad profesional.....	19
Capítulo 2: Metodología	30
2.1 Metodología Cualitativa.....	30
2.2 Método	30
2.3 Técnicas y procedimientos.....	31
2.4 Definiciones conceptuales.....	32
2.5 Acceso al campo.....	34
2.6 Sujeto de la investigación.....	35
2.7 Procedimiento de análisis.....	35
2.8 Análisis de los resultados.....	36
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	

Resumen

Los cuidados profesionales hoy están principalmente en manos de los enfermeros y la calidad con que realizan esta labor se encuentra muy relacionada con la identidad profesional de los mismos. Al evidenciarse en nuestro contexto expresiones de afectación en dicha labor, esta investigación se propone valorar la construcción de la identidad profesional de enfermeros y su relación con el cuidado. Con este propósito se realizó un estudio de casos múltiples con dos enfermeros con más de 10 años en la profesión y cierta estabilidad en su puesto de trabajo. Se utilizó la Metodología Cualitativa y el Método Biográfico. La técnica empleada fue la historia de la profesión, como adecuación de la historia de vida. Se obtuvo como principal resultado que al incluirse las dimensiones del cuidado: el cuidado como valor, el autocuidado y el cuidado como esencia de la vida y la profesión en la labor de Enfermería, se articula la identidad profesional, mostrándose el enfermero en su rol de cuidador.

Abstract

Professional cares today are mainly in the nurses' hands and the quality with which they carry out this work is very related with their professional identity. Nurses' context evidences expression of affectation. Therefore, this research intends to value the construction of the professional identity of nurses through the care. With this purpose, it was carried out a study of multiple cases with two nurses with more than 10 years in this profession and with certain stability in their work. It was used the Qualitative Methodology and the Biographical Method. The technique applied was the history of the profession, as an adaptation of the life history.

It was obtained as main result that when the dimensions of care: the care as value, the selfcare and the care as essence of life, the profession is expressed in the construction of the professional identity, then nurses act as caretakers.

Introducción

El cuidado es una actividad cotidiana de la que todos hemos sido partícipes, ya sea como cuidadores o como cuidados. A pesar de esa cotidianidad que lo caracteriza, su estudio se ha convertido en una necesidad actual debido, entre otros factores, a los cambiantes estilos de vida, al envejecimiento poblacional, la baja mortalidad en la senectud, la elevación de la expectativa de vida y el predominio de las enfermedades crónicas (Carretero, & Ródenas, s.f.; Giraldo & Franco, 2006 y Seira, Aller & Calvo, 2002). Estos factores han incidido también en el aumento del índice de dependencia y la demanda de servicios especializados para el cuidado y tratamiento de enfermos. De esta forma los servicios hospitalarios y geriátricos, así como los cuidados paliativos y a largo plazo también han crecido, lo que precisa que se empleen los sistemas formales con mayor sistematicidad; a pesar de no ser tratados por la ciencia con la misma asiduidad.

Los cuidados formales a diferencia de los cuidados informales, se reconocen cuando hay una retribución económica por el servicio prestado y una previa capacitación para ejercer la labor. Un ejemplo de cuidado formal es la Enfermería, la que constituye la profesionalización de los cuidados. Florence Nightingale en 1859 fue quien tuvo un primer acercamiento al objeto de la Enfermería: la autora consideró que era el cuidado brindado por las enfermeras al paciente mediante el control de factores medioambientales, dígame ventilación, luz, agua, calor, dieta, limpieza y ruido. Su teoría constituye el impulso que necesitaba la Enfermería para replantearse su labor social y superar su carácter empírico.

La higiene es un factor importante en la atención sanitaria, pero no es el único, por ello, otras enfermeras hicieron nuevas aportaciones sobre el quehacer de la Enfermería. Virginia Henderson (1859- 60) identifica 14 necesidades básicas del paciente, que el profesional de Enfermería debe cubrir mediante las funciones de ayudante, acompañante y sustituto y que superan las únicamente relacionadas con higiene y alimentación. Implica trabajar de tal manera que

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

exista un sentido de logro, jugar o participar en diversas actividades recreativas y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles. Desde esta perspectiva la naturaleza de la Enfermería alcanza mayor claridad.

Otras enfermeras también han teorizado para seguir esclareciendo su objeto de estudio. Ida Jean Orlando (1958- 1902) enfatiza en la relación enfermera-paciente y la importancia de la participación de este último en el propio proceso de cuidado (Berdayes et al., 2008).

Los modelos teóricos de Enfermería son amplios, pero coinciden en que el objeto de su praxis es el cuidado. La Enfermería es una profesión de servicios y es útil no solo cuando la (el) enfermera (o) tiene conocimientos técnicos, sino también cuando es capaz de brindar al paciente, sus familiares y/o la comunidad, un acompañamiento idóneo durante el proceso salud- enfermedad.

El Proceso de Atención en Enfermería (PAE) es uno de los métodos científicos empleados para aplicar los modelos teóricos de Enfermería. En Cuba este se acoge desde 1976 e integra diversas líneas teóricas, entre las que se privilegian: la Teoría del déficit del autocuidado en Enfermería de Dorothea E. Orem, la Teoría de la respuesta profesional disciplinada propuesta por Ida Orlando y el modelo conceptual de Virginia Henderson.

El PAE consta de tres etapas: valoración, intervención y evaluación; y tiene como objetivo mejorar los problemas de salud de individuos, familias o comunidades mediante un plan de cuidados (Berdayes et al., 2008; Guillén, 1999). Sin embargo, la población cubana demanda una prestación de servicios con una calidad superior en cuanto a la atención que reciben del personal de Enfermería. La necesidad es más evidente en pacientes cuyo estado de hospitalización les hace depender en mayor medida de los cuidados enfermeros.

En estudios realizados (Berdayes et al., 2008; De Oliveira et al., 2013; Palacios, 2007; Pérez & Rodríguez, 2010 & Zamorano, 2008) se afirma que la

calidad de la práctica en Enfermería expresa la identificación con la profesión y señalan la existencia de problemáticas que influyen en la formación de la identidad del enfermero, como son: la motivación de los docentes enfermeros hacia su profesión, y el avance tecnológico que en ocasiones parcializa la verdadera esencia de la Enfermería: la relación que se establece con la persona cuidada más que la aplicación de habilidades instrumentales, las cuales son necesarias pero no suficientes. Los estereotipos en torno a la labor de Enfermería también contribuyen al desarraigo identitario; aún existe un imaginario social de la enfermera con uniforme corto, atractiva para el sexo masculino y admiradora del médico (Zamorano, 2008).

El cuidado como un factor esencial para identificarse con la Enfermería, también se ha desvalorizado al considerarlo como “una actividad de solidaridad innata” (Zamorano, 2008, p.168) vinculada a cualidades intrínsecamente femeninas (Arreciado, 2013). En contraposición a esta idea Zamorano apuntó: “Lo que realmente es importante en la construcción de nuestra identidad profesional es cuidar a cada individuo y colectivo con calidad” (p.171).

La identidad profesional se refiere a representaciones sociales compartidas en torno a una actividad específica, las cuales permiten que un individuo establezca un vínculo hacia una colectividad y a una institución; es un proceso y como tal se construye y se resignifica. Queda claro, entonces que el compromiso con la profesión y los sentimientos de pertenencia a un gremio con características especiales como los enfermeros, están en la base del buen cuidado.

De esta forma la identidad profesional se vuelve una categoría central para entender la praxis profesional actual de la Enfermería, pues se presenta como una de las formaciones psicológicas con más nivel regulativo que implicaría, en el caso en los enfermeros, no solo un comportamiento crítico y consciente sino una intencionalidad y proyección acertada en función de las demandas de su profesión.

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Se hace indispensable entonces, abordar el proceso de construcción de dicha formación en los sujetos para sopesar en su justa medida los factores que condicionan que formar un (a) enfermero (a) implica formar un buen cuidador. La intención es contar con un personal de Enfermería motivado y capaz de brindar al paciente un buen cuidado porque su profesión es ante todo humanista, entonces, es válido preguntarse cómo se está construyendo este proceso en nuestros enfermeros, no solo para comprender el desfase que existe actualmente entre las prácticas de Enfermería y la teoría que la sustenta (De Oliveira et al., 2013) sino para alcanzar vislumbrar este proceso desde su constitución psicológica.

En el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, perteneciente al municipio Manzanillo, resaltan las contradicciones existentes entre la teoría y la práctica de Enfermería; entre ellas “la insatisfacción” que refieren los enfermeros al no contar con los recursos necesarios (sábanas limpias, baberos, culeros, etc.) para cuidar a las personas ingresadas, lo cual trae aparejado quejas constantes de los acompañantes de los pacientes. También la desvalorización social del actuar profesional de la enfermera/o juega un papel de peso en cómo se ha construido su identidad profesional como cuidadores formales; sobre todo cuando existen estereotipos acerca de la pobre autonomía del personal de Enfermería en el equipo de salud. Otra problemática que está incidiendo en que no se realice el cuidado enfermero con eficacia es el ingreso de estudiantes cuya inserción en la carrera está motivada por aspectos que no se vinculan al contenido propio de la Enfermería.

Dichos malestares y contradicciones entre las necesidades de los enfermeros (as) así como las demandas de la profesión y de los sujetos que reciben el cuidado nos remiten a preguntarnos acerca de su propia relación con la profesión en un proceso continuo y progresivo, atravesado por la noción y vivencia del cuidado que tiene cada uno de sus protagonistas, por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

¿Cómo se expresa el cuidado en la formación de la identidad profesional en enfermeros del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley?

Objetivo General:

-) Valorar la construcción de la identidad profesional de enfermeros en su relación con el cuidado como rol profesional.

Objetivos específicos:

-) Definir indicadores del proceso de construcción de la identidad profesional.
-) Identificar dimensiones e indicadores del cuidado desde una perspectiva psicológica.
-) Analizar la relación de los indicadores de identidad profesional y de cuidado a través de las etapas de formación y desarrollo de la identidad profesional.

Idea a defender:

La construcción de la identidad profesional en enfermeros y enfermeras es un proceso que tiene su base en las pertenencias a un grupo y la capacidad para identificarse y diferenciarse de los otros profesionales y está condicionada por la forma en que los cuidados han formado parte en la historia personal de los enfermeros.

El presente trabajo investigativo permite sistematizar el estudio de la identidad profesional y del cuidado como rol profesional. Logra visualizar el proceso de construcción de la identidad profesional de forma histórica. Además, se redefine el cuidado desde la perspectiva psicológica.

Sus resultados permitirán no solo una profundización de las categorías trabajadas, sino que la intencionalidad, al relacionarlas desde el plano individual, permite redimensionar el cuidado como material de formación de procesos psicológicos en el sujeto.

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

La tesis consta de dos capítulos. El Capítulo I contiene los referentes teóricos en los cuales se sustentará la presente investigación. El Capítulo II hace referencia a la fundamentación metodológica, el análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I: Referentes teóricos

1.1 El cuidado como rol profesional

El ser humano ha cuidado de sí mismo y de los demás desde el inicio de su existencia, con el fin de subsistir y adaptarse al medio que lo rodea. Desde el imaginario social “cuidar” es percibido como una actividad que realizan las personas cotidianamente, ignorándose que es un proceso complejo con implicaciones morales y afectivas que merece ser estudiado por la ciencia. Es menester entender aquello que lo constituye y la manera más afectiva y saludable de lograrlo.

En este sentido varios autores han abordado el cuidado como “acto indispensable para el individuo y la permanencia del grupo social” (Lluch, Morales, Cabrera y Betancourt, 2010), “acto individual y de reciprocidad” (Colliere, 1989, citado en Espín, 2010), y “acción de cuidar, conservar, guardar y asistir a los enfermos” (Labault, 2012, citado en Rivera, 2013, p. 11).

Todos ellos aluden al carácter externo del cuidado y aunque lo describen dentro de una relación social e indispensable para sus miembros, no aluden al carácter peculiarmente psicológico del mismo. En este sentido el concepto que se aviene mejor con el objetivo de la presente investigación es el siguiente:

El cuidado humano es una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. El cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de dedicación del cuidador es el valor que él reconozca en el otro (Waldow, 2009, citada en Rivera, 2013, p. 20).

Esta perspectiva es la que guiará la presente investigación pues reconoce al cuidado como un proceso que involucra a un otro, y debe existir un grado de compromiso hacia la labor; esta última, más que la aplicación de conocimientos técnicos, exige del cuidador que el tránsito de la persona cuidada hacia su recuperación o fallecimiento (en casos de enfermedades terminales o

progresivas) sea menos doloroso. El buen acompañamiento y la adecuación de valores son esenciales para establecer un vínculo satisfactorio cuidador-persona cuidada.

Los cuidados, según Jean Watson (1979, citado en Nascimento & Erdmann, 2009), se pueden clasificar en dos, los cuidados profesionales y los cuidados comunes. El primero es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud y habilidades técnicas para auxiliar a individuos, familias y comunidades; además mantienen una visión profesional del cuidado, la salud y la enfermedad. Mientras que el segundo es el que se efectúa sin una capacitación previa, comprende modos de actuaciones ante la salud y la enfermedad aprendidos y transmitidos socialmente.

La Enfermería realiza cuidado profesional y el abordaje del mismo ha sido polémico, teniendo en cuenta que este es la esencia de su existencia como disciplina y profesión. Algunas de las enfermeras que contribuyeron a su estudio fueron: Florence Nightingale, Virginia Henderson e Ida Orlando (citadas en Berdayes et al., 2008), quienes ponderaron el papel de la higiene, la satisfacción de las necesidades del paciente y la importancia del vínculo enfermera- paciente, respectivamente.

Para la presente investigación nos basamos en El modelo de Cuidado Transpersonal de Jean Watson (1979, citado en Nascimento & Erdmann, 2009), cuyos supuestos básicos trascienden no solo los factores medioambientales y la asistencia a las necesidades humanas como ejes centrales de la Enfermería, sino que se privilegia un enfoque humanista y una visión biopsicosocial del individuo. En este sentido, Watson planteó 17 dimensiones del cuidado: cuidar de sí, cuidado profesional versus el común, el cuidado como valor individual, el cuidado humanizado, el cuidado amoroso, el cuidado como relación dialógica, el cuidado interactivo, el cuidado como práctica asistencial, el cuidado aliado a la tecnología, el cuidado como ciencia y vida de la profesión, el cuidado afectivo, el no cuidado, el cuidado educativo, el

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

cuidado como acto, actitud; el cuidado como finalidad, el ambiente del cuidado y el cuidado como relación de ayuda.

Con el propósito de analizar el cuidado desde una perspectiva psicológica redefinimos dichas dimensiones abordadas por la autora y proponemos indicadores en cada una de ellas:

1. Cuidar de sí: se da en el diálogo consigo mismo y con los otros. Se asume como indicador el autocuidado, el cual es una actividad del individuo, aprendida y dirigida hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo personal. Se expresa cuando el enfermero busca incrementar su conocimiento, adquirir habilidades dentro de la profesión (manejo de las emociones, habilidades comunicativas) e incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona.

2. El cuidado como valor individual: los valores son los objetos de la actitud, es aquello hacia lo cual la actitud se dirige a favor o en contra, aproximándose o evitándolo. Según González (2000) los valores se clasifican en: valores sociales (se dirigen a satisfacer las necesidades de la sociedad) y valores individuales (surgen para satisfacer las necesidades personales). Se expresan en las acciones realizadas por los enfermeros en pos del desarrollo personal y de los pacientes. Desde esta dimensión la salud se alcanza cuando el cuidado adquiere un significado personal para el enfermero y la persona cuidada. Asumimos los valores como indicadores de cuidado y constituyen el polo positivo de la labor.

) Amor: se ha definido de diversas formas dependiendo de las ideologías y de su abordaje desde las ciencias, el arte y la religión. Se ha interpretado fundamentalmente como un sentimiento relacionado con el afecto y el apego. El cuidado amoroso implica compartir, tener actitudes de sensibilización con el otro, comprensión, empatía, respeto y receptividad.

) Honestidad: es estar dispuesto a decir la verdad siempre, asumir de forma crítica y autocrítica lo incorrecto de sus acciones, ser consecuente y fiel con

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

sus principios (Báxter, 2007, p.19). Se expresa cuando el enfermero informa al paciente de todos sus procedimientos, utiliza el consentimiento informado y cuando reconoce y rectifica sus errores y de los demás enfermeros durante el ejercicio profesional.

) Resiliencia: Sobrellevar una experiencia incómoda o negativa con la capacidad humana de sobrevivir, superar las adversidades internas y del entorno social para salir fortalecidos de ellas. Se espera ver en el cuidador una disminución en su sobrecarga mientras la persona encuentra un propósito de vida o una muerte digna. Se encuentra también en la capacidad del cuidador de transformar la situación de cuidado: de dolorosa y estresante a un vínculo de compenetración y esperanza para el propio cuidador y la persona cuidada.

) Humanismo: el cuidador se muestra como un ser humano que respeta y valoriza el ser cuidado en su existencia humana también, comprendiéndolo como un ser que tiene sus propias vivencias y experiencias. Se expresa cuando en la práctica profesional el paciente es lo más importante por encima de procedimientos, y/o el enfermero reconoce las potencialidades de las personas para mejorar su situación de salud o morir dignamente.

3. El cuidado como práctica asistencial: incluye la realización de procedimientos técnicos. La tecnología es un medio para facilitar el cuidado al cliente, a veces, imprescindible para mantener una vida, aunque, se debe evitar una mayor preocupación con el equipamiento que con el cliente, ya que el cuidar no se limita al uso de la tecnología. Esta dimensión está presente, entonces, cuando se usa con exclusividad o cuando se privilegia por encima de las relaciones de implicación y apego con el paciente.

4. El cuidado educativo: se refiere a las informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal en función de favorecer el cuidado de otros y de sí mismo. Se manifiesta en el acompañamiento del enfermero al proceso de aprendizaje sobre el manejo de la enfermedad y la salud, dentro y

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

fuera de la institución, así como las relaciones educativas con otros profesionales en función de favorecer la enseñanza y formación del cuidado.

5. El no cuidado: es utilizar artificios para no aproximarse mucho a la persona cuidada, realizando un cuidado con prisa, manteniendo la distancia de las personas.

6. El cuidado como esencia de la vida y de la profesión: representa un conjunto de esfuerzos transpersonales dirigidos al ser cuidado para auxiliarlo en la obtención del autoconocimiento y autocontrol, promoviendo y preservando su existencia. Se refiere al compromiso del profesional en cuidar como parte del sentido de su vida. Asumimos como indicador el compromiso con la profesión, el cual se expresa en la fuerte relación de la profesión con el resto de las áreas significativas de la persona; así como evidentes manifestaciones de implicación y compromiso afectivo con la Enfermería y procesos que la integran, incluyendo al paciente.

7. El ambiente de cuidado: el proceso de interacción entre el ambiente y el ser humano puede facilitar, crear o impedir un cuidado satisfactorio. Se tomarán como indicadores el uso y adecuación de las condiciones laborales en la propia práctica profesional, las relaciones interpersonales con otros profesionales y con los cuidadores informales en pos de la eficiencia de las propias acciones profesionales para el cuidado.

En la Enfermería todas las dimensiones de cuidado son favorecedoras de un buen vínculo con el paciente, excepto el no cuidado que sería la dimensión negativa. Las mismas no solo se interrelacionan, sino que se pueden llegar a jerarquizar dependiendo de las demandas del caso de salud concreto y las exigencias del sistema de salud.

Dichas dimensiones, aunque se analizan en la labor concreta del enfermero(a), se encuentran íntimamente vinculadas a formaciones psicológicas, al asumirse como procesos intrapersonales e interpersonales (autocuidado, valores, compromisos, ambiente, educación) que se van formando y cuando se

expresan, son resultado de una evolución y desarrollo psicológico del individuo. En este sentido podríamos afirmar que la historia del sujeto que cuida relacionada con las dimensiones de cuidado favorecería su crecimiento y bienestar psicológico, y evidentemente el de las personas en relación con este.

¿Cómo se expresan, entonces, dichas dimensiones en la propia labor de Enfermería y cómo se articulan con la aparición y desarrollo de la identidad profesional?, es tema de los próximos epígrafes.

1.2 La Enfermería como profesión

Cuidar es una actividad humana: un acto individual pero también tiene una naturaleza social. Relacionado con el contexto de la vida y la muerte, muchas veces se precisa cierta experticidad para realizarlo. De hecho, muchos autores consideran que la Enfermería es la profesionalización del arte de cuidar (Berdayes et al., 2008; CIE, 2008; Luévano, 2008).

La Enfermería se ha caracterizado por responder a las demandas de los sistemas de salud y a las necesidades de individuos. A los enfermeros se les ha asignado históricamente el cuidado de personas enfermas; sin embargo, los cambios que han ido ocurriendo en el marco de la profesión y de las sociedades modernas han propiciado una ampliación de las funciones que debe cumplir.

En la actualidad no existe un marco conceptual de Enfermería claramente delimitado; en realidad existen varias propuestas teóricas y los diferentes sistemas de salud las han acogido tratando de integrarlas y de encontrar unidad en su práctica.

La búsqueda teórica de las enfermeras ya identificadas en la introducción, exploraron teorías generales que fueron conformando el entramado teórico de la profesión; así, la teoría de las necesidades humanas, la teoría general de sistemas, las teorías de la comunicación han brindado apoyo científico a esta profesión (Berdayes et al., 2008)

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Así, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2008) ha optado por la siguiente definición de Enfermería:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa de las personas a su cargo, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los cuidados a pacientes y en los sistemas de salud, así como la formación. (p.6).

La profesión se expresa en la relación que se establece con el paciente, las familias o las comunidades, que inicia con el diagnóstico de las necesidades de cuidado mediante la apropiación de conocimientos científicos e implica necesariamente respetar la integridad de las personas cuidadas, comprender la vivencia del humano en sus procesos vitales y lograr que los encuentros sean empáticos.

La comprensión y concreción del cuidado dentro del marco de la Enfermería ha sido multidireccional. Para Nightingale (1859, citado en Berdayes et al., 2008), la Enfermería era un medio para realizar la voluntad de Dios y las enfermeras eran intermediarias entre la naturaleza y el hombre. El cuidado del paciente, quien además asume una posición pasiva en el proceso, proviene de una creación divina, por tanto, la función de la enfermera era mantener las condiciones ambientales (ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido) adecuadas. Dicha función se corresponde con las exigencias de los sistemas de salud de su época porque este solo empleaba a “incultos”. Desde este modelo conceptual la salud es entendida como “estar bien” y emplear hasta el máximo cada poder; y la enfermedad como “un proceso reparador que la naturaleza instituía causa de alguna necesidad de atención” (Berdayes et al. p.25).

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Al asumir la responsabilidad de la salud de otro, según Nightingale (1859, citado en Berdayes et al., 2008), las enfermeras debían distinguirse por ser perseverantes, ingeniosas y observadoras. Los principios de Enfermería de Nightingale siguen siendo aplicables en las prácticas de Enfermería actual. Los enfermeros deben lavarse las manos frecuentemente, mantener limpios a los pacientes y comprobar constantemente sus signos vitales y demás manifestaciones clínicas asociadas a la enfermedad. El objetivo del servicio continúa siendo cuidar y ayudar al paciente, que sufre alguna enfermedad, a vivir, además de la promoción de salud.

Este primer acercamiento al objeto de la Enfermería privilegia la dimensión: el ambiente del cuidado, aunque no diferencia los aspectos físicos, emocionales o sociales que esta incluye. La salud desde este modelo conceptual, al depender de las condiciones ambientales en las que se situaba el enfermo, determinaba que la posición asumida por el enfermero en relación a su cuidado era meramente técnica y respondía a las demandas institucionales, por lo cual el cuidado tenía un carácter despersonalizado.

Por otra parte, la salud desde la teoría de Virginia Henderson (1959, citada en Berdayes et al., 2008) es definida como el logro de la independencia de las personas para satisfacer las 14 necesidades que esta propuso: 1) respirar con normalidad, 2) comer y beber adecuadamente, 3) eliminar los desechos del organismo, 4) movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, 5) descansar y dormir, 6) seleccionar vestimenta adecuada, 7) mantener la temperatura corporal, 8) mantener la higiene corporal, 9) evitar los peligros del entorno, 10) comunicarse con otros, expresar sentimientos, necesidades, miedos u opiniones, 11) ejercer culto a Dios de acuerdo a la religión, 12) trabajar de forma que permita sentirse realizado, 13) participar en todas las formas de recreación y ocio y 14) estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Según la autora, la Enfermería implica mantener el equilibrio fisiológico, interés por lo psicosomático y sus implicaciones; y las enfermeras "(...) cumplen la

función de asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a su recuperación o a una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios” (Berdayes et al., 2008, p. 30). Este modelo teórico defiende la autonomía de la enfermera dentro del equipo sanitario, teniendo en cuenta que la misma debe tener conocimientos de las Ciencias Biológicas y Sociales. Incorpora en su concepción el papel de la familia como parte indispensable en la recuperación del paciente. Se privilegia la dimensión: el cuidado como valor y el cuidado educativo, en cuanto la persona es el eje central del proceso y se valora el paso de una relación de dependencia hasta una relación de independencia. La Enfermería no sólo maneja la enfermedad sino también el fomento de la salud.

La Teoría de la respuesta profesional disciplinada propuesta por Ida Orlando (1958, citada en Berdayes et al., 2008), enfoca la relación recíproca entre la enfermera y el paciente, en la cual la enfermera asume el rol de “satisfactor de necesidades” y el paciente es considerado como “toda aquella persona que sufra una sensación de insuficiencia” (Berdayes et al., 2008. p.36). De esta forma la disciplina de procesos¹ se dedica a identificar y satisfacer con urgencia las necesidades del paciente. Los conceptos principales que contempla la teoría son: la conducta del paciente, las reacciones y actividades de la enfermera, y la exploración por parte de esta para corregir o verificar su percepción de la conducta del paciente.

A nuestra consideración, el Sistema Nacional de Salud cubano, continúa siendo paternalista aun cuando a diferencia de la teoría de Orlando, cree en la capacidad de las personas para desarrollar sus potencialidades y enfrentar positivamente las vicisitudes del medio ambiente. Existe el imaginario social sobre la responsabilidad total que el Estado tiene que asumir en nuestra salud y muchas veces este imaginario es asumido por los propios profesionales de la

¹ Término utilizado para reconocer dicha teoría y diferenciarla del resto de los modelos teóricos de Enfermería

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

salud que lo siguen resignificando en los pacientes y sus familiares a partir de un servicio y tratamiento asistencialista y tecnológico. Limitándose en este sentido, la proyección de un cuidado integral que incluya todas las dimensiones previstas en nuestra investigación. Por esto es significativo explorar cómo se integran dichas dimensiones e indicadores del cuidado en la identificación de los enfermeros (as) con la labor que realizan y las características de su profesión.

El Proceso de Atención en Enfermería integra las líneas teóricas analizadas. Existen problemas debatidos por Nightingale que actualmente son aplicables en el PAE, pues forman parte de las diversas etapas de este. Las observaciones de los factores del entorno se incluyen en la Etapa de Valoración. Además la educación para la salud está vigente en las tres etapas del proceso (Valoración, Intervención y Evaluación). El modelo conceptual de Henderson (1959, citada en Berdayes et al., 2008) contribuye también al PAE, específicamente en su fase inicial correspondiente a la valoración del paciente según los 14 componentes de cuidado, la planificación de acciones de cuidado y la ejecución.

La Teoría de la respuesta profesional disciplinada (Orlando, 1958, citada en Berdayes et al., 2008) también es aplicable a dicho método (PAE), pues el mismo toma en cuenta las acciones dependientes, independientes e interdependientes que se realizan en las distintas etapas de este proceso. Los procesos formativos llevados a cabo en el ámbito clínico y académico se han caracterizado por contener otras definiciones de la teoría, expresada en el pase de visitas y la presentación de casos.

De forma general se pueden reconocer 5 grandes escuelas de la Enfermería: cada una relacionada con el cuidado desde diversas perspectivas (Berdayes et al., 2008)

- Escuela de las necesidades: el cuidado está centrado en el logro de la independencia de la persona para lograr la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

- Escuela de la interacción: muy ligada a la teoría psicoanalista, centra su interés en los procesos de interacción entre el enfermero y la persona. Según esta línea teórica, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que necesita ayuda y otra capaz de ofrecerla. La enfermera, entonces, debe tener en cuenta sus valores y comprometerse en el cuidado como una acción humanitaria y no mecánica.
- Escuela de los efectos deseables: estudian los resultados deseables del cuidado asumiendo que este es el responsable de mantener el equilibrio y preservar la energía.
- Escuela de la promoción de salud: se interesa en cómo lograr los cuidados y definir la meta de los mismos. En este sentido el centro del cuidado se mueve a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.
- Escuela del ser humano unitario: se propone una visión de la persona que emerge de teorías filosóficas y psicológicas.

Escuela del cuidado: las teorizadoras de esta escuela piensan que las enfermeras pueden mejorar la calidad del cuidado si incorporan dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura.

Así las teorizaciones de Enfermería se han diversificado incluyendo aspectos tales como el cuidado, la persona, la salud y el entorno; lo que integra y concreta en la práctica, las dimensiones del cuidado planteadas en el epígrafe anterior, las que se consolidan en la propia labor de Enfermería, brindando una concepción más acabada y profesionalizada del cuidado.

El enfermero ya no es un técnico de la salud; se convierte en un cuidador responsable de la recuperación del paciente en su entorno vital, así como de la promoción y prevención de salud.

“La Enfermería no trata las enfermedades, sino los problemas que mantienen incómoda a la persona o a la familia a causa de una situación de salud; como son la limitación de las capacidades para cuidarse, los dolores, los problemas relacionados con los procesos

vitales o el desarrollo, etc. Para diagnosticar y tratar las respuestas humanas, se requiere de conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático del hombre, la sociedad y la salud” (Berdayes et al., 2008. P 17)

Atendiendo la evolución que ha tenido hasta la actualidad, podemos identificar como propósitos de la Enfermería:

- La conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993; en: Luévano, 2008),
- La realización de técnicas y procedimientos, concebida como un tipo más de la tecnología para el cuidado,
- Los cuidados dirigidos al individuo, familias y comunidades sanos o con alguna alteración de la salud, privilegiando la relación enfermero- paciente desde un enfoque humanista.

El análisis de los modelos teóricos en Enfermería, realizada hasta el momento nos permite visualizar como se entreteje el cuidado en dicha profesión, pero también nos permite entender las características particulares de su práctica y de sus profesionales de forma tal que nos presente aquello que lo identifica y lo diferencia de otra profesión; o sea, sienta pautas para comprender el carácter identitario de la profesión y sus practicantes. Así lo confirman Benavent, Francisco del Rey & Ferrer (1988, p. 149):

“Los modelos de enfermería y su posible evolución hacia la consecución de una teoría de enfermería son por tanto ventajosos para la disciplina. Su utilización puede llevarnos a: explicar aquello que es esencial en la actuación de la enfermera. Y como consecuencia.

- *Circunscribir la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad.*
- *Identificar y clarificar la relación de la enfermera con otros profesionales de salud.*

- *Diferenciar su actuación de las acciones que llevan a cabo los distintos profesionales sanitarios”.*

Lograr entonces, un cuidado profesional de calidad en Enfermería significaría desarrollar una labor que incluya a la persona en su dimensión existencial y psicológica, tanto al cuidador como al sujeto cuidado. Esto implicaría identificar los procesos y formaciones psicológicas que favorecen esta relación y que permiten que el enfermero se identifique con su labor y misión, sintiéndose parte de un gremio de cuidadores más allá de lo establecido formal e institucionalmente.

1.3. Aproximaciones al estudio de la identidad y la identidad profesional

La identidad es un proceso complejo de construcción de sentido, mediante el cual los individuos y los grupos humanos pueden tener una noción del mundo y de sí mismos que les permite sentirse únicos, regular sus comportamientos y transformar el medio que los rodea. Constituye una necesidad existencial en tanto propicia un estado de armonía, seguridad y satisfacción; y cuya desestructuración provoca alteraciones psicológicas.

Las diferentes escuelas psicológicas se han aproximado a su estudio de disímiles formas. El Conductismo y el Psicoanálisis han hecho referencia a la función adaptativa de la identidad personal; mientras el Enfoque Histórico Cultural recrea la importancia de la valoración social en la construcción de la misma; al respecto plantea que es a través del sistema de actividad y comunicación con adultos y coetáneos que se va formando dicha configuración, aunque no niega el carácter autónomo que va adquiriendo.

Otro punto de vista defiende el carácter procesual, consciente y la extensión al pasado, el presente y el futuro de la identidad (Eric Erikson, s.f., citado en Fernández, 2005). Representantes de la Tercera Fuerza (Rogers, McDougall, Allport, Maslow) centran su mirada en el carácter regulador del “self”, la necesidad de reconocimiento y autorrealización, además del carácter

consciente en la construcción del sí mismo (Domínguez, 2005, citada en Fernández, 2005).

A pesar de las diferentes concepciones que ha propuesto la Psicología, se reconoce en la mayoría el carácter regulador de dicha formación y el papel significativo que logra en el desarrollo del individuo.

La identidad puede ser estudiada desde dos perspectivas: como identidad colectiva o como configuración individual. Esta última, que se asume en la presente investigación, implicaría la asimilación personal, a través de las prácticas y recuerdos constituidos, de las características deseables en la persona resignificándolas desde la historia y vivencias personales. Nos lleva a preguntarnos: ¿quiénes somos?, ¿cómo nos percibimos?, ¿en qué nos parecemos y nos diferenciamos de otros?, ¿adónde pertenecemos y por qué?, y ¿hacia dónde nos dirigimos que tenemos que hacer para lograr nuestras metas? son algunas de las interrogantes que se intentan responder a partir de la identidad personal o colectiva, reconocidas ambas como identidades sociales. “El reto está en analizar las identidades como procesos complejos, desde sus diferentes ángulos; con un enfoque dialéctico, pero inevitablemente parcial” (De la Torre, 2001, p.36).

Según otra de las investigadoras cubanas sobre el tema (Fernández, 2005): la identidad personal nos remite a la idea de autodiferenciación. Es la idea y el sentimiento de la existencia propia, de sí. Es la percepción de uno mismo como único y diferente. Es el proceso de individuación que se va gestando desde edades tempranas, de delimitación individual, de identificación con una realidad corporal y subjetiva que es única y nos es propia.

La identidad genera seguridad en las personas, las cuales parecen seguir necesitando de cierta “coherencia, autoconciencia y continuidad, del arraigo y la pertenencia a grupos, así como el bienestar que producen los mundos simbólicos compartidos y una autoestima positiva” (De la Torre, 2001, p. 33).

Se van perfilando entonces, indicadores que permiten el estudio de esta categoría, como son la pertenencia y la autoestima, ubicadas en función de un continuo y automirada crítica que permita esa coherencia y continuidad. Para esto es preciso además que el individuo se pueda mirar a sí mismo con un carácter consciente y reflexivo.

La reflexividad, se estructura en la existencia de la autoconciencia del individuo en primera instancia, la cual aparece alrededor de los tres años de vida y se manifiesta cuando el infante es capaz de decir “yo...”, identificándose con atributos del medio, preferencias y se percibe como diferente a los otros. La reflexividad da cuenta de la extensión temporal de la identidad, es nuestra capacidad de volvernos al pasado y alterar el presente en función de él, o alterar el pasado en función del presente (Bruner, 1991, citado en De la Torre, 2001), además de proyectarnos al futuro.

“No solamente adquirimos conciencia de nuestra propia existencia ni nos identificamos con un modo de ser y existir individual, sino que nos vamos conociendo progresivamente. Conocemos cómo somos corporalmente, para ello exploramos nuestro cuerpo, tenemos un conocimiento de cuáles son las partes y formas del mismo. Conocemos también paulatinamente nuestra subjetividad, cómo somos psicológicamente, que nos gusta o no, qué nos motiva, cuáles son nuestras características. En las edades más tempranas esto aparece en forma de descripciones comportamentales para llegar a convertirse en auténticas elaboraciones intelectuales hacia la adultez” (Fernández, 2005, p. 359).

Esta complejización de las elaboraciones sobre sí mismo, están relacionadas con el pensamiento, en tanto este permite que los individuos evalúen el mundo que los rodea. Las funciones psíquicas superiores son procesos mediatizados y los signos son los medios básicos utilizados para dominarlos y dirigirlos. En la formación de conceptos ese signo es la palabra, la que juega primero el papel de medio y luego se convierte en un símbolo. La evolución de los procesos de

los cuales resulta posteriormente la formación de conceptos comienza en la primera infancia, pero las funciones intelectuales que en una combinación específica forman la base psicológica del proceso de formación de concepto maduran, toman forma y se desarrollan solamente en la pubertad. La formación de conceptos es el resultado de una actividad compleja en la cual intervienen las funciones intelectuales básicas; pero no se reduce a estas, es necesario además el uso del signo o la palabra como medio a través del que dirigimos nuestras operaciones mentales, controlamos su curso y las canalizamos hacia una solución de la tarea con la cual nos enfrentamos. Las tareas que la sociedad demanda del joven, por ejemplo, el ingreso al medio profesional, son un factor importante en el surgimiento del pensamiento conceptual (Vygotsky, 1981).

La reflexividad como recurso personológico se considera indicador del óptimo funcionamiento de varias formaciones psicológicas complejas, como el sentido y proyecto de vida, la autovaloración, los ideales y los valores. En todos los casos, tal como indicador de identidad, permite alcanzar el carácter regulador y educativo de la misma.

Esta capacidad de reflexión genera, por tanto, seguridad y continuidad a pesar del cambio, en tanto es la forma en la que los individuos se repiensen en sus diferentes eventos vitales y les dan nuevos sentidos a sus vivencias.

Por otra parte, la identidad contiene elementos de lo socialmente compartido, resultante de la pertenencia a grupos, y de lo individual, lo personalizado por el sujeto. Los primeros destacan las similitudes, mientras que los individuales enfatizan la diferencia, pero ambos se integran para constituir la identidad única, aunque multidimensional, del sujeto individual (Félix, Suárez & Verdecia, 2013). “No es posible, pues, pensar que los intereses del grupo social sean ajenos o extrínsecos a la persona: entran a formar parte de ella, condicionando y orientando su conocer, su sentir y su proceder” (Ibáñez et al., 2004, p.97). Cuando se habla de la identidad de un sujeto individual o colectivo hacemos referencia a procesos que nos permiten asumir que ese sujeto, en determinado

momento y contexto, es y tiene conciencia de ser el mismo, y que esa conciencia de sí se expresa (con mayor o menor elaboración) en su capacidad para diferenciarse de otros, identificarse con determinadas categorías, desarrollar sentimientos de pertenencia, mirarse reflexivamente y establecer narrativamente su continuidad a través de transformaciones y cambios (De la Torre, 2001, p. 82).

Las personas se identifican con grupos, como es el caso de las profesiones. Desde la entrada del niño a la escuela se manejan expectativas en torno a la efectividad escolar y lo que será su futura profesión. Se inicia un proceso que se manifiesta en la imitación de modelos profesionales, en cómo los individuos van asumiendo posiciones diferentes con respecto a la actividad de estudio hasta que en la juventud se consolidan los intereses profesionales y pueden convertirse en intenciones.

Las intenciones profesionales surgen como formación motivacional compleja y expresión de una tendencia orientadora de la personalidad hacia la esfera intelectual, en el momento en que el sujeto es capaz de elaborar los contenidos de esta motivación en las perspectivas de su vida presente y futura (Domínguez, 2003, p. 188). Así, la profesión entra a formar parte del universo de identificaciones de los sujetos mediante la cual se insertan a la sociedad. Por esto el trabajo se constituye como mediador del desarrollo psicológico; organiza nuestra actividad y contribuye a la formación del autoconcepto, pues da significado a lo que somos para nosotros mismos y para los demás. Se considera que es uno de los elementos más importantes durante la juventud y la adultez, teniendo en cuenta que las etapas precedentes son de preparación para luego desempeñar una actividad productiva, hasta el punto que nuestra satisfacción vital depende, en gran medida, de nuestra satisfacción con el trabajo (Palacios, 2001).

La identidad profesional como un tipo específico de identidad colectiva, debe ser entendida desde dos dimensiones: la primera, es relativa a reconocer al grupo como un “sujeto colectivo” que se define a sí mismo y se diferencia de

los otros grupos profesionales o de cualquier índole, de esta manera se le otorga al mismo un sentido identitario. La segunda, deviene en la diferenciación de cada uno de los miembros del grupo a partir de la incorporación de las características propias de éste, de forma tal que se configure y desarrolle la personalidad de los integrantes de forma especial e irrepetible aún y cuando entre ellos se identifican como una unidad relativamente estable (Marcos, 2005, citada en Bahamonde, 2012).

La identidad profesional, entendida desde una perspectiva personológica, se define como: una configuración personológica, de contenidos y funciones de carácter autorreferencial, que expresa la conciencia de mismidad y continuidad del sujeto como miembro activo de un grupo profesional, con el que se siente identificado y comprometido y hacia el cual desarrolla sentimientos de pertenencia en un momento o contexto social determinado (Marcos, 2005, citada en Galvez, 2011).

Cuando la profesión se convierte en una configuración subjetiva, en ella se expresan elementos dinámicos generales de la personalidad, pasando a ser, como toda configuración personológica, un elemento esencial de la identidad del sujeto (González Rey, s.f., citado en Pérez & Rodríguez, 2010).

El sentido de mismidad y el sentido de pertenencia son, según Marcos (2005, citada en Galvez, 2011) los dos indicadores de la identidad profesional.

El sentido de mismidad define la individualización, la subjetivización de las peculiaridades del grupo profesional, en la medida en que estas son sentidas como propias e incluidas en la imagen que de sí mismo tiene el profesional. Incluye desarrollar una noción sobre sí como profesional, como un ser diferente, con cualidades, habilidades y potencialidades específicas suyas, que pueden ser en cierta medida similares a las del otro, pero que son percibidas como propias en tanto se sienten diferentes (García & Marcos, 2005, citados en Bahamonde, 2012).

Se asumen como subindicadores del sentido de mismidad, la autoimagen y la autoestima. La primera se ha definido no solo como representación en la cual se parte de que la imagen es la reproducción mental de un objeto ausente, sino que es una abstracción, una construcción que implica, además, juicios, valoraciones y generalizaciones cargados de significado y de contenidos emocionales (De la Torre, 2001). Mientras que la segunda constituye la dimensión afectiva global de todo este proceso de autorreferencia y contribuye a la satisfacción personal; es conocer cuánto nos amamos y autoaceptamos (Fernández, 2005). Esta categoría indica cómo me siento con mis características y competencias y es comprensible en la medida que son satisfechas las expectativas en torno a metas que nos proponemos.

Sin embargo, debemos entender que la autoestima es una evaluación de mi persona y la expresión de la sensación del sí mismo. No se trata de una evaluación de determinados éxitos o fracasos, tampoco de determinados conocimientos o habilidades, que pudieran ser efectivos o no en determinados contextos.

Es necesario, no obstante, distinguir el concepto de autoestima positiva del de orgullo, ya que a menudo se confunden. La autoestima, como hemos visto, atañe a la convicción interior de nuestra eficacia y valor fundamentales. El orgullo tiene que ver con el placer más explícitamente consciente que nos producen los logros o acciones específicas que alcanzamos y, aunque están relacionados no se comportan de forma directamente proporcional (Fernández, 2005).

Por su parte, el sentido de pertenencia al grupo profesional constituye la noción que tiene el individuo sobre sí mismo integrante de una entidad específica: el grupo profesional. Implica la existencia de representaciones y creencias sobre dicha pertenencia, con sus respectivos efectos vivenciales, afectivos, motivacionales y actitudinales (García & Marcos, 2005, citados en Galvez, 2011).

Al hablar de identidad no podemos representarnos una realidad estática, sino un conjunto de atributos que vamos adquiriendo y que van cobrando sentido o no en la medida que atravesamos por las distintas etapas del desarrollo. Marcos & García (1999, citados en Galvez, 2011) registran así, cuatro etapas precedentes al momento de “aparición” de la identidad profesional, las cuales coinciden con las etapas del ciclo vital:

1. Etapa de familiarización o primeras aproximaciones al mundo de las profesiones.

En la misma se observan las siguientes adquisiciones con relación a la evolución de la identidad profesional: los primeros momentos de desarrollo de la conciencia de sí y de la identidad personal, la identificación por imitación con los modelos profesionales, que se concreta a través del juego de roles principalmente. Se vislumbra además la formación inicial de los procesos autorreferativos y los primeros esbozos de conducta autorregulada para acatar las normas y reglas familiares, institucionales y de juego y las primeras incorporaciones a actividades que demandan cierto nivel de responsabilidad individual (García & Marcos, 1999, citados en Galvez, 2011).

Se considera que es a partir de la aparición de la autoconciencia que comienza la construcción de la representación hacia sí mismo; es a través de esta que los individuos asumen una actitud transformadora hacia el medio y hacia sí mismos, contribuyendo al desarrollo y formación de la personalidad. La autoconciencia supone delimitarse a sí mismo como diferente, dar cuenta de nuestra propia existencia subjetiva como independiente de la realidad que nos rodea, como única, diferente e irrepetible (Fernández, 2005). Mientras que la identidad personal se empieza a construir bajo la influencia de factores históricos y culturales mucho más mediatos, que logran su expresión en el transcurso de la actividad mediada del niño con los que le rodean (De la Torre, 2001).

Se debe tener en cuenta en esta etapa, la influencia fundamental que ejerce el medio en la niñez: antes del nacimiento, se van formando una serie de

expectativas de los adultos en torno a él que incluyen una proyección personal y profesional del futuro adulto. De esta forma la familia se constituye, la mayoría de las veces, como espacio de referencia y pertenencia, así como mediador fundamental de los procesos autorreferativos. En este sentido requiere especial atención el hecho de que en esa etapa todavía no se ha logrado desarrollar la reflexividad, pues, el infante aún no es capaz de emitir juicios críticos, valoraciones sobre su propia vida ni la de los demás, por lo que las experiencias y vivencias de esta etapa, aunque no estén vinculadas directamente con la profesión futura se constituirán como mediadores de las elecciones y decisiones del posible profesional.

2. Etapa de ampliación del campo representacional y experiencial del sujeto con relación al mundo de las profesiones.

La segunda etapa ocurre una vez que el niño se inserta en el ámbito escolar. Durante esta etapa el niño incorpora a su autoimagen nuevos atributos relacionados con su efectividad como escolar. Muestra mayor autocontrol y autorregulación en aras de obtener la aprobación del otro, en particular del profesional y sus compañeros. Desarrolla habilidades y capacidades que le permiten la producción y elaboración de ideas y objetos a partir del manejo de instrumentos específicos y que, además, favorecen las primeras identificaciones con las áreas de la ciencia y diferenciaciones con el resto de sus compañeros de aula.

Se constata también el surgimiento de intereses e identificaciones afectivas con profesiones específicas (García & Marcos, 1999, citados en Galvez, 2011). Así durante la infancia, mediante la actividad y comunicación con otras personas, primero muy cercanas (padres, cuidadores, hermanos, etc.) y cada vez más diversas y lejanas (vecinos, personal docente, conocidos), los niños apoyados de sus vivencias, van construyendo ciertas nociones de cómo es el mundo que los rodea, quiénes y cómo son ellos, a qué grupos pertenecen, qué quieren hacer y lograr y con quién se identifican (De la Torre, 2001). El niño se siente

perteneciente o no a un grupo en tanto este favorezca las experiencias de éxito y aceptación, ya sea por parte de adultos y coetáneos.

Con respecto a la etapa anterior hay una tendencia a la evolución, se manifiesta una diferencia en la forma de pensar. La actividad de estudio que es la fundamental en la etapa escolar, exige del niño una potenciación de los procesos cognitivos, los cuales se vuelven voluntarios y conscientes. La asimilación de conceptos no es una transmisión simple de conocimientos del adulto al niño, sino un proceso complejo que depende de la experiencia anterior, de los conocimientos que ya se tenían, de la actividad que se realiza en el proceso de asimilación y del sistema de operaciones mentales que se utiliza para ello. El niño asimila los conceptos de manera activa, piensa sobre lo que le comunican los adultos. Los niños mayores de 6 años son capaces de tomar en cuenta varias perspectivas, de situar en un contexto más amplio lo directamente perceptivo y de inferir conclusiones que van más allá de los datos observables. El pensamiento es más móvil y reversible, lo que le permite relacionar unas acciones con otras y explicar las transformaciones de los fenómenos, captando mejor el proceso de cambio.

3. Etapa del proceso de definición del rol profesional futuro.

Las identificaciones profesionales están avaladas con un análisis racional y un vínculo emotivo con el modelo. Esta etapa debe suponer el desarrollo de motivos profesionales que, en un nivel óptimo, deben estructurarse en intenciones profesionales, configuración psicológica propuesta por González Rey (citado en Galvez, 2011) que es clave en el direccionamiento de la identidad profesional. En esta etapa se observan, además, los primeros sentimientos de pertenencia a un grupo profesional en el plano imaginativo, la conciencia individual de sus identificaciones con determinadas esferas del conocimiento, así como un mayor desarrollo de habilidades que el joven deberá emplear en la siguiente fase de formación profesional (García & Marcos, 1999, citados en Galvez, 2011). La autoimagen y la autoestima son más diversificadas y complejas, si bien en las primeras etapas ya el niño podía

emitir juicios sobre los aspectos físicos del yo, las competencias académicas y sociales (relación con los adultos y coetáneos), ahora hay una consolidación que refleja una valoración general de sí mismo, no ligada a ninguna faceta específica.

En la edad juvenil, si el sistema de influencias educativas resulta acertado, se consolidan importantes formaciones psicológicas, como, por ejemplo, el pensamiento teórico y todos los procesos intelectuales. Los intereses profesionales surgidos en la adolescencia alcanzan un mayor nivel de estructuración, favorecido por el contacto directo del joven con los contenidos de su profesión. En este caso la identidad personal, entendida como concepto que posee el sujeto respecto a su persona elaborado en base a sus principales necesidades y motivos, regula de manera estable el comportamiento y se convierte en importante punto de partida para el proceso de su auto perfeccionamiento. (Domínguez, (2005), citado en: Fernández, 2005, p. 401)

4. Etapa de formación y ejercicio profesional

Cada una de las etapas anteriores, contribuye con su progresión, a la formación de un sentido de identidad profesional que adquirirá verdadera solidez en la edad juvenil y adulta, que es en la que tiene lugar esta cuarta etapa; la cual debe dar como resultado la reafirmación profesional como momento culminante del desarrollo de la identidad profesional (González, 1995, citado en Galvez, 2011).

La reflexividad alcanza su umbral en esta etapa en tanto los jóvenes y adultos tienen una concepción mejor elaborada de su profesión por lo que brindan conceptos globales y diversificados de la misma.

Estas etapas, se superponen a las del ciclo vital de forma tal que nos permiten visualizar la identidad profesional en el propio proceso de construcción de la identidad personal y su relación con la evolución ontológica del cuidado.

Capítulo 2: Metodología

2.1: Metodología Cualitativa

En la presente investigación nos basaremos en la metodología cualitativa, pues, posibilita la descripción, análisis, interpretación y comprensión de los complejos fenómenos socioculturales de una forma ética y humanista.

La identidad profesional, desde esta metodología de trabajo, se comprenderá a partir del discurso que los sujetos hacen de sus vivencias profesionales y personales; lo que permite que se construyan nuevos conocimientos acerca de cómo desde su identificación con la Enfermería se articula el rol de cuidador.

La estrategia de diseño que se asume es el estudio de casos múltiples, según la clasificación de Stake (1994, citado en Rodríguez, Gil & García, 2004) cuyo uso posibilita profundizar en el tema de investigación a partir del apoyo brindado por los sujetos seleccionados, lo que permitirá, tras la colaboración de varios casos únicos, tener una visión más global de cómo se construye la identidad profesional en enfermeros. Aunque la metodología cualitativa no pretende generalizar, emplear esta estrategia posibilita identificar regularidades en este proceso de construcción mediado por el cuidado.

2.2 Método

Utilizaremos el método biográfico, cuyo propósito es mostrar el testimonio subjetivo de una persona, recogiendo tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicho sujeto tiene de su propia existencia, materializándose en una historia de vida. En esta investigación se utilizó la historia de la profesión como una variante de la historia de vida, también construida a partir de testimonios sucesivos, que se analizan en profundidad (Olabuénaga, 2007). El método escogido permite comprender el papel que tiene el cuidado en la configuración subjetiva de la identidad profesional de enfermeros mediante los alegatos de los sujetos de la investigación, en diferentes momentos históricos y vitales para ellos. Posibilita entender que la identidad profesional es una formación motivacional compleja, que tiene carácter procesual y como tal es

cambiante, por tanto, se estudia desde la dimensión temporal. Permite que los sujetos reflexionen en torno a cómo han construido su identidad profesional a partir de valoraciones e interpretaciones propias realizadas a través de relatos.

El empleo de la historia de la profesión posibilita descubrir los cambios por los que ha transitado la persona a lo largo de su vida y que han contribuido o no a su identificación con la profesión de Enfermería. Constituye una vía a través de la cual el individuo interpreta su conducta y la de los demás. Permite hacer una valoración más adecuada de la construcción de la identidad profesional y la articulación del cuidado en el proceso mediante la experiencia personal de los individuos concretos.

2.3 Técnica y procedimientos

1) Historia de la profesión: el modo de construcción utilizado es en el que un investigador entrevista a un sujeto y solicita de él, más o menos estructuradamente, el relato completo de su vida (haciendo énfasis en la esfera profesional), o sea, le solicita el relato autobiográfico de su vida, tras lo cual el propio investigador reconstruye, interpretando y captando su significado, esa autobiografía transformada ahora en Historia de la profesión (Olabuénaga, 2007, p. 181). Las fases son las siguientes:

) Preparativos: la elaboración de la Historia de la profesión responde a la decisión previa que pone en marcha un proceso de búsqueda de protagonista en función de un criterio expreso que lleva al investigador a elegir a un individuo que destaca.

) Recolección de datos: incluye la presentación del investigador, el propósito del trabajo, justificar la elección del sujeto de investigación, manejar el problema del anonimato y plantear la relevancia del estudio.

) Almacenamiento/Archivamiento de los datos: la recogida de la información se realiza mediante las grabaciones de los relatos de vida hechos por los sujetos de investigación.

) Análisis de los datos: constituye la fase terminal del trabajo, el paso del Campo al «Texto interpretativo provisional». La confección de este texto interpretativo provisional debe quedar enmarcado en la relación inevitable que existe entre el individuo biografiado y su contexto social.

) Informe Final

2.4 Definiciones conceptuales:

Cuidado humano: es una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. El cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de dedicación del cuidador es el valor que él reconozca en el otro (Waldow, 2009, citada en Rivera, 2013).

Cuidado profesional: es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Los profesionales tienen preparación técnica formal y adquieren una visión profesional de la salud, enfermedad y del cuidado (Jean Watson, 1895, citada en Nascimento & Erdmann, 2009).

Identidad profesional: configuración personalógica, de contenidos y funciones de carácter autorreferencial, que expresa la conciencia de mismidad y continuidad del sujeto como miembro activo de un grupo profesional, con el que se siente identificado y comprometido y hacia el cual desarrolla sentimientos de pertenencia en un momento o contexto social determinado (Marcos, 2005, citada en Bahamonde, 2012).

Sentido de mismidad: define la individualización, la subjetivización de las peculiaridades del grupo profesional, en la medida en que estas son sentidas como propias e incluidas en la imagen que de sí mismo tiene el profesional. Incluye desarrollar una noción sobre sí como profesional, como un ser diferente, con cualidades, habilidades y potencialidades específicas suyas, que pueden ser en cierta medida similares a las del otro, pero que son percibidas

como propias en tanto se sienten diferentes (García & Marcos, 2005, citados en Galvez, 2011).

Se definen como indicadores del sentido de mismidad los siguientes:

Autoestima: es la valoración que tienen los enfermeros sobre sus competencias y características durante el ejercicio profesional.

Autoimagen: es la referencia que hacen los sujetos sobre sus atributos, intereses, habilidades conforme a los cuales se van desarrollando sus capacidades para proyectarse al futuro.

Sentido de pertenencia: constituye la noción que tiene el individuo sobre sí mismo integrante de una entidad específica, el grupo profesional; implica la existencia de representaciones y creencias sobre dicha pertenencia, con sus respectivos efectos vivenciales, afectivos, motivacionales y actitudinales (García & Marcos, 2005, citados en Galvez, 2011).

Reflexividad: es lo que hace posible que el individuo pueda llevar una crónica particular de su vida y repensarse a sí mismo como profesional. Es la capacidad para realizar análisis y reelaboraciones de sí mismo en función de nuevos aprendizajes y de la relación con los otros.

Se definen como indicadores de reflexividad los siguientes:

Autoconciencia: supone delimitarse a sí mismo como diferente, dar cuenta de nuestra propia existencia subjetiva como independiente de la realidad que nos rodea, como única diferente e irrepetible (Fernández, 2005).

Pensamiento: proceso cognitivo que en su expresión funciona a nivel personológico; incluye el resto de los procesos cognitivos básicos utilizando el lenguaje como herramienta de constitución y expresión. Presenta un carácter mediato y dialéctico que permite la asimilación y comprensión del mundo, así como su transformación a partir de la solución de problemas. Permite descubrir las relaciones y conexiones esenciales y necesarias del ser, así como sus múltiples interferencias. Su contenido específico son los conceptos y a través

de estos se logra el desarrollo de la autopercepción y cosmovisión del mundo y del sí mismo (Rubinstein, 1969).

2.5. Acceso al campo

El estudio se desarrolla en el municipio Manzanillo, perteneciente a la provincia Granma. El acceso al campo fue facilitado por la Directora de Docencia e Investigación del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley” y por el Jefe de Servicio de la sala de Terapia Intermedia (2J), quienes asumieron el rol de porteros, mientras que el Jefe de Enfermería fungió como colaborador. La sala de Terapia Intermedia en comparación con otras dentro del hospital, es considerada como una de las que más esfuerzo exige del personal de Enfermería. Las condiciones médicas de los pacientes son desfavorables por lo que la sala se considera “el lugar donde el paciente debe morir”. Se realizó el vagabundeo en dicha sala, para observar y familiarizarnos con las tareas que realizaban los enfermeros en su espacio laboral. Se establecieron contactos informales con algunos enfermeros, asistentes de Enfermería y estudiantes de Enfermería que rotaban por la sala, hasta seleccionar a los enfermeros que colaborarían con la investigación. Estos fueron escogidos en función del tiempo que llevan ejerciendo la Enfermería (más de 10 años), la estabilidad en la sala de cuidados intermedios (2J) y que no tengan comprometida su salud mental.

Con la finalidad de mantener la confidencialidad de los sujetos investigados se hace referencia a ellos empleando las siguientes iniciales sujeto 1 (GHJ) y sujeto 2 (ASD). Las sesiones se desarrollaron en el propio espacio laboral y el horario de los encuentros fue flexible, teniendo en cuenta que los sujetos de investigación tienen diferentes turnos de trabajo.

2.6 Sujetos de la investigación:

Sujeto 1: GHJ de sexo masculino tiene 31 años ejerciendo la Enfermería, de estos 19 dedicado a la atención a graves.

Sujeto 2: ASD de sexo femenino tiene 11 años de experiencia ejerciendo la Enfermería.

2.7 Procedimiento de análisis.

Se utiliza el análisis de contenido, asumido como una técnica para leer e interpretar la información de toda clase de documentos y, más concretamente (aunque no exclusivamente) de los documentos escritos (Olabuénaga, 2007). En la presente investigación el análisis se hizo a partir de la grabación del discurso de los sujetos de investigación y las anotaciones realizadas por el investigador en las sesiones de trabajo. Se considera pertinente el empleo de la triangulación como una técnica para el control de calidad de esta investigación. La lógica de la triangulación se apoya en sus dos funciones principales, diferentes pero relacionadas entre sí. La primera de ellas proviene del enriquecimiento que una investigación recibe cuando, a la recogida inicial de datos y a su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas, se adopta una distinta perspectiva o se le añaden diferentes datos. La segunda de ellas procede del aumento de confiabilidad que dicha interpretación experimenta, cuando las afirmaciones del investigador son comprendidas por investigadores ajenos al curso de la interpretación o por la contrastación empírica con otra serie similar de datos. Esta última será utilizada en la presente investigación.

Pasos del Análisis (Olabuénaga, 2007, p. 126).

1. Elección de Estrategia: Para esta investigación se seleccionó como estrategia el intérprete, el cual intenta captar contenidos ocultos (pero no ocultados por el autor) de los que éste mismo es consciente, deduciéndolos del contenido manifiesto del texto.

2. La construcción del Texto de Campo: Se seleccionarán los datos oportunos; cada dato es una unidad de registro y será seleccionado, conservado y analizado como tal. Las frases son las unidades de registro utilizadas en el actual estudio.

3. Construcción del Texto de investigación: A partir de este Texto de Campo el investigador elabora un segundo texto —el Texto de Investigación— a base de sus notas. Posteriormente se procede a categorizar que no es otra cosa que el hecho de simplificar reduciendo el número de unidades de registro a un número menor de clases o categorías a partir de los indicadores teóricos previstos.

2.8 Análisis de los resultados

Sujeto 1 GHJ

Etapas de familiarización o primeras aproximaciones al mundo de las profesiones

La familia tuvo incidencia favorable en la inicial construcción de la autoestima que estuvo condicionada principalmente por los lazos de amor y vínculos de apego que se vivían en el entorno familiar lo que se asume como la presencia del cuidado como valor, específicamente el indicador amor.

Vivir desde la infancia una situación saludable de cuidado y contención favoreció que la familia se empezara a constituir como grupo de pertenencia, pues aparece un posicionamiento y sentimiento de inclusión dentro de la misma. GHJ refiere: “(...) fui un niño muy mimado por ellos, mi familia siempre me quería a mí demasiado, yo siempre fui el niño lindo de la familia porque fui el primer nieto, el primer sobrino, el primer hijo”. Sin embargo, en las palabras señaladas anteriormente se evidencia que GHJ siente, desde el recuerdo, que ese querer excesivo le imponía también demandas que no podía responder en ese momento.

Continúa diciendo: “(...) y yo **me daba a querer por ellos**”; lo cual da cuenta de las necesidades de afecto y afiliación que emergen en la etapa. Hay una búsqueda de ese afecto y aceptación familiar que devienen del bienestar que provocan y se asocian con un sentimiento de eficacia, por lo que el modelo profesional que imita es el de la figura paterna, al respecto refiere: “(...) **siempre me gustó seguir la línea esa de él, militar**”; manifestándose además una implicación y compromiso familiar.

En esta etapa se expresa una representación del cuidado vinculado a la enfermedad y a la dimensión asistencial cuando expresa: “*Mi familia fue sana, nunca pensé en el cuido, nunca tuve la experiencia ni la necesidad de cuidar a nadie*”.

Este periodo propició la formación de una autoestima favorable, indicador significativo en la construcción de la identidad profesional a pesar de no evidenciarse vínculos directos con la Enfermería.

Etapas de ampliación del campo representacional y experiencial del sujeto con relación al mundo de las profesiones

La autoimagen y la autoestima, que empezaron a formarse en la etapa anterior, empiezan a definir nuevas metas que responden a las demandas del grupo de iguales y a las competencias académicas logradas. Se manifiesta un continuo sentimiento de eficiencia y experiencias de éxito que son expresión y continúan propiciando una autoestima desarrolladora. GHJ refiere: “(...) **aceptaban mi machismo, mi expresividad y ser fácil para las mujeres...yo fui uno de los mejores en índice académico**”. Pero asociado a lo anterior aparece una contradicción entre el sentimiento de eficacia y un sentimiento de frustración que se vivencia, pues la búsqueda de identidad y autonomía característica de la etapa del ciclo vital que atraviesa, interfiere con la satisfacción de las demandas familiares que tan bien estructuradas quedaron en su autoimagen desde el período previo. En este sentido, GHJ continúa diciendo: “(...) **pero siempre fui un poquito regado, era muy intranquilo y me costó caro el índice**

académico...era joven y no sabía lo que hacía". En la frase anterior se refleja un sentimiento de culpa, pues las intenciones familiares han marcado con fuerza desde la etapa precedente, por lo que hay una toma de decisión de ganar- perder que debe ser asumida.

Aun cuando en esta etapa se atraviesa por la adolescencia no aparece una nueva pertenencia definida, pero se avanza en los procesos de pensamiento, en tanto GHJ es capaz de hacer referencia a sí mismo, aunque desde características externas, lo cual da cuenta que no se logran aún niveles de reflexividad.

Los procesos autorreferativos e intelectuales muestran un desarrollo acorde con la etapa del ciclo vital; sin embargo, todavía no hay un vínculo directo con la Enfermería.

Etapas del proceso de definición del rol futuro

En esta etapa la autoestima y la autoimagen ya están instauradas, es decir, GHJ tiene conciencia de sus preferencias y de algunas de sus características, sin embargo, la identidad se sigue estructurando, lo cual implica que no se sienta cómodo con las labores que no comprometan sus características personales. Ejemplo de lo antes expuesto es el tránsito por diversas labores; fue gastronómico, auxiliar de equipaje y jefe de almacén, en las cuales tuvo sus primeras experiencias de éxito laboral. Al respecto dice: *"Me destacué y parece que fui bueno, le caí bien a algunos compañeros"*; en esta frase se visualiza cómo la valoración social todavía influye fuertemente en la autoestima de GHJ, quien además satisface su necesidad de reconocimiento en estos espacios laborales, sin embargo, siguen las contradicciones aparejadas a la autoimagen que se han expresado en las etapas precedentes.

En esta etapa el indicador de cuidado: amor y el cuidado como educación influyen en el primer acercamiento de GHJ a la Enfermería. La aproximación se realizó a través de una relación de pareja que intervino además en la permanencia en la profesión no así por las informaciones que tenía sobre la

misma, las que no favorecen todavía un sentido de pertenencia, pues las creencias y nociones que tenía de la Enfermería eran las siguientes: “Yo de salud pública no sabía nada (...) y nunca quise entrar a trabajar y menos como enfermero – (...) eso era de homosexuales”. En las frases anteriores se visualiza que GHJ no se siente como integrante del grupo profesional sobre todo por una marcada influencia de la autoimagen, refiere: “(...) yo era machista en aquella época”. La poca reflexividad manifestada en esta etapa da paso a que los estereotipos en torno a la Enfermería regulen el comportamiento de GHJ y limiten la construcción de la identidad profesional aún en este momento.

Etapas de formación y ejercicio profesional

Con respecto al último período de formación en Enfermería GHJ refiere: “*me empezó a gustar en el último año*”, cuando seguimos explorando nos percatamos que este cambio responde a que el último semestre de la carrera se hacía en el lugar que se podía trabajar, que en este caso era el Hospital Psiquiátrico, así las prácticas profesionales empiezan a incidir en la formación de pertenencias, aunque reguladas por estereotipos. Al respecto GHJ dice: “**Yo opté por entrar al Hospital Psiquiátrico**”. Existe una implicación inicial hacia la Enfermería, pero está marcada por la imagen que deviene desde la etapa anterior, la cual asocia la profesión a la homosexualidad. El trabajo en el Psiquiátrico satisface las necesidades de reconocimiento de GHJ y le permite reafirmar que es “*machista*” (palabra utilizada por GHJ en las sesiones anteriores), pues el mismo relaciona al Psiquiátrico como un trabajo de fuerza. Al respecto refiere: “(...) *me gustaba esa parte de coger al enfermo, amarrarlo, hacer un trabajo de fuerza*” ...era enfermero y celador a la misma vez”. En la expresión anterior se refleja que GHJ empieza a encontrar características de la Enfermería que él comparte lo cual da cuenta de una inicial pertenencia desde el cuidado asistencial. Lo antes expuesto se visualiza mejor en esta frase: “(...) **di mucho tratamiento anticonvulsivo y antialcohólico**”. No solo se pondera el cuidado asistencial, sino que la dimensión no cuidado también está presente,

en tanto hay un distanciamiento en relación al paciente. Además, reconocer que puede cumplir otras funciones dentro de la Enfermería le daña su autoimagen, GHJ apunta: *“Para mí dar pastillitas, esas cosas nunca me gustaron y atender a hombres que había que ponerles sondas vesicales, eso para mí era un tabú”*.

Se mantiene un sentimiento de eficacia y autoestima favorable y está atravesado por cómo lo ven los demás, nótese que la tarea le fue asignada al aludir GHJ: *“Quizás por mi forma me dieron la tarea de trabajar con pacientes electroshock y tratamiento antialcohólico”*. Posteriormente se van expresando otras dimensiones de cuidado al paciente como son el cuidado educativo y un sentido de pertenencia consolidado. GHJ señala: *“(…) trabajé con los pacientes psiquiátricos en lo que es la agricultura, les gustó, practicaba deporte con ellos, les enseñé a jugar pelota”*. El cuidado como valor, específicamente la resiliencia y el humanismo, también se evidencian en la frase anterior, pues trabajar con pacientes psicóticos puede ser una situación agresiva, sin embargo, GHJ la transforma en un espacio para el disfrute mutuo.

GHJ continúa diciendo: *“No fui muy bueno ahí como trabajador, fui un poco indisciplinado también...yo siempre fui cumplidor, no dejé de atender un paciente, yo me esmeraba con un paciente, **a mí me gustaba trabajar ya con un paciente**”*. En la frase anterior se evidencia el surgimiento de la identidad profesional, la cual se muestra como una complejización de la identidad personal por lo que se empiezan a articular e integrar los espacios y grupos de socialización; en correspondencia con lo dicho anteriormente, GHJ expone: *“Ser un verdadero enfermero es ser un verdadero cristiano”*.

GHJ identifica cuáles son sus preferencias dentro de la Enfermería, que es la atención más cercana al paciente, brindándole una visión del mismo como parte del proceso. En la construcción de esta pertenencia se expresa además la continua satisfacción de las necesidades de reconocimiento y afecto y afiliación, solo que el objeto de satisfacción es distinto; los sentidos de referencia y pertenencia se mueven de la familia a los vínculos profesionales y

con los pacientes: GHJ plantea: “(...) *todos se llevaban bien conmigo, me respetaban mucho y me querían... había unos que decían que eran mis guardaespaldas... los pacientes me cuidaban, yo me dejé querer*”. En la frase anterior se expresa también el valor amor como indicador de cuidado, aún hay una búsqueda de aceptación que encuentra en un espacio diferente al familiar, se basa en el compartir con los pacientes... “*me gustaba tratarlos y que se recuperaran, les daba cariño y amor y eso yo se lo dije a ellos siempre*”. Aparece una implicación emocional y una intención más marcada hacia la profesión que da cuenta del sentido de pertenencia ya instaurado, no así de la autoimagen, GHJ sabe cuáles son sus preferencias dentro de la Enfermería pero necesita encontrar una función que se parezca más a él, que equilibre esa pertenencia con su autoimagen; esto se representa más claramente en la variedad de intereses que tuvo, transitando por varios niveles de atención de salud hasta encontrar el lugar donde se siente “*hecho*”, como se analizará posteriormente.

En la atención primaria fue supervisor y dice: “(...) *eso me arregla a mí completamente, yo mismo me vi más responsable*”, la autoimagen se sigue estructurando por lo que él no se estabiliza en este nivel de atención porque aparece una contradicción entre su sentido de pertenencia al grupo de enfermeros como cuidadores, una autoimagen mediada por el cuidado como valor y por otra parte el cuidado como asistencia que se instituye como demanda del sistema de salud. Al respecto refiere: “*Tuve que atender pacientes con SIDA...mi trabajo era cuidarlos, protegerlos y que nadie les hiciera nada y que ellos no tuvieran contacto social con nadie por ahí*”. Esta contradicción se manifiesta también en la asunción de la tarea de supervisor, cuanto este dice: “(...) *ya estaba loco yo por salir de esas supervisiones, no me gustaba nada más que estarle exigiendo al personal de Enfermería y no estar trabajando con pacientes*”.

Integrarse al SIUM, específicamente al intensivismo, es el momento cumbre en la expresión de la identidad profesional como configuración psicológica, pues, es donde se expresa mayor satisfacción, hay una correspondencia entre la autoestima, la autoimagen y el sentido de pertenencia, GHJ señaló: *“Me gustó mucho la vida del intensivismo tanto así que seguí estudiando, indagando...trabajar con pacientes significa lo máximo y más todavía salvar a esa persona y quitárselo a la muerte, para mí eso es un honor... el intensivismo no lo voy a dejar jamás”.*

El compromiso con la profesión y la identidad profesional son procesos que aparecen prácticamente simultáneos, y van consolidándose mutuamente. Lo antes expuesto se expresa en diferentes momentos del discurso de GHJ: *“Ver una persona enferma para significaba mucho, hoy en día para mí significa más, y **si tengo que hacer lo que tenga que hacer yo lo hago**”.* *“Si hay un paciente que está complicado ahí estoy yo porque me gusta atender pacientes graves, me gusta la docencia porque me gusta enseñar y hablar toda esta experiencia que tengo”.* *“Hoy en día me siento hecho, más persona...**yo me entrego al paciente**”.*

El ambiente de cuidado se ha expresado esencialmente en las relaciones interpersonales con otros profesionales. Desde su incorporación al trabajo enfermero, incluso antes de este, GHJ tuvo muchos requerimientos por parte de otros profesionales y no reconocía sus errores como tales, *“(...) fui sancionado en varias ocasiones y me fui”*, por lo que la actitud asumida era la alejarse de esos centros laborales, actualmente ha habido un uso y adecuación favorable de las condiciones laborales para la práctica profesional lo que muestra resiliencia, pues estas relaciones pueden ser asumidas como obstáculos para que continúe superándose en el intensivismo. GHJ expresó: *“(...) existe todavía celo profesional conmigo, lo que pasa es que a esas personas yo las ignoro...me sacaron de las terapias para quitarme el intensivismo que era lo mío, me mandaron para una sala de medicina y allí aprendí también, es la experiencia que uno coge en la vida”.* Dichas

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

contradicciones han podido ser superadas debido a la reflexividad que se vislumbra ya en esta etapa lo que permite realizar análisis críticos del contexto y de sí mismo, potenciando la expresión y regulación de la identidad profesional.

La reflexividad, se muestra con más fuerza pues aparece un análisis por parte del enfermero sobre las acciones de Enfermería realizadas en un largo período de tiempo. Los primeros años luego de graduado le resulta satisfactorio “*amarrar*” a un paciente, pues respondía al cuidado asistencial; sin embargo, ahora que se han explorado otras dimensiones de cuidado, como el humanismo, GHJ ha alterado el presente en función del pasado. GHJ argumenta: “(...) *cuando yo llegué estaba amarrado y fui y lo solté*”.

El cuidado educativo es otra de las dimensiones que se expresan en la construcción de la identidad profesional de GHJ, en tanto este contribuye a la formación de enfermeros para el cuidado de otros. GHJ señala: “*Empecé mi trabajo como docente, me destacué por ser más o menos, y los alumnos me buscan mucho, se llevan bien conmigo, porque dicen que ellos me entienden y yo me dedico a ellos...yo los atendía bien*”. La docencia es otro espacio donde se satisfacen las necesidades de afecto y reconocimiento, pero las competencias profesionales ya son internalizadas.

“*Hoy en día me siento hecho, más persona*”. En la frase anterior se pone de manifiesto que la identidad profesional está consolidada, pues las otras pertenencias se conectan para formar un yo global.

Las dimensiones del cuidado que estuvieron presentes en las etapas iniciales fueron fundamentalmente el cuidado como valor (amor) y el autocuidado mientras que el compromiso con la formación forma parte de la consolidación de la identidad profesional.

Se consolidaron la autoestima y la autoimagen, siendo ambos procesos autorreferativos favorables en la construcción de la identidad profesional. GHJ tiene una visión más global y diversificada de la Enfermería; ya la misma

trasciende la realización de actos concretos para poner en función del cuidado las cualidades personales, existe una implicación en la atención al paciente como ser humano.

Sujeto 2 ASD

Etapas de familiarización o primeras aproximaciones al mundo de las profesiones

La familia incidió desfavorablemente en la formación inicial de la autoestima condicionada principalmente por la ausencia de vínculos de apego para satisfacer sus necesidades de afecto y afiliación. Lo antes expuesto se expresa en la siguiente frase: *“No soy la única hija, pero me quieren bastante”*, lo cual refleja que el afecto recibido no fue suficiente y que siente inconformidad con las relaciones familiares y con este grupo que no se logra definir como grupo de pertenencia o referencia.

El divorcio de los padres pauta el momento cumbre en el que las necesidades de afecto y afiliación se muestran más carentes, incluso aflorando necesidades de seguridad y protección. Al respecto refiere: *“Mis padres se divorciaron cuando yo tenía como 7 años, **pero** mi mamá me tuvo, me cuidó con bastante cariño y todavía lo hace, nos queremos mucho”*. El evento fue vivenciado con displacer, pues está asociado a la privación del cuidado y contención del grupo familiar. Es significativo entonces, destacar el papel del cuidado como valor que al estar ausente determina expresiones de una autoestima que inicia el mundo infantil de este sujeto haciéndole sentir por debajo del resto de su familia.

El juego de roles expresa los primeros acercamientos al mundo de las profesiones, ASD refiere: *“Me gustaba jugar pelota...nunca fui de muñequitas”*. En la frase anterior aparece un vínculo con lo que serán sus futuros intereses profesionales, los deportes. ASD dice: *“(...) desde mi niñez lo que siempre me gustó fue ser deportista”*. Aunque no suficientemente explorado, es probable que sus intereses estén asociados a la búsqueda de aceptación familiar.

No se presentan elementos que se vinculen de alguna forma con la elección de la profesión actual.

Etapas de ampliación del campo representacional y experiencial del sujeto con relación al mundo de las profesiones

En esta etapa las necesidades de afecto y afiliación continúan regulando el comportamiento de ASD; y su vía de satisfacción es su casamiento, considerado como evento paranormativo en este período. Dicho evento vital (el casamiento) es vivenciado de forma negativa: “**Desafortunadamente** me casé en mi juventud”, pues la aleja de sus intereses previos y su primer grupo de referencia.

Las relaciones familiares no eran las adecuadas evidenciada en el posicionamiento de los padres ante su decisión de salir de la casa. Al respecto ASD dice: “(...) ellos tomaron que me haya casado muy mal”. Se vivencia frustración asociado a la toma de decisiones. ASD alude: “(...) ya después que me casé, dejé mi escuela de deporte que era lo que me gustaba bastante” y fui buenísima”. Entonces, esto se puede asumir como otra circunstancia que afecta su autoimagen y autoestima, alejándola de aquello que le gustaba y en lo que se reconocía capaz. A pesar de ello, la sujeto decide casarse, lo cual indica la insatisfacción de las necesidades de afecto y afiliación así como de seguridad y protección desde la etapa anterior más que favorecer el desarrollo de los procesos autorreferativos, los han dañado.

“Cuando dejé la escuela de deporte mis padres lloraron bastante”. Se percibe sensación de pérdida que se expresa a través de terceros. Casarse podría reconocerse como un intento de cuidar de sí misma al faltar el amor y apego necesarios. Estas dos dimensiones del valor, que resultaron tan significativas en el caso anterior, no se reconocen aquí explícitamente, obstaculizando el bienestar de la sujeto.

Etapa del proceso de definición del rol profesional futuro

ASD mantiene intentos constantes de adaptación, pero en presencia de muy poca autorregulación, aún en esta etapa.

En este período el momento que marca su vínculo con la Enfermería es la apertura de los Cursos de Superación. ASD refiere: *“Me puse en el curso de superación...ahí me ofertaron varias carreras y de esas me gustó Enfermería y me llegó”*. La autoimagen que se está formando de la enfermera en esta etapa tiene su expresión en las características externas de la profesión. Al respecto ASD señala: *“Me gusta el uniforme”*. La autoestima se asocia a la efectividad escolar en tanto esta plantea: *“(...) yo fui una de las primeras en el escalafón”*.

En las expresiones de eficacia sobre sí misma se reconoce la actual reestructuración de su autoestima que le permite superar las frustraciones de la etapa anterior, pero, asociada a una autoimagen todavía muy determinada externamente, lo que indica que el desarrollo del pensamiento no ha alcanzado su nivel óptimo para la etapa, limitando procesos de reflexividad y a la vez procesos de pertenencia que se mantienen asociados a características externas.

Lo anterior evidencia que, aunque ya hay un vínculo directo con la profesión, la formación y expresión de sus características personológicas no han permitido que se integre la Enfermería como contenido de dichas formaciones.

Etapa de formación y ejercicio profesional

ASD se incorpora a la vida laboral en el último año de su carrera, sin embargo, una vez graduada no podemos concluir que las prácticas hayan fomentado la pertenencia al grupo profesional. ASD refiere: *“Nunca he trabajado en más ninguna sala desde que me gradué, no porque lo pedí, me mandaron para aquí”*. Esta frase muestra pobre regulación a nivel personológico, que pudiera estar asociado a la afectación antes descrita en los procesos autorreferativos en la etapa precedente. Las muestras de insatisfacción por el trabajo que

realiza y el lugar donde lo hace implica que la dimensión del ambiente como cuidado no propicie una pertenencia ni identificación con su profesión.

La autoestima de ASD está vinculada a un sentimiento de eficacia en el cuidado asistencial. ASD expresa: *“Un paciente: dale medicamento, dale un aerosol, ladéalo, úntale esto, yo lo hago rápido. Tengo bastante capacidad y me defiendo bien”*.

La realización de cuidados por parte de ASD responde a la satisfacción de sus necesidades de reconocimiento, lo cual se refleja en la siguiente frase: *“Me siento orgullosa cuando hago algo hacia los pacientes y te topas a alguien en la calle y dicen: mira esa fue la seño que trabajó, ay que buena es esa seño... no me siento mejor que nadie, pero hago las cosas y me siento orgullosa cuando ando por ahí y me dicen así”*. Aunque la estrategia escogida no privilegia el análisis de contenidos inconscientes, la frase subrayada muestra un gran contradicción entre los mensajes explícitos que muestran una autoestima favorable y el contenido latente que muestra sentimientos de minusvalía *“(...)no me siento mejor que nadie (...)”* y el intento de superarlo justifica la elección de una profesión donde una de las pocas características sobre las que muestra interés es el uniforme, pero que posibilitan la satisfacción de su necesidad de reconocimiento y afecto y afiliación, instaurada y frustrada desde la infancia. Lo que se percibe entonces, es el orgullo por éxitos reconocidos por otros, pero pobremente asociado sentimientos de eficacia y valor propio, lo que es compatible con la literatura revisada (Fernández, 2005).

Con relación a las etapas precedentes, no se visualiza un cambio en la conformación de la autoimagen vinculado a la profesión, la cual continúa marcada por características externas de la Enfermería, mientras que la propia asunción de funciones enfermeras no se prioriza. ASD expone: *“(...) a mí me gusta el vestir de la enfermera, aparte que me gusta su función”*.

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Ser enfermera no trasciende el espacio institucional, al tener su expresión solo desde las características externas, una vez que ASD se inserta en otros espacios de socialización deja de tener una implicación hacia la labor. ASD refiere: *“a los pacientes aquí no los protejo, pero los cuido, cuidarlos en velar porque el medicamento esté puntual, que almuercen, cuidar que no les pase nada a ellos porque es mi responsabilidad estando aquí”*. Existe un compromiso con la labor, pero en un plano formal, estrictamente asistencial, en tanto ASD responde a las demandas de la institución, esto se visualiza mejor en la frase siguiente: *“Yo cumplo con todo, hago todo lo que tengo que hacer y no falto”*.

Se expresa cierta insatisfacción hacia la tarea de cuidar y el lugar de trabajo. ASD apunta: *“queremos estar en un lugar donde estemos mejor y más cómodas. No es que yo he querido estar aquí, es que a nosotras no nos sacan”*. Aparejado a lo antes expuesto se expresa la dimensión del no cuidado, representado en la frase que dice ASD: *“(…) Llego normal y me siento aquí y digo buenas y buenas y ya me quedo trabajando normal, es que soy así”*.

El ambiente de cuidado no facilita el ejercicio del mismo, en tanto las relaciones entre el personal de Enfermería y los acompañantes de los pacientes no son las más adecuadas. Al respecto ASD argumenta: *“No me gusta relacionarme con los acompañantes, pregunta- respuesta porque me sentiría comprometida con ellos y uno nunca puede estar comprometido, ellos allí y yo aquí”*.

Las dimensiones de cuidado que se distinguen durante todas las etapas son: el cuidado asistencial, el ambiente de cuidado y el no cuidado, los cuales no han favorecido que ASD identifique características que la integren a la Enfermería. La visión de esta labor se mantiene estereotipada y no está vinculada a las dimensiones del cuidado que la acercan al paciente.

Sobre este caso podría concluirse que los procesos autorreferativos han seguido una evolución lenta desde su infancia lo que, vinculado a una baja reflexividad sobre su vida de forma general y más específicamente sobre la

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

profesión, no permite la instauración de la identidad profesional. Esto sin duda limita el compromiso con la profesión, manteniendo una relación estrictamente laboral y no profesional; expresado en las dimensiones del cuidado que se articulan.

Conclusiones

1. El estudio con ambos casos, evidencia que aún se mantiene activo un imaginario estereotipado sobre la profesión, lo que sigue dificultando la construcción de una identidad profesional en los enfermeros (as).
2. La identidad profesional se manifestó como una complejización y consolidación de la identidad personal. De esta forma cuando en las primeras etapas los procesos autorreferativos y reflexivos se ven afectados o enlentecidos, la identidad profesional también se ve dañada en su construcción y expresión.
3. La familia constituye el primer espacio donde el niño vivencia y percibe el cuidado para posteriormente transmitirlo a otros espacios de socialización como son las profesiones. En este sentido las dimensiones de cuidado que se distinguen, desde las primeras etapas, como necesarias para la conformación sana de la identidad y su complejización en la identidad profesional son el cuidado como valor (amor) y el autocuidado, las cuales cuando se vivencian de manera positiva en la infancia, favorecen un acercamiento posterior con la profesión. Dichas dimensiones inciden con fuerza en el contenido y la dirección de la autoimagen y autoestima. El compromiso con la profesión como sentido de vida es la dimensión del cuidado que con más fuerza se articula con la identidad profesional, una vez que ella se expresa
4. La identidad profesional en su construcción incluye todas las dimensiones del cuidado, que se empiezan a incorporar desde las etapas tempranas del ciclo vital. Una vez instaurada dicha formación, resaltan aquellas dimensiones del cuidado que convierten al enfermero (a) en un cuidador y no en un curador. Se privilegian los valores del amor, la resiliencia y el humanismo, así como las dimensiones del autocuidado, cuidado como educación, ambiente y sentido de la profesión; lo que indica que a nivel psicológico, identificarse con la profesión es sentirse cuidador.

Recomendaciones

1. A la dirección de Enfermería del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”:

Valorar en el programa académico de Enfermería la posibilidad de que los enfermeros en formación vivencien las dimensiones de: cuidado como valor y el autocuidado, por la importancia que mostraron, en la construcción de la identidad profesional.

2. Al proyecto nacional “Caracterización e intervención en un grupo de cuidadores formales e informales”:

Desarrollar grupos de capacitación a los enfermeros que promuevan la comprensión y adecuación de las diversas dimensiones del cuidado, definidas en la investigación, desde el trabajo dinámico con los indicadores de identidad profesional.

Referencias Bibliográficas

-) Arreciado, A. (2013). Identidad Profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Barcelona.
-) Bahamonde, K. (2012). Estudio de identidades genérico- profesionales en ingenieros e ingenieras del ISPJAE. (Tesis inédita de Diploma). Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana.
-) Báxter Pérez, E. (2007). *Educación en valores. Tarea y reto de la sociedad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
-) Benavent Garcés, M^a A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis E. (1988). *Desde el origen de la enfermería a la disciplina enfermera. Los modelos de cuidado*. Barcelona, Doyma S.A.,
-) Berdayes, D., Expósito, Y., García, A., Zubizarreta, M., Figueredo, K., Hernández, A., et al. (2008). *Bases conceptuales de Enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
-) Carretero, S., Garcés, J. & Ródenas, F. (s.f.). La sobrecarga de las cuidadoras de las personas dependientes: Análisis y propuesta de intervención psicosocial.
-) CIE (2008). Identidad Profesional en Enfermería: Construyendo las bases para SER cuidador(a) Profesional. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, Vol. 5 N^o. 4, pp. 4- 9.
-) De la Torre, C. (2001). *Las identidades. Una mirada desde la psicología*. La Habana: Centro de Investigación y desarrollo de la cultura cubana "Juan Marinello".

-) De los Reyes, M. C. (2011). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología de MERCOSUL. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Curitiba. Brasil.
-) De Oliveira, G. J. N., Medeiros, R., Nogueira, C., Santos, M., Gurgel, A., Rêgo, D. (2013). Factores relacionados con la identidad profesional del enfermero: visión de los discentes. *Enfermería global*, Vol. 12 N° 29, pp. 1- 10.
-) Domínguez, L. (2003) *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana:Editorial Félix Varela.
-) Espín, A. (2010). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Ciencias Médicas, La Habana.
-) Félix, R. A., Suárez, C. O. & Verdecia, A. (2013). La identidad profesional del trabajador social. Una aproximación a su estudio desde el campo de la salud. *Revista Santiago* N° 131, pp. 415- 425.
-) Fernández, L. (2005). *Pensando en la personalidad*. Tomo II. La Habana: Editorial Félix Varela.
-) Galvez, C. M. (2011). Estudio de las crisis de identidad profesional en las mujeres que laboran en la Empresa de Servicios Portuarios de Ciudad de la Habana. (Tesis inédita de Diploma). Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana.
-) Giraldo, C. I. & Franco, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichan*, Vol. 6 N 1, pp. 38- 53.
-) González, D. J. (2000). Los valores y su formación: Una interpretación psicológica. *Revista Cubana de Psicología*, Vol. 17 N° 3, pp 307- 311.

-) Guillén, M. (1999). Teorías aplicables al Proceso de Atención en Enfermería en Educación Superior. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol 15 N° 1, pp 10- 15.
-) Ibáñez, T., Botella, M., Domènech, M., Feliu, J., Martínez, L.M., Pallí, C., et al. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Editorial UOC.
-) Lluch, A., Morales, A., Cabrera, M. & Betancourt, M. (2010). Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 26 N° 2, pp. 3- 13.
-) Luévano, S. (2008). El arte del cuidado de Enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua.
-) Nascimento, K.C. & Erdmann, A.L. (2009). Comprender las Dimensiones de los Cuidados intensivos: La Teoría del Cuidado Transpersonal y Complejo. *Revista Latino-am Enfermage*, Vol. 17 N° 2, pp. 73- 80.
-) Olabuénaga, J. L. (2007). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao.
-) Palacios, D. (2007). El manejo de la tecnología y su influencia en los cuidados de enfermería. *Revista Enfermería Clínica*, Vol. 17 N° 3, pp. 146- 151.
-) Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (2001). *Desarrollo psicológico y educación. Psicología Evolutiva*. Madrid: Editorial Alianza.
-) Pérez, I. & Rodríguez, F. R. (2010). La identidad profesional como configuración subjetiva de la personalidad de los estudiantes de la carrera de enfermería. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, Vol. 2 N° 19, pp. 1- 8.
-) Rivera, M. (2013). Variables de riesgo asociadas al Burnout entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en el Oeste de Puerto Rico. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de León.

-) Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Editorial Félix Varela.
-) Rubinstein, J.L. (1969). *Principios de Psicología General*. La Habana. Ediciones Revolucionarias.
-) Seira, P., Aller, A. & Calvo, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Especializada de Salud Pública*, Vol. 76 N° 6, pp. 713- 721.
-) Vygotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
-) Zamorano, I. C. (2008). Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. XXVI N° 2, pp. 168- 171.

Anexo 1

Consentimiento informado

El presente documento hace constar que el sujeto GHJ está dispuesto a colaborar con el trabajo de diploma "La construcción de la Identidad Profesional en enfermeros mediada por el cuidado". GHJ asumirá el rol de sujeto de investigación. Nos permitirá comprender el proceso de identificación de los enfermeros hacia su profesión y cómo se articula el cuidado en el mismo, mediante el relato de sus vivencias y experiencias ejerciendo la labor de Enfermería.

Se preservará la identidad del sujeto y se expondrán y utilizarán en el trabajo solo los datos e informaciones que este considere pertinentes. Durante todo el proceso investigativo se realizarán devoluciones y se brindará un informe final con los resultados alcanzados.

La tesis posibilita que el sujeto reflexione en torno a cómo ha construido su identidad profesional y el papel que ha ocupado el cuidado en la misma a partir de valoraciones e interpretaciones propias realizadas a través de relatos.



GHJ

Identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado

Anexo 2

Consentimiento informado

El presente documento hace constar que la sujeto ASD está dispuesta a colaborar con el trabajo de diploma "La construcción de la Identidad Profesional en enfermeros mediada por el cuidado". ASD asumirá el rol de sujeto de investigación. Nos permitirá comprender el proceso de identificación de los enfermeros hacia su profesión y cómo se articula el cuidado en el mismo, mediante el relato de sus vivencias y experiencias ejerciendo la labor de Enfermería.

Se preservará la identidad de la sujeto y se expondrán y utilizarán en el trabajo solo los datos e informaciones que esta considere pertinentes. Durante todo el proceso investigativo se realizarán devoluciones y se brindará un informe final con los resultados alcanzados.

La tesis posibilita que la sujeto reflexione en torno a cómo ha construido su identidad profesional y el papel que ha ocupado el cuidado en la misma a partir de valoraciones e interpretaciones propias realizadas a través de relatos.



ASD