

Análisis de la Identidad Profesional y la Autodiscrepancia en estudiantes de Enfermería

Tesis Doctoral presentada por

Carmen Negrillo Durán

Para la obtención del Título de Doctora en Psicología en el Programa de Doctorado

Intervención Social con la Comunidad

Departamento de Psicología Social

Universidad de Sevilla

Sevilla 2015

© 2015, Carmen Negrillo Durán.
Todos los derechos reservados.

Análisis de la Identidad Profesional y la Autodiscrepancia en estudiantes de Enfermería

Resumen

La identidad profesional de la Enfermería marcada por su identificación con la mujer, con la vocación religiosa y con la dependencia de la Medicina, presenta unas características que le impiden desarrollarse como profesión independiente y con un espacio profesional propio.

Aunque a nivel académico se ha desarrollado considerablemente, en la práctica asistencial las enfermeras siguen siendo ayudantes de los médicos. En este sentido, parece de vital importancia determinar el significado de lo que perciben los/as estudiantes acerca de lo que significa ser enfermera y el ejercicio de la profesión, ya que, actualmente, existe una discrepancia entre la percepción en el aula y lo que es el ejercicio real de la profesión. El propósito de este estudio exploratorio es analizar en el marco de la Teoría de la Identidad Social y la Teoría de la Auto-discrepancia, el proceso de identificación con la profesión que experimentan los/as estudiantes de enfermería en dos momentos claves de su formación, al inicio de sus estudios (primero) y en el momento en el que se encuentran en la trayectoria final de su formación (cuarto). El estudio se realizó con una muestra no probabilística de conveniencia de 349 estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla del curso académico 2012/2013. Los resultados apuntan que los/as estudiantes de enfermería presentan una identidad profesional alta desde el inicio de su formación, siendo mayor entre el alumnado de cuarto, encontrándose diferencias de género solo en este grupo. Se han identificado los atributos personales y normativos que permiten determinar el autoconcepto de *enfermera*. Entre éstos aparecen atributos del rol de cuidados (identidad femenina), atributos de habilidades interpersonales (identidad vocacional), atributos del rol técnico (identidad técnica) y atributos de competencias profesionales. Se ha observado que

ambos grupos presentan auto-discrepancias y no existen diferencias significativas entre ellos. iv

Partiendo de una diferenciación previa de dos tipos de competencias, los cuidados generales y los cuidados críticos, se ha detectado que la auto-discrepancia en cuidados críticos es mayor que en los generales entre los estudiantes de cuarto y más entre los estudiantes de género masculino. De todas las puntuaciones en auto-discrepancias, la única que puede predecir la puntuación en identidad profesional es la de auto-discrepancias en competencias de cuidados generales aunque el peso sobre la identidad profesional no es muy considerable. De este estudio exploratorio se derivan diversas implicaciones. En primer lugar, sería interesante utilizar un diseño longitudinal incluyendo en el cuestionario de identidad social todas sus dimensiones, lo que permitirá identificar los tipos de identidades segura e insegura. En relación a la identificación de las auto-discrepancias de los atributos de la profesión, sería necesario continuar con el trabajo partiendo de un instrumento de carácter normativo que considere los atributos identificados en este trabajo. Entre las líneas futuras que se pueden plantear, sería relevante comprobar su efecto en el rendimiento y abandono, así como en su bienestar mediante la identificación de emociones positivas y negativas.

Abstract

The professional identity of nursing, determined to a certain extent by its association to female caring values, religious vocation and dependency to the medical field, presents certain features that prevents it from developing as an independent profession with a specific professional field. Although it has been considerably developed from an academic point of view, in practice nurses are still regarded as mere helpers to the doctors. Taking this into account, it seems of paramount importance to redefine what being a nurse means, including the daily routines and practices that the profession encompasses, since there is a discrepancy between what students might perceive about the profession in the academic context of the classroom and what the actual professional exercise is. The main goal of this exploratory research is to analyze within the frame of the “Social Identity Theory” and the “Self-discrepancy Theory” the process of identification with the profession experienced by the nursing students throughout two key moments in their learning process, at the start of their studies (first grade) and at the end of their studies (fourth grade). A survey has been carried out giving 349 nursing students of the University of Seville a questionnaire during the school year 2012/2013. The results show that nursing students present a high professional identity from the very beginning of their educational process, being higher among the fourth grade students. It has also been found that differences between the genders are more significant among these fourth graders. Both, personal and traditional features have been identified to allow us to define the self- concept of “nurse”. Among these we may find caring role features associated to the female gender (female identity), interpersonal skills (vocational identity) technical features (technical identity) and professional competence. It has been noticed that both groups present self-discrepancies and that there aren't any significant differences

between them. Starting with a previous distinction between both types of competences, both vi
general care and critical care, it has been noticed that self-discrepancies in critical care are higher
than in general care among the fourth grade students and higher among the male students. From
all the scores in self-discrepancies the only one able to predict the punctuation in professional
identity are the punctuations obtained in general care although the importance within the
professional identity is not remarkable. From this exploratory research a few conclusions can be
drawn. Firstly, it would be interesting to use a horizontal design including the social identity
questionnaire in all its dimensions, thus being able to identify assertive and non- assertive
identities. Regarding the identification of self-discrepancies regarding professional issues it
would be advisable to continue the research starting with a regulated evaluation instrument that
takes account of the issues identified within this project. In the future it would be important to
check its effect in both the students' progress and the students' failure, aiming for the students'
welfare by means of identifying both positive and negative emotions.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a las enfermeras que no tienen miedo de acercarse a la vulnerabilidad que expresa el ser humano en el tránsito de la enfermedad, y son capaces de cuidar desde el amor y la compasión. Gracias

En la elaboración de esta tesis he recorrido un largo camino en el que me he sentido acompañada por muchas personas a las que va dirigido mi agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a mi directora, la Profa. Dra. Isabel M^a Herrera, sin ella esta tesis no habría sido posible. Gracias Isabel por el tiempo dedicado a la realización de este trabajo, por compartir conmigo tus conocimientos, por tu disponibilidad y escucha, por tu paciencia ante mi rebeldía con las normas científicas y por tu apoyo para culminar esta tesis.

De manera especial quiero agradecer al Prof. Dr. José María León, él fue quien me introdujo en el mundo de la investigación y con él realice mi primer trabajo científico. Gracias por ponerme en el buen camino cuando decidí emprender este trabajo.

Al Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla por abrirme las puertas y facilitarme en todo el proceso. En especial a la Profa. Dra. Silvia Medina Anzano, mi profesora en los cursos de doctorado.

A la Escuela Universitaria de Enfermería “Virgen del Rocío”, ahí aprendí todo lo que se de esta profesión. Gracias también por facilitar la elaboración de este trabajo al Dpto. de Enfermería de la Universidad de Sevilla.

A todos mis estudiantes por enseñarme a ser mejor persona a lo largo de estos años y por su colaboración en este trabajo que es fruto de sus aportaciones e inquietudes.

A mi marido Antonio por acompañarme en este proceso, por compartir conmigo reflexiones y darme su punto de vista. Gracias por tu apoyo y confianza

A nuestro hijo Alejandro por darme su apoyo en la traducción de los textos en inglés y siempre x
por su amor incondicional.

A mi amiga y compañera la profesora Carmen Caro con ella no me siento sola en mi manera de
entender lo que significa ser enfermera.

La enfermería consiste en poner al paciente
en las mejores condiciones para que la
naturaleza actúe.

Florence Nightingale

Cuidar es conciliar las fuerzas que generan
vida, donde el cuerpo es el lugar
de encuentro y de expresión

Marie Françoise Collière

Esta tesis no parte de la nada, ya que recoge un recorrido vital de muchos años: mi experiencia profesional como enfermera en el Hospital Virgen del Rocío, mi posterior licenciatura en Psicología y mi actividad desde 1986 como docente e investigadora, al principio en la Escuela de Enfermería del SAS, y posteriormente en el Grado de Enfermería en la Universidad de Sevilla. Se trata de una tesis de madurez que pretende aportar un grano de arena al mundo académico. Precisamente, fue al dar el salto de la enfermería asistencial a la docencia cuando encontré respuestas a algunas de las dudas que había tenido durante mis diez años como enfermera en el Departamento de Neonatología del Hospital Infantil Virgen del Rocío.

Durante mi trabajo en este Departamento, comprobé que los cuidados dados por las enfermeras -tan necesarios para los recién nacidos-, eran invisibles y no constaban como parte del tratamiento de los niños que habían tenido problemas en el parto. Lo único que quedaba registrado era el tratamiento médico, mientras que los cuidados de acompañamiento, de estimulación, de desarrollo, de mantenimiento de la vida, se consideraban tareas secundarias y mecánicas que no requerían de reflexión y sistematización.

Durante mi ejercicio docente, he considerado fundamental transmitir al alumnado la importancia de los cuidados que acompañan, que estimulan, que facilitan el bienestar y la curación del paciente. Sin embargo, en la práctica asistencial, lo que encuentran está muy alejado de lo que han idealizado -tener un espacio profesional propio basado en competencias de cuidados- y acaban siendo engullidos por un sistema que centra toda la atención en el tratamiento de enfermedades desde un modelo biomédico. En mi experiencia como profesora de Enfermería, he visto y he comprobado la dificultad para poner en práctica un modelo de Enfermería orientado

al cuidado dentro del sistema sanitario. Modelo que, por otra parte, permitiría que pudiese convivir el cuidado de la salud con el tratamiento de la enfermedad. Como dice Colliere (1993, p. 58): “Se puede vivir sin tratamientos y no se puede vivir sin cuidados”.

En los últimos años la Enfermería se ha desarrollado considerablemente en el ámbito académico. Sin embargo este desarrollo no se ha reflejado en el ámbito asistencial donde se mantienen las mismas dinámicas de relación jerárquica y las enfermeras no cuentan con un espacio profesional propio. Se puede incluso llegar a afirmar que siguen siendo ayudantes de los médicos y no se facilita una actitud proactiva por parte de la enfermera en el equipo, lo que puede repercutir en una deficiente asistencia al paciente. Los tratamientos no contemplan integrar el cuidado por parte de las enfermeras, no se da una atención integral, en la que se desarrollen conjuntamente los tratamientos y los cuidados. Una atención integral que, en definitiva, contemple los cuidados como parte fundamental del tratamiento y que sean valorados por todo el equipo.

Esta dicotomía entre la teoría y la práctica enfermera genera en el alumnado una discrepancia entre lo aprendido durante la formación académica sobre qué significa ser enfermera y el posterior desempeño profesional. De ahí que este estudio con carácter exploratorio se centre en analizar la identidad profesional y las auto-discrepancias basadas en el autoconcepto personal en relación con la profesión en el alumnado de Enfermería, ya que esto puede tener repercusiones evidentes en la atención al paciente y en el futuro del profesional. Nos ha interesado conocer este tipo de construcción sociocognitiva del alumnado, de su yo social y personal y relacionado con la profesión en dos momentos de su formación, cuando comienza sus estudios y cuando entra ya en la recta final para la obtención del Grado de Enfermería.

Precisamente ahora que la Universidad de Sevilla afronta por primera vez los cambios ^{xv} que supone adaptarse al marco del Espacio Europeo de Educación, el denominado Plan Bolonia. La presente tesis aborda, por tanto, un campo poco estudiado al menos de forma sistemática, el de la identidad profesional en Enfermería y las auto-discrepancias, acotando la muestra al alumnado de 1º y el alumnado de 4º, que finalizó su formación en el curso académico 2011-2012 primera promoción del nuevo Grado de Enfermería en la Universidad de Sevilla.

Para justificar el porqué de esta tesis, basta comentar una realidad que constataron Adams y su equipo (Adams, Hean, Sturgis, y Clark, 2006) en la que el alumnado, cuando comienza a trabajar profesionalmente, experimenta una frustración por no poder llevar a cabo lo que han aprendido durante su formación y acaban abandonando la profesión a los 4 o 5 años.

El abandono profesional es, en sí misma, una razón de peso para justificar esta línea de investigación; encontramos de vital importancia predecir el significado de lo que perciben los/as estudiantes acerca de lo que significa ser enfermera y el ejercicio de la profesión, ya que, actualmente, existe una discrepancia entre la percepción de los/as estudiantes en el aula y lo que es el ejercicio real de la profesión. No tiene sentido prepararlos para que terminen renunciando bien en la continuación de sus estudios o bien el ejercicio profesional.

Este estudio es una aportación al estudio de la identidad profesional en Enfermería desde el enfoque de la Psicología Social. Nos hemos basado en la teoría de la Identidad Social de Tajfel y Turner, para tratar de explicar el proceso de identificación del alumnado de Enfermería en dos momentos del proceso de socialización, al comienzo y al final. Por otro lado, teniendo en cuenta que la socialización del alumnado de Enfermería transcurre en dos contextos diferentes, el académico y el asistencial, nos ha parecido interesante estudiar las auto-discrepancias que este

hecho puede estar generando. Para ello hemos utilizado la teoría de la auto-discrepancia de Higgins. xvi

Esta tesis doctoral se estructura en cuatro capítulos. En el capítulo primero, como introducción, se hace un recorrido por la historia de la profesión y la evolución del cuidado con la finalidad de descubrir los primeros indicios de la actividad de proporcionar cuidados y los primeros signos de identidad profesional. A partir de las características presentes en la identidad enfermera se analizan los aspectos relacionados con la dependencia a la Medicina, la identidad de género, y la ausencia de un espacio profesional propio. En el apartado dedicado a la revisión de la literatura sobre el tema de la identidad profesional, se manifiesta una baja producción de literatura académica sobre este tema concreto en lo que se refiere a trabajos empíricos, aunque mucho se ha hablado de ello y se ha estudiado de manera transversal desde otras temáticas. Finalmente se realiza una concisa revisión del marco de la Teoría de la Identidad Social y la Teoría de la Auto-discrepancia, de las que se derivan los objetivos e hipótesis de estudio. El segundo capítulo está dedicado a las cuestiones metodológicas del trabajo. El estudio se realizó con una muestra intencional de 349 estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Se diseñó un único cuestionario que recogía las variables de estudio. En el tercer capítulo se muestran los resultados obtenidos en identidad y auto-discrepancias, considerando otras variables clave como es el año de curso y género, lo que supone un primer acercamiento a este ámbito de trabajo. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados desde la Teoría de la Identidad Social y la Teoría de la Auto-discrepancia. Con este trabajo se consiguen identificar atributos relacionados con el significado que para los/as estudiantes tiene la profesión de la Enfermería que pueden ser interpretados como el *prototipo* de la profesión. En el quinto y

último capítulo se presenta la discusión de los resultados con las principales conclusiones, las^{xvii} limitaciones y la proyección que este trabajo plantea.

En esta tesis el término *enfermera* se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez a hombres y mujeres. De esta manera lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). No obstante, también se ha preferido mantener la expresión *profesión de enfermería* o *profesionales de enfermería*, pese a que en algunos colegios profesionales optan más por la expresión *profesión enfermera* al considerar que sólo esta última se refiere a quienes ejercen como enfermera/enfermero y en el primer caso puede ser confusa porque abarca otras categorías como auxiliares de enfermería.

No resulta fácil comprender la situación que vive la Enfermería como profesión, con una identidad confusa sobre su desempeño profesional, si no reflexionamos, por un lado, sobre la evolución del cuidado desde su origen hasta nuestros días, y, por otro, sobre su desarrollo profesional. Han sido muchos los factores que han influido en que el arte de cuidar no alcance el valor social que tienen otras profesiones.

ÍNDICE

xix

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Enfermería como profesión. Hitos para el desarrollo de su identidad.....	1
1.2. El interés por la investigación en Identidad Profesional.....	24
1.3. Bases teóricas.....	38
1.4. Objetivos e Hipótesis.....	51
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	55
2.1. Muestra.....	55
2.2. Instrumentos.....	58
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	89
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	133
REFERENCIAS.....	147
ANEXO 1. ESCALA DE IDENTIDAD PROFESIONAL.....	159
ANEXO 2. VERSIÓN INICIAL DEL CUESTIONARIO DE AUTO- DISCREPANCIAS DE COMPETENCIAS DE CUIDADO EN ENFERMERÍA....	161

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Productividad por autores.....	26
Tabla 2. Autores con mayor número de firmas.....	27
Tabla 3. Productividad por revistas.....	27
Tabla 4. Revistas con mayor número de artículos.....	28
Tabla 5. Distribución de artículos por número de firmas.....	29
Tabla 6. Metodología en el estudio.....	30
Tabla 7. Temática del estudio.....	31
Tabla 8. Datos sociodemográficos de la muestra por curso.....	56
Tabla 9. Datos académicos según el curso.....	57
Tabla 10. Matriz de factores rotados.....	66
Tabla 11. Descriptivos, correlación y alfa. Elementos de Identidad Profesional.....	68
Tabla 12. Matriz de componente. Elementos Identidad Profesional.....	68
Tabla 13. Estadísticos descriptivos. Escala Identidad Profesional.....	69
Tabla 14. Estadísticos descriptivos por curso. Escala Identidad Profesional.....	69
Tabla 15. Estadísticos descriptivos por género. Escala Identidad Profesional.....	70
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de cuarto por género. Escala Identidad Profesional.....	71
Tabla 17. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería.....	78
Tabla 18. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería por curso.....	79
Tabla 19. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería por género.....	79
Tabla 20. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	81

Tabla 21. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	81
Tabla 22. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	81
Tabla 23. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	82
Tabla 24. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	82
Tabla 25. Estadísticos descriptivos. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	83
Tabla 26. Estadísticos descriptivos por Curso. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	83
Tabla 27. Estadísticos descriptivos por Género. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	84
Tabla 28. Comparaciones de la Escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado entre estudiantes de primer y cuarto curso de Enfermería.....	85
Tabla 29. Estadísticos descriptivos de Primero, Género Femenino. Yo Real/Yo Debería, Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	86
Tabla 30. Estadísticos descriptivos de Primero, Género Masculino. Yo Real/Yo Debería, Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	86
Tabla 31. Estadísticos descriptivos de Cuarto, Género Femenino. Yo Real/Yo Debería, Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	86
Tabla 32. Estadísticos descriptivos de Cuarto, Género Masculino. Yo Real/Yo Debería, Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.....	87
Tabla 33. Comparaciones de la Escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado entre estudiantes de cuarto curso de Enfermería según el género.....	87
Tabla 34. Modelo de Regresión.....	88
Tabla 35. Atributos de la Profesión de Enfermería por Categorías Generales.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

xxii

Figura 1. Productividad por año.....	26
Figura 2. Índice de colaboración por año.....	30
Figura 3. Atributos Yo Real y Yo Debería de la Enfermería.....	72
Figura 4. Yo Real. Atributos que superan la media de toda la muestra.....	73
Figura 5. Yo Debería. Atributos que superan la media de toda la muestra.....	73
Figura 6. Yo Real. Atributos que superan la media de Primero.....	74
Figura 7. Yo Debería. Atributos que superan la media de Primero.....	74
Figura 8. Yo Real. Atributos que superan la media de Cuarto.....	75
Figura 9. Yo Debería. Atributos que superan la media de Cuarto.....	75
Figura 10. Yo Real. Atributos que superan la media de Género Femenino.....	76
Figura 11. Yo Debería. Atributos que superan la media de Género Femenino.....	76
Figura 12. Yo Real. Atributos que superan la media de Género Masculino.....	77
Figura 13. Yo Debería. Atributos que superan la media de Género Masculino.....	77

Capítulo 1

Introducción

1.1. Enfermería como profesión: hitos para el desarrollo de su identidad

La identidad profesional Enfermera se ha encontrado, a lo largo del tiempo, con muchas dificultades para definirse y legitimarse; ha existido siempre una cierta confusión acerca del papel que desarrolla la enfermera en el cuidado de la salud.

Durante siglos, las enfermeras fueron religiosas que se encargaban del cuidado del alma de los pacientes, consolándolos, corrigiéndolos, evangelizándolos. Desde esta perspectiva, el cuidado de personas enfermas se consideró una vocación religiosa, y por tanto un servicio que ofrecía la Iglesia. Para cuidar de las necesidades espirituales del enfermo se utilizaba el discurso evangelizador de la Iglesia y para el cuidado del cuerpo era suficiente con algunas nociones sobre la higiene y la alimentación del paciente. Hasta finales del siglo XIX, el personal que proporcionaba cuidados en los hospitales españoles eran fundamentalmente monjas, mientras que las actividades técnicas relacionadas con el tratamiento médico lo realizaban los practicantes bajo la supervisión del personal médico (Domínguez, 1986).

La primera normativa legal que permitió la expedición del título oficial de enfermera, se aprobó en España en 1915 otorgando cobertura legal a la Enfermería, ejercida hasta el momento por personas que se dedicaban a los cuidados de los enfermos, tanto enfermeras religiosas como seculares. En ese momento, la profesión era considerada como una tarea de las mujeres, siendo las enfermeras herederas de una tradición milenaria asumida por ellas, ya sea en el ámbito doméstico o movidas por un ideal religioso.

La formación con una duración de dos años, tenía un carácter técnico y vocacional, con una marcada dependencia del estamento médico y unas connotaciones exclusivamente femeninas de la profesión. En esta época, las enfermeras ayudaban a los médicos en la sala de operaciones, en los dispensarios, y en las enfermerías, proporcionando información al médico, estando en la cabecera del enfermo en hospitales y domicilios, aplicando remedios, y siempre ejecutando órdenes médicas (Domínguez, 1986).

La creación de la titulación de Enfermería originó conflictos entre las enfermeras y el colectivo de practicantes, ya que éstos consideraban que las enfermeras incurrían en intrusismo y su incorporación laboral supondría un detrimento de las posibilidades laborales de los practicantes (Domínguez, 1986). Entre los médicos, unos defendían la existencia del colectivo profesional de los practicantes, mientras que otros preferían la labor auxiliar de las enfermeras (Hernández, 1996).

A pesar de que en 1915 se legitimó el título de Enfermería, publicándose el programa oficial de estudios, todavía en 1923, ocho años después de la normalización del título, se subrayaban las diferencias entre ambos, resaltando que el practicante era una persona perita con un título profesional, que ejecutaba las prescripciones médicas con arreglo a la ciencia, mientras que consideraban que la enfermera es cualquier persona que hace lo que el médico le ordena, con arreglo a la práctica (Miró, 2008).

En la primera mitad del siglo XX, principalmente en los años 40 y 50 en España, se produjeron avances en el terreno de la ciencia, y especialmente en el campo de la Medicina. Estos cambios provocaron que la clase médica tuviera que especializarse en las diferentes ramas de la Medicina. Esta tendencia hizo que los médicos empezaran a necesitar de profesionales más capacitadas a las que poder delegar algunas de las tareas que ellos habían

realizado hasta el momento, para así poder especializarse en sus áreas. Muchos médicos aumentaron el interés en formar enfermeras y en escribir obras destinadas a estas profesionales, creándose las primeras escuelas para la formación de Enfermería en nuestro país.

En España se inició además un progresivo desarrollo hospitalario, caracterizado por la creación de grandes hospitales dotados de grandes avances tecnológicos, en relación al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Este hecho generó la necesidad de una mayor demanda en el número de profesionales, tanto personal médico como de enfermería. Las enfermeras tuvieron que capacitarse para realizar técnicas cada vez más complejas y asumir los retos de las nuevas tecnologías, pero permaneciendo fieles a la tradición de sumisión y obediencia al médico (Domínguez, De Miguel y Rodríguez, 1983). Este aumento en la demanda se tradujo también en la creación de escuelas de Enfermería en todos los hospitales de la Seguridad Social.

En relación a los cambios en materia educativa, en la segunda mitad del Siglo XX se presentaron dos hechos importantes en el proceso de consolidación de la profesión enfermera. El primero fue la publicación del Decreto de 4 de Diciembre de 1953, que unificó los estudios de practicante, matrona y enfermera -que anteriormente se desarrollaban en paralelo- en una sola titulación: Ayudante Técnico Sanitario.

La puesta en marcha de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), durante la década de los cincuenta, generó profundas modificaciones en la profesión, no sólo por el cambio de denominación, de Enfermera a ATS, y del plan de estudios, sino también por la orientación en la formación de estos profesionales. Esta nueva denominación resaltaba su carácter eminentemente auxiliar, técnico y hospitalario. De esta forma, este nuevo marco

profesional supuso un retroceso en la clarificación de la identidad profesional de la Enfermería, ligándola a la Medicina, tanto en la teoría como en la práctica, utilizando el modelo biomédico en la formación de estos profesionales. Las/os ATS fueron formados para ser buenos ayudantes de los médicos, eran *mini-médicos* que tenían que obedecer órdenes de sus superiores en formación y conocimiento (Domínguez, 1986). No contaban con un espacio profesional propio, y su identidad estaba ligada a la profesión médica.

La enseñanza práctica suponía más de un setenta por ciento del total de las horas del currículum. En cuanto a la enseñanza teórica, se centraba en materias biomédicas donde la mayoría de las asignaturas eran una parte reducida de las que se impartían en las Facultades de Medicina. No se prestaba atención a los problemas y situaciones sociales y humanas vinculados con la enfermedad. Las/os ATS salían con una formación de *mini-médicos*.

Los directores y profesores eran médicos y el papel de las enfermeras monitoras se centraba fundamentalmente en el control de todo lo relativo a las prácticas de las alumnas en las unidades, como la disciplina, la asistencia, la uniformidad, el comportamiento y la habilidad técnica (Miró, 2008).

En la formación para ATS, a las enfermeras monitoras, se les asignaba un papel secundario, con pocas posibilidades de intervención en la dirección de las escuelas y en la toma de decisiones sobre cualquier cuestión que afectase a la Enfermería, tanto de carácter educativo como profesional (Domínguez, 1986; Hernández, 1996)

La puesta en marcha de los estudios de ATS en 1956 conllevó la colonización de la profesión por el discurso médico (Alberdi, 1999). Esta colonización hizo que las/os enfermeras/os se acomodaran ejerciendo un papel secundario, subordinado y complementario

al de la medicina, dejando de ser protagonistas de los cuidados, que empezaron a ser invisibles, y no fueron objeto de investigación por parte de las enfermeras. El cuidado perdió significado, considerándose una actividad subalterna, contribuyendo, de esta forma, a que se desdibujara la identidad profesional.

Durante la década de los sesenta y setenta, la sociedad española experimentó una apertura hacia el mundo que trajo consigo cambios sociales, que permitieron que el rol de la mujer en la sociedad tuviera una nueva consideración, tanto en aspectos profesionales como académicos y políticos. Estos cambios sociales llevaron a las enfermeras a conocer lo que sucedía fuera de nuestras fronteras y a incorporarse a centros de trabajo en otros países, lo que permitió contar con profesionales con una visión diferente de la Enfermería, favoreciendo la aparición de grupos profesionales que empezaron a cuestionar aspectos concretos de la práctica, de la orientación de la enfermería en nuestro país y de la búsqueda de su propia identidad (Miró, 2008).

Tras la unificación de los estudios de practicante, matrona y enfermera bajo la titulación de ATS, se produjo el segundo cambio importante en materia educativa en la segunda mitad del siglo XX; la publicación el 4 de Agosto de 1970 de la Ley General de Educación, impulsada en parte por los cambios sociales, que estableció que en función de la naturaleza y extensión de sus enseñanzas, las Escuelas de ATS se pudieran convertir en centros de formación profesional o en escuelas universitarias (Fernández, Garrido, Santo Tomás y Serrano, 2000). Ambas posibilidades tuvieron desde los primeros momentos defensores y detractores. En el seno del colectivo profesional fue creciendo fuertemente la idea de que la mejor solución era justamente la integración en la Universidad, lo cual

permitiría aspirar a tener una continuidad en Especialidades, Licenciatura y Doctorado (Mompart, 2004).

Finalmente, y tras un largo y complejo proceso que duró casi siete años, en Julio de 1977 se aprobó en el Real Decreto 2128/77 (BOE 22 de agosto de 1977) la integración en la Universidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, como Escuelas Universitarias de Enfermería. Este hecho permitió reorientar la formación de estos profesionales de forma distinta y dio lugar a que las enfermeras empezaran a construir un patrimonio profesional específico. La orientación profesional evolucionó de una concepción biomédica a una concepción de cuidados con una visión holística y humanista, lo cual comenzó a generar una identidad profesional independiente (Miró, 2008).

La profesión pasó de estar centrada en la enfermedad y en la ayuda al médico a orientarse hacia la persona, atendiendo a sus requerimientos de ayuda, es decir, las enfermeras pasaron de ser enfermeras de médicos, a ser enfermeras de la comunidad, y ampliaron su ámbito de actuación del hospital a la atención extra-hospitalaria.

Desde estos momentos hasta la actualidad, la Enfermería ha tenido un desarrollo considerable como disciplina, con un marco teórico en el que se define la Enfermería como ciencia y arte de cuidar, cuyo objeto de estudio es el cuidado de la salud humana.

Sin embargo, en la práctica, las enfermeras no han logrado tener un espacio profesional propio. Los profesionales se resisten a utilizar sus propios marcos de referencia. Las valoraciones enfermeras, los diagnósticos y planes de cuidados son vistos como una tarea burocrática que, frecuentemente, no sirve para tomar decisiones propias en relación a los cuidados, con la consiguiente frustración por parte de las enfermeras.

Es difícil romper con la tradición y con el poder que históricamente tiene el modelo biomédico en el sistema sanitario, centrado en tratar enfermedades dispensando tratamientos, sin espacio para el cuidado del bienestar, para escuchar, apoyar, enseñar conductas saludables, estimular, orientar, motivar, acompañar, en definitiva *cuidar*.

1.1.1. La evolución del cuidado.

Para comprender el desarrollo de la Enfermería, como ciencia y arte de cuidar, es necesario realizar un recorrido a través de la evolución del cuidado a lo largo de la historia, que permitirán identificar las características que definen la identidad enfermera:

- Cuidados vinculados a la mujer. *Identidad femenina*
- Cuidados vinculados a la mujer consagrada. *Identidad vocacional*
- Cuidados vinculados a la mujer enfermera ayudante del médico. *Identidad técnica*

Pero antes remitámonos a dos orientaciones generales del cuidado señaladas por Colliere (1993) incluyendo una reflexión general:

Desde el comienzo de la vida, existen los cuidados. Siempre ha sido necesario cuidar de la vida, los seres humanos siempre han tenido necesidad de cuidados para permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de ese modo, luchar contra la muerte. Durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran las acciones de cualquier persona para ayudar a otra, asegurándole todo lo necesario para continuar su vida (Colliere, 1993, p. 5).

Siguiendo a Colliere la historia de los cuidados se desarrolla alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones, una para asegurar el mantenimiento de la vida, y otra para

enfrentarse a la muerte. Estas dos orientaciones coexisten y se complementan, hasta la aparición del pensamiento dialéctico que denuncia el *mal*, lo que produce malestar, para separarlo del *bien*, de todo aquello que hace vivir. Desde este pensamiento, se trata de analizar y comprender lo que se percibe como maléfico, como origen de la muerte y se centra toda la atención en lo que produce el mal. Es así como la orientación de enfrentarse a la muerte se ha desarrollado y ha prevalecido sobre la otra.

Asegurar el mantenimiento de la vida. Mantener la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales, se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad. Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia de la humanidad: *cuidar de*.

Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos y también cuidar de los muertos.

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación (Colliere, 1993, p.7).

A partir de las diferentes posibilidades de responder a las necesidades vitales se desarrollaron hábitos de vida propios de cada grupo, dando lugar a diferentes prácticas de cuidado, que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Enfrentarse a la muerte. Desde la anterior orientación, y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo, lo

que permite que la vida continúe y lo que, por el contrario, lleva a la muerte. Fruto de estas cuestiones, surgirá una orientación metafísica, es decir, una orientación que nace para discernir el origen del bien y del mal, interpretando las fuerzas portadoras del *mal*, de la enfermedad y de la muerte.

Las prácticas de cuidados habituales fueron transformándose en ritos de los que se encargaron primero el chamán y luego el sacerdote. Como guardián de las tradiciones y de todo aquello que contribuye a mantener la vida, el sacerdote es, al mismo tiempo, el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas. Está designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo. Es también quien denuncia el mal y quien adquiere el derecho de designar y de eliminar del grupo a todo sospechoso de ser portador del mal.

Este papel de mediador entre el orden físico y el del más allá del universo visible, el metafísico, se ha transformado durante miles de años para dar lugar al nacimiento de nuevos descriptores del mal, los médicos. Identificar y delimitar el foco del mal será la principal preocupación del médico y dará lugar al nacimiento de la clínica. La finalidad del médico es combatir el mal y vencerlo, centrándose en todo aquello que puede matar, con el riesgo de no poner la atención en lo que puede hacer vivir, en lo que da sentido a la vida. Posteriormente, y hasta la actualidad, los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen a los cuidados para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos que hicieron las mujeres, sobre el valor terapéutico de las plantas y vegetales. El campo de los cuidados se queda aislado, parcelado, alejándose de las dimensiones sociales y colectivas. Cuidar se convierte en tratar la enfermedad (Colliere, 1993).

Cuidados vinculados a la mujer. Identidad Femenina

El desarrollo de la Enfermería ha estado muy influenciado por las dos orientaciones mencionadas. Los cuidados que siguen la línea de la orientación vinculada a todo lo que permite y favorece el mantenimiento y desarrollo de la vida se elaboran alrededor de la mujer, símbolo de la fecundidad y del niño que ella trae al mundo; cuidados a los niños, a los enfermos y a los moribundos. La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad, han sido los cuidados del cuerpo y la experiencia adquirida en las prácticas alimentarias, que permite el descubrimiento de las propiedades curativas de las plantas (Colliere, 1993).

Por el contrario, las curas del cuerpo herido, en la caza o en la guerra, y que requieren de instrumentos propios de hombres, de incisión o de una importante fuerza física, serán una actividad propia de los hombres, lo que hará desarrollar una tecnología cada vez más exacta y la especialización de barberos y cirujanos.

Estos cuidados, llevados a cabo por hombres, darán lugar a otras corrientes, a otras formas de ejercicio diferentes de las propias de las mujeres. Así, se crearon los cuerpos de enfermeros vinculados al ejército, desde los esclavos en las legiones romanas, hasta las órdenes hospitalarias, como los caballeros de San Juan de Jerusalén, los Caballeros de la Orden Teutónica, los Templarios, etc. (Donahue, 1985; Siles, 1999).

Para comprender el sentido y la finalidad de los cuidados que ofrece la Enfermería, es necesario seguir el desarrollo de la primera orientación -cuidados para mantener la vida-, tal y como fue desarrollada por las mujeres, y de la que surgió una rama específica para el cuidado

de los enfermos, *cuidados de enfermería*, que se desarrolló en hospitales y dispensarios, si bien, como dice Colliere (1993, p. 169) “hoy en día está desprovista de su sentido original”.

Para comprender la historia de la práctica enfermera, es indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y su evolución.

Desde las primeras civilizaciones hasta el fin de la Edad Media en Occidente, los cuidados correspondieron al rol que desempeñaba la mujer en el grupo. Podemos decir que en esta etapa los cuidados se identifican con la mujer. Las mujeres siempre fueron curanderas. Su relación con las plantas para alimentar y curar le fueron dando una base de conocimientos basada en un saber hacer y que se transmitían unas a otras. Durante miles de años, ellas fueron las encargadas de mantener la vida en el grupo, en la familia. Cuidar ocupándose del otro, ayudándole a mantener la vida, y también a morir. Los cuidados iban dirigidos al cuerpo, espacio en el que se desarrolla la vida, templo del ánimo, y a los alimentos, lo que nutre al cuerpo. Los cuidados se dirigen al cuerpo globalmente, el cuerpo unido al universo, no hay separación entre cuerpo y espíritu (Colliere, 1993).

Los cuidados del cuerpo. Se dan cuidados en los momentos decisivos de la vida como la pubertad, la gestación, el parto, el nacimiento. Para cuidar, se utilizan elementos simbólicos de vida: agua, plantas, aceites, lociones, perfumes, etc.

Los cuidados corporales estimulan y utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo, en particular el olfato y el tacto. Con el olfato se pueden detectar olores que anuncian un acontecimiento, como el parto, y también sirve para identificar y detectar algunas enfermedades. El tacto, a través de las manos y el contacto con la piel, es fuente de estímulo y de movilización de las energías. Las manos, al acariciar, al rozar o al hacer presión, mueven

sensaciones de placer o de desagrado. Los cuidados corporales abarcan también todo lo que ayuda a proteger y mantener el cuerpo sano, como los hábitos de higiene.

Las mujeres no solo cuidan del cuerpo vivo, también lo hacen cuando el cuerpo muere. En muchas civilizaciones, los cuidados de los muertos han sido propios de las mujeres. Ellas, que a través de su menstruación están también conectadas con la muerte en el cuerpo, con el ciclo que lleva a todos los seres de la vida a la muerte, son las encargadas del aseo y amortajamiento de los muertos.

Cuidados elaborados en torno a la alimentación. Al ser físicamente más fuertes, los hombres salían a cazar, mientras que las mujeres recolectaban los vegetales, cuidaban de los niños y de los más débiles. De este modo, las mujeres fueron creando una ciencia basada en un “saber hacer”, transformando los productos recogidos en polvo, harinas, brebajes etc. , a la vez que iban descubriendo sus poderes terapéuticos, sembrando así las semillas de la farmacopea (Colliere, 1993). A través de la manipulación de los alimentos, las mujeres realizaron descubrimientos empíricos, identificando los principios activos de las plantas y sus efectos sedantes, astringentes, tónicos, excitantes, desarrollando a su vez una diversidad de formas de uso, desde tisanas, caldos, emplastos, bálsamos, etc.

Alrededor de la práctica de cuidados habituales, se fueron desarrollando unos cuidados curativos que tenían por objeto tranquilizar, calmar, aliviar, mitigar el mal y hacerlo desaparecer. Estas prácticas curativas se transmitieron por tradición oral entre las mujeres, y representaron un inmenso patrimonio de saber. Al dominar los cuidados corporales relacionados con los dos grandes acontecimientos más importantes de la vida, el nacimiento y la muerte, y al conocer las propiedades curativas de las plantas, las mujeres se convirtieron en el único “médico del pueblo”, hasta la edad media en la civilización occidental, cuando fueron

sustituidas por el saber de los chamanes, los sacerdotes y más tarde de los médicos (Colliere, 1993; Ehrenreich y English, 1988).

Los cuidados dados por las mujeres tienen un valor de servicio, es una ayuda que no está remunerada al estar ligada a las tareas domésticas que son consideradas propias de las mujeres. Son considerados innatos a las cualidades femeninas y al amor maternal del que han tomado su motivación, su generosidad, su abnegación.

En la devaluación actual de los cuidados pesa este pasado cultural, así como la influencia de los valores religiosos transmitidos desde la Edad Media.

Cuidados vinculados a la mujer consagrada. Identidad vocacional

Durante la Edad Media, la condena a los cultos paganos, cuando el cristianismo se declaró religión del estado, puso en peligro todo el conjunto de símbolos y prácticas rituales que las mujeres realizaban en torno al cuidado del cuerpo y la alimentación, y contribuyó a considerar a la mujer como portadora de creencias y ritos paganos. Además, la influencia de Platón en el pensamiento religioso divide el cuerpo en dos entidades separadas: cuerpo y alma. Esta visión considera el cuerpo como la prisión del alma, como un obstáculo para caminar hacia lo divino. Esta idea desprecia el cuerpo y sus necesidades, considerando que lo verdaderamente valioso es el alma.

Con la caída del Imperio Romano, la Iglesia adquiere mucho poder y es quien dicta lo bueno y lo malo. Los padres de la Iglesia mantienen una actitud de desprecio por todo lo carnal, sobre todo por la sexualidad. En una sociedad patriarcal estructurada por los hombres, la mujer es el símbolo y el asiento de la sexualidad. Hay un rechazo a todo lo referente a los misterios de la naturaleza y la maternidad, incluso la lactancia y la ternura hacia el niño

despiertan los temores de aquellos que se consideran los representantes de la Iglesia (Colliere, 1993).

Así, desde el siglo V hasta el XIII, comienza a desarrollarse una nueva concepción de los cuidados, que niega la relación del cuerpo con el espíritu, desprecia lo carnal, el cuerpo, y le da prioridad al alma. El cuerpo debe conocer el sufrimiento y el dolor para purificarse. Todo este desinterés hacia el cuerpo encarnado que llega hasta el desprecio, pone en entredicho los cuidados tradicionales, basados en la unidad del cuerpo y el espíritu. La iglesia dicta lo que es bueno o malo para el alma y para el cuerpo, decide los conocimientos que se deben utilizar para cuidar, y limita el contacto con el cuerpo.

El movimiento de profesionalización de los cuidados, inspirado directamente en la doctrina de la Iglesia, relega con tesón todo el saber adquirido por las curanderas y proclama que toda mujer que ose dispensar cuidados sin haber hecho estudios médicos, es declarada bruja y debe morir (Ehrenreich y English, 1988).

Las mujeres poseedoras del patrimonio de conocimiento de los cuidados corporales y del uso del poder curativo de las plantas, se convirtieron en el blanco de los ataques y la represión de la Iglesia.

De esta forma, todo el conocimiento adquirido por las mujeres fue considerado una amenaza. Los cuidados transmitidos por las prácticas tradicionales, se basaban en la unidad del cuerpo y el espíritu, mientras que la Teología de la Edad Media proclamaba la nobleza del espíritu y la bajeza del cuerpo. Además, las mujeres representan una amenaza. La bruja puede curar y puede matar. Poseer el conocimiento del poder terapéutico de las plantas las hace peligrosas (Colliere, 1993; Siles, 1999).

Desde finales del siglo XVI hasta principios del XVIII, en la mayor parte de Europa occidental se desarrolló la caza de brujas. Los métodos utilizados por las brujas-sanadoras representaban una amenaza para la Iglesia Católica, ya que confiaban más en sus sentidos que en la fe o en la doctrina; creían en la experimentación, en la relación entre causa y efecto. No tenían una actitud religiosa pasiva, sino activamente indagadora. Confiaban en su propia capacidad para encontrar formas de actuar sobre las enfermedades, los embarazos y los partos, ya fuera mediante medicamentos o con prácticas mágicas. Su “magia” era la ciencia de su época. La Iglesia, en cambio, era profundamente anti empírica, subvaloraba el mundo material y desconfiaba profundamente de los sentidos. Consideraba innecesario investigar las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos, pues concebía el mundo como una continua creación divina renovada en cada instante (Colliere, 1993).

Las mujeres sanadoras ejercían en el seno del pueblo. La caza de brujas no las eliminó, pero las marcó para siempre con el estigma de la superchería y una posible perversidad (Ehrenreich y English, 1988).

Las clases dominantes eran atendidas por sanadores laicos, los médicos formados en las universidades, donde no podían entrar las mujeres. La entrada en las Escuelas de medicina estuvo prohibida a las mujeres hasta el siglo XIX.

En la medida que disminuye el espacio de la mujer sanadora, los cuidados son asumidos por una nueva mujer impuesta desde las instancias religiosas, la mujer consagrada.

Los cuidados que dan las mujeres consagradas tienen una orientación muy diferente. Teniendo en cuenta que el cuerpo encarnado es despreciable, los cuidados se dan dentro de unos márgenes, como soporte de los cuidados espirituales. La finalidad de los cuidados es

esencialmente espiritual, y tienen como soporte principal la palabra: aconsejar, corregir, consolar, perdonar, soportar, rezar. Realizar una misión tan exigente necesita vocación. De esta manera, las mujeres con vocación de ayuda, abandonaron la vida que tenían en esos momentos para entregarse al cuidado de los enfermos, a la vez que prestaban un servicio a la Iglesia.

Esta llamada a la vocación para garantizar el ejercicio de la Enfermería tendrá como efecto a largo plazo, si no la obligación, si al menos la recomendación del celibato; el matrimonio, la maternidad y la vida de familia son incompatibles con las exigencias de una entrega constante (Colliere, 1993, p. 67).

La mujer consagrada se convirtió en la referencia para todas aquellas mujeres que querían dedicarse al cuidado de los enfermos. Los cuidados pierden su carácter atractivo, de placer, de bienestar, de satisfacción, y de ahí su función principal de mantener y desarrollar la vida.

Las mujeres consagradas pusieron durante siglos su vida al servicio de los enfermos, respetando todas las prohibiciones vinculadas a la negación del cuerpo. Por otro lado, ellas pusieron los cimientos profesionales al considerarse el servicio que prestaban para la Iglesia, una profesión religiosa. Se crearon numerosas órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos, y los hospitales se llenaron de mujeres, religiosas y enfermeras, que cuidaban de los enfermos y de la gestión de los hospitales, haciéndolo hasta mediados del siglo XX en España.

Cuidados vinculados a la mujer enfermera ayudante del médico. Identidad Técnica

Con la desacralización progresiva de la sociedad y la llegada de la era industrial se propiciaron grandes avances en la tecnología, la Medicina emprendió un camino sin retorno

en el desarrollo de métodos diagnósticos y de tratamientos. El campo de las actividades médicas se amplía y se utilizan técnicas cada vez más complejas, hasta el punto de que el médico ocupado en las tareas de investigar y diagnosticar enfermedades, necesita delegar las tareas más rutinarias (análisis de orina, medir las constantes vitales, etc.) y algunos cuidados médicos como poner enemas, cataplasmas etc.

La concepción de los cuidados y el cuidado de los enfermos se modifica totalmente; ahora tienen como centro la enfermedad, y los cuidados son sustituidos por los tratamientos.

Este personal recibe una formación biomédica, orientada a la ayuda al médico en el tratamiento de la enfermedad, aplicando los tratamientos prescritos por éste. La vocación de servir se pone al servicio de la Medicina.

En España, este lugar lo ocuparon las/os ATS., ayudantes médicos sanitarios, que ejercieron la labor de ayudar al médico en todo lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, siempre bajo sus órdenes y prescripciones, y aportando la presencia de hombres en el cuidado del enfermo. Los antiguos practicantes, auxiliares del médico, se fusionaron con el modelo de enfermera consagrada, para dar un nuevo cambio a la profesión, desvinculándola de la vocación religiosa, aunque con el patrimonio de valores morales adquiridos durante la etapa religiosa de la Enfermería, y el bagaje de técnicas biomédicas que aportaron los practicantes en relación a la administración de medicamentos, curas de heridas, sondajes, etc.

En definitiva, un nuevo modelo comenzaba a emerger: la enfermera ayudante del médico. En esta evolución del cuidado, están las claves para comprender la identidad profesional de la Enfermería.

1.1.2. Claves para comprender la identidad profesional en Enfermería

Actualmente, la Enfermería es una disciplina dentro del campo de las ciencias de la salud, y está desarrollando su propio cuerpo de conocimientos. Sin embargo, estos conocimientos permanecen invisibles y su discurso es marginal. Cabe afirmar que la sociedad identifica a la Enfermería con una profesión subordinada a la Medicina. Las enfermeras siguen siendo consideradas ayudantes de los médicos y no son identificadas como profesionales autónomas e independientes. Es un hecho que en el actual sistema de salud, todavía el profesional de enfermería no se siente como una persona que colabora, sino como una subordinada. Su identidad se encuentra supeditada a la Medicina. Esto se traduce en un malestar profesional y en una crisis de identidad que se expresa de diversas formas (Domínguez, 1986).

Una de las principales causas que ha originado esta situación de subordinación de la identidad profesional en la Enfermería en relación a la Medicina es la existencia de relaciones de poder entre el saber médico y el saber enfermero, promovido por la hegemonía de las visiones empírico-analíticas de la salud y la enfermedad encarnadas por el modelo biomédico. El hecho de que el saber médico se haya convertido a lo largo del tiempo en un “régimen de verdad”, y que sea prestado a la enfermera para que desarrolle su función, determina que las relaciones entre ambos estén atravesadas por un poder asimétrico, como asimétrico es el saber que reivindican (Medina, 1999).

Trabajos de investigación como el de Cohen (1988), considerado un clásico sobre la formación de enfermeras, demuestra que la cultura profesional de la Enfermería está impregnada, incluso saturada, de valores de sumisión respecto a la autoridad médica y que en la conformación de estos valores juega un papel relevante el sistema de formación inicial.

Esta afirmación ha suscitado polémicas. En la misma línea, autoras como Colliere (1989) defienden que la Enfermería no es una profesión autónoma puesto que está sometida a los designios de la Medicina, la cual le adjudica un papel meramente auxiliar. En contradicción a este discurso, autoras como Moccia (1988), Tanner (1990) o Watson (1985) defienden que la Enfermería es una profesión con una identidad definida y un cuerpo propio de conocimientos, cuyas funciones y actividades no estarían determinadas en ningún caso por la profesión médica (cit. en Medina, 1999).

En nuestro país, este estado de sumisión es incluso negado sistemáticamente por un sector del profesorado de Enfermería. Se argumenta que la Enfermería posee un cuerpo propio de conocimientos que construye y delimita su identidad profesional. Este corpus teórico se produce a partir del estudio de las necesidades humanas - en estado de salud y de enfermedad- y en cómo satisfacerlas. Es decir, el objeto de estudio de la Enfermería es el cuidado de la salud humana.

Otro aspecto polémico, directamente relacionado con el anterior, hace referencia a la presencia o ausencia de un espacio propio de intervención profesional y al control real que tiene la Enfermería sobre su propia práctica. Algunos trabajos ponen de manifiesto que aunque académicamente existe la titulación universitaria, el ejercicio profesional está muy lejos de obedecer a unas funciones predefinidas propias (Medina, 1999). Desde sectores académicos se niega la ausencia de rol propio y se defiende que el rol de la enfermería es cuidar al sujeto sano o enfermo de un modo global, a diferencia del médico, que trata el órgano enfermo. Se asevera que la Enfermería realiza una aportación única, esencial y específica, *cuidar*, y que las enfermeras y enfermeros poseen un cuerpo propio de conocimientos y son, por tanto, profesionales autónomos.

Sin embargo, la experiencia cotidiana de un gran número de profesionales y de estudiantes de Enfermería en los servicios asistenciales donde realizan sus prácticas arroja evidencias que nos impedirían estar de acuerdo en que estas afirmaciones sean válidas para el estado actual de la profesión; responden sobre todo a un discurso de legitimación disciplinar pero están muy lejos de constituirse en hechos (Cohen, 1988).

Estas polémicas indican que la realidad del campo, que se presenta desde los ambientes académicos de la Enfermería, en ocasiones no se corresponde con las experiencias de los profesionales ni, a menudo, con los estudiantes de Enfermería. Es decir, la cultura enfermera interioriza flagrantes contradicciones, génesis de toda una ambivalencia: por un lado servilismo y obediencia, por el otro profesionalidad e independencia (Cohen, 1988).

Este hecho provoca en las/os estudiantes una percepción ambivalente y ambigua de su futura profesión. El/la estudiante progresa en su experiencia de formación entre dos sistemas de creencias que la obligan a asumir interpretaciones a menudo contradictorias sobre valores a internalizar. Comprueba la existencia de un papel subordinado cuando realiza sus prácticas clínicas. Ese papel se transforma en independiente, autónomo y reivindicativo cuando vive la realidad académica. Como resultado, aparece un conflicto cuando interpreta que una ocupación caracterizada por la subordinación no satisfará nunca las exigencias de aquello que desde el ambiente académico se define como una profesión: autonomía, cuerpo de conocimientos y control sobre la propia práctica. Este conflicto puede ser un factor que dificulta la identificación profesional.

El hecho de que una buena parte de los conocimientos científicos que la Enfermería usa en su quehacer profesional pertenezcan en realidad a otros campos determina el tipo de

relaciones de poder y de dominación, donde el trabajo de la Enfermería se halla sometido al saber del médico (Medina 1999).

Un oficio que se deja absorber por otro, o que precisa llegar a ser otro para sentirse valorizado, quedándose siempre a la sombra de aquel que tenga el derecho del ejercicio, no puede pretender ser reconocido (Colliere, 1990, p. 63).

Un segundo aspecto que promueve la subordinación en la identidad profesional de la Enfermería está relacionado con la identificación de género, que identifica a la mujer con la enfermería y al médico con el hombre (Bourdieu, 2010).

En el proceso de profesionalización de la Enfermería se encuentran las claves que nos ayudan a entender la identificación de la Enfermería con el estereotipo femenino. Florence Nightingale, fundadora de la Enfermería profesional, realizó un trabajo importantísimo por dos motivos. Primero, porque impulsó decisivamente la formación de las enfermeras, con lo que puso una de las bases fundamentales de la profesión. En segundo lugar, porque fue la fundadora del modelo ideológico propio de la Enfermería (Alberdi, 1989). La “enfermera Nightingale” era, sencillamente, el modelo de mujer ideal, trasplantada del hogar al hospital. Así, la enfermera se convirtió en la personificación de los valores de la feminidad según los patrones victorianos. La tarea del cuidado, a la vez que por un lado se profesionalizaba (se hicieron obligatorios y empezó a necesitarse un título para ejercer como enfermera), por otro lado se “domesticaba”, en el sentido de que la Enfermería era el camino para expresar fuera del hogar el papel “doméstico” natural de la mujer (Alberdi, 1989).

Esta concepción de la Enfermería como la profesionalización de las características naturales de la mujer, ha traído como consecuencia el hecho de que la identidad enfermera se

relacione más con las características personales adjudicadas tradicionalmente a la mujer que por su aportación profesional. La Enfermería, con sus cualidades de obediencia, abnegación y espiritualidad, se convertía en la profesión complementaria ideal para la Medicina, reproduciéndose en el mercado de trabajo sanitario los roles familiares que impedían la competencia: el médico varón realiza las funciones que se cotizan, y la enfermera mujer las menos valoradas (Bourdieu, 2010).

Posteriormente, en España en los años 50, la unificación profesional de enfermeras, practicantes y matronas en la figura del Ayudante Técnico Sanitario, fue la manera de agrupar a todos estos profesionales, bajo la supervisión de la Medicina. Por una parte esto supuso un gran avance en el sentido de ampliar su espacio con la inclusión de los hombres y la adquisición de habilidades técnicas. Sin embargo este desarrollo ha ido en detrimento del espacio dedicado al cuidado, como ya hemos visto anteriormente.

Se ha producido una “colonización de los tratamientos sobre los cuidados”, provocada por la inclusión de los valores típicamente masculinos representados por los antiguos practicantes (Alberdi, 1989).

Estos dos factores, la dependencia del saber médico y la identidad de género marcan la identidad profesional de la enfermera vinculada al rol de ayudantes del médico.

Identificarse solo con la parcela de colaboración limita el desarrollo de la disciplina enfermera, considerada el arte y la ciencia de Cuidar. Los cuidados no han alcanzado el estatus de los tratamientos, y el desempeño profesional de enfermería gira alrededor de la aplicación de los mismos, y no desarrollando el ámbito propio de los cuidados que de alguna forma traten de dar respuestas a preguntas como:

- ¿Quién acompaña e informa al paciente cuando ingresa en una institución hospitalaria con miedo a lo incierto?
- ¿Quién se informa de cómo es para el paciente abandonar su rutina, la vida que tiene que dejar aplazada al ingresar, y si tiene algún asunto pendiente que le suma inquietud al hecho de ingresar?
- ¿Cómo recibe el paciente la información que le da el médico sobre su proceso, y como responde emocionalmente a la misma?
- ¿Cómo recibe esta información la familia del paciente?
- ¿Cómo se relacionan con él?, y ¿cómo colaboran a su descanso y tranquilidad?
- ¿En el caso de que el paciente sufra complicaciones, quién escucha su angustia y la de sus familiares?
- ¿Quién informa al paciente en el momento del alta del estilo de vida que ahora le ayuda más a una total recuperación y previene nuevas recaídas (hábitos higiénicos, alimenticios, de descanso...)?

Una parte del trabajo del profesional de enfermería es aplicar los tratamientos prescritos, pero hay tanto por hacer en relación al Cuidado!

Centrar toda la atención de enfermería en la aplicación de los tratamientos médicos crea un gran desequilibrio que no favorece la atención integral, condiciona las actuaciones de los profesionales que no se atreven a utilizar sus propias herramientas, los planes de cuidados.

En definitiva, en este recorrido por la evolución del cuidado y el desarrollo de la Enfermería se encuentra las claves para comprender las dificultades que tiene la profesión para definirse y encontrar su propio espacio profesional. Su vinculación con la mujer, con la religión y con la medicina han marcado su identidad dándole un carácter femenino,

vocacional y subordinado que influye en que esta ocupación no alcance el grado de desarrollo necesario para ser una profesión independiente y con un campo profesional propio.

La profesión de Enfermería se encuentra actualmente inmersa en conseguir la máxima autonomía y control de su propia práctica. A nivel académico los logros son extraordinarios en este sentido, sin embargo la práctica asistencial mantiene aspectos tradicionales de subordinación al médico que le impiden convertirse realmente en una profesión, en la cual los elementos de creatividad superen a los de subordinación. Este distanciamiento entre la teoría y la práctica enfermera sigue siendo un elemento de controversia y reflexión en la literatura enfermera. La necesidad de encontrar los puntos de unión entre lo que es una enfermera y lo que debe ser una enfermera requiere de un estudio de los factores que subyacen en la construcción de la identidad enfermera. Aunque el tema de la identidad enfermera ha generado bastante reflexión, podríamos decir que no se ha profundizado en descubrir los elementos que pueden contribuir a desarrollar una identidad enfermera sólida.

1.2. El interés por la investigación en Identidad Profesional en Enfermería

Una exploración inicial de investigaciones publicadas en materia de identidad profesional en el ámbito de la Enfermería pareció indicar la ausencia de una clara línea de investigación, en nuestra época más reciente y en el contexto castellano parlante. Por esta razón, se consideró oportuno realizar un análisis bibliométrico que permitiese analizar la producción científica y, si cabe, identificar líneas de trabajo de la temática específica de identidad profesional en Enfermería así como de otras temáticas afines. Se trataba de comprobar si esta preocupación constante del rol de la Enfermería, que se ha visto en lo académico y profesional, puede proyectarse en el ámbito científico.

Para la búsqueda y selección de los artículos se utilizaron las bases de datos genéricas *CSIC* y *Dialnet*, y las específicas de las áreas de enfermería *Cuiden* y de psicología *Psicodoc*, *ISOC-Psicología*. El periodo de búsqueda se centró desde el primer registro disponible en las bases de datos hasta diciembre de 2012. Se introdujeron por un lado los descriptores *Identidad, Formación, Socialización, Rol, Concepto, Competen**, *Cuid**, *Discrepanc**, *Autoconcepto, Imagen, Autoimagen* y por otro el descriptor *Enfermer**, empleando el operador “y”. Del total de registros salientes (305), se acotaron 65 artículos que referenciaban una investigación o estudio específico, excluyéndose ensayos o revisiones teóricas. Se registraron los campos: Año, Autor/es, Nombre de la Revista, Título del trabajo. Además, tras la lectura de los campos Título, Abstract y Palabras Clave de cada artículo, se identificaron y registraron dos nuevos campos: Metodología de investigación y Temática principal del estudio.

A continuación se ofrecen y comentan los siguientes resultados bibliométricos siguiendo los indicadores que proponen López y Tortosa (2002) y Lascuráin, López y González (1997).

Evolución temporal de la productividad por año

El primer artículo que se registra data del año 1979. Se trata del estudio que con carácter histórico realizó Domínguez (1979) sobre los orígenes de la Enfermería y su imagen actual. Examinando la tendencia en la producción (Figura 1), se detecta un incremento en el año 2002, siendo los años 2005, 2008 y 2011 los de mayor productividad con 7 artículos. Destaca el carácter intermitente con subidas y bajadas en la producción de artículos.

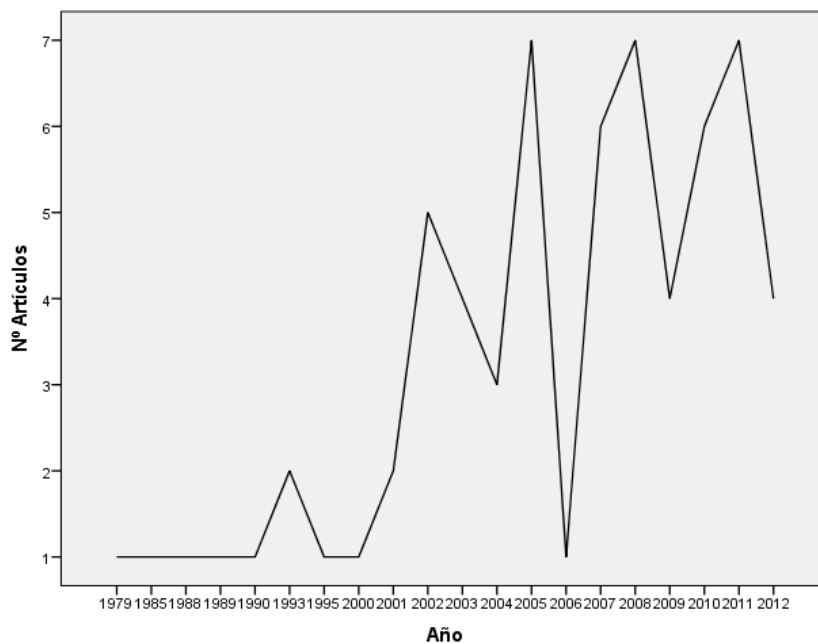


Figura 1. Productividad por año

Productividad de autores

En el análisis de la productividad por autores, llama la atención el número de autores considerados “transeúntes” (una sola firma), que concentran el 96.3% de la producción. Sólo dos autores tienen tres firmas (Tabla 1).

Tabla 1. Productividad por autores

Firmas/Autor/a	Nº Aut.	Porcentaje	Acumulado	Firmas	Porcentaje	Acumulado
1	180	96.3	96.3	180	91.8	91.8
2	5	2.7	98.9	10	5.1	96.9
3	2	1.1	100	6	3.1	100
Total	187	100		196	100	

En la Tabla 2 se muestran los autores con mayor número de firmas y las temáticas en las que se encuadran sus trabajos de investigación.

Tabla 2. Autores con mayor número de firmas

Autor/a	N. Firmas	Temáticas
Aguilar, C.	2	Descripción/Valoración del Rol Profesional
Bravo, M. J.	2	Rol de Enfermería y Salud
Heierle, C.	3	Construcción social de la Enfermería
Montesó, P.	2	Descripción/Valoración del Rol Profesional
Peiró, J. M.	3	Rol de Enfermería y Salud
Siles, J.	2	Construcción social de la Enfermería
Zurriaga, R.	2	Rol de enfermería y Salud

Productividad por revistas

Al examinar en qué revistas se han publicado los trabajos, es notable el número de revistas en las que sólo se ha publicado un artículo de investigación sobre la temática elegida para esta revisión. Estas revistas suponen el 70% de la productividad (véase la Tabla 3). Este dato nos permite señalar que existe una importante dispersión en la publicación de los trabajos. En la Tabla 4 se recogen las revistas con 2 o más artículos.

Tabla 3. Productividad por revistas

Arts./Revista	Nº	Porcentaje	Acumulado	Nº arts.	Porcentaje	Acumulado
	Revistas					
1	28	70.0	70.0	28	43.1	43.1
2	7	17.5	87.5	14	21.5	64.6
3	3	7.5	95.0	9	13.8	78.5
4	1	2.5	97.5	4	6.2	84.6
10	1	2.5	100.0	10	15.4	100
Total	40	100.0		65		

Tabla 4. Revistas con mayor número de artículos

Revista	N. Artículos	Temáticas
Cultura del Cuidado Enfermería (Colombia)	3	Descripción/Valoración del Rol Profesional - Significado del cuidado - Socialización de la Enfermería
Desarrollo Científico de Enfermería (México)	2	Construcción social de la Enfermería - Identidad profesional
Enfermería Científica (España)	2	Construcción social de la Enfermería - Descripción/Valoración del Rol Profesional
Enfermería Clínica (España)	4	Descripción/Valoración del Rol Profesional- Identidad profesional - Valores y Enfermería
Index de Enfermería (España)	10	Construcción social de la Enfermería - Descripción/Valoración del Rol Profesional - Enfermería y Género - Identidad profesional - Significado del cuidado - Socialización de la Enfermería - Valores y Enfermería
Informació Psicològica (España)	2	Construcción social de la Enfermería - Rol de enfermería y Salud
Metas de enfermería (España)	2	Construcción social de la Enfermería - Descripción/Valoración del Rol Profesional
Revista Enfermagem Uerj (Brasil)	2	Descripción/Valoración del Rol Profesional - Significado del cuidado
Paraninfo Digital (España)	3	Construcción social de la Enfermería - Descripción/Valoración del Rol Profesional
Revista ROL de Enfermería (España)	3	Construcción social de la Enfermería - Identidad profesional
Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (España)	2	Rol de enfermería y Salud
Revista Española de Salud Pública	2	Descripción/Valoración del Rol Profesional - Socialización de la Enfermería

Colaboración

Para determinar la colaboración se utilizaron dos parámetros: distribución de artículos por número de firmas e índice de colaboración. En lo que se refiere al primer parámetro (Tabla 5), destacan los trabajos con dos y tres firmas con el 26.2% y 29.2% respectivamente. En conjunto, los trabajos realizados en coautoría abarcan el 83.1% de la productividad, detectándose cierta similitud de los niveles de colaboración examinados en el ámbito de la Psicología (Lascurain, López y González, 1997). No obstante, el índice de colaboración que se obtiene es de 3.01 (número de firmas por número de artículos), algo más elevado al que ofrecen los autores mencionados. Este dato es comprensible si se tiene en cuenta que la mayor parte de los trabajos proceden del área de Enfermería. En la Figura 2 se presentan los datos del índice de colaboración por año, siendo los años 2000 y 2002 los de mayor índice (5 y 4.4 respectivamente).

Tabla 5. Distribución de artículos por número de firmas

Firmas/Art.	Nº Artículos	Porcentaje	Acumulado	Firmas	Porcentaje	Acumulado
1	11	16.9	16.9	11	5.6	5.6
2	17	26.2	43.1	34	17.3	23.0
3	19	29.2	72.3	57	29.1	52.0
4	7	10.8	83.1	28	14.3	66.3
5	3	4.6	87.7	15	7.7	74.0
6	6	9.2	96.9	36	18.4	92.3
7	1	1.5	98.5	7	3.6	95.9
8	1	1.5	100	8	4.1	100
Total	65	100		196	100	

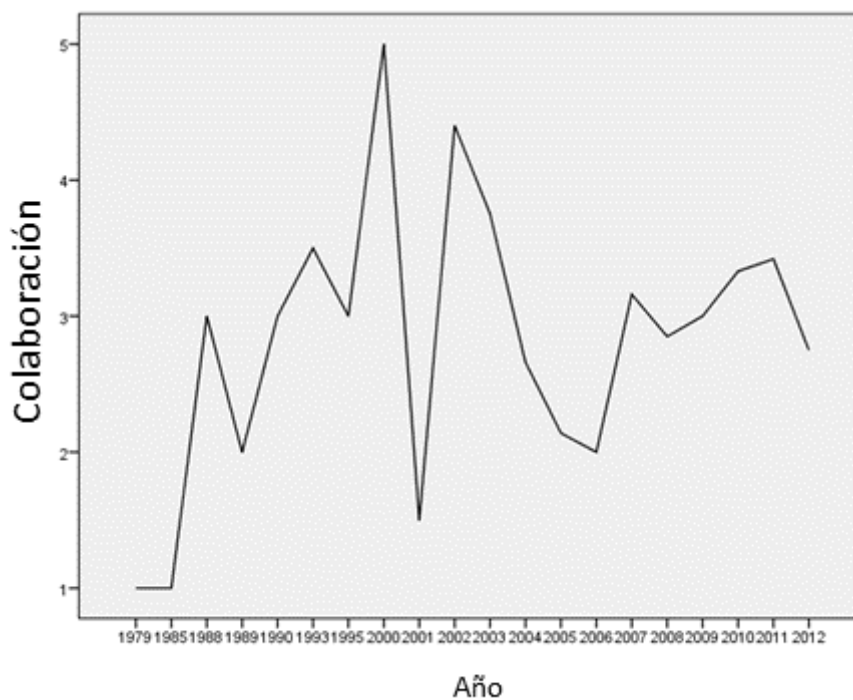


Figura 2. Índice de colaboración por año

Metodología en el estudio

Se identificaron 4 tipos de estudios en función de la metodología utilizada (Tabla 6).

Destaca la metodología observacional que concentra la mayor parte de la investigación en este ámbito, con una mayor presencia de la metodología cualitativa frente a la cuantitativa.

Tabla 6. Metodología en el estudio

Metodología	<i>f</i>	Porcentaje	Acumulado
Estudio Histórico	4	6.15	6.25
Estudio observacional con metodología cualitativa	33	50.77	56.92
Estudio observacional con metodología cualitativa y cuantitativa	1	1.54	58.46
Estudio observacional transversal con metodología cuantitativa	27	41.54	100
Total	65	100	

Temática Principal

Como se ha indicado anteriormente, de la lectura del título, resumen y palabras claves, se identificaron y categorizaron 8 temas principales. Los que generaron mayor número de artículos fueron: Construcción social de la Enfermería, Descripción/valoración del rol de Enfermería y Rol de Enfermería y Salud. Los estudios que se centraron de manera específica en la identidad profesional de Enfermería abarcaron el 9,23% de la productividad (véase la Tabla 7).

Tabla 7. Temática del estudio

Temática	<i>f</i>	Porcentaje	Acumulado
Construcción social de la Enfermería	20	30.77	30.77
Descripción/Valoración del Rol Profesional	15	23.08	53.85
Enfermería y Género	2	3.08	56.92
Identidad profesional	6	9.23	66.15
Rol de Enfermería y Salud	7	10.77	76.92
Significado del cuidado	4	6.15	83.08
Socialización de la Enfermería	6	9.23	92.31
Valores y Enfermería	5	7.69	100
	65	100	

A continuación pasaremos a describir cada una de las temáticas, haciendo mención de algunos trabajos en cada una de ellas.

Construcción Social de la Enfermería. Se categorizaron aquellos estudios que analizan la identidad enfermera a través de la imagen y las representaciones sociales de la Enfermería.

Entre estos estudios destaca el trabajo histórico ya citado de Carmen Domínguez Alcón del año 1979 que fue de gran repercusión para la profesión, por ser de los primeros estudios sobre este tema en España. Otros trabajos que se han incluido en esta temática son: García, Martínez, Méndez, Moreno y Quiroz (2000); Samaniego, Cárcamo y Frankel (2001); Silva,

Guilhem, Araújo y Monteiro, (2003); Rodríguez y Escalona (2007); y Heierle, Marín y Siles (2007).

Descripción y valoración del rol profesional. Se han categorizado aquellos estudios que describen y analizan las funciones que delimitan el rol profesional y la autonomía de la enfermería. Entre estos estudios caben mencionar los siguientes: Galindo, Escobar, Corrales y Palomo (2002); Gómez, Domingo, Gabaldón, Torres, Torres y Fernández (2003); y Subirana y Fargues (2005).

Enfermería y Género. Sólo para esta temática se incluyeron dos estudios que analizan la influencia del género en el reconocimiento profesional de la enfermería: Fajardo y Germán (2004) y Galiana y Bernabeu (2011).

Identidad profesional. Se han categorizado aquellos estudios que analizan la Identidad profesional en general y la identidad de cuidados de enfermería en particular. Entre estos estudios se pueden mencionar los siguientes: García y Buendía (2001) y Alonso et al. (2009).

Rol de Enfermería y Salud. Se han categorizado aquellos estudios que analizan el rol de enfermería a través del estrés de rol y la satisfacción laboral. Los más recientes son: Farrerons y Calvo (2008); Garrosa, Moreno, Rodríguez y Sanz (2008) y Sierra y Montalvo (2012).

Significado del cuidado. Se han categorizado aquellos estudios que analizan el concepto de Cuidado como esencia de la identidad profesional. Entre estos estudios caben mencionar los trabajos de Daza y Stella (2006) y Borges y Silva (2010).

Socialización de la Enfermería. Estudios que analizan los factores que influyen en la socialización del alumnado y las discrepancias entre la formación teórica y práctica. Se mencionan aquí los trabajos de Navarro, Martínez, Viguera, y Rodríguez (2002); Pérez, Alameda, y Albéniz (2002); Medina, Schubert, Prado y Sandin (2010), y Zambrano, Osejo y Tovar (2011).

Valores y Enfermería. Se han categorizado aquellos estudios que analizan los valores profesionales que centran la Enfermería como profesión. Se incluyen a Pérez et al. (2002); González (2008); y San Rafael, Arreciado, Bernaus y Vers (2010).

De la revisión bibliométrica de los estudios realizados en nuestro contexto castellano parlante, se derivan una serie de conclusiones que delimitan el trabajo que se quiere proyectar en esta investigación.

Con relación a los indicadores bibliométricos, cabe destacar que en general existe una baja producción de la literatura académica sobre el tema principal de la identidad profesional. Desde 1979 que apareció el primer análisis en este campo, hubo que esperar hasta el año 2002 para constatar un mayor interés por este ámbito de estudio, aunque la producción investigadora, por lo general, es mínima. Los autores que se han interesado por este tema lo han hecho de forma puntual y no se refleja que se haya continuado una línea de investigación. En lo que se refiere a las revistas académicas puede detectarse poco interés por publicar artículos relacionados con el tema de la identidad profesional. Es cierto en tanto que hay poca producción científica, las revistas no reciben oferta sobre esta temática. Respecto al tipo de estudio destaca el estudio observacional con metodología cualitativa frente a otros tipos de enfoques metodológicos.

En lo que se refiere a las temáticas, la identidad profesional se ha tratado en el marco de otras temáticas de manera transversal, por ejemplo cuando se investiga la construcción social de la enfermería y la imagen que proyecta el colectivo profesional en la sociedad. Es preciso aclarar que si bien la identidad profesional de la Enfermería, no ha generado gran producción académica como área de investigación en un marco empírico, si es patente cierto interés, que se refleja en el número de estudios de revisión y reflexiones que se han

desarrollado en los últimos años, que han llegado a 240. Para este trabajo se han seleccionado 65 bajo el criterio de que tuvieran un enfoque empírico.

Sobre la imagen profesional, en los estudios se refleja cómo la imagen social proyecta como características de la identidad profesional de la Enfermería su carácter femenino, la subordinación al médico, y el desconocimiento acerca de la complejidad del rol de la enfermera. De la misma forma, es interesante resaltar que si entre el propio colectivo la imagen profesional se relaciona con la humanización como característica central de la identidad profesional (Samaniego et al., 2001), los medios de comunicación contradicen esta visión, dado que no representan una imagen que ayude a comprender las habilidades que poseen ni el trabajo que realizan las enfermeras. Las enfermeras, frente a su aportación personal, sólo se perciben como grupo dentro del equipo de trabajo (Heierle et al., 2007).

En los estudios acerca de la valoración del rol y la autonomía de la enfermera, se detecta cómo las enfermeras infravaloran las actividades propias relacionadas con los cuidados (Gómez et al., 2003), frente a las tareas delegadas por otros profesionales, como son las que forman parte del tratamiento médico. Son las propias enfermeras que infravaloran los cuidados perdiendo autonomía en su quehacer profesional. Por otro lado, se ha detectado cómo los médicos consideran que las enfermeras dependen jerárquicamente del coordinador médico (Galindo et al., 2002). Visión que es coherente con otro estudio cualitativo con enfermeras en el que perciben que su competencia profesional no es reconocida por el equipo médico e incluso por la institución y la sociedad, mientras que sí lo perciben entre los pacientes, familiares y equipo de Enfermería (Subirana y Fargues, 2005). En general, plantean que sus intervenciones no están valoradas o reconocidas, son poco visibles.

La falta de reconocimiento acerca de la valoración del rol por parte del equipo médico, las instituciones y la sociedad, puede afectar a la devaluación de los cuidados como actividades propias, así como en la pérdida de autonomía, en la medida que las enfermeras valoran las tareas delegadas frente a las propias, perpetuándose de esta manera una identidad profesional subordinada a la Medicina.

En los estudios que analizan la influencia de género, sobre todo, en lo que se refiere a la falta de reconocimiento profesional, se considera que asociar los cuidados enfermeros con cualidades femeninas contribuye a esta infravaloración perpetuando situaciones de desigualdad y discriminación (Galiana y Bernabeu, 2011). La Enfermería es una profesión con una mayoría de mujeres, lo cual contribuye a su carácter femenino, además de que el cuidado ha sido y es una cualidad femenina que no quiere decir de mujeres, sino que requiere de características tales como la intimidad, la cercanía o el contacto, consideradas cualidades esenciales del cuidado. No reconocer estas particularidades de la profesión lleva a la discriminación y a la desigualdad frente a otras profesiones consideradas tradicionalmente masculinas como la Medicina y muy valoradas socialmente.

Esto dificulta la identificación profesional sobre todo en lo relacionado con la actividad cuidadora, cuando el cuidado es visto como la actividad clave en la identidad y un factor esencial de la Enfermería (Alonso et al., 2009). Las enfermeras no usan sus propios modelos de cuidados y no desarrollan la parcela propia quedando subordinada a la medicina. Uno de los factores que contribuye a desdibujar la identidad profesional es la normatividad de los servicios de salud. Por contrapartida, cuestiones como el modelo de rol, los programas educativos y el ejercicio profesional construyen la identidad de Enfermería (Alonso et al., 2009).

En lo que se refiere a las investigaciones que indagan en la salud del colectivo, se evidencia que los/as profesionales de enfermería presentan altos niveles de Burnout por encima de otros profesionales sanitarios, y lo relacionan con las dificultades en las relaciones laborales y las características del trabajo (Farrerons y Calvo, 2008). Estas características están vinculadas al rol donde se ha observado su asociación con el desgaste profesional, en el que las competencias emocionales tienen un efecto principal (Garrosa et al., 2008).

En relación al significado del concepto de cuidado por parte de los/as profesionales de enfermería, no se alcanza entre ellos un concepto compartido, aunque sí describen una orientación hacia la búsqueda de bienestar y hacia la resolución de problemas (Daza y Stella, 2006). Incluso desde el análisis de las representaciones sociales, conceptos como *cuidar* y *tratar* son acciones opuestas para los propios profesionales, llegándose a inferir que esta situación puede comprometer la práctica y la propia identidad profesional (Borges y Silva (2010).

En lo referente a la socialización de enfermería, en particular, estudios que analizan los factores que influyen en la socialización del alumnado y las discrepancias entre la formación teórica y práctica, los resultados revelan insatisfacción y *angustia* entre tutores de prácticas y estudiantes donde la ausencia de reconocimiento social condicional la falta de identificación como colectivo (Pérez et al., 2002). En relación a esta insatisfacción Zambrano et al. (2011) argumentan que las prácticas formativas contribuyen a generar expectativas entre los/as estudiantes, que esperan llevar a la práctica el *ideal* que traen consigo desde las aulas.

Finalmente cabe mencionar el relato biográfico de González (2008) en el que se muestra la vocación como elemento motivacional en la elección de la carrera, y factor clave en el cuidado y en el afrontamiento de las dificultades que se presentan en la profesión. Este

trabajo se incluyó dentro de la temática de valores y enfermería, destacando la disponibilidad y entrega, responsabilidad, capacidad de comunicación, y colaboración y trabajo en equipo.

En definitiva, en todos estos estudios queda patente la dificultad que existe a la hora de identificar a la Enfermería como profesión. Es manifiesta la confusión existente entre la identidad de cuidadores/as y la identidad de auxiliares de la Medicina, entre ser una profesión independiente y una profesión subordinada, la falta de reconocimiento de la profesión y la influencia de género. Los estudios que analizan la socialización profesional de los/as estudiantes de Enfermería revelan que las discrepancias existentes entre la teoría y la práctica, genera insatisfacción tanto en el alumnado como en el profesorado.

Esta revisión, aunque contextualizada al marco hispano hablante, viene a mostrar la ausencia de trabajos de investigación que sostengan una clara línea de investigación. La escasa presencia de estudios que aborden de manera específica la identidad profesional, contrasta con la amplia literatura en la discusión teórica sobre la identidad enfermera y su desarrollo socio-histórico como profesión, como se ha visto en el primer apartado de este capítulo. Esta situación justifica el interés por clarificar e indagar el significado de la profesión de Enfermería, desde el marco conceptual de las ciencias sociales y en particular desde la Psicología Social.

Teniendo en cuenta que la identidad se construye en el proceso de socialización que comienza con la formación universitaria, con este estudio se quiere analizar la identidad en los/as estudiantes y cómo afectan las auto-discrepancias en el proceso de identificación.

1.3. Bases Teóricas

Analizar los procesos que conducen a la identificación con la Enfermería eleva el análisis a la Teoría de la Identidad Social, uno de los soportes teóricos de mayor influencia en la Psicología Social (Scandroglio, López y San José, 2008). Esta teoría, planteada inicialmente por los psicólogos Henry Tajfel y John Turner, es conocida también como la teoría de la Auto-Categorización (Turner, 1987/1989). Desde entonces, ha generado un creciente interés, de manera particular en el contexto organizacional (Hogg y Terry, 2000) y recientemente en el contexto de la Enfermería (Willetts y Clarke, 2014).

En este apartado se abordarán las cuestiones más centrales de la teoría, las cuales servirán de soporte del trabajo empírico. Estas cuestiones tienen relación principalmente con la *identificación* como proceso social básico, aplicado al caso concreto de la Enfermería como grupo profesional, y en el contexto formativo universitario. No obstante, conviene precisar que la identidad social es un fenómeno complejo, dado que abarca elementos culturales, sociales y personales, y, al mismo tiempo, interdependiente con el contexto en el que emerge, puesto que se plantea sobre la base de la relación personas y grupo. No cabe duda de que se trata de un fenómeno dinámico y progresivo, que concurre de acuerdo con las relaciones intragrupal e intergrupales, en las que las personas se encuentran inmersas en un contexto determinado.

Uno de los elementos característicos de la identidad social, y que en un principio favoreció su distinción con la identidad personal, es que ésta se concibe por la pertenencia a un grupo de referencia. Tajfel (1981) la define como aquella parte del autoconcepto que deriva su conocimiento por la pertenencia a determinados grupos o categorías sociales junto con el valor y significado emocional que se genera de esta experiencia. En su concepción más

original, es la base perceptiva-cognitiva de la formación del grupo, en la que sus miembros toman conciencia colectiva de sí mismos como entidad social diferenciada (Tajfel y Turner, 1985/1989). Desde perspectiva, un grupo lo constituirían aquellos individuos que se perciben a sí mismos como miembros de una misma categoría social. Turner (1987/1989) lo atribuye como un proceso específicamente cognitivo de auto-categorización que se corresponde con características específicas dadas a la conducta del grupo. Los aspectos del yo derivados de la propia pertenencia al grupo es lo que hace posible esta función de la categorización del yo a distintos niveles de abstracción, manteniéndose organizados en una jerarquía de inclusividad. Turner establece tres niveles básicos de abstracción, que son: la dimensión de la identidad propia como ser humano (nivel supraordenado), la identidad social basada en las semejanzas y diferencias de los grupos (nivel intermedio) y la identidad personal basada en su diferenciación a nivel grupal (nivel subordinado).

En la configuración de la identidad social queda, por tanto, de relieve la importancia que tiene para el individuo su pertenencia con un grupo social particular. Sin embargo, se plantea que sólo desde la percepción subjetiva de la existencia de un grupo se puede construir una identidad social coherente y completa. En consecuencia, en la formación y funcionamiento de la identidad social básicamente se dan *procesos de identificación*: la persona se identifica con los valores, objetivos y normas de su grupo haciéndolos suyos. Para Ellemers, Kortekaas, y Ouwerkerk (1999), esta identificación social implica un proceso de auto-categorización (componente cognitivo), una implicación emocional con el grupo (componente afectivo) y una connotación del valor positivo o negativo vinculado a la pertenencia grupal (componente evaluativo).

Una premisa central de este enfoque es que las categorías sociales proporcionan a los miembros una definición y una estimación de quien uno es y una descripción y valoración de lo que eso implica. Las identidades sociales no sólo describen atributos sino que también ordenan o establecen una norma de lo que uno debería pensar y cómo debería comportarse como miembro, de forma que da un sentido al individuo (Adams, et al. 2006; Hogg y Terry, 2000; Turner, 1987/1989). Por ejemplo, ser miembro de la categoría social enfermera significa definirse y valorarse al mismo tiempo que ser definida y valorada por los otros como profesional de la enfermería, pero además conlleva pensar y comportarse en formas que les son características. Es el proceso de la *categorización social*, que entendida en su acepción más básica supone “la representación cognitiva de la división social en grupos” (Turner, 1987/1989, p. 55). Este proceso origina dos efectos: homogeneización del exogrupo en el que se incrementa la similitud entre los miembros de un grupo diferente al nuestro y diferenciación del endogrupo donde los miembros del propio grupo tienden a percibirse muy diferentes entre sí (Linville, Fischer, y Salovey, 1989).

Se produce de este modo una *comparación social* entre el endogrupo y el exogrupo en aquellas dimensiones que son compartidas por ambos grupos. Esta maximización de las diferencias genera al mismo tiempo connotaciones valorativas en aras de conseguir la autoestima personal. Las personas tienden a valorarse a sí mismas de forma positiva y evaluarán de forma favorable también a su grupo de pertenencia y en un sentido diferencialmente positivo con otros grupos que sirven de comparación (Turner, 1987/1989).

Como resultado, la identidad social puede ser positiva o negativa en función de las evaluaciones socialmente consensuadas de las categorías sociales que se establecen por la comparación intergrupala. Tajfel y Turner (1985/1989) sostienen que cuando la identidad

social es negativa o insatisfactoria los individuos reaccionarán en un esfuerzo por alcanzar la distintividad positiva de su propio grupo con acciones diferentes, entre las que cabe: a) la intención de abandonar el grupo devaluado (movilidad individual); b) la redefinición de los atributos en un intento de búsqueda de la distintividad positiva para el endogrupo (creatividad social); o c) la competición directa con el exogrupo para invertir su posición en la jerarquía social (competición social).

La teoría de la identidad social también plantea que las actitudes y las conductas de un grupo hacia otro se rigen por la fuerza y relevancia de la identidad social de sus miembros. Desde la perspectiva de la identidad social, en referencia al grupo de pertenencia, se da por sentado que la sociedad está estructurada en distintos grupos sociales que se asocian entre sí por las relaciones de poder y de estatus que mantienen entre ellos (Adams et al., 2006; Hogg y Terry, 2000). Grupos de todo tipo forman la estructura de la sociedad, y, en un momento dado, un individuo puede pertenecer a diferentes grupos definidos según sus pertenencias categoriales; unas provienen de las estructuras formales asignadas estableciendo una dimensión jerarquizada (como es el caso de las categorías profesionales) y otras se establecen sobre la base de las características diferenciadoras de una persona (por ejemplo, etnia, género, nacionalidad, etc.).

Mientras que varias identidades pueden coexistir simultáneamente en un individuo, una puede ser más prominente que otra en cualquier momento, dependiendo del contexto. Además, mientras que un individuo puede pertenecer a muchos grupos, muchas veces es el grupo profesional el más importante en la vida de un individuo (Hogg y Terry, 2000). Así, en el contexto universitario, cabe la opción de que entre estudiantes que participan en un grupo

de aprendizaje interprofesional, es más que probable que se les juzgue por su identidad profesional que, por ejemplo, la nacionalidad, etnia o género (Adams et al., 2006).

La *identidad profesional*, como una forma de identidad social, se refiere a la identificación del sí mismo como miembro de un grupo profesional, que se compara y diferencia de otros grupos profesionales. Se define como la integración de los valores, actitudes, habilidades y conocimientos que se comparten con otras personas pertenecientes a un grupo profesional y se utiliza para diferenciar entre el endogrupo y el exogrupo. La identidad profesional, al estar relacionada con el rol profesional que ejerce la persona, es un elemento subjetivo del autoconcepto asociada con el rol del trabajo. En consecuencia, se utiliza como una fuerza normativa para regular la interacción entre los miembros de un grupo de profesionales con otros en el lugar de trabajo (Schein, 1978, cit. en Adams et al. 2006).

El desarrollo de la identidad profesional está asociado a la profesión y al lugar de trabajo, por lo que se desarrolla con el tiempo e implica la toma de conciencia de las prácticas profesionales y el desarrollo de los valores y capacidades de la profesión. Un estudiante que adquiere una profesión a lo largo de la formación en su carrera, la conformación de su identidad profesional en esta etapa formativa será importante. Constituye un requisito previo para la aceptación de las responsabilidades y obligaciones del rol profesional, y puede ser clave para desarrollar la confianza necesaria para trabajar como un profesional cualificado (Gregg y Magilviy, 2001).

En el caso de los estudiantes de Enfermería, su experiencia formativa en contacto con el ámbito profesional constituye en sí misma un proceso de socialización (Nunes, 2008). En este proceso son claves la participación en actividades de la profesión a través de la práctica clínica, la interacción de los estudiantes con profesionales del campo que sirven de modelos

de conducta, el uniforme o la propia reflexión del proceso de aprendizaje (Adams et al., 2006; Crossley y Vivekananda-Schmidt, 2009). En cambio, se ha señalado que el retraso en la propia identidad profesional será un obstáculo para una transición exitosa de ser estudiante a ser profesional. Este proceso por el que se comienza a asumir un rol profesional se denomina *socialización profesional*.

La socialización profesional es el proceso por el cual una persona adquiere de manera selectiva los conocimientos, habilidades, actitudes, intereses y valores de los grupos profesionales a los que quiere pertenecer. Se trata de la interiorización de los valores y las normas del grupo en el propio autoconcepto y comportamiento de la persona (Jacox, 1973, Cohen, 1981, cit. en Adams et al., 2006). Este proceso permite llegar a sentirse intelectual y emocionalmente cómodo en un rol profesional. Por ejemplo, en las profesiones relacionadas con la salud, los estudiantes aprenden a enfrentarse con temas culturalmente tabúes, como la desnudez y la muerte. El resultado final de la socialización profesional debe ser una persona que posea las competencias técnicas, las actitudes y los valores que exige la profesión.

Cuestiones como la identidad profesional y los procesos de socialización de la Enfermería como profesión, han despertado cierto interés en las últimas décadas, destacando las investigaciones cualitativas que discurren en diversos contextos socioculturales (Price, 2009). Diversos estudios se han centrado en analizar y comparar la fuerza de la identidad profesional entre estudiantes del área de ciencias de la Salud (Adams, et. al. 2006; Carpenter, 1995; Niemi, 1997). Los resultados muestran que los estudiantes de primer año de formación ya desarrollan una identidad profesional relativamente fuerte a la entrada de sus respectivos programas de estudio. La fuerza de la identificación profesional, sin embargo, varía según la profesión. Carpenter (1995), por ejemplo, encontró que los estudiantes de Enfermería en su

último año de formación no mostraron identidad profesional muy fuerte en comparación con los de medicina, que sí mostraron una mayor identificación en este mismo escenario. Adams y su equipo (2006) señalaron que un previo y mejor conocimiento de la profesión elegida tiene más probabilidades de identificarse con su grupo profesional que los que carecen de él. Por otra parte, se mostró que los estudiantes que adquirieron cierta experiencia de aprendizaje en un entorno relevante con profesionales que sirven de modelos a seguir y con la posibilidad de trabajar en equipo manifiestan una identidad profesional fuerte.

Gregg y Magilvy (2001) llevaron a cabo un estudio cualitativo con el propósito de explorar el proceso por el que las enfermeras japonesas establecen su identidad profesional. La categoría central o proceso básico de su estudio fue lo que denominaron *la unión en la Enfermería*, donde se reconoce la inseparabilidad de la identificación y el compromiso con la Enfermería (los elementos esenciales de la identidad social). Al considerar la relación entre la identificación y el compromiso, parece que las enfermeras tienen un compromiso profesional fuerte con la Enfermería al tiempo que experimentan el proceso de adhesión al grupo. Este proceso por el que se establece la identidad profesional como enfermera, llega a ser entendido como desarrollo profesional donde se ha visto que los participantes del estudio perciben que ganan más competencias y la motivación necesaria para ser una enfermera. Mientras que se aprende de las experiencias de trabajo se va reconociendo el valor de la Enfermería y el establecimiento de su propia filosofía. También observaron que factores como el tiempo de permanencia en que un estudiante puede pasar en la práctica clínica o la supervisión pueden ser relevantes para fortalecer la identidad profesional.

El estudio realizado por Öhlén y Segesten (1998) se orientó a delimitar el concepto de la identidad profesional en Enfermería en Suecia. Como resultado del estudio, se identificaron

las dimensiones personales, interpersonales y socio-históricas de los aspectos de la identidad profesional. Una de las dimensiones personales de este estudio fue el sentimiento de confianza en sí mismo en su rol como profesionales de enfermería. Muchos de los participantes en el estudio expresaron su confianza en sí mismo cuando más se acercaban a su concepto de una enfermería ideal.

El estudio realizado por Negrillo (Negrillo, 2011; Negrillo y Herrera 2013) indagó cómo el alumnado que inicia sus estudios de Enfermería concebía esta profesión desde sus propias vivencias personales, además se quiso identificar el proceso de identificación con la profesión a partir de las primeras experiencias formativas en el contexto académico universitario. El análisis de los discursos del alumnado puso de manifiesto cómo las creencias previas que trae el alumnado al ingresar en la carrera situaban a la Enfermería como una profesión subordinada a la Medicina, con una influencia secundaria en el proceso de curación. La constante comparación en sus discursos con la Medicina venía acompañada por una devaluación de la Enfermería pero al mismo tiempo se evidenciaba una búsqueda hacia aquellos elementos distintivos de la Enfermería que contribuyen a generar una identidad social positiva, como fue la cercanía y contacto con los pacientes, cualidad muy valorada y deseada por el alumnado entrevistado. Se llegó a interpretar este proceso como una forma de aumentar la estima de un grupo profesional devaluado y de encontrar la coherencia en la dinámica representacional que es inherente a la identidad (Costalat-Founeau, 2007). Por otra parte, se observó cómo las primeras experiencias formativas reflejaron en el alumnado una tendencia hacia un reconocimiento positivo del rol de enfermería, enfatizando más los aspectos ligados al cuidado. Experimentaban una nueva visión del proceso de enfermar, donde se contemplan no sólo los aspectos biomédicos, sino también los aspectos psicosociales de la enfermedad, señalando cómo en la base de esta interiorización de los atributos de

enfermería se encuentran las experiencias de socialización que se producen durante la formación de la carrera (Adams et al., 2006; Nunes, 2008).

Hay que señalar que este estudio cualitativo se realizó al comienzo de la formación académica, con estudiantes de primer curso, que no han tenido aún contacto con las prácticas clínicas, contexto que modela de forma más determinante el perfil profesional de los estudiantes (Adams et al., 2006) y que puede ser incongruente con la visión que va forjando el alumnado hacia una concepción que ensalza los cuidados. La práctica asistencial puede diferir mucho de esta visión profesional, ya que el trabajo de Enfermería suele desarrollarse dentro de un modelo biomédico más alejado del modelo de Enfermería que se transmite en el ámbito académico. Esto puede suponer una dicotomía en los procesos de aprendizaje según el contenido que recibe el alumnado de lo que supone ser enfermera, que podría dificultar su proceso de socialización (Negrillo, 2011).

Por todo lo que se ha señalado hasta aquí, cabe considerar que en el desarrollo de la identidad, el contexto social, las interacciones y los ambientes de aprendizaje son componentes centrales del proceso de identificación. Estos elementos contribuyen a proporcionar una imagen y un compromiso con la profesión tal y como se ha apreciado en los estudios precedentes, donde los contextos de aprendizaje son determinantes. En este proceso son también relevantes las políticas institucionales de formación (Shinyashiki, Costa, Trevizan y Day, 2006; Vánegas et al., 2007).

Estos estudios han resaltado cómo las vivencias personales del alumnado y los procesos de cambio que experimentan en la socialización contribuyen a la identificación con la profesión (Adams et al., 2006; Negrillo, 2011; Nunes 2008). Desde la concepción de Turner que sitúa las categorizaciones del yo como componente cognitivo, se plantea que el proceso

de interiorización de las categorizaciones prefiguradas del endogrupo y exogrupo está sujeto al cambio de actitudes y que, por tanto, están sujetas a las “leyes empíricas establecidas sobre el cambio de actitudes y a los procesos de influencia social” (Turner, 1987/1989, p. 87).

De manera particular, se ha visto cómo el estudiante, conforme adquiere conocimientos de la profesión, comienza a experimentar cambios con relación a sus concepciones iniciales, más cercanas al modelo tradicional, ampliando la mirada hacia un rol más autónomo, revalorizándose las competencias en el cuidado del paciente (Negrillo, 2011). Desde la teoría de la identidad se puede argumentar que las diferentes facetas del autoconcepto y “ser un profesional de la enfermería” convergen y nos proporciona nuevas maneras de entender y de concederle más importancia a la congruencia entre las expectativas del rol de enfermería y sus experiencias actuales en el rol.

No obstante, como ya se ha señalado, al enfocar la mirada al momento de transición del contexto académico a la práctica profesional, se ha detectado un mayor desgaste entre los estudiantes. Una explicación es que los estudiantes pueden experimentar cierta disonancia o incongruencia entre una visión idealizada de lo que significa la Enfermería y el trabajo real ejercido en el contexto profesional (Price, 2009). De lo que se deduce que parte del aprendizaje debe ir encaminada a configurar un entendimiento de lo que realmente significa ser enfermera concediéndole más importancia a la congruencia entre las expectativas que trae el alumnado con respecto al rol de enfermería y sus experiencias actuales en el rol. Este factor de congruencia entre diferentes facetas del yo (personal y social) constituye un elemento central en la Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins (1987).

Higgins propone un marco de análisis del *self* en el que se diferencian dos dimensiones cognitivas interconectadas entre sí. Estas dimensiones son básicamente, por un

lado, tres dominios básicos del self (Yo real, Yo ideal, Yo debería) y, por otro, los diferentes puntos de vista sobre los que se obtiene la representación de uno mismo (personal y de otras personas significativas). El primer dominio constituye el *Yo real* o el yo como autoconcepto, entendido como la representación de los atributos que cada persona, u otras personas significativas para ella, cree que posee en la actualidad. Las otras dos dimensiones son el *Yo ideal*, la representación de los atributos que a una persona le gustaría poseer o cree que otros desean para ellos, y el *Yo debería*, que es la representación de los atributos que se debería poseer o considera que otros las prescriben para ellos. Estas facetas se encontrarían interconectadas entre sí constituyendo un complejo auto-sistema que conformarían el autoconcepto o la representación cognitiva del *self* y los estándares contra los que se evalúa y compara su *self* sirviendo de auto-guías. Los principales estándares son el *ideal* que configuran los deseos y aspiraciones y el *obligado o normativo* que demarcan las obligaciones y deberes.

Desde esta teoría, se argumenta cómo las personas continuamente revisan la consistencia o congruencia entre sus diferentes facetas del yo, por lo que es posible identificar inconsistencias entre la representación real, que se corresponde con el autoconcepto de la persona, y las aspiraciones u obligaciones, las cuales sirven de estándares personales o guías del yo, lo que confieren las *auto-discrepancias*. De este modo, se podrían plantear conflictos según cómo una persona se percibe a sí misma como profesional y cómo debería actuar según su ideal o sentido del deber.

Basándose en estudios empíricos previos sobre los procesos de auto-regulación, Higgins plantea que las personas están motivadas a reducir las discrepancias entre el autoconcepto y las diferentes auto-guías, las cuales funcionan como meta a alcanzar. En

consecuencia, las personas tienden a lograr una condición en el que su autoconcepto pueda estar en sintonía con las auto-guías que son relevantes para ella. De las posibles discrepancias, las más estudiadas han sido la discrepancia Real/Ideal y la discrepancia Real/ Debería (Sánchez-Bernardos, Quiroga, Bragado y Martín, 2004).

Las dos principales concepciones teóricas revisadas (la Teoría de la Identidad Social y la Teoría de la Auto-discrepancia), que son la base del presente trabajo, a priori puede entenderse que se plantean desde dos niveles diferentes de formación del autoconcepto (social y personal). No obstante, lo que se quiere plantear aquí y justifica su análisis a un mismo nivel, es que se encuentran superpuestas por lo que deberían mantener algún tipo de relación. Desde el análisis conceptual y teórico que realizan Stets y Burke (2000) entre la teoría de la identidad social y la teoría de la identidad, es posible encontrar una interrelación entre estas dos dimensiones, inicialmente diferenciadas.

Entre los rasgos diferenciales se encuentran, en primer lugar, la base en la que se sostienen cada una de ellas, la identidad social está basada en el autoconcepto social desde la categorización social y pertenencia grupal; y la Auto-discrepancia se asienta sobre el autoconcepto de la persona, en el que subyace la categorización de sí mismo como ocupante de un rol junto con las expectativas asociadas al desempeño de ese rol. En segundo lugar, se diferencian en los procesos asociados en su formación. Así, para la formación de la identidad social son fundamentales los factores derivados de la identificación con una categoría social por el que las personas están motivadas para lograr distintividad positiva intergrupal. En el caso de la Auto-discrepancia, recae en aquellos factores de autorregulación de la conducta en los que se procura mantener cierta consistencia en los estándares de la identidad. Pese a estos rasgos diferenciales ya se reconoce cierta interrelación, si se plantea que ambas se sitúan en el

continuo desde lo interpersonal donde la conducta estaría determinada por las características idiosincráticas en las relaciones personales, a lo intergrupalo donde la conducta se manifiesta por su pertenencia a categorías sociales.

Considerando las investigaciones precedentes, si nos centramos en los componentes motivacionales, lo lógico es pensar que los individuos que muestran una alta identificación con su grupo sentirán una fuerte atracción al grupo como un todo, facilitando la despersonalización, por lo que cabe suponer que tendrán como efecto el ajuste entre las diferentes auto-guías y el *self* (menos auto-discrepancias). Para Turner (1987/1989) es cuando se llega a la estereotipación del yo donde las personas se definen a sí mismas dentro del prototipo del endogrupo, más que como personas únicas definidas por sus diferencias individuales en relación con los otros miembros.

No obstante, se puede plantear en sentido inverso. Las personas que adoptan un rol determinado, en este caso los significados y expectativas asociados al rol de enfermería, que son definidas en el contexto de una organización, tratan de ajustar sus expectativas personales a las expectativas normativas, lo que favorece una mayor identidad social.

Higgins (1987) plantea que las discrepancias generan malestar psicológico por lo que las personas tratan de reducir las discrepancias. Incluso desde la propia concepción de la identidad social, las personas están motivadas para diferenciarse a sí mismas de otros grupos, no sólo para aumentar la autoestima, sino también para reducir la incertidumbre del autoconcepto y su lugar en el mundo social (Hogg y Terry, 2000). La categorización social reduce la incertidumbre transformando la concepción del *self* y asimilándolo a un prototipo que establece percepciones, actitudes, sentimientos y conductas. Hogg y Terry (2000) definen como prototipo como la “representación cognitiva de las características que describen y

prescriben los atributos del grupo” (p. 123), concepto que guarda cierta similitud con la auto-guía *debería* si se enfocara en lo que debería ser una persona como profesional de enfermería. Para Hogg y Terry (2000), la reducción de la incertidumbre puede tener una función adaptativa dado que define y prescribe lo que “deberíamos percibir, pensar, sentir y hacer” (p. 125). En este caso, una mayor identificación deberá producirse en aquellas situaciones en las que se produce un mayor ajuste entre el Yo personal y el Yo social. Bajo estas premisas, cabe suponer que debería darse una relación inversa entre la auto-discrepancia y la identidad social. Una menor auto-discrepancia puede tener como efecto alta identidad social al favorecer una percepción cognitiva de semejanza con el endogrupo.

1.4. Objetivos e Hipótesis

Estudios precedentes nos permiten afirmar que las vivencias personales así como aquellas que provienen del contexto familiar, universitario e institucional donde realizan los estudiantes sus prácticas de formación académica, incorporan componentes que confieren características propias de la Enfermería: los valores, la visión integral del ser humano, los conocimientos científicos, las relaciones interpersonales efectivas y las habilidades técnicas propias de la profesión, entre otros. Todo lo cual, genera la propia visión acerca de lo que significa ser enfermera y la percepción de cómo debe ser su proyección profesional y personal, lo que les ayuda a construir su identidad profesional.

Por esta razón, este trabajo pretende analizar, en el marco de la teoría de la identidad social y la auto-discrepancia, en qué grado se alcanza la identificación con la profesión que experimentan los/as estudiantes de Enfermería, comparándola en dos momentos claves de su formación: al inicio de sus estudios (primer curso) y en el momento en el que se encuentran en la trayectoria final de su formación (cuarto curso). Se pretende, además, explorar las auto-

discrepancias desde la construcción del autoconcepto (Yo real) y la auto-guía normativa (Yo debería) al considerarse ésta más relevante en el contexto académico frente a la auto-guía Yo ideal (Negrillo, Suárez y Herrera, en prensa). Finalmente, se quiere indagar el papel que ejercen las auto-discrepancias en la formación de la identidad profesional.

Los objetivos son:

Objetivo 1. Conocer la identidad profesional de los y las estudiantes de primero y último curso de Grado de Enfermería.

Objetivo 2. Identificar los atributos personales (Yo real) y normativos (Yo debería) en relación al concepto de Enfermería en los y las estudiantes de primero y último curso de Grado.

Objetivo 3. Determinar la magnitud de las auto-discrepancias entre el Yo Real/Yo Debería de los atributos de Enfermería en distintos momentos de la formación, el primer curso y el último curso de Grado, y entre estudiantes de género masculino y femenino.

Objetivo 4. Identificar los atributos personales (Yo Real) y normativos (Yo debería) en relación a las competencias de cuidado en los y las estudiantes de primero y último curso de Grado.

Objetivo 5. Determinar la magnitud de las auto-discrepancias entre el Yo Real/Yo Debería en relación a las competencias de cuidado en dos momentos de la formación, el primer curso y el último curso de Grado, y entre estudiantes de género masculino y femenino.

Objetivo 6. Determinar el efecto de las auto-discrepancias sobre la identidad profesional.

Del objetivo 1, se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1.1. El grupo de estudiantes de último curso de Grado de Enfermería manifestará mayor Identidad Profesional frente al grupo de estudiantes que inicia sus estudios en primero.

Hipótesis 1.2. Entre el género femenino se mostrará una puntuación más elevada en Identidad Profesional frente al género masculino.

De los objetivos 2 y 3, se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 2.1. Cabe esperar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes de primero y cuarto con relación a las auto-discrepancias Real-Debería de los atributos de Enfermería.

Hipótesis 2.2. Cabe esperar diferencias estadísticamente significativas de género entre los estudiantes con relación a las auto-discrepancias Real-Debería de los atributos de Enfermería.

De los objetivos 4 y 5, se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 3.1. Cabe esperar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes de primero y cuarto con relación a los atributos (real y debería) de las competencias de cuidado de Enfermería y en las auto-discrepancias.

Hipótesis 3.2. Cabe esperar diferencias estadísticamente significativas de género entre los estudiantes con relación a los atributos (real y debería) de las competencias de cuidado de Enfermería y en las auto-discrepancias.

Del objetivo 6, se deriva la siguiente hipótesis:

Hipótesis 4. A mayor auto-discrepancia menor identidad profesional en estudiantes de Enfermería.

Capítulo 2

Metodología

2.1. Muestra

El estudio se realizó con una muestra no probabilística de conveniencia de 349 estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla, 178 de primer curso (51%) y 171 de cuarto y último curso de grado (49%). La recogida de datos se realizó en el curso académico 2012/2013. Mayoritariamente participaron mujeres (79.1%) frente a los hombres (20.3%), con una media de edad de 21.44 años, y desviación típica de 4.48. En el subgrupo de estudiantes de primero la media de edad fue de 20.63 (DT=5.63), mientras que en el caso de estudiantes de cuarto la media de edad fue de 22,29 (DT=2.58). El 50.1% de estudiantes manifestaron haber elegido la carrera de Enfermería como primera opción, mientras que el resto entre la segunda y siguientes opciones. El 72,2% de estudiantes eligieron la vocación de ayuda como principal razón para la elección de la carrera. En lo que se refiere a otros datos sociodemográficos para toda la muestra, el 70.9% reside con la familia y el resto viven con otros compañeros (23,3%), sólo (3,2%) o con la pareja (2.6%). En su mayoría se sitúan en el grupo socioeconómico medio (89,6%), mientras que en el nivel medio-bajo fueron el 17%, en el bajo fueron 4%, medio-alto 9,8% y alto 0.6%. El 90.1% no trabaja frente al 9.9% que sí trabaja. El 67.2% manifestaron no tener experiencia previa profesional en Sanidad frente al 32.8%. En la tabla 8 se representan los valores sociodemográficos según el curso y en la tabla 9 se exponen otros datos académicos (nota media, preferencia de estudios y motivación en la elección de la carrera).

Tabla 8. Datos sociodemográficos de la muestra por curso

Variables	Primer Curso (n=178)	Cuarto Curso (n=171)
Género		
Masculino	33 (18.5%)	38 (22.2%)
Femenino	144 (80.9%)	132 (77.2%)
NC	1 (0.6%)	1 (0.6%)
Reside		
Solo	6 (3.4%)	5 (3%)
Con la familia	136 (76.4%)	110 (64.3%)
Pareja	2 (1.1%)	7 (4.1%)
Compañeros	34 (19.1%)	47 (27.5%)
NC	-	2 (1.2%)
Nivel Socioeconómico		
Bajo	6 (3.4%)	8 (4.7%)
Medio Bajo	32 (18.0%)	27 (15.8%)
Medio	127 (71.3%)	111 (64.9%)
Medio Alto	13 (7.3%)	21 (12.3%)
Alto	-	2 (1.2%)
NC	-	2 (1.2%)
Trabaja		
Si	14 (7.9%)	20 (11.7%)
No	161 (90.4%)	149 (87.1%)
NC	3 (1.7)	2 (1.2%)
Experiencia previa Sanidad		
Si	73 (41%)	40 (23.4%)
No	103 (57.9%)	128 (74.9%)
NC	2 (1.1)	3 (1.8)

Tabla 9. Datos académicos según el curso

Variables	Primer Curso (n=178)	Cuarto Curso (n=171)
Nota Media de acceso	11.27 (0-14)	8.01 (0-10)
Preferencia Enfermería		
1ª Opción	84 (47.2%)	91 (53.2%)
2ª Opción	67 (37.6%)	53 (31%)
3ª Opción	18 (10.1%)	13 (7.6%)
NC	9 (5.1%)	14 (8.2)
Preferencia Medicina		
1ª Opción	77 (43.3%)	54 (31.6%)
2ª Opción	7 (3.9%)	2 (1.2%)
3ª Opción	4 (2.2%)	-
NC	90 (50.6%)	115 (67.3)
Preferencia Odontología		
1ª Opción	5 (2.8%)	7 (4.1%)
2ª Opción	7 (3.9%)	10 (5.8%)
3ª Opción	7 (3.9%)	2 (1.2%)
NC	159 (89.3%)	152 (88.9%)
Preferencia Fisioterapia		
1ª Opción	2 (1.1%)	4 (2.3%)
2ª Opción	12 (6.7%)	10 (5.8%)
3ª Opción	15 (8.4%)	6 (3.5%)
NC	149 (16.3%)	151 (88.3%)
Preferencia Biomedicina		
1ª Opción	6 (3.4%)	-
2ª Opción	11 (6.2%)	-
3ª Opción	3 (1.7%)	-
NC	158 (88.8%)	-
Preferencia otros estudios		
1ª Opción	1 (0.6%)	1 (0.6)
2ª Opción	8 (4.5%)	11 (6.4%)
3ª Opción	3 (12.4%)	18 (10.5%)
NC	147 (82.6%)	141 (82.5%)
Motivación elección carrera		
Vocación de ayuda	132 (74.2%)	120 (70.2%)
Salida profesional	10 (5.6%)	18 (10.5%)
Alternativa Medicina	34 (19.1%)	28 (16.4%)
Tradición Familiar	2 (1.1%)	-
Otras	-	5 (2.9%)

Una vez obtenido el permiso para la realización del estudio por parte del Decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla, se contactó con el profesorado de las asignaturas de Primero y Cuarto de Enfermería de las Unidades docentes de Macarena, Valme y Virgen del Rocío, para poder aplicar el instrumento en horario de sus clases y según su conveniencia (al inicio o al final de la clase). En la administración de los cuestionarios estuvo presente en la mayoría de los casos la investigadora del estudio, y en aquellos casos excepcionales en lo que participó otra persona diferente, fue instruida en la aplicación del instrumento. Los estudiantes que accedieron a participar de forma voluntaria en el estudio fueron informados de la naturaleza del mismo con las siguientes instrucciones:

El cuestionario que le presentamos a continuación forma parte de un estudio que tiene por finalidad el análisis de la identidad profesional. Por favor, procura responder con la mayor sinceridad posible. Los resultados que obtengamos son absolutamente confidenciales y serán utilizados para los fines de la investigación. Muchas gracias por tu colaboración.

2.2. Instrumentos

Se diseñó un único cuestionario en el que se incluyeron las siguientes cuestiones y escalas.

Cuestiones sociodemográficas: Género (Masculino, Femenino); Edad en años; Con quién reside (Solo, Con la Familia, Pareja, Otros Compañeros); Grupo socioeconómico al que pertenece (Bajo, Medio-Bajo, Medio, Medio-alto, Alto). Experiencia previa profesional en Sanidad (Sí, No).

Datos académicos: Nota media de acceso; Preferencias de acceso a la universidad con tres opciones: primera, segunda y tercera opción; Motivación para cursar la carrera donde se le indicaban diferentes opciones en las que sólo debía elegir una: Vocación de ayuda, Salida Profesional, Alternativa a la Medicina, Tradición Familiar, Otras.

Escala de Identidad Profesional - Professional Identity Scale (Adams et al., 2006). Escala desarrollada por el equipo de Macleod-Clark en su estudio longitudinal conocido como New Generation Project (O'Halloran, Hean, Humphris y Macleod-Clark, 2006), proyecto que tenía como finalidad desarrollar un programa de educación interprofesional en profesionales de la salud y la atención social. Esta escala fue diseñada con el propósito de medir la fuerza de identidad profesional en estudiantes de las áreas de salud y la atención social y establecer una línea base en los niveles iniciales por profesión. En su formato original en inglés estaba compuesta por 12 ítems adaptados principalmente de la escala creada por Brown, Condor, Matthews, Wade y Williams (1986) que mide la identificación del grupo de trabajo y la diferenciación con otras unidades dentro de una organización industrial. En la escala de Adams et al. (2006) se aplicó un análisis de componentes principales con rotación varimax que la redujo a 9 ítems dentro de un modelo de un solo factor con una carga superior a .45 en todos los ítems y una consistencia interna de .79 (Alfa de Cronbach). Para esta investigación se adaptaron al castellano estos 9 ítems (véase Anexo 1). Estos reactivos incluyen seis estamentos de sentimientos de pertenencia e identificación positiva con la profesión de enfermería (por ejemplo, *me identifico positivamente con miembros de esta profesión*) y otros tres ítems redactados en el sentido contrario (por ejemplo, *a menudo me avergüenzo de admitir que estoy estudiando para esta profesión*). Los ítems se adaptaron al castellano, con la participación de expertos en lengua inglesa y castellana junto con profesionales de enfermería. Posteriormente fue aplicada a una muestra piloto de estudiantes de Enfermería para

comprobar su claridad y comprensión. En el estudio se utilizó una escala Likert de 5 puntos para la respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Para los análisis estadísticos se utilizó el valor medio de la respuesta a los 9 ítems (en el caso de los ítems negativos se invirtieron las puntuaciones). Puntuaciones elevadas indican fuerte identidad profesional mientras que puntuaciones más bajas indican identidad profesional más débil. Se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach muy aceptable con un valor de .87.

Auto-discrepancias de Atributos de la Profesión de Enfermería. Antes de describir este instrumento, es conveniente señalar que para determinar las diferentes dimensiones del yo (*self* y auto-guía), así como las auto-discrepancias entre ellas, se han planteado diferentes métodos de evaluación con los que se pretenden determinar, además, la cualidad e intensidad de las auto-discrepancias (Moretti y Higgins, 1999; Francis, Boldero y Sambell, 2006; Hardin y Lakin, 2009; Watson, Bryan y Thrash, 2010). Estos métodos se pueden diferenciar por su carácter ideográfico o bien los que son de tipo nomotético. En el primer caso, son los propios informantes quienes identifican los atributos positivos o negativos del proceso que se estudia, mientras que en el segundo tipo los atributos son determinados previamente por el investigador, a los que la persona posteriormente selecciona. En ambos formatos, el individuo tras la identificación y/o elección de los atributos estima el grado en que cada uno describe su *self* o auto-guía. De esta estimación se obtiene una puntuación de discrepancia, que básicamente consiste en la sustracción entre las diferentes estimaciones (por ejemplo Yo real – Yo ideal). Para este estudio y con la finalidad de identificar los atributos que confieren las/os estudiantes a la profesión de Enfermería se diseñó un instrumento de carácter ideográfico siguiendo el protocolo de Higgins (1987). En la construcción de este instrumento sólo se incluyó la autoguía Yo debería al considerar que en el contexto académico la auto-guía

normativa es más relevante y más fácil de identificar frente a la ideal (Negrillo et al., en prensa).

En el instrumento se le solicita al/la estudiante que enumere una lista de 7 atributos o características que él o ella considera que posee (Yo Real) como enfermero o enfermera. Posteriormente se solicita que enumere otros 7 atributos de Enfermería que constituyen, en este caso, un deber u obligación (Yo Debería). Para cada uno de los atributos mencionados por el estudiante se le solicita, además, que valore el grado en que los posee (en el caso de la primera lista de atributos) o bien los considera un deber (en la segunda lista de atributos), siguiendo una escala de 1 (un poco) a 4 (muchísimo).

Dado el carácter abierto de la respuesta del alumnado, para la identificación de los atributos fue necesario un proceso sistemático de reducción de la información cualitativa, con el propósito de reducir y agrupar las citas textuales a categorías, y así obtener posteriormente un indicador cuantitativo de auto-discrepancia. Este proceso de análisis cualitativo se realizó en tres fases. En una primera fase se procedió a una primera agrupación por parte de la investigadora de las citas textuales de los estudiantes, siguiendo el criterio de unidad de significado común con referencia al ámbito profesional de la Enfermería. Por ejemplo para las expresiones literales “deseo ayudar” o “ganas de ayudar a los enfermos” se categorizaron ambas como “actitud de ayuda”, o las citas “capacidad de sacrificio” o “actitud de sacrificio” se categorizaron como “abnegada”. Esta primera agrupación generó un total de 106 categorías. En una segunda fase se procedió a la comparación constante, siguiendo el procedimiento de Strauss y Corbin (1998), entre las categorías iniciales que emergieron del agrupamiento anterior, examinando cada una de las categorías con su cita textual y comparando entre las categorías examinadas, con la finalidad de identificar similitudes o

diferencias por su unidad de significado. Por ejemplo, las categorías “eficaz” y “resolutiva” se agruparon en “eficaz”, las categorías “ingeniosa”, “innovadora” o “empresarial” se agruparon en “empresarial”. Este listado de categorías se redujo a 73 categorías. En una tercera fase, estas categorías junto con las citas textuales de las que emergieron, fueron sometidas a revisión y discusión por parte de dos jueces expertos, con el resultado final de 47 categorías. En la elección de las categorías prevaleció la unidad de contenido frente a la densidad en la frecuencia de aparición. Estas categorías definen los atributos que según el alumnado se confieren a la profesión de Enfermería en sus dimensiones Yo Real y Yo debería.

Para calcular la auto-discrepancia, a partir de las categorías de atributos se identificaron los ajustes o desajustes entre las elecciones de cada estudiante de los atributos en Yo Real y Yo Debería (Strauman y Higgins, 1987). Se consideraron *ajustes*, cuando los atributos coinciden en ambas escalas, *desajustes de medida* cuando los atributos coinciden en ambas escalas pero las puntuaciones otorgadas (1-4) difieren en más de 1 punto, y *desajustes puros* cuando los atributos no coinciden en ambas escalas. Los desajustes puros tenían un peso de 2 puntos. La frecuencia de cada uno de estos tres valores puede situarse entre 1 y 7 que se corresponden con las 7 opciones de atributos a mencionar por parte de los/as estudiantes. Posteriormente, se obtuvo una puntuación de auto-discrepancias de atributos de la profesión de Enfermería como resultado de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Auto-discrepancia} = (\text{desajustes} * 2) + \text{desajustes de medida} - \text{ajustes}.$$

De la aplicación de esta fórmula se obtiene un valor de auto-discrepancia que se sitúa en el intervalo entre -7 que indica que el sujeto tiene ajustes en los atributos Real y Debería en todos los casos (7 opciones de respuesta), y 14 que indica desajustes en todos los casos

posibles. La magnitud de la discrepancia solo se calculó en aquellos casos en que los estudiantes completaron ambas escalas, al mencionar los siete atributos por escala.

Escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado en Enfermería (Negrillo et al., en prensa). Este instrumento se diseñó con el propósito de medir la auto-discrepancia entre *yo es* con relación a las competencias de cuidado, considerando el cuidado de Enfermería una función principal y autónoma de la profesión que requiere unas habilidades y destrezas determinadas (Negrillo y Herrera, 2013). Para la elaboración de este instrumento, se diseñó una primera versión de la escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado de Enfermería con 47 ítems. Para determinar las funciones específicas de cuidado se consideraron las competencias del Título de Grado de Enfermería (Aneca, 2004), la clasificación de intervenciones enfermeras (Bulechek, Butcher y Dochterman, 2009), investigaciones precedentes (Arthur et al 1999; Schofield, Tolson, Arthur, Davies y Nolan, 2005) y se realizaron varias consultas a expertos. En ese trabajo inicial se contemplaron los tres dominios básicos: Yo real, Yo ideal y Yo debería de la teoría de auto-discrepancias (Higgins, 1987). Esta primera versión se presenta en el Anexo 2.

La escala piloto se aplicó a una muestra intencional de 41 estudiantes, con la finalidad de establecer una primera depuración del instrumento. Junto a la escala se incorporaron preguntas abiertas en las que se solicitaba a los participantes su opinión sobre el grado de comprensión de los ítems junto con otros aspectos que considerasen de interés comentar. Se identificaron 25 ítems que debían eliminarse bien por superar el doble de su \pm error típico o bien por presentar una correlación inter ítems y correlación ítem total inferior a .30. Dos de estos ítems no se prescindieron por razones teóricas. Estos dos ítems fueron el 7 (*preservar la intimidad y la dignidad de la persona frente al sufrimiento que puede suponer la enfermedad*)

y el 47 (*facilitar el descanso procurando un ambiente tranquilo, armonioso y seguro*). Los ítems que se eliminaron fueron: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 20, 25, 26, 28, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44 y 45 (véase anexo 2). Por otro lado, se decidió excluir del estudio el dominio Yo ideal al coincidir expertos y estudiantes en la dificultad de poder diferenciarlo del dominio Yo debería dado el contexto académico en el que se enmarca el estudio.

La escala definitiva contempla dos dominios: Yo real y Yo debería. Para identificar el dominio Yo real se solicita al sujeto que valore, en el momento actual, el grado en que posee una serie de competencias relacionadas con el cuidado del paciente. En el dominio Yo debería, se le pide que valore en qué medida debería poseer cada una de las competencias de cuidado para el ejercicio de la profesión, señalando el grado en que éstas se consideran un deber u obligación. Cada subescala (Yo real, Yo debería) incluyó un total de 24 ítems de cuidado. Para determinar la magnitud se empleó una escala Likert (1 (nada o casi nada) a 5 (muchísimo)). Para este instrumento se consideró auto-discrepancia la diferencia absoluta entre las puntuaciones directas de ambas subescalas.

Después de aplicar un análisis factorial exploratorio para todos los ítems de ambas subescalas (Yo real, Yo debería), se pudo determinar que éstas aunque comparten los mismos ítems, suponen dos constructos diferentes en la valoración que realiza el sujeto sobre los mismos (Negrillo et al., en prensa). Esto es, los sujetos utilizando una misma batería de ítems para ambas dimensiones realizan una apreciación diferente en función de su autoconcepto Yo Real y su Yo debería, este último le proporciona una norma interna que sirve de auto-guía de su *self* (Higgins, 1987). Un análisis factorial exploratorio posterior, introduciendo, esta vez, sólo la respuesta a los ítems en la dimensión Yo debería, permitió la extracción de dos factores que medían distintos aspectos de las competencias de cuidado. De lo que se infieren

dos factores específicos en las competencias de cuidado. El primer factor se denominó competencias de cuidado general y el segundo factor competencias de cuidado ante situaciones especiales y críticas. En la Tabla 10 se presentan los ítems agrupados al primer factor, que hacen referencia a cuestiones relacionadas con la preservación de la intimidad y dignidad, satisfacción de necesidades en el proceso terapéutico en diferentes contextos, proporción de ayuda, atención a la información, educación y entrenamiento para una activa participación, o el desarrollo de una perspectiva positiva. En el segundo factor se incluyen ítems que atienden a cuestiones más específicas de los cuidados tales como crecimiento espiritual, atención al cuidado en el contexto del duelo y la muerte, o negociación para el cambio de conducta y toma de decisiones. Para cada ítem se muestra su carga factorial para ambos factores. Se puede observar en la tabla que dos ítems agrupados en el Factor 1 presentan un peso alrededor de .50 en ambos factores, no obstante la escala conserva estos ítems en el Factor 1 al observar que en la matriz de correlaciones entre los ítems presentaban correlaciones mayores con los ítems del factor 1 en la mayoría de los casos.

La escala permite, de esta manera, la obtención de tres puntuaciones de auto-discrepancias: Auto-discrepancias General de competencias de cuidado de Enfermería (diferencia absoluta entre las puntuaciones directas la subescalas Yo Real y Yo Debería); Auto-discrepancias del Factor 1 (diferencia absoluta entre las puntuaciones directas de los ítems agrupados en el factor 1 en sus dimensiones Yo Real y Yo Debería); Auto-discrepancias del Factor 2 (diferencia absoluta entre las puntuaciones directas de los ítems agrupados en el factor 2 en sus dimensiones Yo Real y Yo Debería). A mayor puntuación mayor auto-discrepancia.

Tabla 10. Matriz de factores rotados (Negrillo et al., en prensa).

Ítems de la escala	Factor	
	1	2
Preservar la intimidad y la dignidad de la persona frente al sufrimiento que puede suponer la enfermedad	.819	.175
Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital, centro de salud o domicilio	.796	.168
Estimular la participación activa del enfermo en su proceso	.771	.34
Fomentar el autocuidado y la autoestima del paciente	.76	.31
Facilitar el descanso procurando un ambiente tranquilo, armonioso y seguro	.734	.244
Ayudar al paciente a identificar prácticas sobre salud que desea cambiar	.675	.449
Ayudar a reconocer los progresos o mejoras de la enfermedad	.657	.467
Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas terapéuticas propuestas	.627	.445
Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión	.626	.468
Proporcionar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados	.626	.477
Desarrollar y proporcionar enseñanza y entrenamiento, que facilite la adaptación de la conducta para conseguir la salud	.593	.517
Prevención de complicaciones y situaciones de crisis	.59	.393
Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada	.564	.53
Facilitar el crecimiento espiritual estimulando la toma de conciencia en su proceso de salud	.215	.768
Proporcionar recursos espirituales según lo precisen	.168	.759
Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo	.186	.72
Ayudar a resolver problemas familiares derivados de la enfermedad y hospitalización	.386	.669
Utilizar la técnica del masaje para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación	.243	.652
Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza y animar a que exprese estos sentimientos	.429	.652
Negociar acuerdos con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	.387	.62
Facilitar la administración de cuidados de calidad al paciente por parte de otras personas (familiares, cuidadores, etc.)	.468	.562
Ayudar en la resolución del duelo por la pérdida de una parte del cuerpo (pierna, brazo, pecho, etc.)	.445	.561
Proporcionar información y apoyo en la toma de decisiones sobre medidas terapéuticas	.481	.559
Proporcionar soporte a la familia en el período de duelo	.486	.548

Capítulo 3

Resultados

En referencia al **Objetivo 1** en primer lugar se realizó un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento Identidad Profesional, que se adaptó al castellano de su versión original inglesa. Para establecer la validez del constructo Identidad Profesional y comprobar la unidimensionalidad de la escala se realizó un análisis de componentes principales. A diferencia del estudio original, se indicó a priori la extracción de un factor y la eliminación de casos *listwise*. Como paso previo se realizaron análisis descriptivos de cada uno de los ítems y se determinó la idoneidad de la matriz de correlaciones, mediante la obtención del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de esfericidad de Bartlett. La consistencia interna de las subescalas fue también analizada utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach.

En la Tabla 11 se presentan los datos descriptivos de cada uno de los ítems de la escala Identidad Profesional (mínimo, máximo, media, desviación estándar, asimétrica, curtosis, correlación total de elementos corregida, coeficiente alfa sin el elemento). Se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach muy aceptable con un valor de .87. Se pudo observar que ningún ítem al ser eliminado mejorase la consistencia interna de la escala, no detectándose ítems redundantes. Este valor no incrementaba en el caso de que cualquiera de los ítems se suprimiera. Los ítems agrupados a un factor explicaron el 49.54% de la varianza, presentando una estructura factorial clara al presentar todos los ítems un peso superior a .5. El indicador de Kaiser-Meyer-Olkin fue favorable al análisis con valor .82 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa con valor de 1683.54, $p < .000$. En la Tabla 12 se presentan la carga factorial con los ítems adaptados al castellano.

Tabla 11. Descriptivos, correlación y alfa. Elementos de Identidad Profesional

Elementos	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DT</i>	Asimetría	Curtosis	Correlación total de elementos corregida	α si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	1	5	3.97	0.94	-0.69	-0.12	.61	.85
Ítem 2	1	5	3.71	0.96	-0.58	0.13	.53	.86
Ítem 3	1	5	4.72	0.79	-2.90	7.64	.54	.86
Ítem 4	1	5	4.62	0.86	-2.32	4.54	.52	.86
Ítem 5	1	5	4.83	0.61	-3.97	16.20	.42	.87
Ítem 6	1	5	4.40	0.89	-1.63	2.61	.74	.84
Ítem 7	1	5	4.24	0.86	-1.24	1.75	.70	.84
Ítem 8	1	5	4.41	0.88	-1.60	2.31	.75	.84
Ítem 9	1	5	4.09	0.82	-0.84	1.01	.60	.85

Tabla 12. Matriz de componente. Elementos Identidad Profesional

	Componente
	1
Ítem 8	.83
Ítem 6	.82
Ítem 7	.78
Ítem 9	.70
Ítem 1	.70
Ítem 3	.64
Ítem 2	.63
Ítem 4	.62
Ítem 5	.50

En la Tabla 13 se muestran los estadísticos descriptivos de la puntuación total de la escala, mostrando un valor un valor medio de 4.33 ($DT=0.59$). La puntuación mínima es 1.33, alcanzándose la puntuación máxima posible con el valor de 5. En el percentil 25 ya se sitúa una puntuación relativamente alta 4.11. Con estos datos se puede afirmar que la identidad profesional de los estudiantes de Enfermería (sin distinguir primero y cuarto) es elevada, teniendo en cuenta la puntuación máxima posible que podría tener un estudiante en esta escala.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos. Escala Identidad Profesional.

		n= 347
Media		4.33
Mediana		4.44
Moda		5
Desviación estándar		0.59
Mínimo		1.33
Máximo		5
Percentiles	25	4.11
	50	4.44
	75	4.77

En las tablas 14 y 15 se presentan los descriptivos atendiendo al curso (Tabla 14) y el género (Tabla 15). La media de identidad profesional de los estudiantes de cuarto es sensiblemente más alta que la de los estudiantes de primero. Aunque ambas son moderadamente altas teniendo en cuenta la puntuación máxima posible (5), el valor mínimo que aparece entre los estudiantes de primero es de 1.33 mientras que entre los de cuarto se sitúa en 2.33. En el caso del género es ligeramente superior la media entre las estudiantes (4.3), encontrándose que en el Percentil 25 éstas obtienen un valor de 4.11 frente a 3.77 en el mismo percentil para los estudiantes.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos por curso. Escala Identidad Profesional.

	Primero (n=177)	Cuarto (n=170)
Media	4.25	4.40
Mediana	4.44	4.55
Moda	4.44	5
Desviación estándar	0.61	0.57
Mínimo	1.33	2.33
Máximo	5	5
Percentiles		
	25	4.19
	50	4.55
	75	4.88

Tabla 15. Estadísticos descriptivos por género. Escala Identidad Profesional.

	Femenino (n=274)	Masculino (n=71)
Media	4.37	4.14
Mediana	4.44	4.33
Moda	5	4.44
Desviación estándar	0.56	0.68
Mínimo	1.33	1.33
Máximo	5	5
Percentiles 25	4.11	3.77
50	4.44	4.33
75	4.77	4.66

Para comprobar las **Hipótesis 1.1** (el grupo de estudiantes de último curso de Grado de Enfermería manifestará mayor Identidad Profesional frente al grupo de estudiantes que inician sus estudios) e **Hipótesis 1.2** (entre el género femenino se mostrará una puntuación más elevada en Identidad profesional frente al género masculino), se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, al comprobarse en un análisis previo que algunos grupos no seguían una distribución normal.

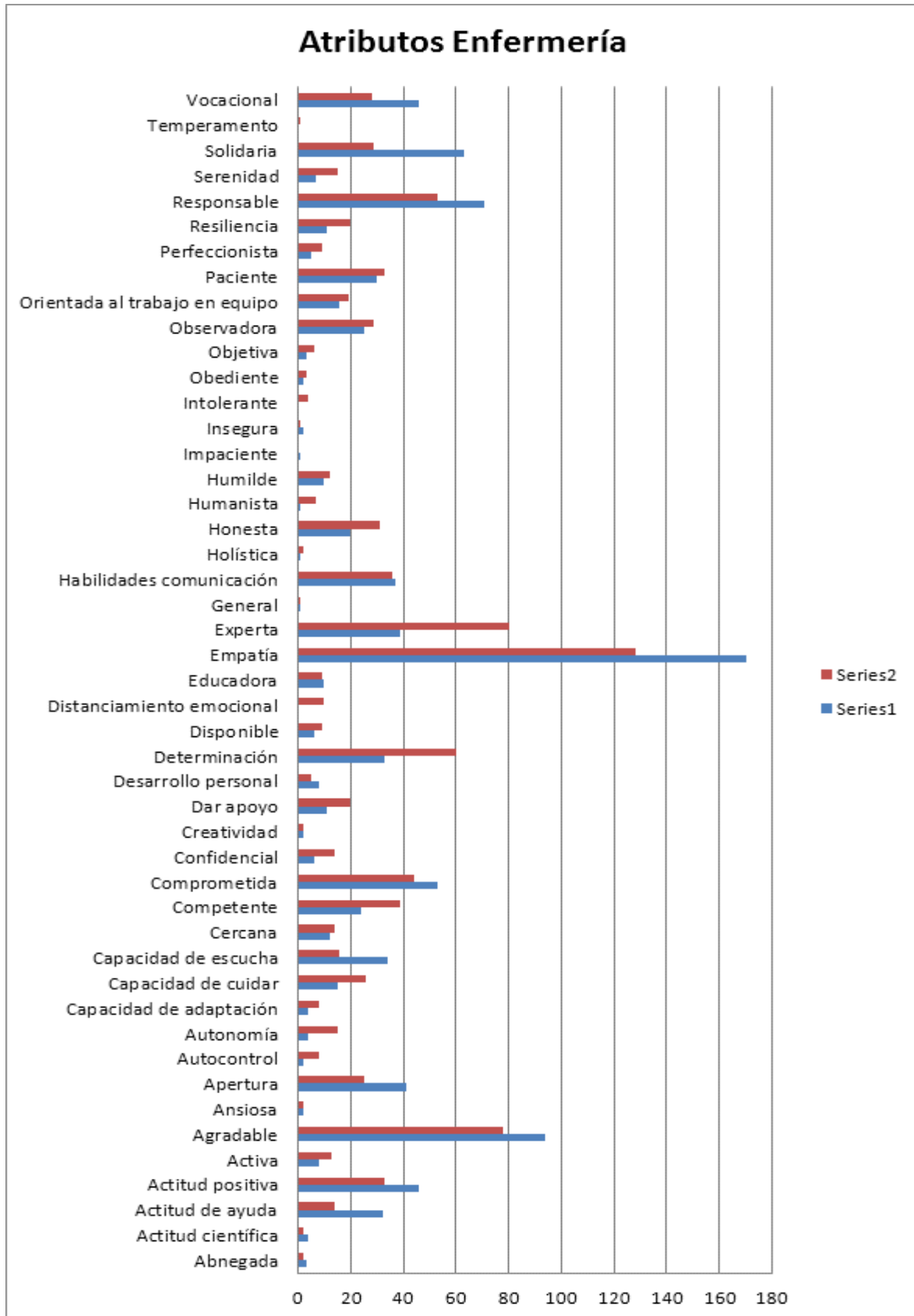
Con relación al grupo (primero y cuarto) se detectaron diferencias significativas, siendo las puntuaciones más elevadas entre los estudiantes de cuarto frente a los de primero ($U=12245.50, p=.003$). Dato que confirma la **Hipótesis 1.1**.

Al encontrarse diferencias entre ambos grupos (primero y cuarto), en el caso del género se aplicaron dos contrastes: dentro del grupo de primero y dentro del grupo de cuarto curso. Se encontró que sólo fueron significativas las diferencias de medias por género dentro del grupo de estudiantes de cuarto ($U=1801.500, p=.009$) y no entre los y las estudiantes de primer curso. Se puede concluir que no hay diferencias de género dentro del grupo de primero, mientras que las estudiantes del género femenino de cuarto curso sí mostraron una puntuación significativamente más elevada en identidad profesional frente a los del género masculino, por lo que sólo se confirma parcialmente la **Hipótesis 1.2**. Estos datos diferenciando entre género femenino y masculino de cuarto curso se presentan en la tabla 16.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de cuarto por género. Escala Identidad Profesional.

	Femenino (n=131)	Masculino (n=38)
Media	4.47	4.15
Mediana	4.55	4.33
Moda	5	5
Desviación estándar	0.51	0.69
Mínimo	2.56	2.33
Máximo	5	5
Percentiles 25	4.22	3.63
50	4.55	4.33
75	4.88	4.69

Para identificar los atributos personales y normativos en relación al concepto de Enfermería en los y las estudiantes de primero y último curso de Grado (**Objetivo 2**), tal y como se ha descrito en el apartado de metodología, se categorizaron las respuestas abiertas al cuestionario *Auto-Discrepancias de Atributos de la Profesión de Enfermería*. En este instrumento se *solicitaba* al estudiante que enumerase siete atributos o características que él o ella considerase que posee (Yo Real) como enfermero o enfermera, y otros siete atributos de la profesión de enfermería que constituyen un deber u obligación (Yo Debería). Como resultado del análisis cualitativo de las respuestas se generaron un total de 47 categorías de atributos de la profesión de enfermería. Estas categorías y sus frecuencias en la dimensión Yo Real (serie 1) y Yo debería (serie 2) se representan en la Figura 3. En esta figura se recogen los registros de la muestra de estudiantes que respondieron en su totalidad en el cuestionario (n=145). Dado que se registran las respuestas una vez categorizadas, puede darse el caso de que en el mismo alumno/a se registren dos o más atributos que corresponden a la misma categoría. Por lo que su frecuencia puede ser superior al tamaño de la muestra, como ocurre en el caso de la empatía. En las figuras 4 al 13 se representan la selección de los atributos que superan la media en la frecuencia para cada grupo, siguiendo el criterio de mayor densidad en su aparición.



Nota. Serie 1: Yo Real. Serie 2: Yo Debería

Figura 3. Atributos Yo Real y Yo Debería de la Enfermería. Total de la muestra (n=145).

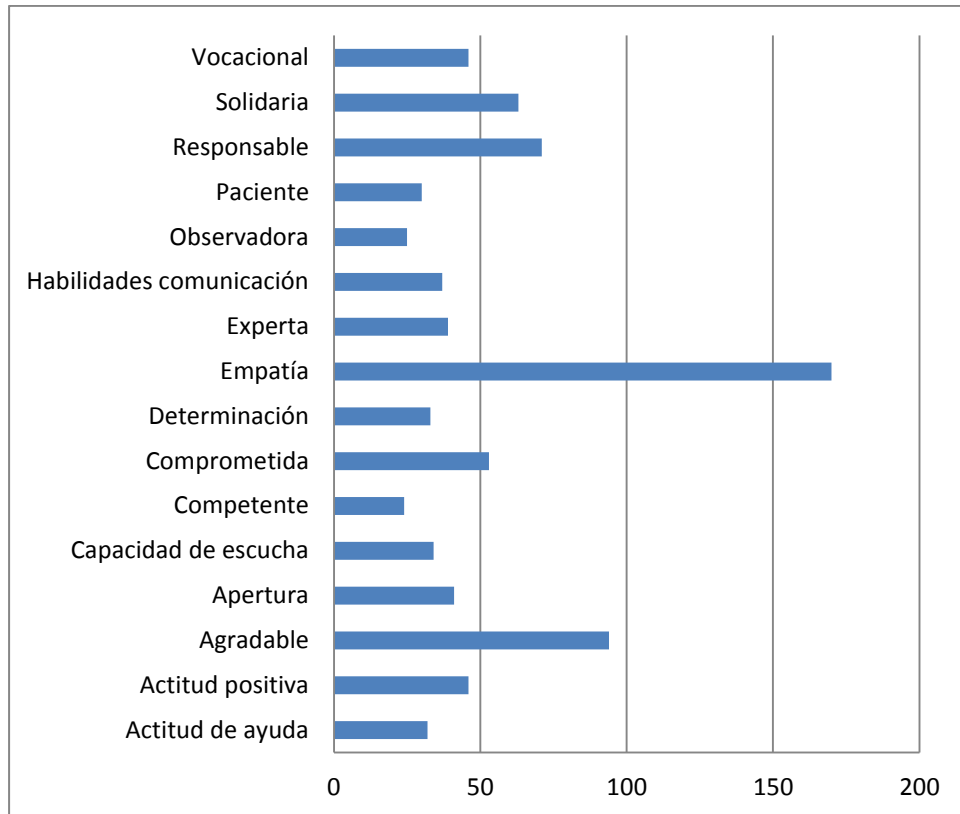


Figura 4. Yo Real. Atributos que superan la media de toda la muestra ($M=21.59$; $n=145$)

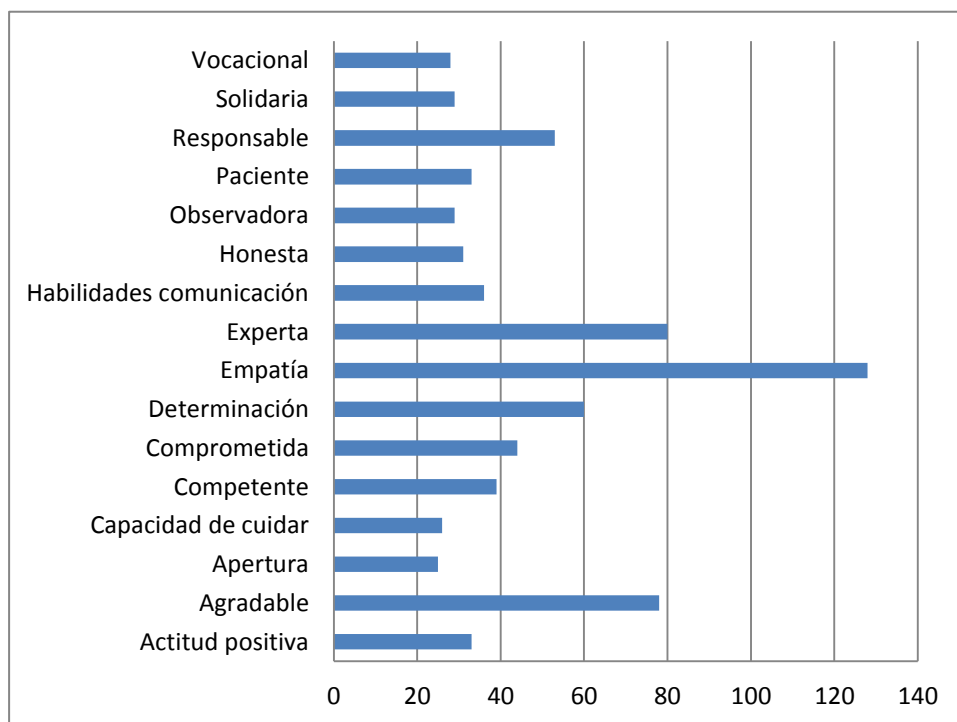


Figura 5. Yo Debería. Atributos que superan la media de toda la muestra ($M=21.59$; $n=145$)

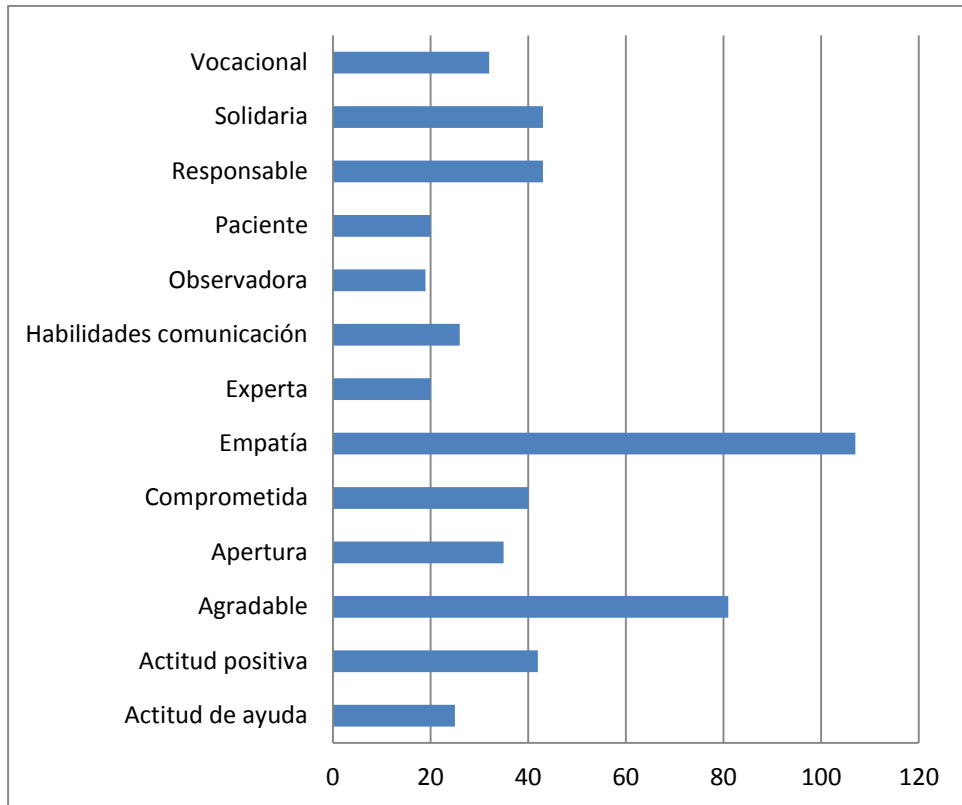


Figura 6. Yo Real. Atributos que superan la media de Primero ($M=14.8$; $n=98$)

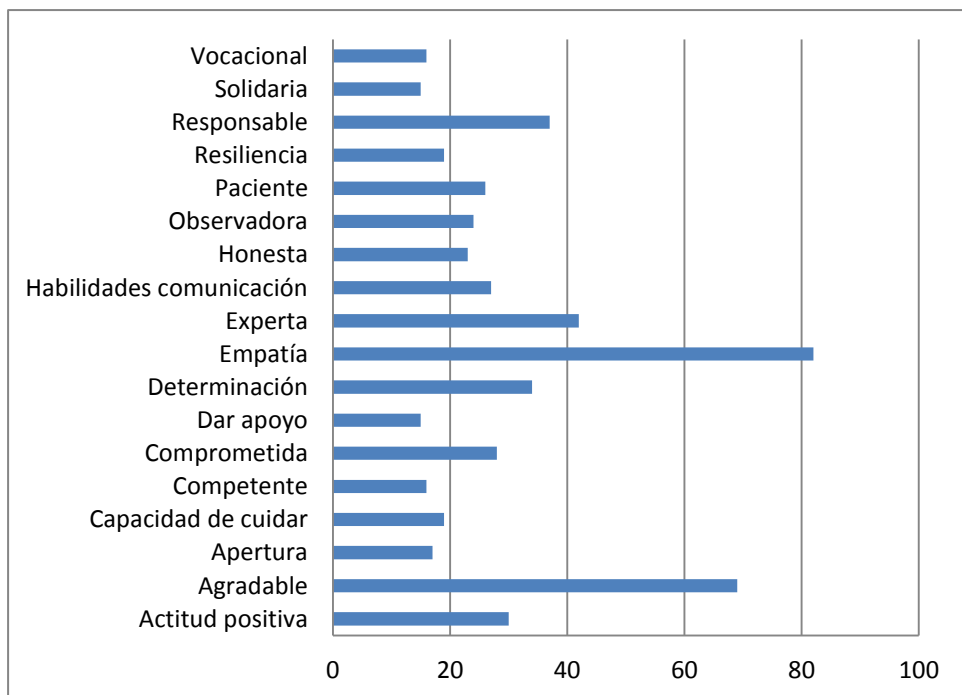


Figura 7. Yo Debería. Atributos que superan la media de Primero ($M=14.8$; $n=98$)

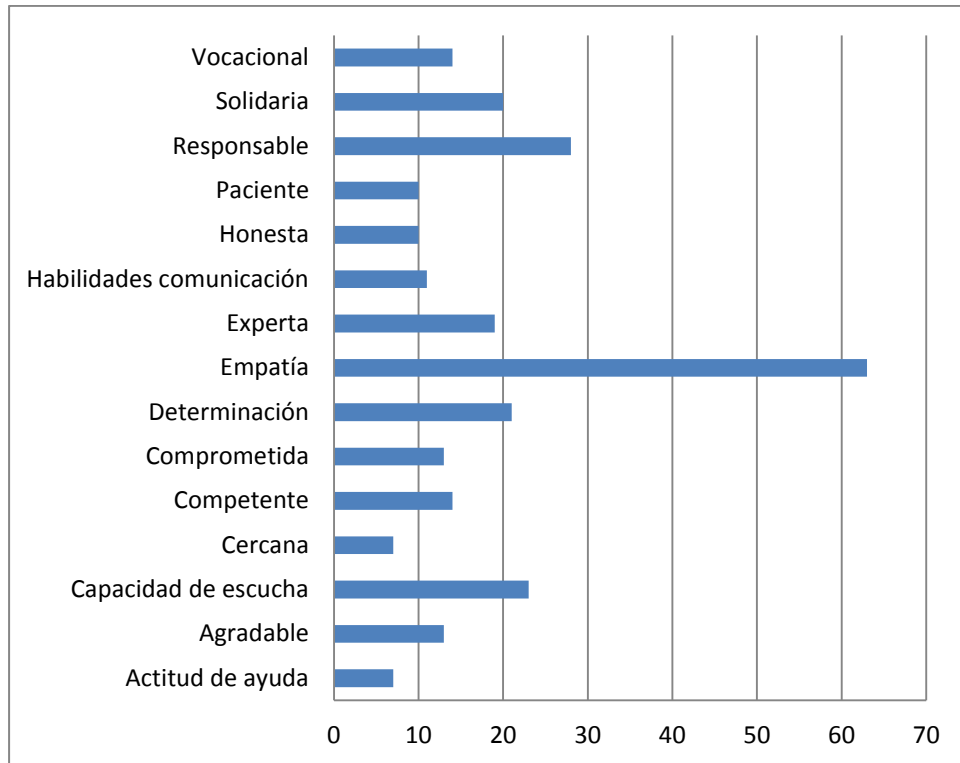


Figura 8. Yo Real. Atributos que superan la media de Cuarto ($M=7$; $n=47$)

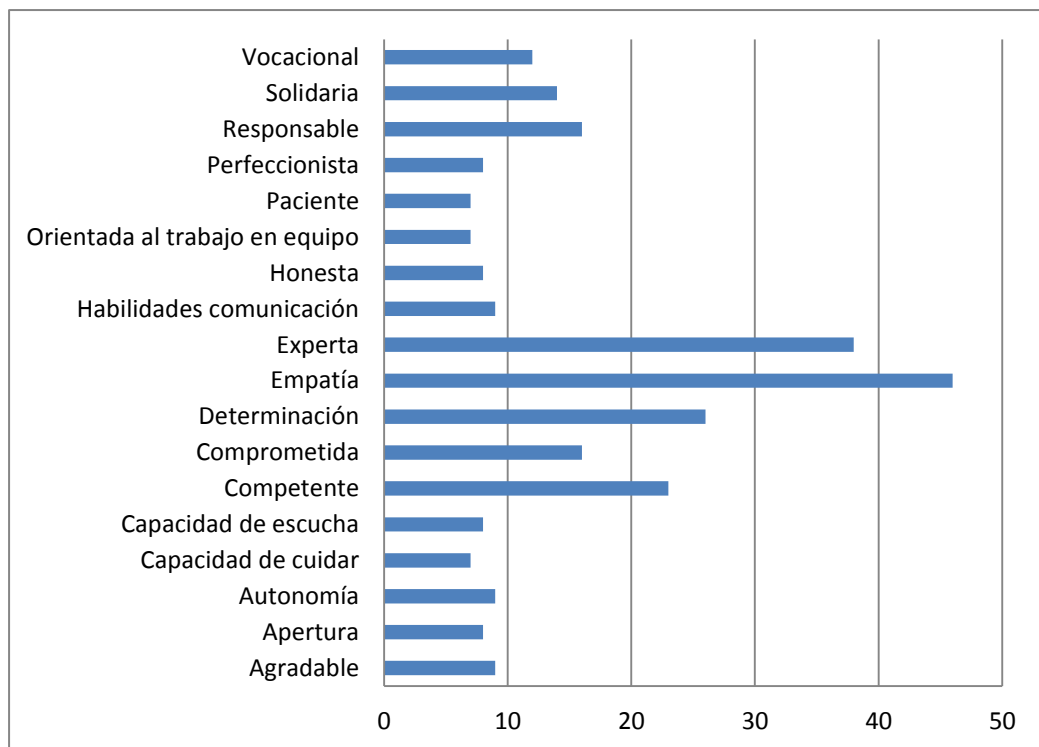


Figura 9. Yo Debería. Atributos que superan la media de Cuarto ($M=7$; $n=47$)

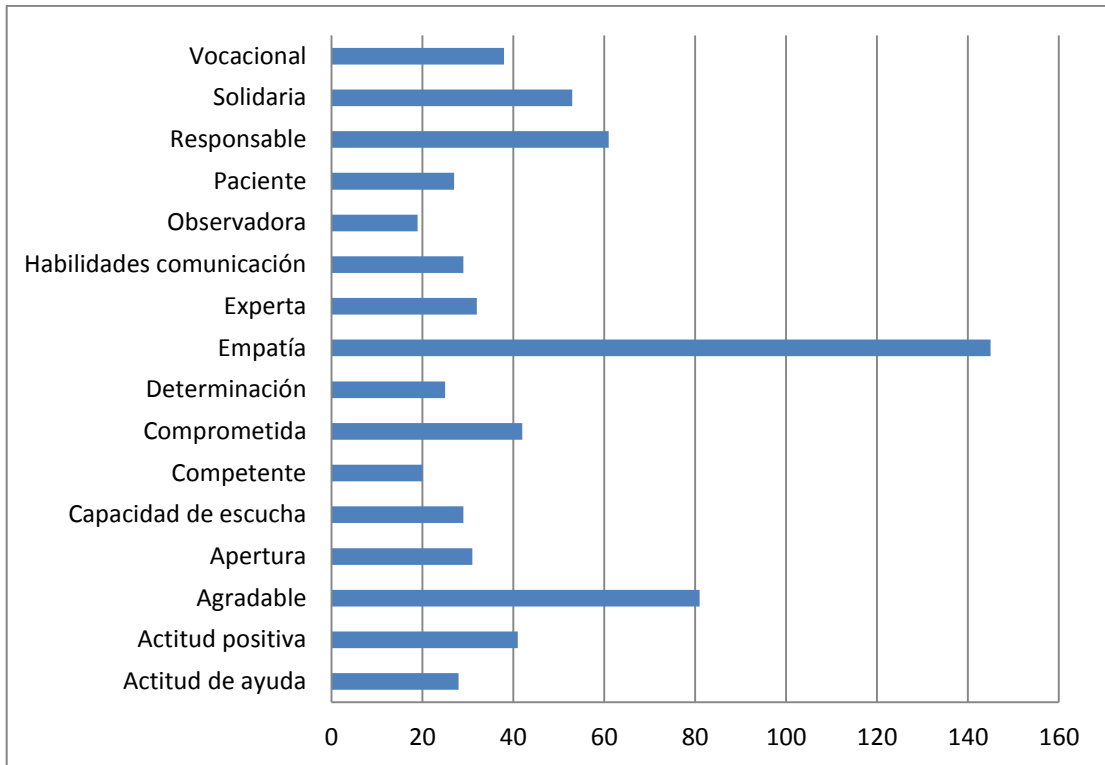


Figura 10. Yo Real. Atributos que superan la media de Género Femenino ($M=18$; $n=120$)

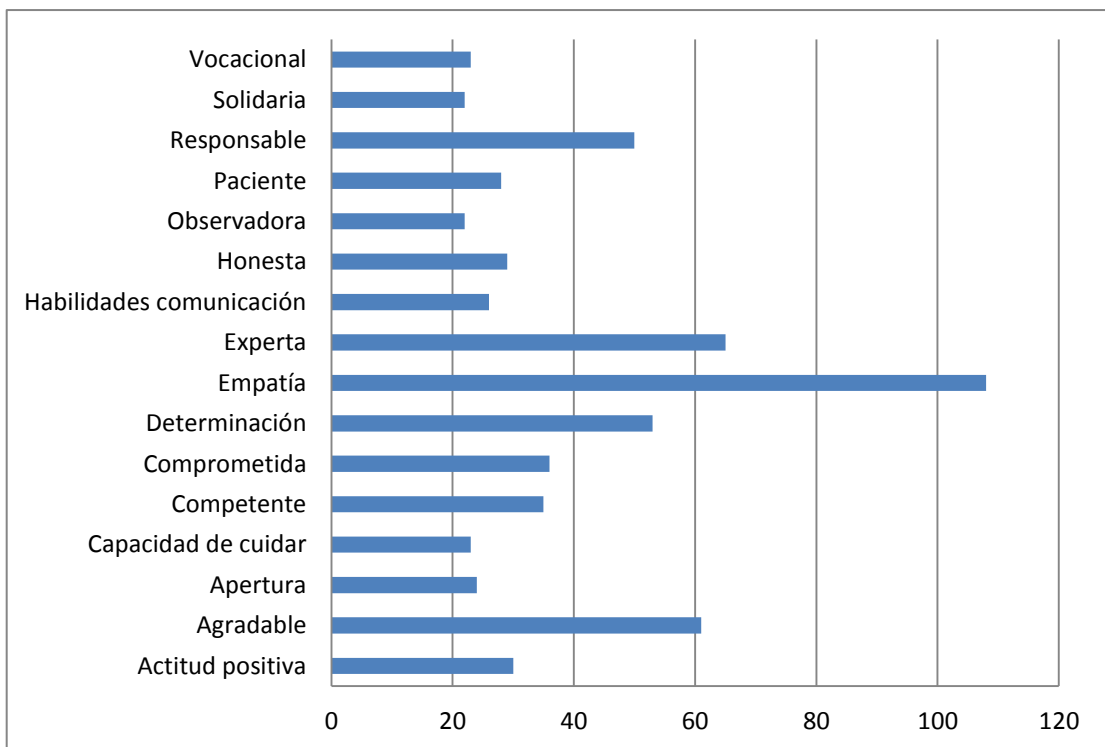


Figura 11. Yo Debería. Atributos que superan la media de Género Femenino ($M=18$; $n=120$)

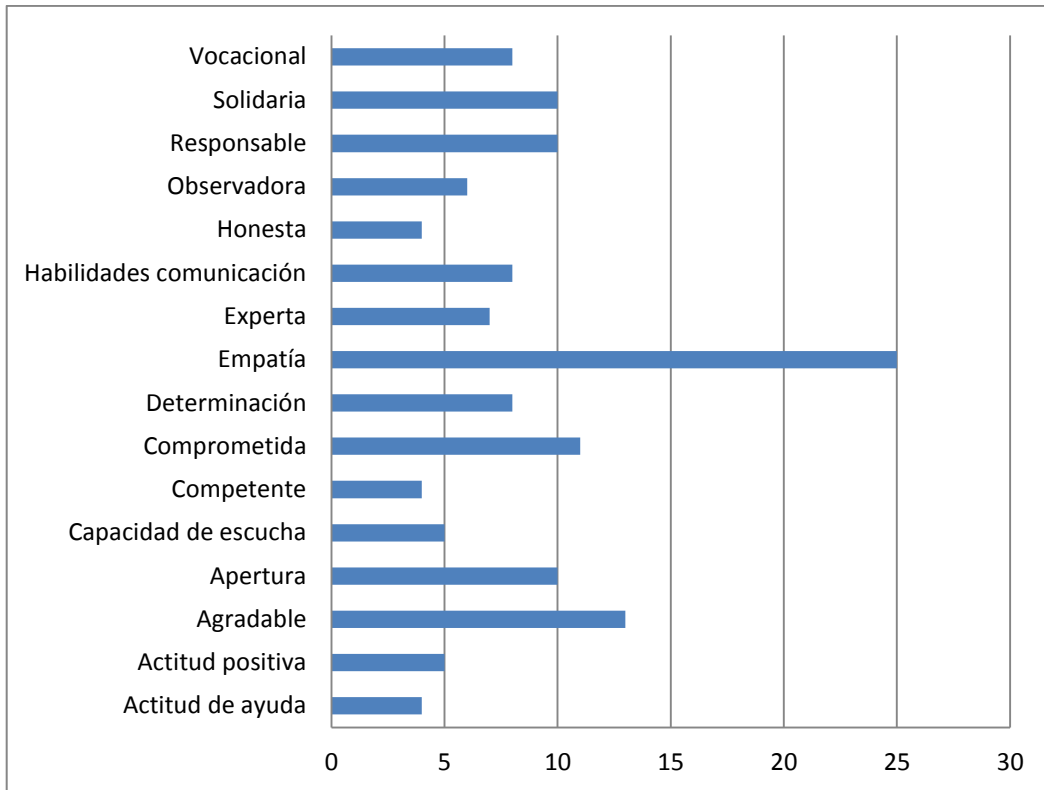


Figura 12. Yo Real. Atributos que superan la media de Género Masculino ($M=3.6$; $n=24$)

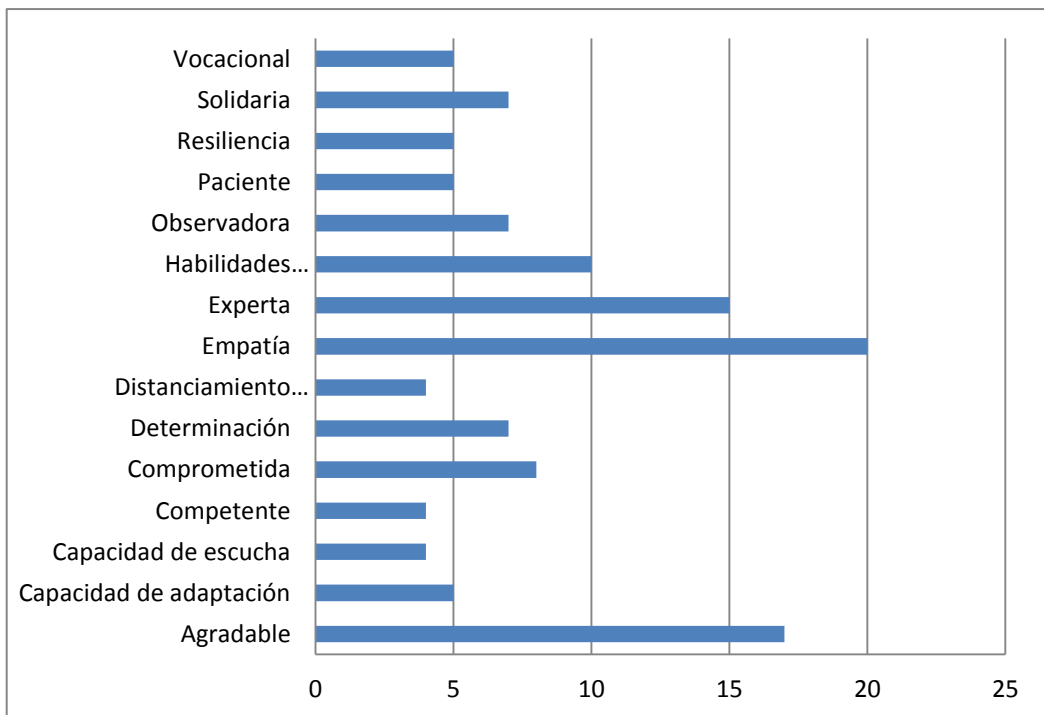


Figura 13. Yo Debería. Atributos que superan la media de Género Masculino ($M=3.6$; $n=24$)

Con el objetivo de determinar la magnitud de las auto-discrepancias entre el Yo Real/Yo Debería de los atributos de Enfermería en distintos momentos de la formación, el primer curso y el último curso de Grado (**Objetivo 3**), una vez codificada la respuesta del alumnado en su categoría de atributo, se identificaron para cada respuesta, en Yo real y Yo debería, los *ajustes* (cuando los atributos coinciden en ambas escalas), *desajustes de medida* (cuando los atributos coinciden en ambas escalas pero las puntuaciones otorgadas difieren en más de 1 punto), y *desajustes puros* cuando los atributos no coinciden en ambas escalas. Posteriormente se calculó la discrepancia aplicando la fórmula: $Auto-discrepancia = (desajustes * 2) + desajustes de medida - ajustes$, donde se obtiene un valor, que se sitúa entre -7 que indica que el sujeto tiene ajustes en los atributos Real y Debería en todos los casos (7 opciones de respuesta), y 14 que indica desajustes en todos los casos posibles. La magnitud de la discrepancia solo se calculó en aquellos casos en que los estudiantes completaron ambas escalas, al mencionar los siete atributos por escala.

En la Tabla 17 se muestran los estadísticos descriptivos de los desajustes y ajustes así como las discrepancias obtenidas del total de la submuestra de la que se pudo obtener el cálculo (n=145). En la Tabla 18 se presentan los datos desglosados por curso (primero y cuarto) y en la Tabla 19 los datos entre estudiantes de género masculino y femenino.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería. Total de la muestra (n=145).

	Ajustes (n=134)	Desajustes (n=132)	Desajustes Medida (n=24)	Auto- Discrepancias (n=145)
Media	3.38	4.10	1.25	4.54
Mediana	3.00	4.00	1.00	5.00
Moda	2	5	1	8
Desviación estándar	1.85	1.79	0.44	6.04
Mínimo	1	1	1	-7
Máximo	7	7	2	14
Percentiles				
25	2.00	3.00	1.00	-1.00
50	3.00	4.00	1.00	5.00
75	5.00	6.00	1.75	8.50

Tabla 18. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería por curso

	Primero (n=98)				Cuarto (n=47)				
	Ajustes (n=92)	Desajustes (n=92)	Desajustes	Auto-	Ajustes (n=42)	Desajustes (n=40)	Desajustes	Auto-	
			Medida (n=19)	Discrepancias (n=98)			Medida (n=5)	Discrepancias (n=47)	
Media	3.11	4.20	.23	5.19	3.98	3.88	1.40	3.19	
Mediana	3.00	4.00	1.21	5.00	4.00	4.00	1.00	4.00	
Moda	2	5	1	8	1	1	1	11	
DT	1.64	1.63	0.41	5.38	2.13	2.12	0.54	7.10	
Mínimo	1	1	1	-7	1	1	1	-7	
Máximo	7	7	2	14	7	7	2	14	
Percentiles	25	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	-4.00
	50	3.00	4.00	1.00	5.00	4.00	4.00	1.00	4.00
	75	4.00	5.00	1.00	8.00	6.00	6.00	2.00	11.00

Tabla 19. Estadísticos descriptivos. Auto-discrepancias Atributos de Enfermería por género

	Femenino (120)				Masculino (24)				
	Ajustes (n=109)	Desajustes (n=111)	Desajustes	Auto-	Ajustes (n=24)	Desajustes (n=20)	Desajustes	Auto-	
			Medida (n=19)	Discrepancias (n=120)			Medida (n=5)	Discrepancias (n=24)	
Media	3.32	4.18	1.11	4.89	3.71	3.60	1.80	2.67	
Mediana	3.00	4.00	1.00	5.00	4.00	3.50	2.00	2.00	
Moda	2	5	1	8	2	5	2	8	
DT	1.84	1.80	0.31	6.07	1.89	1.72	0.44	5.76	
Mínimo	1	1	1	-7	1	1	1	-7	
Máximo	7	7	2	14	7	6	2	11	
Percentiles	25	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.50	-2.75
	50	3.00	4.00	1.00	5.00	4.00	3.50	2.00	2.00
	75	5.00	6.00	1.00	11.00	5.00	5.00	2.00	8.00

En total 145 estudiantes (41.54%) completaron las siete opciones de respuesta que se requerían en el instrumento. En el caso de los estudiantes de primero, respondieron 98 de los 178 (55%) mientras que de cuarto sólo lo completaron 47 de 171 (27.4%). Para toda la submuestra, la media de auto-discrepancia fue de 4.54.

El valor medio en número de ajustes de primero es 3.11 mientras que los de cuarto está más próximo a cuatro (3.98), mientras que el valor medio en desajustes puros es de 4.20 para los de primero y 3.88 para los de cuarto. En primero los desajustes de medida son casi inexistentes, mientras que en cuarto se sitúan en torno a 1. El valor medio en auto-discrepancias entre los de primero es de 5.19, dos puntos por encima que los de cuarto.

Examinando los percentiles en auto-discrepancias, se observa que en el percentil 25 se sitúa el valor de -4 en los de cuarto y 2 en los de primero, indicando menos auto-discrepancias entre los de cuarto para este subgrupo, no obstante esta diferencia se reduce en el percentil 50, para luego invertirse en el percentil 75, con 11 en los de cuarto y 8 en los de primero, indicando más desajustes en los de cuarto. Para comprobar la **Hipótesis 2.1**. Cabe esperar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes de primero y cuarto con relación a las auto-discrepancias Real-Debería de los atributos de Enfermería, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de primero y cuarto.

Considerando el género, la media de auto-discrepancias entre las estudiantes es más elevada (4.89) frente a los estudiantes (2.67). Conviene observar, dentro de un análisis descriptivo el cambio de tendencia según los cuartiles. En el intervalo del percentil 25 al 75 las puntuaciones en el género femenino se sitúan entre 1 y 11 (siempre positivas), mientras que en el género masculino entre -2.75 y 8.00. No obstante, estos resultados tampoco permiten determinar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, aplicando la prueba no paramétrica, por lo que no cabe confirmar la **Hipótesis 2.2**.

Con la finalidad de identificar los atributos personales (Yo Real) y normativos (Yo debería) en relación a las competencias de cuidado en los estudiantes de primero y último curso de Grado (**Objetivo 4**), se presentan en las cinco tablas siguientes los descriptivos de las puntuaciones en las subescalas Yo Real y Yo debería, de la escala de Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería. En estas tablas se presentan los datos desglosados atendiendo a las Puntuaciones de la escala General y las puntuaciones de los Factores 1 y 2.

Se presentan los datos para toda la muestra (Tabla 20) y teniendo en cuenta las variables curso (Tablas 21 y 22) y género (Tablas 23 y 24).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería. Total de la muestra (n=338).

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2
Media	3.72	4.50	3.99	4.61	3.41	4.34
Mediana	3.79	4.62	4.07	4.76	3.45	4.45
Moda	3.50	5.00	4.08	5.00	3.09	5.00
DT	0.72	0.54	0.68	0.53	0.82	0.66
Mínimo	1.21	1.08	1.38	1.00	1.00	1.18
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles						
25	3.25	4.14	3.69	4.38	2.90	3.90
50	3.79	4.62	4.07	4.76	3.45	4.45
75	4.21	5.00	4.46	5.00	4.00	5.00

Tabla 21. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería. Primero (n=171)

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2
Media	3.59	4.36	3.85	4.56	3.29	4.14
Mediana	3.75	4.41	4.00	4.61	3.36	4.18
Moda	3.50	5.00	3.92	5.00	3.09	5.00
Desviación estándar	0.80	0.508	0.79	0.46	0.85	0.63
Mínimo	1.21	1.08	1.38	1.00	1.00	1.18
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles						
25	3.08	4.08	3.46	4.30	2.63	3.72
50	3.75	4.41	4.00	4.61	3.36	4.18
75	4.20	4.70	4.46	4.92	3.90	4.63

Tabla 22. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería. Cuarto (n=167)

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2
Media	3.85	4.63	4.12	4.66	3.54	4.55
Mediana	3.85	4.91	4.07	5.00	3.54	4.81
Moda	3.58	5.00	4.00	5.00	3.09	5.00
Desviación estándar	0.612	0.55	0.52	0.60	0.76	0.62
Mínimo	2.08	1.50	2.46	1.38	1.64	1.64
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles						
25	3.38	4.41	3.76	4.53	3.09	4.18
50	3.85	4.91	4.07	5.00	3.54	4.81
75	4.25	5.00	4.53	5.00	4.00	5.00

Tabla 23. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería. Género Femenino (n=269)

		Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2
Media		3.77	4.53	4.04	4.63	3.45	4.39
Mediana		3.83	4.70	4.07	4.84	3.54	4.54
Moda		3.83	5.00	4.08	5.00	3.82	5.00
Desviación estándar		0.73	0.56	0.69	0.54	0.82	0.66
Mínimo		1.21	1.08	1.38	1.00	1.00	1.18
Máximo		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles	25	3.37	4.25	3.69	4.44	3.00	3.95
	50	3.83	4.70	4.07	4.84	3.54	4.54
	75	4.27	5.00	4.53	5.00	4.00	5.00

Tabla 24. Estadísticos descriptivos. Yo Real/Yo Debería de Competencias de Cuidado de Enfermería. Género Masculino (n=71)

		Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2
Media		3.53	4.35	3.78	4.50	3.23	4.12
Mediana		3.50	4.41	3.84	4.61	3.09	4.09
Moda		3.96	5.00	4.15	5.00	3.91	5.00
Desviación estándar		0.68	0.44	0.64	0.50	0.80	0.63
Mínimo		1.75	3.29	2.00	2.00	1.45	2.09
Máximo		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles	25	3.04	4.00	3.30	4.30	2.54	3.72
	50	3.50	4.41	3.84	4.61	3.09	4.09
	75	4.04	4.66	4.15	4.84	3.90	4.63

Considerando toda la muestra (tabla 20) se detecta que los ítems que se agrupan en el Factor 1 obtienen puntuaciones más elevadas, tanto en la dimensión Yo Real con 3.99 y Yo Debería con 4.61, frente a las puntuaciones medias de la escala en general y también frente a los ítems que se agrupan en el Factor 2. Circunstancia que ocurre también considerando el curso y el género. Por otra parte, la media en la dimensión Debería, en todos los casos, es superior con respecto a su dimensión Real.

Con el objetivo de determinar la magnitud de las discrepancias entre el Yo Real/Yo Debería en dos momentos de la formación, el primer curso y el último curso de Grado, y entre estudiantes de género masculino y femenino (**Objetivo 5**) se calculó la Auto-discrepancia que

se obtiene de la diferencia absoluta entre las puntuaciones directas de las escalas Yo Real y Yo Debería. Se obtuvieron tres puntuaciones: Auto-discrepancia de la escala. Auto-discrepancia del Factor 1 y Auto-discrepancia del Factor 2. En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos de las tres puntuaciones quedando por encima las de Factor 2 y por debajo las del Factor 1 (Tabla 25). En la Tabla 26 se presentan los datos desglosados por curso y en la Tabla 27 por Género.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería. Total de la muestra.

		Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2
Media		0.87	0.76	1.01
Mediana		0.79	0.61	0.90
Moda		0.38	0.00	0.00
DT		0.67	0.67	0.74
Mínimo		0.00	0.00	0.00
Máximo		3.83	4.00	3.64
Percentiles	25	0.37	0.23	0.36
	50	0.79	0.61	0.90
	75	1.25	1.07	1.45

Tabla 26. Estadísticos descriptivos por Curso. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

		Primero			Cuarto		
		Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2	Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2
Media		0.86	0.82	0.92	0.87	0.70	1.09
Mediana		0.62	0.53	0.72	0.87	0.69	1.09
Moda		0.00	0.15	0.00	0.38	0.00	1.64
DT		0.75	0.77	0.768	0.58	0.54	0.71
Mínimo		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo		3.83	4.00	3.64	2.71	3.15	3.00
Percentiles	25	0.37	0.23	0.36	0.37	0.30	0.47
	50	0.62	0.53	0.72	0.87	0.69	1.09
	75	1.12	1.15	1.34	1.29	1.00	1.63

Tabla 27. Estadísticos descriptivos por Género. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

	Femenino			Masculino		
	Auto-discrepancias General	Auto-discrepancias F1	Auto-discrepancias F2	Auto-discrepancias General	Auto-discrepancias F1	Auto-discrepancias F2
Media	0.88	0.75	1.03	0.83	0.81	0.95
Mediana	0.75	0.53	0.90	0.83	0.76	0.90
Moda	0.38	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00
DT	0.69	0.69	0.74	0.60	.582	0.74
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	3.83	4.00	3.64	2.17	2.15	2.55
Percentiles	25	0.37	0.23	0.45	0.29	0.18
	50	0.75	0.53	0.90	0.83	0.90
	75	1.20	1.00	1.45	1.29	1.45

Para comprobar la **Hipótesis 3.1** (cabe esperar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes de primero y cuarto con relación a los atributos (real y debería) de las competencias de cuidado de Enfermería y en las auto-discrepancias), se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, incluyendo en el análisis la comparación entre los grupos primero y cuarto de todas las puntuaciones que se obtienen de la escala: las puntuaciones Real y Debería de la escala general y de las puntuaciones factoriales, así como las tres puntuaciones de Auto-discrepancias.

Al comparar estudiantes de primer y cuarto curso (véase la Tabla 28), se observa que en cuarto el rango promedio de las puntuaciones de las escalas generales y factoriales de los dominios Yo real y Yo debería es superior con respecto a los de primero. Si se atiende a los índices de auto-discrepancias sólo se diferencian en las puntuaciones obtenidas en el segundo factor al presentar los de cuarto curso un rango promedio superior con los de primero. Se confirma la **Hipótesis 3.1** aunque sólo parcialmente. Los estudiantes de cuarto frente a los de primero obtuvieron puntuaciones más elevadas en las puntuaciones Yo real y Yo debería tanto considerando toda la escala como los ítems que se agrupan en el Factor 1 y el Factor 2.

En el caso de las auto-discrepancias sólo se diferencian los estudiantes de primero y cuarto en el Factor 2, siendo esta auto-discrepancia mayor entre los de cuarto.

Tabla 28. Comparaciones de la Escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado entre estudiantes de primer y cuarto curso de enfermería.

Puntuaciones e índices	Primero	Cuarto	U de Mann-Whitney
	Rango promedio	Rango promedio	
Yo real General	149.31	173.85	10984.50*
Yo debería General	130.31	195.89	7875.00***
Yo real Factor 1	154.35	180.97	11720.00*
Yo debería Factor 1	144.70	191.73	10088.50***
Yo real Factor 2	155.89	180.63	11950.50*
Yo debería Factor 2	133.83	206.03	8178.50***
Auto-Discrepancias General	145.15	157.60	10456.50
Auto-Discrepancias Factor 1	162.43	159.57	12650.50
Auto-Discrepancias Factor 2	148.83	176.51	10878.500**

*p< 0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Al detectar diferencias entre ambos grupos, para comprobar la **Hipótesis 3.2** (cabe esperar diferencias estadísticamente significativas de género con relación a los atributos -real y debería- de las competencias de cuidado de Enfermería y en las auto-discrepancias), se realizaron dos comparaciones de la variable género, en primer lugar la sub-muestra de primero y en segundo lugar la de cuarto. Los estadísticos descriptivos de ambas sub-muestras se muestran en las tablas 29 al 32.

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de Primero. Género Femenino. Yo Real/Yo Debería. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2	Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2	
Media	3.63	4.37	3.90	4.54	3.32	4.15	0.86	0.80	0.92	
Mediana	3.79	4.41	4.07	4.61	3.45	4.25	0.58	0.53	0.72	
Moda	4.54	5	4.08	5	3.18	5	0.00	0.15	0.00	
DT	0.80	0.53	0.80	0.49	0.85	0.66	0.78	0.81	0.77	
Mínimo	1.21	1.08	1.38	1	1	1.18	0.00	0.00	0.00	
Máximo	4.92	5	5	5	4.82	5	3.83	4	3.64	
Percentiles	25	3.21	4.08	3.53	4.30	2.72	3.72	0.37	0.23	0.36
	50	3.79	4.41	4.07	4.61	3.45	4.27	0.58	.053	0.72
	75	4.23	4.82	4.46	5	3.95	4.72	1.10	1.07	1.27

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de Primero. Género Masculino. Yo Real/Yo Debería. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2	Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2	
Media	3.43	4.33	3.68	4.59	3.12	4.05	0.86	0.87	0.93	
Mediana	3.25	4.41	3.69	4.65	3.09	4.09	0.75	0.88	0.72	
Moda	3.13	4	3.46	4.31	3.91	4.09	0.04	0.00	0.00	
DT	0.79	3.56	0.78	0.27	0.86	0.52	0.65	0.63	0.77	
Mínimo	1.75	3.42	2	4	1.45	2.73	0.00	0.00	0.00	
Máximo	5	5	5	5	5	5	2.17	2	2.55	
Percentiles	25	2.81	4.04	3.07	4.38	2.36	3.72	0.29	0.38	0.27
	50	3.25	4.41	3.69	4.65	3.09	4.09	0.75	0.88	0.72
	75	4.14	4.55	4.38	4.82	3.09	4.45	1.43	1.38	1.45

Tabla 31. Estadísticos descriptivos de Cuarto. Género Femenino. Yo Real/Yo Debería. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2	Auto- discrepancias General	Auto- discrepancias F1	Auto- discrepancias F2	
Media	3.92	4.70	4.19	4.72	3.60	4.64	0.90	0.69	1.14	
Mediana	3.95	4.97	4.19	5.00	3.63	5.00	0.87	0.69	1.09	
Moda	3.58	5.00	5.00	5.00	3.36	5.00	0.38	0.00	1.18	
DT	0.60	0.53	0.50	0.58	0.76	0.56	0.58	0.54	0.70	
Mínimo	2.08	1.50	2.46	1.38	1.64	1.64	0.00	0.00	0.00	
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	2.71	3.15	3.00	
Percentiles	25	3.50	4.63	3.84	4.69	3.09	4.45	0.38	0.30	0.63
	50	3.95	4.97	4.19	5.00	3.63	5.00	0.87	0.69	1.09
	75	4.39	5.00	4.61	5.00	4.18	5.00	1.29	1.00	1.63

Tabla 32. Estadísticos descriptivos de Cuarto. Género Masculino. Yo Real/Yo Debería. Auto-Discrepancias de Competencias de Cuidado de Enfermería.

	Real	Debería	Real F1	Debería F1	Real F2	Debería F2	Auto-discrepancias General	Auto-discrepancias F1	Auto-discrepancias F2	
Media	3.62	4.37	3.87	4.42	3.33	4.18	0.81	0.75	0.96	
Mediana	3.64	4.41	4.00	4.53	3.27	4.09	0.83	0.76	1.00	
Moda	4.04	5.00	4.15	5.00	3.09	5.00	0.04	0.00	0.18	
DT	0.57	0.52	0.48	0.64	0.73	.72	0.56	0.53	0.73	
Mínimo	2.58	3.29	2.92	2.00	2.00	2.09	0.04	0.00	0.00	
Máximo	4.96	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	2.08	2.15	2.45	
Percentiles	25	3.17	4.00	3.46	4.00	2.70	3.90	0.25	0.23	0.18
	50	3.64	4.41	4.00	4.53	3.27	4.09	0.83	0.76	1.00
	75	4.04	5.00	4.15	5.00	3.90	4.95	1.22	1.07	1.59

En el caso de la sub-muestra de primero no se detectaron diferencias estadísticamente significativas de género que sí se detectaron en la de cuarto. En la Tabla 33 se comprueba que en aquellas puntuaciones en las que se detectaron diferencias estadísticamente significativas, el rango promedio de las puntuaciones procedentes de la sub-muestra de cuarto del género femenino fue superior al correspondiente al masculino. No se comprobaron diferencias significativas en las tres puntuaciones de auto-discrepancias por lo que la **Hipótesis 3.2** solo se cumple parcialmente.

Tabla 33. Comparaciones de la Escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado entre estudiantes de cuarto curso de Enfermería según el género.

Puntuaciones e índices	Masculino	Femenino	U de Mann-Whitney
	Rango promedio	Rango promedio	
Yo real General	62.88	85.38	1648.50**
Yo debería General	56.53	87.31	1304.50***
Yo real Factor 1	61.37	88.87	1591.00**
Yo debería Factor 1	59.03	89.45	1436.00***
Yo real Factor 2	68.95	85.97	1879.00
Yo debería Factor 2	57.43	90.72	1401.50***
Auto-Discrepancias General	72.17	78.33	1820.50
Auto-Discrepancias Factor 1	85.90	78.99	1998.50
Auto-Discrepancias Factor 2	71.38	82.52	1903.50

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Con el objetivo determinar el efecto de las auto-discrepancias sobre la identidad profesional se planteó la **Hipótesis 4** (a mayor auto-discrepancia menor identidad profesional). Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar el valor predictivo de las tres puntuaciones en Auto-discrepancias, siguiendo el método de pasos sucesivos, sobre la Identidad Profesional. En el análisis se incluyeron como variables independientes: la puntuación en Auto-discrepancia de atributos de Enfermería y las tres puntuaciones en Auto-discrepancias en competencias de cuidado de Enfermería (General y Factoriales). Como resultado, en el análisis de regresión solo se incorporó la puntuación de Auto-discrepancia de cuidado del Factor 1 (Tabla 34) en el que se requirió un único paso para la configuración del modelo de regresión, con una correlación de 0.22 y una proporción de varianza explicada de la identidad profesional de 5.1%. Acorde a los resultados de la regresión, la auto-discrepancia del Factor 1 tiene un efecto lineal negativo sobre la identidad profesional ($F=6.74$, $p<.05$), a mayor puntuación en Auto-discrepancia de cuidado del Factor 1 menor puntuación en Identidad Profesional.

Tabla 34. Modelo de Regresión

Modelo	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	4.48	.07		58.69	.000
Auto- Discrepancia F1	-.19	.07	-.22	-2.59	.011

$R=.22$. $R^2=.05$. $R^2_{ajustado}=.04$. Error estándar de la estimación=.57

Capítulo 4

Discusión

Antes de examinar los resultados, precisar que la adaptación al español de la Escala Identidad Profesional (Adams et al., 2006) mostró una buena consistencia interna (.87). Su valor tras la adaptación al castellano fue superior a la escala original que fue de .79 y a su revisión posterior de Worthington, Salamonson, Weaver y Cleary (2013) en el que se obtuvo un valor de .81. El análisis de componentes principales determinó su tratamiento unidimensional para los análisis posteriores.

Tras analizar los datos, lo primero que llama la atención es que la identidad profesional, pese a que se haya encontrado diferencias en las puntuaciones entre los de primero y cuarto, presentando estos últimos, puntuaciones sensiblemente más altas, presenta valores altos en ambos grupos. En el caso de primero ya se encuentra una media considerable (4.25 frente a los 5 puntos posibles), por lo que cabe interpretar que este proceso no se va construyendo gradualmente sino que el alumnado ya viene con una sólida identidad profesional debido, entre otros factores, al marcado carácter vocacional de esta profesión. Más del 70% refieren la vocación de ayuda como el principal factor en la elección de su carrera. Es precisamente por esta vocación enfermera por lo que la mayoría ya vienen fuertemente motivados por su interés y ganas de ayudar y relacionarse. La Enfermería les ofrece esta oportunidad; “estar más cerca de los enfermos” es una expresión que utilizan para justificar su inclinación hacia la Enfermería y no hacia la Medicina (Negrillo, 2011). Este dato confirma lo que en investigaciones anteriores se ha llegado a señalar que la Identidad Profesional se evidencia incluso antes de que se inicie la formación enfermera, siendo también uno de los

factores contribuyentes su marcado carácter vocacional (Adams et al., 2006; Worthington et al., 2013).

Por otro lado hay que tener en cuenta que en la Facultad de Enfermería de Sevilla, de donde se ha obtenido la muestra, se exige una nota de entrada muy alta para unas plazas limitadas (en el caso de primero, en el año del estudio, la nota media de acceso se situó en 11.27), lo que propicia que el alumnado que se matricula lo hagan en primera opción o segunda opción (para este grupo en primera opción entraron el 47.2% y en segunda el 37.6%). Ello garantiza un perfil marcadamente vocacional hacia la Enfermería.

Si bien es necesario acotar que el alumnado matriculado que ha escogido Enfermería como segunda opción, procede del grupo que no accedió a la carrera de Medicina, aunque se garantiza también un perfil marcadamente vocacional hacia la profesión sanitaria. Cabe pensar que sólo el grupo de alumnas/os con una clara motivación, ha sostenido el esfuerzo requerido para alcanzar la nota que da acceso a esta carrera. En un trabajo previo a este estudio en el que se llevó a cabo un análisis de la evolución en este tipo de alumnado, se pudo observar que el contacto con el contenido teórico específico de Enfermería que se da en las asignaturas de Enfermería Psicosocial y Promoción de la Salud durante el primer cuatrimestre, en las que se destaca positivamente el rol autónomo de la enfermera, ayuda a cambiar positivamente la percepción de los/as estudiantes respecto al rol profesional y para atraer a quienes no escogieron Enfermería como primera opción y que se sentían frustrados al considerar que la Enfermería es una carrera de menor estatus que la Medicina (Negrillo, 2011).

En definitiva, del análisis se desprende que la formación de la identidad profesional desde la perspectiva de su identificación con la profesión, en los/as estudiantes de Enfermería

se produce en estadios muy tempranos incluso antes de entrar en contacto directo con el contexto académico, por lo que pueden estar involucrados procesos de socialización anticipatoria (Fischer, 1986 cit. en Roda, 2003). El hecho de que se mantenga esta alta identidad y cuando menos se incrementa, nos informa que en el proceso de socialización se refuerza la identidad profesional en el contacto con el medio asistencial.

Para entender mejor cómo se construye la identidad profesional positiva en Enfermería, en relación a la Medicina y otras profesiones de ayuda, habrá que hacer referencia a los factores que promueven la formación de la identidad social. Como ya se ha aclarado en la introducción de este trabajo, la teoría de la identidad social sugiere que las personas tienden a maximizar su autoestima mediante la identificación con todos aquellos grupos sociales específicos a los que pertenecen e intentando además que sean valorados de forma positiva, en comparación con los otros grupos. La formación del grupo y la conducta intergrupales se desarrollan como resultado del proceso de categorización social, que activa de forma mínima una identidad social a través de la cual los sujetos realizan conductas de favoritismo endogrupal. La identidad social supone el “motor” psicológico del comportamiento intergrupales, que tiene como base un proceso de categorización social, el cual incide, a su vez, en un proceso de comparación social. Tajfel afirmó que la comparación social forma parte fundamental del proceso de dinámica grupal y será mediante la comparación social con otros grupos similares cuando los individuos obtengan información acerca del estatus relativo de su grupo (Canto y Moral, 2005; Turner, 1987/1989).

Se ha resaltado el papel imprescindible que juega la categorización, como un proceso de simplificación y orden de la realidad social (Gómez. 2006; cit. en Peris y Agut, 2007) por la tendencia a dividir el mundo social en dos categorías más bien separadas: nuestro

endogrupo (“nosotros”) y varios exogrupos (“ellos”). Y es a través de dicho proceso cómo los individuos construyen su identidad social, haciendo más sencilla su percepción de la realidad social. El proceso de categorización, a su vez, acentúa las diferencias entre categorías distintas e incrementa la semejanza entre los miembros que pertenecen a una misma categoría, es decir, minimiza las diferencias dentro de esa categoría.

La identidad social se forma entonces por la pertenencia a un grupo; que sea positiva o negativa dependerá de la valoración que el individuo haga en comparación con otros grupos. Mediante la comparación social con otros grupos similares los individuos obtienen información acerca del estatus de su grupo y de ellos mismos como miembros de éste. Las personas desean que el resultado de esa comparación sea positiva para su grupo y, por tanto, para ellas mismas. Ahora bien, la identidad social positiva en una comparación social se puede alcanzar por una distinción positiva del propio grupo ante otros, sin que se produzca necesariamente una discriminación negativa hacia el exogrupo (Gómez, 2006, citado en Peris y Agut, 2007).

Desde este marco teórico, se ha argumentado que en la construcción de la identidad de los estudiantes de Enfermería, la identificación con el endogrupo, Enfermería, se hace desde la comparación con el exogrupo, Medicina, y para conseguir una identidad positiva el alumnado de Enfermería destaca los aspectos relacionales de la profesión enfermera (cercanía, contacto, humanidad, etc.), haciendo de esta manera una distinción positiva del propio grupo que genera una mayor autoestima (Negrillo, 2011). En este mismo sentido, Rodríguez-Torres, Rodríguez-Pérez y Leyens (2003; cit. en Peris y Agut, 2007) manejan la hipótesis de que los grupos atribuyen emociones hacia ciertos grupos como modo de expresar la superioridad del endogrupo y discriminar al exogrupo; proponiendo que tendemos a pensar

que la esencia humana se manifiesta más en nuestro grupo que en otros, *deshumanización del exogrupo*. Es habitual que el alumnado destaque los aspectos humanos de la Enfermería frente a los de Medicina, ante los que ellos consideran que la Enfermería es más humana (Negrillo, 2011).

Con relación al género, sólo entre las estudiantes de cuarto curso la distribución de las puntuaciones en Identidad Social es diferente con respecto a los estudiantes de cuarto, mientras que en primero no se detectan tales diferencias, circunstancia que sí se llegó a detectar en otros trabajos (Worthington et al., 2013), por lo en este caso en concreto parece mostrar que estas diferencias se van marcando a lo largo de la socialización. Se ha visto cómo los alumnos de primer curso llegan a expresar que la Enfermería es una profesión de mujeres (Negrillo, 2011) y si se atiende a los datos de matrícula se trata de un dato revelador (alrededor del 80% de mujeres).

Ya se ha tratado ampliamente en el análisis conceptual previo sobre la identidad enfermera, cómo el género es un aspecto crucial, por su trayectoria histórica en la configuración como disciplina y profesión representada tradicional y mayoritariamente por mujeres y que sigue siendo un elemento de diferenciación hoy en día tanto en las aulas de la Universidad como en los centros asistenciales donde se desarrolla la profesión. En este trabajo en todo momento se ha optado por la diferenciación género frente a sexo para diferenciar la masculinidad o feminidad biológica de la categorización social de la mujer femenina con roles, comportamientos, preferencias y otros atributos que la definen culturalmente (Beckwith, 1994, cit. en Baron y Byrne 1997/1998) y que tanto ha marcado el trabajo enfermera. En nuestra sociedad siguen presentes las creencias que identifican a la medicina

con el hombre y a la enfermería con la mujer. Como dice Bordieu (2010), el médico varón realiza las funciones que se cotizan, y la enfermera mujer las menos valoradas.

El hecho de que la diferenciación por género no se haya detectado en primero y sí en cuarto debe entenderse desde el contexto académico y docente donde se realiza el estudio. El primer contacto que tiene el alumnado de primer curso con la Enfermería es a través del contenido teórico específico que se imparte en las aulas, y no tienen contacto con las prácticas clínicas hasta el segundo curso. En este contenido teórico se presenta una Enfermería idealizada basada en competencias de cuidados, autónoma e independiente que realza el valor de los cuidados. Esta circunstancia contribuye, como se refleja en el estudio cualitativo de Negrillo (2011), a revalorizar el papel que la enfermera tiene en el sistema sanitario y, de alguna manera, a cambiar algunas creencias previas como son el hecho de considerar la Enfermería una profesión de mujeres y el rol inferior y secundario de la enfermera en la curación de la enfermedad. Los cambios que se producen en ellos tras ponerse en contacto con el contenido teórico pueden estar influyendo, por un lado a reforzar la identidad y por otro a que no haya diferencias entre hombres y mujeres, al menos en primero.

Además está el hecho de que al no tener contacto con el medio asistencial, todavía no conocen la realidad de la práctica enfermera, y por tanto no han comprobado como en la realidad asistencial todavía se refleja esa diferenciación entre hombres y mujeres. Los hombres enfermeros son más técnicos, mientras que las mujeres están más cerca del enfermo. Recogemos un extracto del trabajo de Miró (2008), en el que se refleja esta diferenciación:

A lo largo de las entrevistas las propias enfermeras manifiestan sentimientos de inferioridad como profesionales. Esta infravaloración parece estar relacionada con el género de los profesionales y la diferencia en la perspectiva de su trabajo, lo cual hace

que la sociedad, los médicos y ellas mismas le confirieran menos valor a su trabajo que al realizado por los enfermeros o médicos. La mayoría de las enfermeras entrevistadas consideran que los enfermeros se consideraban “mini médicos”, y que en general la enfermería era para ellos un trampolín a la medicina. A pesar de ello, reconocen que a partir de los setenta hubo por parte de las enfermeras una cierta promoción de la cuota de los enfermeros dentro de la profesión. Les parecía que aunque hablaran de lo mismo parecía más sólido, tenía más credibilidad (pp. 99-100).

Por otra parte si acudimos a datos diferenciados sobre elección de la carrera, alrededor del 33% de los estudiantes eligieron Enfermería como primera opción, frente al 54% de las estudiantes. Datos similares pero en el sentido inverso ocurre cuando se trata de la elección de la Medicina como primera opción. 49% entre los estudiantes y 34% entre las estudiantes. Aunque esta variable no ha sido considerada como un objetivo propio del estudio, contribuye a explicar cómo los estudiantes, que se identifican más con la parcela técnica y biomédica de la Enfermería (Stott, 2007, cit. en Worthington et al., 2013), expresan una menor identidad profesional, sustentado por el contraste percibido entre la teoría que han recibido y la práctica que experimentan.

La Enfermería que se transmite en las aulas, contempla el desarrollo de un modelo y una metodología propia en la que los cuidados ocupan un lugar relevante, que sirve al alumnado para valorar positivamente a su endogrupo. Sin embargo, en las prácticas comprueban que los modelos aprendidos no son útiles, ya que el modelo desde el que la enfermera desarrolla su trabajo es el modelo biomédico. Siguiendo a Medina (2005)

El cisma entre el lenguaje académico y el de la práctica se ha hecho cada vez más evidente y las alumnas ya se convencen antes de finalizar su graduación, de la poca utilidad de esos conceptos y teorías para su posterior práctica profesional (pp. 7-8)

Esta circunstancia puede generar contradicciones entre una visión “profesional” y una visión “idealizada” de la enfermería, de la que se podría indagar cómo afecta al alumnado y que podría incidir en el proceso de identificación enfermera. Por ello es conveniente observar desde la Teoría de la Auto-discrepancia las discrepancias entre el autoconcepto personal como enfermera y la transmisión normativa académica de la profesión.

El autoconcepto es uno de los componentes más importantes de la identidad que se adquiere a través de las interacciones sociales a lo largo de toda la vida. Es una colección organizada de sentimientos y creencias sobre uno mismo. Influye en cómo procesamos la información del mundo social que nos rodea con la información de nosotros mismos, como nuestra motivación, estados emocionales, autoevaluaciones y habilidades (Klein, Loftus y Burton, 1989; Van Hook y Higgins, 1988; cit. en Baron y Byrne 1997/1998). Las personas estamos motivadas para conseguir que nuestro autoconcepto real se aproxime a otros autoconceptos que consideramos relevantes. Las discrepancias entre distintos tipos de autoconceptos provocan diferentes situaciones psicológicas negativas asociadas a estados emocionales concretos.

La Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins, tiene como objetivo distinguir entre los diferentes tipos de incomodidades que la gente que mantiene creencias incompatibles podría experimentar. Entre los tres dominios básicos (Real, Ideal y Deber), el Yo real constituye el autoconcepto, mientras que el yo ideal y el yo deber hacen referencia a las auto-guías adquiridas. La Teoría de la Auto-discrepancia propone que la gente difiere según la auto-guía

que mantiene como referencia, para unos la ideal, para otros el deber. Cuando se ha utilizado el contexto académico y profesional como referencia, se ha visto que frente al ideal, el deber adquiere mayor relevancia (Negrillo et al., en prensa). Desde este marco teórico, en este trabajo se ha observado cómo entre los/as estudiantes “se ven a sí mismos” como enfermera y “como creen que debería ser” así como las discrepancias entre ambas perspectivas. En el alumnado de primero que aún no han tenido experiencia en el rol de enfermera este autoconcepto se basaría en la socialización anticipatoria mientras que el “yo debería” hace referencia a lo que creen que necesitan entrenar más en la formación. Al estar en el principio del proceso de socialización incluyen en los atributos normativos lo que ellos piensan que deben poseer como profesionales de enfermería. En el alumnado de cuarto ya tienen experiencia en el ejercicio del rol, por lo que podrían hablar desde “mi experiencia enfermera”. Como auto-guía el yo deber se construye sobre la base de una referencia normativa y prescriptiva que se transmite en la formación académica.

Como ya se ha planteado al inicio de este trabajo, los atributos de la Enfermería vienen marcados por su identificación con la mujer y por su vinculación durante siglos con las órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos, y que marcó la referencia de lo que debía ser una enfermera. En el prototipo *enfermera*, la dulzura, la amabilidad, la entrega, la dedicación, la humildad, la sumisión, fueron atributos necesarios para ser enfermeras, coincidiendo con una época en la que la mujer aún no había conseguido tener los mismos derechos que el hombre y la Enfermería era una de las pocas salidas profesionales que ellas tenían.

La desvinculación de las órdenes religiosas y la incorporación de los hombres (practicantes), facilitó el desarrollo profesional de la Enfermería, incorporando una nueva

visión que requería el entrenamiento de habilidades técnicas, orientadas a la parcela de colaboración en el diagnóstico y tratamiento médicos. Lo que por un lado ha supuesto un enriquecimiento de la profesión enfermera, por otro ha ido en detrimento de la parcela independiente de los cuidados. De esta forma se ha ido desdibujando la identidad enfermera, que cada vez es más parecida a un profesional técnico de la Medicina.

En un primer esfuerzo por la identificación de posibles prototipos que pueden manejar el alumnado, de la respuesta abierta al cuestionario de auto-discrepancias de atributos de la profesión de Enfermería, se llegaron a categorizar 47 categorías de atributos que confieren a las concepciones de sí mismo como enfermera y la auto-guía normativa de lo que debería ser. Estas 47 categorías, y atendiendo a la base conceptual que las definen y le dan significado desde la profesión, se podrían agrupar en cuatro grupos: a) atributos relacionados con el rol de cuidados; b) atributos relacionados con el rol técnico; c) atributos relacionados con habilidades interpersonales; y d) atributos relacionados con competencias profesionales. En la tabla 35 se presentan los atributos conforme a la categoría general y acto seguido se detallan los de mayor densidad por su aparición (Figuras 3, 4 y 5).

Tabla 35. Atributos de la Profesión de Enfermería por categorías generales

Rol de Cuidados	Rol Técnico	Habilidades Interpersonales	Competencias Profesionales
<p>Abnegada: ayuda incondicional</p> <p>Actitud de ayuda: disponible para ayudar</p> <p>Capacidad de cuidar: Favorecer el bienestar, responder a las necesidades del paciente</p> <p>Comprometida: Implicación, dedicación. entrega</p> <p>Confidencial: Proteger la intimidad y dignidad del paciente</p> <p>Dar apoyo: Acompañar en los momentos difíciles</p> <p>Educadora: Fomentar el autocuidado</p> <p>Holística: Interés por todo lo que rodea al paciente</p> <p>Humanidad: Trato humano y valores éticos</p> <p>Humildad: Aprender de cada persona, sencillez...</p> <p>Observadora: Estar atenta, identificar problemas</p> <p>Paciente: Tener paciencia con los pacientes</p> <p>Serenidad: Transmitir calma y seguridad</p> <p>Solidaria: Compromiso con la comunidad, servicial, compasiva, generosa</p> <p>Vocacional: Interés por mejorar la salud de las personas, satisfacción en ayudar a los demás, motivación por ejercer la enfermería, vocación de ayudar y cuidar</p>	<p>Autocontrol: Control emocional</p> <p>Competente: Capacidad de resolución, habilidad técnica</p> <p>Distanciamiento emocional: no implicación emocional</p> <p>Obediente: Acatar ordenes</p> <p>Experta: Experiencia y actualización profesional</p> <p>Objetiva: Razonamiento</p>	<p>Actitud positiva: Facilitar una perspectiva positiva</p> <p>Activa: Dinámica y participativa</p> <p>Agradable: Trato educado y amable</p> <p>Apertura: Abrir la mirada a otras opiniones (tolerante) y aceptar lo inevitable</p> <p>Capacidad de escucha: Dar la palabra, animar la expresión de sentimientos</p> <p>Cercana: Contacto y proximidad, confianza, seguridad.</p> <p>Disponible: Compromiso con el paciente</p> <p>Empatía: Respetar sentimientos y decisiones del paciente</p> <p>Habilidades de comunicación: Capacidad para establecer una relación de ayuda con el paciente y la familia</p> <p>Honesta: Expresar con claridad y sinceridad</p>	<p>Autonomía: Iniciativa a la hora de actuar</p> <p>Capacidad de adaptación: Integración en el puesto de trabajo</p> <p>Creatividad: Capacidad de improvisación e innovación</p> <p>Desarrollo personal: Ganas de aprender y superarse</p> <p>Determinación: Autoridad, firmeza. competencia profesional</p> <p>Orientada al trabajo en equipo: Sentimiento de equipo, colaboración con otros profesionales, participativa</p> <p>Perfeccionista: Capacidad auto-evaluativa.</p> <p>Responsable: Disciplina y organización en el trabajo de enfermería</p> <p>Resiliencia: Fortaleza ante situaciones difíciles, fuerte emocionalmente</p>

Atributos relacionados con el rol de cuidados

El cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del ámbito de la salud. Son atributos que facilitan el rol de cuidador, de acompañar al paciente en su proceso, ayudar en la satisfacción de sus necesidades, proporcionar bienestar, educar en hábitos saludables, estimular y fomentar la independencia en el cuidado de su salud. Los más expresados son en general:

Actitud de ayuda: Los alumnos lo definen como la necesidad, la voluntad, la intención, el interés, el gusto, el deseo de ayudar a los demás. La actitud de ayuda es una disposición básica para establecer una relación de ayuda, que en Enfermería consiste en acompañar a la persona para transitar una situación problemática como puede ser la pérdida de salud, para que pueda vivirla lo más sanamente posible y en las mejores condiciones, ayudando así a recorrer un camino de crecimiento. En el alumnado se expresa más como una cualidad personal frente a lo que debería ser.

Capacidad de cuidar: Definido como facilitar cuidados de calidad, hacer sentir bien a los pacientes, responder a las necesidades del paciente, capacidad de escucha, ayudar a superar la enfermedad, facilitar el descanso y la comodidad. La capacidad de cuidar la refieren en general como facilitar, tratar, propiciar, satisfacer, estimular, sensibilidad hacia la vulnerabilidad. La Enfermería es la ciencia y el arte de cuidar. El cuidado en Enfermería tiene como finalidad mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas, aproximándose a los enfermos desde una perspectiva holística. Cuidar no es meramente el requerimiento de una medicación, la necesidad de una cura, la atención al encamado o la dependencia de una tecnología que sustituye el cuidado personal. Cuidar es un fenómeno humano, un hecho en el

que se comparte la humanidad y la condición del ser humano (Durán, 2007). Expresado más como un atributo normativo.

Comprometida: Definida como implicación, compromiso, dedicación, entrega. Es un atributo vinculado a la relación con el paciente que expresa el compromiso, la entrega, la dedicación, la implicación profesional con el paciente. Tiene que ver con los aspectos vocacionales de la profesión y se traduce en una actitud de disponibilidad. En tener la intención y la disposición para atender las demandas del paciente, teniendo en cuenta las limitaciones personales y profesionales. Significa comprometerse en ayudar, estableciendo un vínculo afectivo temporal para compartir el proceso con el paciente y la familia. Expresado como atributo personal y normativo.

Observadora: definida como capacidad de observación, agilidad, saber prevenir acontecimientos, detectar necesidades que precisan ayuda, atenta, centrada, presencia. Florence Nightingale, la fundadora de la Enfermería profesional consideraba que la observación es un atributo esencial para dar buenos cuidados. La observación entendida como la capacidad de percatarse a través de los sentidos de las condiciones en la que se encuentra el paciente y el ambiente que le rodea. Expresado como atributo personal y normativo.

Paciente: definida como ser paciente, tener paciencia con determinados pacientes. La enfermedad nos pone en contacto con la vulnerabilidad y esto hace que aparezcan reacciones emocionales como la tristeza, el miedo, la culpa, la vergüenza, la rabia, la impotencia, que pueden dificultar la comunicación. La enfermera tiene que saber manejar estas situaciones con paciencia y aceptación del momento que viven los pacientes. Expresado como atributo personal y normativo.

Solidaria: definida como ayudar a los más desfavorecidos, preocupación por los necesitados, trabajar en grupos marginales, tener un trato igualitario sin hacer distinciones de raza o cultura, caridad, beneficencia, generosa, bondadosa, compartir, compasión, altruismo, servicial, compromiso con la comunidad. Este es un atributo básico en la vocación de ayuda y quizás por eso es elegido por el alumnado de primero y cuarto curso. La solidaridad es lo que hace que quieran dedicarse a una profesión de ayuda. Expresado como personal y normativo.

Vocacional: definida como interés por los cuidados, interés por mejorar la salud de las personas, motivación de ejercer la Enfermería, se disfruta ayudando a la gente, entusiasmo por el cuerpo humano, gusto por tratar con personas, satisfacción de ayudar a los demás, vocación por ayudar y cuidar. En la historia de la Enfermería, la noción de vocación, de llamada, ha tenido una gran importancia. Esta noción ha ido ligada a la condición femenina (Domínguez, Rodríguez y De Miguel, 1983). Se entiende la vocación como una llamada interior de servicio a los demás, de entrega y el compartir el sufrimiento ajeno. Durante mucho tiempo se consideró que sin un elevado espíritu vocacional es imposible desempeñar bien la profesión. El concepto de profesión como misión apostólica estuvo estrechamente ligado al concepto de vocación. Este hecho ha influido de manera negativa, al entender que la vocación estaba ligada a lo religioso y no a lo profesional. Esto ha determinado un cierto rechazo por parte de los profesionales de enfermería hacia el concepto de vocación. Sin embargo, sigue siendo un aspecto esencial a la hora de elegir una profesión sanitaria, y en concreto a la Enfermería, la vocación de ayudar a los demás. Atributo personal y normativo.

Atributos relacionados con habilidades interpersonales

Hacen referencia a las actitudes y habilidades necesarias en la relación enfermera paciente. Son atributos que facilita establecer una relación de ayuda con el paciente y la familia, y dar

apoyo emocional en los momentos difíciles. Estos atributos pueden considerarse básicos para desarrollar la dimensión humana del cuidado.

Actitud positiva: definida como entusiasmo, alegría, buen humor, ser alegre para mejorar el ánimo de los pacientes, facilitar perspectiva positiva, ilusión, esperanza, transmitir energía y positividad. Es un atributo que se desarrolla en la interacción con el paciente y la familia. Lo consideran personal y normativo.

Agradable: definida como el buen trato, ser cariñosa, dulce, simpática, ser amable, trato con cariño, delicadeza, educación y saber estar. En este atributo se refleja la identificación de la Enfermería con el prototipo femenino. Tradicionalmente el cuidado de los enfermos fue una ocupación femenina, y de esta forma el cuidado se impregnó de características adjudicadas tradicionalmente a las mujeres, como son la comprensión, la delicadeza, la dulzura, la amabilidad. Esta concepción de la Enfermería, como ya se ha mencionado anteriormente, ha traído como consecuencia el hecho de que la identidad enfermera se relacione más con un estereotipo de género que por su aportación profesional. Este atributo es de los más expresados como personal y normativo. Cabe pensar que la imagen de la enfermera sigue asociada a la condición femenina y a las cualidades femeninas que tradicionalmente se consideraron necesarias para ser enfermera.

Apertura: Aceptación, abrir la mirada a otras opiniones, adaptarse a otras culturas, evitar tener prejuicios, receptividad, respeto a lo diferente, tolerancia. La aceptación es considerada una actitud terapéutica en enfermería, ya que el ámbito de atención se ha ampliado considerablemente, incluyendo otras culturas y religiones. Actualmente la Enfermería es una profesión de ayuda en el cuidado de la salud humana y para ello es necesario tener una actitud abierta y tolerante que permita la aceptación de las diferencias no solo entre los pacientes,

también dentro del equipo multidisciplinar. También, es considerada una actitud básica y necesaria para el trabajo en equipo, la capacidad de estar abierto a otras miradas. Expresado como atributo personal y normativo.

Capacidad de escucha: definida como animar a expresar sentimientos, capacidad de escucha activa, saber escuchar. Es un atributo esencial para el cuidado; escuchar es una herramienta terapéutica. La escucha es una de las formas más eficaces de mostrar respeto por el otro. Es una de las caricias positivas más apreciada por la gente. Cuando uno se siente escuchado tiene la percepción de tener valor para el otro (Bermejo, 1998). Es importante subrayar que se ha visto que en las creencias previas que el alumnado traía consigo antes de iniciar su formación, se consideraba que para tratar a los pacientes eran necesarias cualidades personales como la simpatía, amabilidad, ser cariñosa y sensible, y no creían que fuera necesario el entrenamiento en habilidades interpersonales (Negrillo, 2011). El cambio que se produce en el alumnado de primer curso tras ponerse en contacto con la Teoría enfermera, se concreta en una ampliación de la mirada respecto a la enfermedad, descubren la importancia de los aspectos psicosociales que están presentes en la enfermedad y que se constituyen como el rol autónomo de la enfermera. Atender al paciente y la familia, considerar su bienestar como objetivo del cuidado. Ahora consideran que dar apoyo emocional es una actividad profesional que requiere entrenamiento en habilidades de comunicación y escucha, y no depende únicamente de la buena voluntad de la enfermera o de la suerte de caer con una enfermera simpática. Este es un cambio importante a reflejar y a considerar en la formación de los futuros profesionales, en cuanto a considerar la formación y el entrenamiento en habilidades que permitan evolucionar desde el trato humano y cercano, al apoyo emocional del paciente y la familia, al quedar constatado que dicha formación mejora la relación comunicativa de los profesionales con los usuarios (León, Jarana y Blanco, 1991; Negrillo, Tirado y León, 1994). En cambio, en

este trabajo es llamativo que los/as estudiantes no lo consideren un atributo normativo y lo expresan como atributo personal.

Empatía: definida como establecer vínculos con el paciente que incluye expresiones como: fijarme más en el estado psicológico del paciente, salir de uno mismo, ponerme en el lugar del otro, respeto y trato adecuado, comprender y entender a las personas, tener tacto, sensible emocionalmente. Es un atributo necesario para acompañar al paciente y la familia durante el proceso de enfermedad que implica una situación de estrés emocional y de contacto con la vulnerabilidad. Este estado se refleja en respuestas emocionales que requieren de la ayuda profesional. Se trata de ser receptivo ante la respuesta del otro y comprender sus estados emocionales. Es uno de los atributos más expresados como personal y normativo.

Habilidades de comunicación: Definida como saber dar noticias a familiares, ganas de relacionarse con las personas, comunicación con pacientes y familiares, relación y trato con los pacientes. En este atributo se incluyen habilidades de comunicación que permiten atender los aspectos humanos del enfermar, como son la escucha activa, la comunicación terapéutica que se traduce en dar respuestas empáticas que ayuden a la persona en crisis a vivir la enfermedad como una experiencia de aprendizaje. También hace referencia a todo lo relacionado con la información al paciente y la familia. Expresado como personal y normativo.

Atributos relacionados con el rol técnico

Es el rol vinculado a la parcela de colaboración con el médico. Colaborar en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad llevando a cabo pruebas diagnósticas y aplicando los tratamientos y los dispositivos de ayuda necesarios como sondajes, perfusiones intravenosas, así como el seguimiento y valoración del estado del paciente.

Competente: Definida como destreza, eficacia, rapidez, resolución, habilidades técnicas. Es un atributo profesional relacionado con el rol técnico, con el desarrollo de la Enfermería como profesión técnica, vinculado a la incorporación de la enfermera como ayudantes técnicos de los médicos. Este atributo tiene que ver más con el desarrollo de habilidades técnicas y es más expresado como un atributo normativo, aunque también es considerado un atributo personal.

Experta: definida como amplios conocimientos sanitarios, actualización de conocimientos, conocimiento de los procesos de salud, estudiar la situación de cada paciente. Es un atributo muy vinculado al desarrollo profesional, a la actualización de los conocimientos y procedimientos de enfermería. Muy expresado como atributo normativo.

Atributos relacionados con las competencias profesionales

Son atributos relacionados con el desarrollo de la profesión. Atributos que permiten la autonomía, la actualización profesional, la competencia profesional.

Determinación: Definida como confianza, decisión, saber resolver situaciones difíciles, capacidad de afrontamiento, confianza en la capacidad de decisión, firmeza, seguridad. Esta cualidad muy elegida por el alumnado refleja la percepción de que las/os enfermeras/os actuales no son obedientes, quieren tener su propia voz y tomar sus propias decisiones. Es muy posible que esto choque de manera frontal con la Enfermería que se lleva a cabo en nuestros centros sanitarios, donde la enfermera ocupa un papel secundario en la toma de decisiones en relación al tratamiento de la enfermedad. Mas expresado como atributo normativo.

Responsable: definida como respeto por esta profesión, admitir mis errores, capacidad de gestión, madurez mental, disciplina, ordenada, organizada, planificación trabajo enfermero,

registro actividades, seriedad. Este atributo permite que las enfermeras se hagan responsables de su aportación en el cuidado de la salud y por tanto de su autonomía e independencia profesional. Expresado como atributo personal y normativo.

Orientada al trabajo en equipo: definida como capacidad de trabajar en equipo, buena relación con los compañeros, coordinarse con otros profesionales, colaboración, participativa. Se ha incluido en esta revisión de los atributos, pese a que resulta llamativo el escaso valor que desde el alumnado se le ha dado al trabajo en equipo, como lo demuestra el hecho de no haber superado la media en ninguna de las categorías. Aunque es considerada una competencia transversal a desarrollar en la carrera (Aneca, 2004), desde el análisis curricular hay que hacer notar que el alumnado no recibe un modelo de rol orientado al trabajo en equipo. Trabajar en equipo es una asignatura pendiente en Enfermería. Este atributo está aún por desarrollar en el ámbito asistencial, donde aún prevalece la organización jerárquica que favorece el estado de subordinación que se mantiene en la relación médico-enfermera, y la comunicación no llega a ser cara a cara sino a través de las prescripciones médicas que se dan por escrito. Se ha llegado a plantear que una identidad profesional baja no permite el trabajo en equipo (Adams et al., 2006). Para trabajar en equipo es necesario desarrollar una identidad profesional alta y tener claridad sobre la aportación específica de cada integrante. Esto aún no es posible en la Enfermería que para su trabajo utiliza el saber médico y no el saber enfermero (Foucault, 1966, citado en Medina, 1999). Cabe pensar que el alumnado no experimenta en la práctica el trabajo en equipo y por eso no lo integran como parte de su autoconcepto profesional.

Del análisis global de estos resultados, cabe decir que el autoconcepto enfermera, se define en un prototipo donde las habilidades interpersonales son más claramente accesibles

para el alumnado desde el reconocimiento explícito que éstos hacen de ellas. En estas incluyen actitudes personales y no tanto habilidades susceptibles de ser entrenadas, reflejándose aquí la imagen tradicional de la enfermera (*identidad femenina*). En segundo lugar, se definen a sí mismos con atributos del rol de cuidados. De este rol destacan la actitud solidaria, el compromiso, la vocación, la actitud de ayuda y la paciencia. En estos atributos se refleja la *identidad vocacional*. A continuación se reflejan las competencias profesionales y del rol técnico, en las que aparecen atributos relacionados con la *identidad técnica y profesional* de la enfermería. Por otro lado, si se analizan estos atributos desde la auto-guía normativa, disminuyen los atributos relacionados con habilidades interpersonales y del rol de cuidados y aumentan las competencias profesionales y técnicas. Estos datos reflejan que en el autoconcepto están presentes los aspectos relacionales y vocacionales, identidad femenina e identidad vocacional, son atributos que ellos consideran que forman parte de sus competencias ya adquiridas y no necesitan entrenar, o al menos no es lo que debería potenciar. Consideran a entrenar los atributos relacionados con la identidad técnica y profesional.

Desde un análisis descriptivo y comparativo por curso, atendiendo a la respuesta que en primero realizan de su Yo real (autoconcepto), se expresan mayoritariamente en habilidades interpersonales y en rol de cuidados (Figuras 6 y 7). Se identifican con cualidades personales que ellos consideran que ya poseen, y que son las que van a necesitar para ejercer la profesión. En relación a cómo creen que debe ser una enfermera, aumenta el rol técnico y profesional que antes (Yo real) eran menos expresados por el alumnado en relación al rol de cuidado y habilidades interpersonales. El alumnado de primer curso se encuentra al inicio de su socialización profesional en el contexto académico y los atributos que definen forman parte de su autoconcepto personal, en el que se identifican con los aspectos relacionales y humanos

de la Enfermería. La mayoría llegan motivados y con vocación de ayudar a los demás y esto se refleja en los atributos con los que se definen y que piensan que van a necesitar como enfermeras.

Desde la perspectiva de la identidad social, se podría argumentar que el alumnado de primer curso, que aún no conoce la realidad asistencial, ya tiene interiorizado en su prototipo atributos relacionados con la categoría del rol de cuidados y habilidades interpersonales, que como ya se ha visto son los aspectos que revalorizan la aportación autónoma de la enfermera (Negrillo, 2011) y que se corresponden con la identidad femenina y con la identidad vocacional. Además, considerando el contexto formativo en el que se produce esta investigación, hay que señalar que en los contenidos teóricos específicos de Enfermería que se dan en el primer cuatrimestre, se realza el valor de los cuidados y los aspectos relacionales.

Aunque ya se indagó en una investigación previa (Negrillo, 2011), habría que valorar si esta conformación del prototipo desde la revalorización del cuidado que se manifiesta entre el alumnado que inicia sus estudios es el resultado de un proceso de comparación que subyace en la construcción de la identidad, al compararse con el exogrupo de Medicina, para que la comparación sea positiva y así aumentar la autoestima, utilizando el *principio de acentuación* haciendo mayores las diferencias intergrupales, especialmente en aquellas dimensiones en las que el endogrupo destacaría positivamente.

En primer curso la mayoría de atributos personales están relacionados con actitudes y habilidades interpersonales que ellos definen como la capacidad de establecer una relación de ayuda con el paciente y la familia. Emergen entre los atributos personales la vocación, la solidaridad y la actitud de ayuda que permiten la inclinación hacia una profesión de servicio. En los normativos expresan la capacidad de cuidar, lo que significa que su actitud de ayuda se

orienta hacia el cuidado de los demás. Entre los atributos normativos cabe resaltar la determinación y la resiliencia como atributos que ellos piensan que deben entrenar y son necesarios en la profesión. Esto quiere decir que además de atributos que les permite ayudar a los demás, consideran que van a necesitar entrenarse en aquellos que les van a ayudar a hacer frente a las situaciones difíciles.

En el proceso de identificarse con la Enfermería el alumnado de primero han incorporado a su autoconcepto, siguiendo el proceso de categorización de Turner (1987/1989), el nivel intermedio de categorización intergrupala, aquellos atributos que los definen como pertenecientes al grupo de enfermeras y no de medicina.

En relación a cuarto el autoconcepto (Figuras 8 y 9) destaca en habilidades interpersonales (empatía, capacidad de escucha y agradable), en competencias profesionales (determinación y responsable) y en rol de cuidados (solidaria, vocacional y comprometida. En cómo deberían ser se acentúa el rol técnico (competente y experta), las competencias profesionales (determinación) y en habilidades interpersonales (empatía), disminuye la capacidad de escucha. Es llamativo que este grupo incorporen en la auto-guía aunque de forma poco representativa atributos como orientado al trabajo en equipo y autonomía.

Estos datos nos sugieren que, en el contacto con el contexto de prácticas clínicas, los/as alumnos/as incorporan aquellos atributos que perciben necesarios en el desempeño profesional. Han hecho la transición desde el comportamiento interpersonal al comportamiento intergrupala; han incorporado en su autoconcepto los atributos intergrupales, identificándose con los atributos normativos.

Un concepto clave de la teoría de la categorización del yo es el concepto de despersonalización que debe entenderse como un proceso de *estereotipación del yo*, en el cual las personas se ven a sí mismas más como ejemplares intercambiables de una categoría social que como personas únicas definidas por sus diferencias individuales respecto a los otros (Turner, 1987/1989). Este proceso se produce en situaciones intergrupales en las que se realza la saliencia de las categorías endogrupo-exogrupo, en las que tendría lugar un incremento de la identidad percibida entre el yo y los miembros del endogrupo. Es decir “despersonalizar la percepción del yo individual” en las dimensiones que definen al endogrupo. Es el proceso a través del cual se transforma la conducta individual en conducta colectiva cuando las personas se perciben y actúan en términos de una concepción del autoconcepto colectivo y compartido. Significa el cambio desde el nivel de identidad personal al social.

En este sentido, los/as alumnos/as de cuarto han incorporado los atributos desde la experiencia en prácticas, donde hay un modelo de ser enfermera que no es el que tenían al principio. Ahora han incorporado atributos relacionados con competencias profesionales y técnicas que no aparecen en primero y se han reducido considerablemente los atributos relacionados con la dimensión humana del cuidado (los aspectos humanos y relacionales). Cabe pensar que se identifican con el rol técnico.

Un fenómeno importante que se ha observado al examinar la tasa de respuesta del alumnado que cumplieron los siete atributos solicitados en su dimensión Yo Real y Yo debería, es el hecho de que los de cuarto sólo alcanzaron el 27.4% frente al 55% del alumnado de primero, recordemos que era un cuestionario abierto donde se les solicitaba que indicaran un adjetivo que les definiera en su profesión de Enfermería tanto en su dimensión real como obligada. Por otra parte al obtener las puntuaciones de auto-discrepancias considerando los

ajustes y desajustes entre las dimensiones real y normativa, también se ha observado mayor variabilidad entre las puntuaciones mínimas y máximas del grupo de cuarto frente a los de primero. Aunque no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos (Hipótesis 2.1.) sí, dentro de un análisis descriptivo de los percentiles, se detectan patrones de respuesta diferentes.

Aunque los resultados estadísticos no permitan hablar con cierta contundencia, desde un plano exploratorio y examinando los percentiles es posible reexaminar los datos y buscar explicación a los mismos. Así, cabe pensar que en esta confusión, dada la variabilidad en la respuesta del grupo de cuarto, se expresa la incongruencia entre la idea de enfermera que traen al principio, la idea aprendida de lo que debe ser una enfermera y la realidad de la práctica enfermera que comienzan a conocer desde sus experiencias en las prácticas formativas.

Reexaminando los datos, aunque sin poder justificar las conclusiones bajo criterios de decisión estadística, llama la atención que en el grupo de cuarto que presenta mayor identidad profesional frente a los de primero, en cambio, presentan puntuaciones medias más altas en los diferentes índices de auto-discrepancia a excepción de la referida a las competencias de cuidado generales (Factor 1).

Volviendo al análisis de los atributos enfermera, señalar que al principio traen unas creencias basadas en experiencias personales, creencias sociales, medios de comunicación, etc. En los contenidos teóricos que se imparten al principio de la formación académica adquieren otra idea de lo que debe ser una enfermera, donde se idealiza el papel que la enfermera y los cuidados tienen en el sistema sanitario. Cuando van a prácticas en segundo curso se encuentran otro modelo de ser enfermera, que desempeña un rol más técnico y donde

los cuidados ocupan un espacio reducido en el desempeño profesional. En las prácticas el alumno tiene que responder a lo que se le exige en su formación en relación a un modelo enfermero que no se corresponde con el modelo biomédico que se aplica en los servicios de enfermería y al que también se tiene que adaptar. Tiene que sostener que hay una distancia entre los objetivos del ámbito académico y los objetivos de ámbito asistencial. No son objetivos congruentes que convergen en una misma dirección. La formación académica se basa en una atención integral, mientras que en la asistencia se centran en el tratamiento de la enfermedad aplicando los recursos técnicos disponibles.

Así, se ha llegado a afirmar que la formación académica de la enfermera no es paralela al desarrollo de la enfermería asistencial, por esta razón, y examinando la tasa de respuesta, cabe pensar que el alumnado de cuarto es testigo de esta contradicción en la configuración de los contenidos formativos en los contextos académico y profesional, lo que viene a reflejarse en la dificultad para identificar con claridad estos atributos tanto desde su auto-guía personal como normativa.

En relación al género, mencionar que de los 71 hombres solo han respondido 24 a los siete atributos (33.8%), y de las 276 mujeres que forman la muestra, 120 han respondido en su totalidad (44.4%). Por su parte, tampoco se pudo comprobar diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a las auto-discrepancias de atributos de Enfermería (**Hipótesis 2.2**). No por ello, no se dejará de reexaminar los datos aunque limitado al terreno descriptivo (Figuras 10 al 13).

En relación al autoconcepto, en ambos géneros se aprecia el mismo patrón, siendo las habilidades interpersonales (empatía y agradable) las que más lo definen.

En la auto-guía normativa encontramos algunas diferencias importantes. Los hombres a diferencia de las mujeres, incluyen en la auto-guía el distanciamiento emocional, la capacidad de adaptación y la resiliencia, y le dan más peso a las habilidades de comunicación. Mientras, las mujeres incluyen en la auto-guía la capacidad de cuidar y honesta. En relación a las semejanzas, ambos grupos se definen con las habilidades interpersonales (agradable y empatía) y atributos del rol técnico (experta).

Lo que llama la atención es que los atributos en las mujeres están reflejando menos confusión que en los hombres, tienen más claridad en los atributos que conforman los pilares de su identidad y en lo que deben ser como enfermeras, mientras que los hombres presentan mayor variabilidad y dispersión al considerar las puntuaciones de los ajustes y desajustes en los percentiles examinados.

En definitiva, a modo de conclusión podemos decir que las personas que eligen una profesión de ayuda como es la Enfermería tienen esta inclinación antes de comenzar los estudios, y por tanto se ven a sí mismos con atributos o cualidades que se aproximan a las que son necesarias en una profesión de ayuda. Esto se refleja en los datos que hacen referencia a los atributos personales con los que cuentan los/as alumnos/as de primero.

En relación a los atributos normativos hay una clara diferencia entre primero y cuarto (aunque no estadística). El alumnado de primero destaca de la Enfermería la cercanía y el contacto con los pacientes y la familia. Sin embargo los atributos normativos mencionados por los de cuarto son más específicos de una profesión más técnica, y han disminuido considerablemente los relacionados con habilidades interpersonales y el rol de cuidados.

No todo lo que el alumnado aprende en las aulas tiene continuidad en sus prácticas clínicas. Para adaptarse al nuevo contexto asistencial tiene que ir desprendiéndose de parte de lo aprendido. Este proceso no es homogéneo para quienes tienen más arraigados los aspectos relacionales de la profesión en su autoconcepto (acompañar, apoyar, escuchar, cuidar ...). Entrarán en una mayor contradicción al adaptarse en un contexto que no los contempla. Esto puede explicar el hecho de que el alumnado de cuarto responda menos, no respondan las siete categorías, y lo hagan con mayor variabilidad. Solo se definen con aquellos atributos que no entran en contradicción con el desempeño profesional que se espera de ellos. Entre los atributos considerados como normativos por una mayoría tan solo encontramos la competencia, determinación, experta y empatía. En este sentido, es interesante señalar como los tres primeros -que no entran en contradicción con el desempeño profesional esperado- dan una puntuación mayor en atributos normativos que en atributos personales. Tan solo la empatía como un atributo que tiene más que ver con los aspectos relacionales de la profesión es considerada por los alumnos como definitorio de lo que debería ser el profesional aunque con una puntuación inferior a lo expresado como atributo personal.

En relación a las auto-discrepancias presentes en el alumnado de primer curso se puede explicar por el hecho de que están en el comienzo de su proceso de socialización y además no han tenido contacto con las prácticas clínicas. Esto significa que no han tenido la experiencia de ser enfermera y aún no han interiorizado los valores y normas de la profesión. No han hecho el tránsito del autoconcepto personal al social.

El alumnado de cuarto esta al final de su proceso de socialización y tiene la experiencia de ser enfermera en las prácticas clínicas. Estas constituyen el espacio en el que el estudiante anticipa sus vivencias profesionales y donde adquiere los hábitos y valores que le

habrán de guiar en su futuro profesional (Durán, 2007). Cabe pensar que las discrepancias de cuarto están reflejando la incongruencia entre la experiencia de ser enfermera y lo que se transmite en la formación acerca de lo que debe ser una enfermera. Esto también puede explicar que a éstos les cueste más completar los siete atributos que se les pide y que tengan mayor variabilidad. Se podría plantear que el proceso de socialización no contribuye a clarificar el concepto de Enfermería, más bien les crea confusión. Además, hay que tener en cuenta que este alumnado tiene experiencias de aprendizaje más diversas que el alumnado de primero, que solo recibe la formación académica. Mientras que el alumnado de cuarto comparte la formación práctica en el ámbito asistencial con la formación académica y son dos contextos con objetivos muy diferentes. En el ámbito académico ser enfermera implica una formación basada en competencias de cuidados y en el ámbito asistencial ser enfermera se basa en el aprendizaje de técnicas relacionadas con la aplicación de tratamientos y diagnósticos médicos. En definitiva tienen que transitar entre un modelo de enfermería y un modelo biomédico. En el alumnado de cuarto las discrepancias están reflejando la incongruencia entre cómo se ven a sí mismos como enfermeras\os y como deben ser según se les transmite en la formación académica.

Actualmente, la Enfermería en su intento de ganar prestigio se ha acercado a la Medicina abandonando su parcela de los cuidados y acercándose más a un panorama tecnificado, donde se relaciona la eficacia con la no implicación y\o el control de los sentimientos, con el objetivo de mantener la distancia terapéutica y convirtiendo la relación con el paciente en algo frío y distante, lo que se supone que es profesional. De esta forma la Enfermería pierde su esencia que tiene que ver con la cercanía y el contacto con el paciente, acercándose cada vez más a la manera de hacer del médico, y por tanto volviéndose cada vez más técnica y deshumanizada.

Como hemos mencionado anteriormente se podría argumentar que esta discrepancia mantenida al final de la formación, este expresando la dicotomía que existe entre la teoría y la práctica enfermera. Como vienen a señalar diferentes autores (Alberdi, 1993; García y Buendía, 2001; Medina, 2005) existe una dicotomía entre la identidad de cuidadores que se transmite en el contexto académico y la práctica asistencial que sitúa como eje de su trabajo el diagnóstico y el tratamiento médico frente al cuidado.

Los datos que tenemos hasta ahora reflejan por un lado que la identidad profesional del alumnado de Enfermería es alta y por otro que en el proceso de socialización los atributos van cambiando en el sentido de reflejar una pérdida de atributos del rol de cuidados y la adquisición de atributos del rol técnico. En este sentido los datos nos sugieren que existe una disonancia entre la visión idealizada de la enfermería que se transmite en las aulas y la experiencia real del alumnado en el contexto de prácticas.

En la visión que se transmite en el ámbito académico el cuidado constituye la función principal de la enfermera, sin embargo en las prácticas curriculares el cuidado ocupa un lugar secundario frente al tratamiento de la enfermedad. En este sentido se propuso identificar las auto-discrepancias en competencias de cuidados, para lo que se les pidió que identificaran las competencias de cuidados que poseen o deberían poseer y en qué grado.

El instrumento que se utilizó examina las competencias de cuidados ligadas a los diagnósticos de enfermería y que se trabajan en el ámbito académico. En un estudio previo se pudo apreciar dos categorías diferenciadas de competencias (Negrillo et al., en prensa). En la primera categoría denominada competencias de cuidado generales se agrupan los ítems relacionados con cuidados para la preservación de la intimidad y dignidad, satisfacción de necesidades en el proceso terapéutico en diferentes contextos, proporción de ayuda, atención a

la información, educación y entrenamiento para una activa participación, o el desarrollo de una perspectiva positiva. En la segunda categoría, identificada como competencias de cuidado ante situaciones especiales y críticas, se incluyen ítems que atienden a cuestiones más específicas de los cuidados tales como crecimiento espiritual, atención al cuidado en el contexto del duelo y la muerte, o negociación para el cambio de conducta y toma de decisiones. Las puntuaciones descriptivas de ambos factores mostraron que los/as alumnos/as se apreciaban a sí mismos y le daban más valor a las competencias de cuidado generales frente a las competencias específicas.

Las competencias de cuidados generales se desarrollan durante la formación académica y son cuidados que no entran en contradicción con el tratamiento de la enfermedad desde un modelo biomédico. Por otro lado las competencias de cuidados ante situaciones especiales y críticas tienen que ver con una perspectiva holística que es la visión predominante en los modelos teóricos de enfermería. Desde esta orientación del cuidado es importante prestar atención al estado emocional del paciente y tener en cuenta sus experiencias subjetivas. Son cuidados que requieren de entrenamiento en técnicas de comunicación y modificación de conducta, y en habilidades para dar apoyo emocional, y esto no se contempla lo suficiente en la formación académica, más interesada en el desarrollo de una visión científica que no contempla la dimensión humana y psicosocial del cuidado.

En la orientación holística del cuidado además de atender las necesidades psicosociales del paciente, es muy importante considerar las necesidades espirituales de crecimiento y maduración. En este sentido cobra importancia acompañar a la persona en la aceptación del momento que viven y en utilizar la enfermedad como una oportunidad de crecimiento y transformación. La espiritualidad es un aspecto esencial del ser humano. Es

más amplia que la religión, es un proceso dinámico mediante el cual la gente encuentra trascendencia, un sentido final a su vida. Puede estar basada en los valores, las creencias, en prácticas como el arte, la meditación, la poesía etc. Es una manera de conectar con el mundo interior.

En relación a los cuidados específicos para atender a la persona en el proceso de morir y ayudar a la familia en el duelo, es importante resaltar que en nuestra sociedad la muerte es un tabú y en el medio sanitario la muerte del paciente es considerada un fracaso. Esto explica la dificultad que hay en el contacto con el enfermo terminal y proporcionar cuidados en el proceso de morir.

El alumnado aprende en el medio asistencial el manejo de fármacos y dispositivos de ayuda médica, son los métodos de tratamiento habituales en nuestros centros sanitarios. No tienen cabida otros métodos alternativos y complementarios para ayudar a los pacientes como el masaje o la relajación. No reciben entrenamiento en estas técnicas, sólo en primer curso y durante poco tiempo se hace mención a estos métodos en la asignatura de Enfermería Psicosocial. En el nuevo plan de estudios se ha incorporado una asignatura optativa de cuarto curso en la que aprenden otros métodos de intervención como la meditación, los masajes, la relajación, y otros métodos que favorecen el bienestar. En este sentido, a nivel académico se abre una puerta al aprendizaje de otras “técnicas” que pueden ayudar al paciente y disminuir la medicalización del sistema sanitario.

Se podría argumentar que estas competencias sí entran en contradicción con el modelo biomédico en el que se desarrolla la formación del estudiante, y es por esto que no las interiorizan. La visión holística se incluye en los modelos teóricos de enfermería que no es el modelo en el que se desarrolla la formación práctica del estudiante. Además estas

competencias de cuidados específicos requieren de un entrenamiento más profundo en habilidades sociales, técnicas relacionales y otros métodos de tratamiento.

Por otro lado, los/as estudiantes de cuarto frente a los de primero obtuvieron puntuaciones más elevadas en la percepción de competencias tanto en la dimensión Yo real como en la dimensión Yo debería. Estos resultados nos vienen a señalar la importancia que tiene la socialización profesional para la interiorización de valores y normas de la profesión en el propio autoconcepto.

Por otra parte, se ha detectado que la auto-discrepancia en la percepción de competencias de cuidado ante situaciones especiales y críticas es mayor de forma significativa entre los estudiantes de cuarto frente a los primero, lo que viene a confirmar lo que se ha comentado más arriba sobre las contradicciones a las que se expone el alumnado a medida que avanza su formación. No obstante, también puede entenderse que a medida que el estudiante consigue más formación y experiencia, se torna más crítico en sus capacidades para afrontar situaciones que requieren una mayor especialización, al mismo tiempo que incrementa su norma social del deber del cuidado en estas situaciones.

Con relación al género, cabe resaltar que en este estudio, en lo que se refiere a la concepción del cuidado, no se detectaron diferencias de género entre los estudiantes de primer curso, diferencias que sí aparecen posteriormente entre los estudiantes de cuarto. Si en estos últimos aumentan su percepción de las competencias de cuidado, tanto de aquellas que ya poseen como las que deberían asumir, este incremento es significativamente mayor en el colectivo femenino.

Como ya se ha mencionado anteriormente se podría argumentar que en el proceso de socialización se acentúan las diferencias de género. Los estudiantes de género masculino se ven más atraídos por las áreas más técnicas y tienen más dificultad para identificarse con el rol de cuidadores como lo demuestra el hecho de que presenten una mayor discrepancia en las competencias de cuidados.

Un aspecto a tener en cuenta es la organización jerárquica que se mantiene en el sistema sanitario y que sitúa a la Enfermería por debajo de la Medicina, dando al saber médico el poder de la curación (Leninger, 1980, cit. Medina, 1999), y el escaso valor que se da a los cuidados que se han convertido en tareas mecánicas que llevan a cabo las auxiliares de Enfermería, de forma poco visible. Sucede que las tareas más importantes de las enfermeras son “invisibles” en el sentido de que conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y promocionar sus posibilidades internas son actos que en muchas ocasiones no realizan de forma visible.

Esto se traduce en la falta de reconocimiento que hay hacia todo lo relacionado con el cuidado de los pacientes. Cuando un paciente se cura, el reconocimiento es para el médico y en muy pocas ocasiones es para la enfermera. Solo se reconoce como aportación de las enfermeras, la parcela de las actividades delegadas (administración de tratamientos y pruebas diagnósticas) en las que el médico es el máximo responsable. En este sentido, los enfermeros hombres se identifican más con la parcela biomédica y técnica, que tradicionalmente fue ejercida por los practicantes hombres, y que es más reconocida socialmente.

Para argumentar la falta de reconocimiento que aun actualmente tiene la Enfermería como profesión, habría que hacer referencia al estudio de Tannen (1994. cit. en Baron y Byrne, 1997/1998), en el que enfatiza la importancia de la diferencia de géneros en los estilos

de comunicación. Según Tannen, las mujeres no son tan propensas como los hombres a hacer alarde de sus logros, y como resultado no reciben el reconocimiento apropiado cuando su trabajo es excepcionalmente bueno. Según Stoppard y Gruchy (1993), se espera que las mujeres se expresen con los éxitos de los demás pero no con los propios. Otra razón que esgrime Moore (1994) es que las mujeres son más propensas a pensar que merecen ganar un sueldo más bajo que los demás, presumiblemente porque fueron enseñadas a autoevaluarse de un modo menos egoísta (véase Baron y Byrne, 1997/1998).

Teniendo en cuenta que en el género masculino la identidad profesional es menor, al igual que ocurre en la apreciación de las competencias de cuidado en su apreciación personal y normativa, es posible argumentar que a los hombres les cuesta asumir una identidad enfermera, sobre todo en relación al cuidado, considerado una cualidad femenina y de escaso valor social, ya que existe la creencia de que la contribución más valiosa que aporta el profesional de enfermería son las técnicas que realizan o los medicamentos que administran.

El escaso valor que se da a los cuidados podría estar relacionado con la discriminación que se hace de los valores femeninos en una sociedad patriarcal, basada fundamentalmente en valores masculinos, y donde el discurso de la igualdad pasa porque las mujeres adquieran los valores masculinos para ser admitidas como iguales (Bourdieu, 2010, p.123).

Además, tenemos que tener en cuenta que en el ámbito asistencial los enfermeros hombres, tienden a ocupar los puestos más técnicos, otorgándoles una valoración positiva, y se alejan del cuidado directo a los pacientes y familia. Hacen una valoración negativa del rol de cuidador, que adjudican a las auxiliares de enfermería, identificándose más con el desempeño técnico de la profesión que tiene un mayor reconocimiento.

Cabe pensar que en este hecho subyace el deseo de pertenecer a grupos socialmente valorados en la búsqueda de un autoconcepto positivo. Para los hombres, la autoestima está vinculada a los logros personales; para las mujeres la autoestima es una función de los apegos positivos interpersonales (Josephs, Markus y Tafarodi, 1992, cit. en Baron y Byrne, 1997/1998).

En este sentido, se podría argumentar que los alumnos varones desarrollan una menor identidad al considerar que la Enfermería no cubre sus expectativas de éxito o reconocimiento, aspectos más presentes socialmente en la Medicina. Las mujeres, por otra parte, se identifican más con la Enfermería porque perciben que se adecua en mayor medida a su identidad de género aprendida, que valora más los aspectos interpersonales de la profesión enfermera.

El hecho de que los hombres se identifiquen con la parcela técnica y desarrollen una menor identidad también se puede explicar desde el proceso de comparación social. Tajfel (1981) planteó que en el caso de que la comparación social produzca resultados negativos, el sujeto tenderá a experimentar un estado de insatisfacción que activará determinados mecanismos para contrarrestarla, generando distintas formas de comportamiento intergrupales destinadas a la consecución de una identidad social positiva. Tajfel (1981) propuso dos tipos fundamentales de estrategias: La primera, denominada *movilidad social*, podría desarrollarse cuando existe la creencia de que las barreras entre las categorías sociales son permeables y consiste en la tentativa del sujeto de redefinir su pertenencia categorial, tratando de llegar a ser miembro del grupo de estatus superior. Así, los hombres tienden a identificarse en mayor medida con la parcela técnica y biomédica, acercándose más a la Medicina. En este sentido, es frecuente que algunos/as alumnos/as acaben abandonando los estudios de Enfermería para

estudiar Medicina. La segunda, denominada *cambio social*, se relacionaría con la asunción de la impermeabilidad de las barreras intergrupales (la imposibilidad de pasar de un grupo de estatus inferior a otro de estatus superior) y consistiría en el intento de las personas de desarrollar en conjunto con su endogrupo estrategias que permitan obtener una reevaluación positiva del mismo, una de estas formas de cambio de posición social es la denominada creatividad social (Tajfel y Turner, 1985/1989). Este proceso puede explicar el hecho de que las enfermeras consideren el rol técnico, en el que desarrollan actividades delegadas, sea el rol propio de la enfermera y no el cuidado que es delegado a las auxiliares de enfermería. Es necesario aclarar que las competencias técnicas ligadas al tratamiento médico, son consideradas por las enfermeras competencias propias de enfermería y no competencias delegadas de medicina. A través de estas competencias las enfermeras se suman al éxito del tratamiento médico y se diferencian de las auxiliares a las que delegan las competencias de cuidados. Esto es lo que transmiten al alumnado en el contexto de las prácticas

En el proceso de construcción de la identidad profesional del alumnado de Enfermería, los modelos de rol tienen una influencia sobre las fases cognitivas de la socialización profesional (Adams et al., 2006) por lo que necesitamos hacer referencia a la Teoría del Rol de Género de Eagly (1987, cit. en Barberá, Ramos y Candela, 2011) para explicar la diferencia en identidad entre alumnos y alumnas de cuarto curso. Esta teoría tiene como punto de partida la división sexual del trabajo. La delimitación entre trabajo productivo y reproductivo se enfatizó durante la revolución industrial, con el movimiento migratorio del campo a la ciudad, la aparición de las fábricas como lugar preferente de trabajo productivo y la vivienda urbana como espacio reservado para las tareas reproductivas. La división sexual del trabajo y especialmente la distinta valoración social asignada a las tareas productivas y

reproductivas fundamentan la definición de rol masculino y femenino, conceptos centrales para la teoría.

Uno de los aspectos más interesantes de la teoría de Eagly es lo que se conoce como “naturalización del fenómeno social”, en virtud del cual el rol de género se reelabora psíquicamente como creencia de que son las leyes biológicas las que explican el desarrollo de comportamientos específicamente masculinos o femeninos. De este modo, los dictámenes asimétricos de la organización patriarcal se transforman en creencias acerca de capacidades biológicas particulares, según las cuales los hombres están mejor dotados para liderar y mandar, mientras que las mujeres lo están para cuidar de los demás y obedecer.

Siguiendo a Alberdi (1997) la identificación de los cuidados con una función “natural” de la mujer ha sido durante siglos el principal instrumento de colonización intelectual, entendiendo por colonización intelectual aquel mecanismo a través del que se inculcan los valores que permiten el mantenimiento de su subordinación, y por tanto de limitar el desarrollo de los cuidados.

En base a lo expuesto es posible argumentar que los alumnos varones no se sienten tan identificados con el rol de cuidador de la profesión por cuestionar éste su rol de género. De esta forma, en la construcción de la identidad los hombres tienden a restar la parcela de los cuidados, mientras que la mujer la suma más fácilmente. Este hecho también puede influir en que los hombres desarrollen una identidad más débil que las mujeres. Cabe pensar que el impacto de las experiencias en el ámbito asistencial en las alumnas no cuestiona tanto la identidad profesional que ya tenían en primero, por no ser contradictoria con su rol de género.

Para las alumnas es más fácil identificarse con una profesión que tradicionalmente se consideraba exclusiva de las mujeres como una prolongación de sí mismas y del cuidado doméstico. Este hecho ha impregnado a la profesión de características femeninas como la empatía, la intuición, la intimidad, la cercanía y el contacto que se da desde una actitud de estar disponible para el otro, para el encuentro. Estos atributos han sido considerados tradicionalmente femeninos, y constituyen la esencia de la Enfermería.

Los hombres se identifican más con profesiones como la Medicina en la que está presente la condición masculina, intelectual y que además tiene el monopolio de la manipulación de los objetos técnicos y las maquinas en las que ellos pueden desarrollar la autoafirmación y la autonomía. Son los que generalmente buscan puestos de trabajo en los que no haya contacto con los pacientes y la labor sea más técnica (Bourdieu, 2010).

Desde la incorporación de los hombres a la Enfermería, hecho que se produjo en 1956, y el cambio en la denominación, que pasó de enfermera a A.T.S., se produjo lo que Alberdi (1989) denomina la colonización de la Enfermería, que tuvo como consecuencia la tecnificación de la profesión y la devaluación de los cuidados que pasaron a ser tareas mecánicas que realizan las auxiliares de enfermería. Actualmente la Enfermería aun siendo una profesión mayoritariamente femenina se ha ido transformando en una profesión técnica, mejor valorada social y profesionalmente, alejándose cada vez mas de su esencia y su objetivo: los cuidados.

Se podría plantear a modo de conclusión, como indican los datos aportados en esta investigación, que el alumnado de primer curso presenta una identidad profesional alta cuando están al inicio de la formación por el marcado carácter vocacional de la profesión y por el contacto con una enfermería idealizada que se les transmite en los contenidos teóricos

específicos. Por otro lado, en la construcción de la identidad influyen los procesos de categorización y comparación social para conseguir una identidad social positiva, realizando los aspectos humanos y relacionales de la Enfermería en comparación con la Medicina (Negrillo, 2011).

En relación al alumnado de cuarto cabe destacar las diferencias de género en la identidad que desarrollan. Los alumnos varones de cuarto presentan menor identidad que las alumnas. Este hecho lo hemos explicado en relación a las diferencias en las expectativas de realización profesional. En este sentido, Subich y colegas (1986, cit. en Baron y Byrne, 1997/1998) expresan que el género afecta a las expectativas. Los hombres tienen más en cuenta motivos extrínsecos para elegir el trabajo (reconocimiento, prestigio, éxito, remuneración, etc.); en cambio las mujeres tienen más en cuenta motivos intrínsecos (satisfacción personal). Cabe pensar que la falta de reconocimiento y el estatus inferior de la Enfermería respecto a la Medicina, afecta más a los hombres que a las mujeres.

Por otro lado en las prácticas que realizan en contacto con el medio asistencial comprueban que el papel de la enfermera sigue siendo de ayudante del médico con poca autonomía en la toma de decisiones, y que todo lo relacionado con el cuidado ocupa un espacio reducido y secundario al tratamiento de la enfermedad. Por tanto es posible argumentar que los alumnos varones se identifican con los aspectos técnicos que son más valorados y no contradice su identidad de género, y no con el rol de cuidados. En definitiva se podría decir que la diferencia de género afecta al proceso de construcción de la identidad en el alumnado de Enfermería.

Hasta ahora se ha analizado la identidad desde la perspectiva de la pertenencia a un grupo (identidad profesional) y desde la perspectiva de la construcción del autoconcepto

como profesional de enfermería y su auto-guía normativa. En un esfuerzo por entender la relación entre ambas construcciones teóricas y asumiendo el componente autoregulador de la conducta, en este trabajo se incorporó la **Hipótesis 4**. De todas las puntuaciones en auto-discrepancias, la única que puede predecir la puntuación en identidad profesional es la de auto-discrepancias en competencias de cuidados generales y el peso sobre la identidad profesional es muy bajo. Esto nos indica que las competencias de cuidados generales son más aceptadas como parte de la profesión, ya que éstas no entran en contradicción con el modelo biomédico. Como ya se ha argumentado, las competencias de cuidados específicos se corresponden con un modelo de cuidados holístico que no encuentra correspondencia con el modelo biomédico que se desarrolla en el ámbito asistencial donde transcurren las experiencias de aprendizaje de los estudiantes de Enfermería.

Cabe pensar que el hecho de que influyan sobre la identidad con poco peso puede estar relacionado con el poco reconocimiento que se da a estos cuidados en el ámbito sanitario. En las prácticas clínicas los estudiantes comprueban que los cuidados generales se transforman en tareas mecánicas en relación a la higiene, alimentación, descanso, movilidad, que son realizados por las auxiliares de enfermería y en algunos casos por los celadores, es decir por un personal de menor cualificación. También comprueban que en general las enfermeras no trabajan con planes de cuidados por lo que no se individualiza el cuidado del paciente. Cuestiones referidas a la participación activa del paciente, la educación, la información sobre su proceso al paciente y la familia son cuidados invisibles, se hacen pero no son considerados como parte del tratamiento de los pacientes.

El contexto académico de la Enfermería presenta lo que podríamos denominar un proceso de socialización bicultural (Medina, Schubert, Do prado y Sandin, 2010). Desde la

formación los estudiantes son impulsados, a través del proceso de socialización secundaria, a adoptar el modelo predominante y reconocido. Durante ese proceso las estudiantes se ven obligadas a ajustarse a la cultura (médica) del hospital, después de haber sido “formadas” en una cultura enfermera.

Se contribuye a perpetuar esta situación cuando los estudiantes finalizan sus estudios y se incorporan al mundo laboral, al resultarles difícil poner en práctica los modelos de enfermería, así como la metodología de trabajo aprendidas, se adaptan al sistema de funcionamiento asistencial, bien porque es más fácil, bien porque tienen que romper hábitos ajenos muy arraigados o bien porque no encuentran las condiciones adecuadas de trabajo (registros. asignación de paciente. trabajo en equipo. etc.) para ponerlos en práctica.

Se podría argumentar que en el intento de alcanzar una identidad positiva, el comportamiento profesional de las enfermeras sigue manifestando las características de lealtad con el médico y el estatus de subordinación. Esos comportamientos están relacionados con la necesidad de la enfermera de “sentirse reconocida” como miembro del equipo de salud (Medina y otros, 2010).

Para asemejarse al grupo profesional, los/as estudiantes de Enfermería adoptan la cultura profesional que implica las características de lealtad al médico y el estatus de subordinación, contrario a una enfermería autónoma e independiente con un espacio profesional propio basado en competencias de cuidados.

De esta forma la práctica enfermera utiliza el saber médico para dar cuidados técnicos desde una perspectiva fragmentaria y no desde el saber enfermero que permite cuidar desde una perspectiva integral y holística.

Teniendo en cuenta que uno de los criterios que definen a la Enfermería como profesión es la autonomía (Gusiñé, Fernández, Pardo y Sales, 1988), desarrollar una identidad de profesionales técnicos, centrados en realizar tareas delegadas relacionadas con el tratamiento médico (sondajes, perfusiones intravenosas, curas, intervenciones quirúrgicas etc.), y que podrían asumir otros profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, por ejemplo los médicos (Andreu, 1990), nos aleja del ámbito de los cuidados, de la atención integral al paciente y que representa la nota diferenciadora entre Enfermería y el resto de los profesionales de la salud que tienen una visión más fraccionada del ser humano. Como profesionales técnicos existe una dependencia del médico que es la máxima responsabilidad, en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y seguimos siendo profesionales subordinados.

Como dice Ortega y Sánchez (1996, p.319):

La Enfermería tiene que alcanzar la máxima autonomía y control de su propia práctica para ser una profesión en la cual los elementos de creatividad superen a la subordinación y obtengan el refrendo de la sociedad. Hay que utilizar una metodología de trabajo propia y administrar los cuidados con criterios de enfermería para cubrir el objetivo primordial, que es el bienestar del paciente.

En este sentido podemos citar el estudio de Wolf (1989) apuntado por Alberdi, Arriaga y Zabala (2006, p. 197) que hace una interesante diferenciación entre la aportación que hacen las enfermeras y los médicos. Según Wolf, ambos profesionales en los momentos de transición, de enfermedad o desarrollo, realizan intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas:

- Los médicos. la mayoría de las veces a través de instrumentos externos a ellos mismos (cirugía, tratamientos o regímenes concretos), amplían los recursos que provienen del entorno.
- Las enfermeras casi siempre por medio de ellas mismas como instrumento terapéutico, amplían los recursos internos de la persona.

La aportación que hacen las enfermeras en estos momentos de transición, de crisis vital, de confusión, miedo y angustia, son a través de su propia presencia, siendo receptiva a los diferentes matices que se van a ir desplegando en la relación. De este modo la enfermera se concibe como instrumento terapéutico, que facilita y acompaña, desarrollando los recursos internos de la persona y los suyos propios.

Es en este sentido, que cobra importancia seguir investigando sobre el proceso de construcción de la identidad profesional en los y las estudiantes de Enfermería.

Capítulo 5

Conclusiones

Este estudio pretende un acercamiento al análisis de los procesos de identificación en los y las estudiantes de Enfermería y observar las discrepancias entre el autoconcepto personal y el que proviene del contexto normativo tanto en lo que se refiere a la profesión de Enfermería en general y a las competencias de cuidado en particular.

Desde una consideración unidimensional de la identidad profesional, que incluye en el mismo factor los aspectos cognitivos, evaluativos y emocionales involucrados en el proceso de identificación con el grupo profesional, cabe concluir que los/as estudiantes de Enfermería presentan desde el comienzo de su formación una alta identidad que se incrementa en su fase final de la formación (cuarto curso), es decir, ya vienen con una identidad profesional alta que se refuerza en el proceso de socialización. Se ha visto cómo para la identificación con la categoría enfermera los/as estudiantes realzan los aspectos humanos de la profesión para conseguir una identidad positiva y que puede ser interpretada como un elemento diferenciador de la Medicina (Negrillo, 2011).

En relación a cómo se definen a sí mismos, se ha encontrado, tras un proceso de categorización de sus manifestaciones verbales, un prototipo de la Enfermería que se corresponde con el rol de cuidados, habilidades interpersonales, rol técnico y competencias profesionales.

Teniendo en cuenta que la identidad social es una parte importante del autoconcepto, se ha comprobado que el alumnado ha interiorizado los atributos del grupo de enfermeras. En concreto, se ha observado que los/as estudiantes de primer curso expresan una amplia y

homogénea gama de categorías de respuestas más relacionadas con la percepción de la Enfermería como una profesión de ayuda, mientras que el grupo de cuarto expresa menos atributos y de una forma dispersa y con una mayor tendencia hacia la percepción de la Enfermería como una profesión técnica. Han hecho la transición desde el comportamiento interpersonal al comportamiento intergrupar que tradicionalmente ha ido definiendo la Enfermería dentro de las profesiones sanitarias.

También es interesante resaltar que así como en primero no se observan diferencias de género, en cuarto curso sí aparecen, a diferencia de otros estudios que constatan estas diferencias desde un primer momento (Worthington et al., 2013). En este estudio estas diferencias se producen cuando los/as estudiantes se introducen en el terreno profesional a través de las prácticas curriculares principalmente en el ámbito asistencial. Por su parte, la identificación en los hombres es más débil que en las mujeres y en este hecho tiene un papel decisivo la diferencia de género.

Cabe concluir que existe una dicotomía entre lo aprendido en el ámbito académico (donde la dimensión cuidadora tiene un mayor peso) y lo que perciben que el medio asistencial espera de ellos y ellas (aplicación de técnicas y tratamientos subordinados a la prescripción médica).

Con este trabajo, en definitiva lo que cabe resaltar es la sistematicidad del proceso de investigación que evidencia una realidad constatada desde el terreno teórico y reflexivo de la práctica enfermera, introduciendo en este caso una base teórica desde una perspectiva psicosocial para el análisis del autoconcepto y de la identidad social hacia el grupo enfermera. Por tanto, se abre una vía de investigación que tiene una fundamentación teórica claramente relevante para entender la Enfermería (Willeys y Clarke, 2014).

Esta situación genera auto-discrepancias en los/as estudiantes que se pueden traducir en la frustración de los nuevos profesionales y en un malestar profesional que puede estar relacionado con la aparición del síndrome de Burnout que se caracteriza por la desimplicación y el abandono profesional.

Limitaciones

Este estudio presenta limitaciones que conviene analizar para poder situar con claridad los resultados de este trabajo.

En primer lugar, en este estudio se ha considerado y analizado la Identidad Social con referencia a un grupo profesional (identidad profesional) desde su conceptualización como una variable de carácter unidimensional. La escala utilizada (Adams et al., 2006), basada en el instrumento de Brown et al. (1986), aunque introduce tres componentes diferenciados (cognición, evaluación y afecto), aborda la identidad social como un constructo unidimensional. Desde esta conceptualización se plantean claramente limitaciones, al no poder indagar y diferenciar de forma directa sobre posibles dimensiones del constructo Identidad Social y al no poder situar verdaderamente el análisis del comportamiento intergrupar desde la teoría de la Identidad Social. Jackson y Smith (1999) en un esfuerzo para superar estas limitaciones en el constructo de identidad social, la definen a partir de cuatro dimensiones: a) contexto intergrupar donde se establece la relación entre el endogrupo y otros grupos de comparación; b) atracción o afecto hacia el endogrupo; c) interdependencia de valores y normas compartidas; y d) despersonalización o la percepción de uno mismo en base a las características que corresponden a miembros prototípicos del grupo.

Considerando estos dos enfoques del constructo, unidimensional o multidimensional, debe entenderse que los resultados de nuestro trabajo sólo reflejan la dimensión propiamente de identificación (a nivel intragrupal), aunque se ha proyectado sus implicaciones hacia las relaciones intergrupales. No obstante, podría ser interesante y si cabe más conveniente un análisis empírico como fenómeno intergrupar que considere el contexto y su interrelación con otros grupos de referencia y comparación. Solo de esta forma es posible distinguir otros procesos asociados como es la identidad social segura e insegura que influyen en la configuración de las percepciones y relaciones intergrupales (Jackson y Smith, 1999). Así se ha visto cómo la identidad social segura predice una percepción favorable al exogrupo, una menor tendencia a la despersonalización y a la interdependencia evitando también la homogeneización del endogrupo, mientras que identidad social insegura está asociada a una mayor atracción hacia el endogrupo, percepción más favorable hacia el endogrupo y una mayor tendencia a su homogeneización.

Otra limitación que es necesaria abordar tiene que ver con las posibles y diferentes auto-guías que sirven de referencia, en el marco del análisis de la auto-discrepancia. En este caso en concreto no se incluyó la auto-guía ideal por las razones expuestas en el apartado 2 de metodología, si bien no significa que ésta no sea relevante en el contexto formativo universitario, pero que para el/la estudiante de Enfermería puede ser más difícil discernir entre ambas dimensiones del *self*. Además este estudio se ha centrado en la configuración de los estándares desde el punto de vista personal, pero podría ser relevante, en el marco donde se desarrolla este trabajo, la referencia de los otros. En el contexto académico, el profesorado o los profesionales tutores en las prácticas, constituyen agentes de socialización relevantes.

Entre las limitaciones metodológicas, al no disponer de antecedentes directos, se ha procedido a realizar un estudio de carácter exploratorio, aunque introduce elementos de estadística inferencial. Si bien debe situarse en un estudio de tipo descriptivo-comparativo.

Otro factor que limita el alcance del estudio es el momento en el que se procedió a la obtención de los datos, de corte transversal en dos momentos formativos diferentes. Así, los/as estudiantes de primero y cuarto, en el momento del estudio, se encontraban al comienzo del primer cuatrimestre. Desde esta comparación y dentro de un análisis de las fases formativas diferenciadas de ambos grupos, se puede indagar la influencia del proceso de socialización desde el primer curso sin experiencia en el contexto clínico asistencial hasta el cuarto curso que sí ha pasado por este proceso de aprendizaje en prácticas clínicas que se desarrollan en el ámbito asistencial en cursos anteriores. Aunque se ha podido detectar diferencias en ambos momentos formativos conviene utilizar un diseño longitudinal donde se analicen cambios en los procesos constituyentes en la formación de su identidad.

En relación al instrumento de auto-discrepancias de atributos de Enfermería, configurado desde un primer momento como un instrumento de carácter ideográfico, se ha observado que el hecho de que fuera abierto, al solicitar que el alumnado exprese cualidades de la profesión (siete en total), ha generado cierta dificultad entre el alumnado, y en particular en el grupo de cuarto. La tasa de no respuesta ha mermado claramente la muestra inicial del estudio. Esta no respuesta ha sido claramente analizada en la discusión pero ha limitado algunas de las conclusiones del trabajo. Por otra parte, al constituir un instrumento ideográfico, dados los objetivos del trabajo, ha sido necesaria una categorización de la respuesta, realizándose los análisis estadísticos sobre esta categorización posterior, por lo que claramente puede haberse perdido información cualitativa relevante. Si bien es conveniente

precisar que la sistematización en el proceso de análisis cualitativo realizado ha favorecido la validación de las categorías generadas.

Proyección del trabajo

Considerando, en primer lugar, las limitaciones conceptuales y metodológicas del trabajo, es necesario continuar con esta línea de investigación proyectando un estudio longitudinal que permita observar la construcción de la identidad a lo largo del proceso de socialización en el contexto académico, y comprobar el papel que juegan las auto-discrepancias en la configuración del *self* profesional.

Dada la relevancia de la teoría de la Identidad Social y la necesidad de abordarla desde una perspectiva multidimensional para lograr un verdadero análisis intergrupar, conviene introducir instrumentos que faciliten estos análisis desde donde se puedan indagar los diferentes tipos de identidades segura e insegura en la configuración del endogrupo enfermera, considerado tradicionalmente como grupo minoritario, así como en las relaciones de poder frente al exogrupo mayoritario de la medicina. Sería revelador analizar estos procesos intergrupales en los primeros momentos de la socialización enfermera en el contexto profesional, cuando el/la estudiante deja de serlo y comienza a formar parte formalmente de su propio grupo profesional.

Con relación al análisis del autoconcepto enfermera y las auto-discrepancias a partir de las diferentes auto-guías que configuran el autoconcepto, este trabajo ha propiciado un instrumento que en futuras investigaciones se podría plantear con carácter nomotético, introduciendo las 47 categorías de atributos de la profesión. Sólo así se podría comprobar si las agrupaciones conceptuales que se han identificado en este trabajo (rol de cuidados, rol

técnico, habilidades interpersonales, competencias profesionales) se validan empíricamente. Se ampliaría la perspectiva del trabajo, además, si se introduce la referencia de la perspectiva de los agentes sociales en el marco de referencia de las auto-guías.

Por otra parte, desde una perspectiva de la auto-regulación se ha tratado de explicar la formación de la identidad social a partir de la reducción de la auto-discrepancia, que sólo se ha podido constatar en una dimensión, como es el caso de la referida a las competencias de cuidado generales. Sería conveniente ampliar el estudio con una muestra de mayor tamaño con la que se pueda introducir análisis más apropiados y poder confirmar su poder explicativo.

Sin duda, el propósito principal de esta línea de trabajo es poder conocer los efectos que tiene una verdadera identificación con la profesión junto con una menor disonancia entre el *ser* enfermera y lo que *debería ser*. Así cobra importancia en el contexto formativo los efectos sobre el rendimiento académico, el abandono de la profesión y sobre la salud y el bienestar, desde una perspectiva de género.

Investigaciones sobre la discrepancia del rol en enfermería lo señalan como un predictor significativo de la intención de abandono y la insatisfacción laboral (McCarthy, Tyrrell y Lehane, 2007). También son particularmente relevantes los estudios que se centran en las relaciones que tiene la identidad profesional con la retención de los/as estudiantes de Enfermería. En el trabajo de Worthington et al. (2013) se proporcionó evidencia empírica de que la identidad profesional fue un predictor de la retención de los/as estudiantes a los 12 meses de seguimiento. Entre las razones que se atribuyen para su explicación están la elección de Enfermería como primera opción, mayor motivación para continuar con el programa

formativo y experiencia profesional previa relacionada con el campo, factores que podrían estar involucrados en el rendimiento académico.

Kathleen M. Brennan (2009) analizó cómo las dimensiones del significado del rol de enfermería en el marco de la Teoría de Auto-discrepancia de Higgins, explica la satisfacción con la profesión de los estudiantes de Enfermería (futuros profesionales). Brennan infiere que la comparación entre la percepción del significado de la función del rol de enfermería y las percepciones sobre uno mismo y del propio rol, proporciona información sobre la congruencia entre las expectativas del alumnado, con respecto a lo que será su trabajo y sus experiencias reales en la profesión. La divergencia entre los dos es indicativo de una falta de ajuste o de discrepancia con el entorno social que producirá resultados negativos, incluyendo insatisfacción con el rol. Ante la falta de ajuste las enfermeras experimentan sentimientos cada vez más negativos hacia el rol profesional, que en última instancia conduce a resultados negativos de comportamiento tales como la desvinculación de la profesión en todos los aspectos.

Por otra parte, desde una perspectiva del género, se ha observado cómo los estudiantes del género masculino abandonan los estudios con más probabilidad frente al colectivo femenino (McLaughlin, Muldoon, Moutray, 2010) y entre los que se quedan argumentan que se ven más atraídos por áreas más técnicas de la enfermería (Stott, 2007), circunstancia que se ha podido observar en este trabajo, por lo que sería necesario comprobar en qué medida la Teoría de la Auto-discrepancia ayuda a predecir esta diferenciación de género, en lo que se refiere al abandono de los estudios de Enfermería.

En este trabajo, por las características de la muestra, se ha constatado cómo la Enfermería sigue siendo ocupada mayoritariamente por mujeres, por lo que suele ser

identificada como una profesión femenina (Arroyo, Lancharro, Romero y Morillo, 2011; Mosqueda-Díaz, Paravic-Klijn y Valenzuela-Suazo, 2013) circunstancia que puede generar situaciones conflictivas entre los estudiantes del género masculino (Negrillo, 2011). Cabe resaltar que en este trabajo las diferencias no se detectaron al inicio de la formación sino que sólo se constataron en el cuarto curso, donde se observó en el colectivo femenino un mayor incremento en la identidad profesional y una mayor percepción de las competencias de cuidado asumidas y con mayor valoración de éstas desde el punto de vista normativo. Sí es en el último año cuando se detecta esta diferenciación; habría que indagar sobre los diferentes factores que desde la perspectiva de la socialización de la profesión contribuyen a enraizar tales diferencias, tal y como ya se ha llegado a apuntar (Pavan, Ferreira y Ferreira, 2007).

Finalmente y atendiendo a lo que puede ser la aportación más relevante de estos modelos teóricos, es su efecto sobre indicadores relacionados con la salud y el bienestar. La aportación más importante de Higgins es que relaciona las auto-discrepancias con problemas emocionales y motivacionales específicos. El propósito fundamental de su teoría es predecir qué tipos de creencias incompatibles inducirán qué tipos de emociones negativas. Aplicado a la Enfermería podría ser un indicador de cómo las discrepancias entre lo que es una enfermera y lo que debe ser, pueden estar provocando sentimientos de incomodidad que se traducirían en abandono de la profesión, en falta de motivación y en estrés crónico o Burnout, que suele incidir entre los profesionales de enfermería (Demeuroti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000). Como expresa Higgins en su teoría de la auto-discrepancia, si una persona posee discrepancia entre su yo real y su yo debería, presenta una situación psicológica de incomodidad que se traduce en sentimientos relacionados con la agitación, la ansiedad, la insatisfacción y la depresión. Estos sentimientos están muy presentes entre los profesionales de enfermería que comprueban que en la realidad asistencial no se cumplen sus expectativas

sobre el rol basado en competencias de cuidados, y que tienen que renunciar a mucho de lo que han aprendido para adaptarse a lo que se espera de ellos, y cumplir con las expectativas del médico sobre el rol de enfermería.

La Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins no sólo postula que la falta de correspondencia entre el self y los estándares, que sirven de referencia, genera malestar psicológico, sino que también diferentes tipos de inconsistencias (Yo real frente Yo ideal o Yo real frente a Yo debería) están asociadas específicamente con un tipo diferente de vulnerabilidad emocional (Higgins, 1987). Por ejemplo, si una persona siente la responsabilidad de ser exitoso pero se percibe a sí misma con pocas aspiraciones, experimenta auto-discrepancia entre su autoconcepto y las obligaciones que debería asumir lo que le genera sentimientos de culpabilidad. Si bien existen estudios que respaldan patrones de especificidad entre tipos de auto-discrepancias y estados emocionales (Higgins, Klein y Strauman, 1985), también hay estudios que no aclaran esta asociación (Tangney, Niedenthal, Covert y Barlow, 1998). Estas evidencias hicieron revisar la propia teoría, teniendo más cabida la consideración de factores moderadores que determinan las condiciones específicas en las que las diferentes auto-discrepancias provocan un efecto diferencial en las emociones (Higgins, 1999). En este sentido, y en el caso de la Enfermería, se han comprobado efectos significativos de la discrepancia del significado del rol en Enfermería sobre la satisfacción en el propio rol (Brennan, 2009), por lo que parece necesario comprobar cómo y en qué medida las competencias asumidas por los y las estudiantes cuando no coinciden con los estándares de Enfermería, pueden originar resultados negativos.

Se recomienda más investigación para comprender mejor los procesos asociados a la identidad profesional enfermera así como los significados percibidos en la concepción del rol

como profesionales de enfermería, y de las competencias de cuidado en particular. Entender estos significados y las discrepancias que pueden generarse puede ser relevante en el bienestar y en la predicción del éxito académico y profesional. Será particularmente necesario desarrollar estrategias en los contextos profesional y educativo, enfocadas tanto para intentar influir en los enfermeros y las enfermeras para que continúen en la profesión, como para formar a los/as estudiantes con el objetivo de desarrollar una actitud adecuada hacia el cuidado y con esto aprendan a valorar la profesión.

Implicaciones en la formación enfermera

Cabe extraer de este estudio algunas implicaciones para la formación de los y las estudiantes de Enfermería.

Se hace necesario llegar a un consenso entre la formación académica y la formación clínica, sobre el modelo de enfermera que queremos enseñar. A esto contribuiría la participación de los tutores clínicos en la elaboración de los objetivos de las prácticas clínicas. Esto ayudaría a clarificar la identificación del estudiante y le facilitaría transitar las contradicciones que se le despiertan en contacto con el medio asistencial de una forma más creativa.

También ayudaría desarrollar en el contexto de aprendizaje las competencias de cuidados críticos, que son las que generan mayor auto-discrepancia en los estudiantes. Esto implica que se contemple en el proceso de socialización, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de técnicas relacionales que favorezcan el cuidado psicosocial y por tanto el rol autónomo de la enfermera. Este espacio de cuidados no está siendo ocupado actualmente por ningún profesional sanitario. Habitar este espacio sería una forma de adquirir el

reconocimiento a través de los cuidados y esto afectaría positivamente a la identidad enfermera.

Además de lo comentado, habría que contemplar de una forma transversal la dimensión humana y psicosocial en el desarrollo de las competencias de cuidados. En este mismo sentido, se hace necesario profundizar en el contenido de las *necesidades* humanas de forma transversal ampliando la visión de éstas desde la enfermedad a la salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es la relevancia de estimular la investigación en competencias de cuidados en los trabajos fin de grado que desarrollan los/as estudiantes. Es una forma de ampliar el conocimiento enfermero.

Por otro lado, es imprescindible favorecer desde los contextos académicos que las prácticas clínicas se realicen en contextos asistenciales en los que el modelo de rol se aproxime al modelo de aprendizaje. Ello puede contribuir a facilitar en el estudiante el diálogo interno entre el ámbito académico y asistencial.

Una verdadera congruencia entre los que se aprende en las aulas y lo que se aplica en las instituciones sanitarias, pasa por la transformación del sistema sanitario actual. Este sistema centra todos sus recursos en el tratamiento de las enfermedades desde una concepción biomédica que condiciona el rol de enfermera, dando un mayor protagonismo desde su condición de auxiliar al diagnóstico y tratamiento médico. En este contexto, los cuidados ocupan un lugar secundario, de poco valor en el proceso de la curación. Revalorizar el cuidado es revalorizar a la enfermera.

Por otro lado, es necesario desarrollar en el contexto académico un espacio de reflexión y análisis sobre la dicotomía existente entre la teoría y la práctica, con el objetivo de

diseñar estrategias para disminuir la distancia existente, sin renunciar a todo lo que contribuye al desarrollo de la Enfermería como profesión autónoma e independiente.

Para terminar, cabe pensar que la contradicción a la que se exponen los/as estudiantes, cada vez mejor cualificados, también puede servir de impulso para que ellos mismos se conviertan en agentes de cambio, dándole un mayor valor a lo que hacen y a lo que son.

REFERENCIAS

- Adams, K., Hean, S., Sturgis, P. y Clark, J.M. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2), 55–68.
- Alberdi, R.M. (1989). *Enfermería y poder: Influencia de los estereotipos por género*. Ponencia presentada en el III Congreso de Sociología. San Sebastián.
- Alberdi R.M. (1993). Las enfermeras en el tercer milenio. *Revista Rol de enfermería*. 178, 42-52.
- Alberdi, R.M. (1997). Mujeres enfermeras en España. Una historia de márgenes. *Revista Rol de enfermería*, 223, 64-70.
- Alberdi, R.M. (1999). Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX. *Revista Híades*, 5-6, 63-73.
- Alberdi, R., Arriaga, E. y Zabala, J. (2006). La ética del cuidado. *Revista Rol de Enfermería* 29 (3), 191-198.
- Andreu, A. (1990). La técnica en enfermería, ¿un fin o un medio? *Revista Rol de Enfermería* 139, 58-62.
- ANECA (2004). *Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería*. Disponible en:
http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf.
- Alonso, M.M., López, K. S., Medina, M.R., Esparza, S.E., Alonso, M.T. y Alvarez, M.E. (2009). El cuidado como fundamento de la identidad de Enfermería: las voces del profesorado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 17 (9), 386-391.
- Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R. y Morillo M.S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251.

- Arthur, D., Pang, S., et al. (1999). Caring attributes, professional self-concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies* 36, 387-396.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (1997). *Social Psychology*. London: Allyn and Bacon (Versión española)
- Baron, R. A. y Byrne, D. [1998]. *Psicología social* (8ª ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Barberá, E., Ramos, A. y Candela, C. (2011). Laberinto de cristal en el liderazgo de las mujeres. *Psicothema*, 23 (2), 173-179.
- Bermejo, J.C. (1998). *Relación de ayuda y Enfermería*. Santander: Sal Terrae.
- Borges, M. Silva, H. (2010). Cuidar o tratar? Búsqueda del campo de competencia e identidad profesional de la enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 823-9.
- Bourdieu, P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brennan, K. M. (2009). Meaning, discrepancy, and satisfaction in the nurse role. *Sociological Spectrum*, 20, 551-571.
- Brown R., Condor S., Matthews A., Wade G. y Williams J. (1986) Explaining intergroup differentiation in an industrial organization. *Journal of Occupational Psychology* 59, 273–286.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y Dochterman, J.M. (2009). *NIC, clasificación de intervenciones de enfermería (5ª Edición)*. Barcelona: Elsevier.
- Canto, J.M. y Morales, F. (2005). El sí mismo desde la Teoría de la Identidad social. *Escritos de Psicología*, 7, 59-70.
- Carpenter, J. (1995) Doctors and nurses: stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 9, 151–161.
- Cohen, H.A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.

- Colliere, M.F. (1990). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería, 1*, 53-66.
- Colliere M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill|Interamericana.
- Costalat-Founeau, A.M. (2007). Dinámica de la identidad, acción y contexto. *Revista de Psicología, 25* (1), 103-121.
- Crossley, J. y Vivekananda-Schmidt, P. (2009). The development and evaluation of a Professional Self Identity Questionnaire to measure evolving professional self-identity in health and social care students. *Medical Teacher, 31*(12):603-607.
- Daza, R. y Stella, L. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura del Cuidado, 19*, 55-62.
- Decreto de 4 de Diciembre de 1953, sobre la unificación de estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas, regulando los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y creando además, las Especialidades en Enfermería y la creación de la Comisión Central.
- Demeuroti, E., Bakker, A.R., Nachreiner., F y Schaufeli, W.B.(2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 454-464.
- Domínguez, C., (1979). Para una Sociología de la profesión de enfermería en España. *Revista española de investigaciones sociológicas, 8*, 103-129.
- Domínguez, C. (1986). Los cuidados y la profesión de Enfermería en España. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C., Rodríguez, J.A. y De Miguel, J.M. (1983). *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Donahue, M.P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Duran, M. (2007). La condición humana en el cuidado. *Revista Rol de Enfermería, 30*(4), 283-288.

- Ehrenreich, B. y Deirdre, E. (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras (3ª edición)*. Barcelona: Cuadernos inacabados. Barcelona.
- Ellemers, N., Kortekaas, P. y Ouwerkerk, J. W. (1999). Self-categorisation, commitment to the groups and group self-esteem as related but distinct aspects of social identity. *European Journal of Social Psychology*, 29, 371-389.
- Fajardo, M.E. y Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 13 (46), 9-12.
- Farrerons, L. y Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14 (1), 101-113.
- Fernández C., Garrido M., Santo Tomás M. y Serrano M.D. (2000). *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.
- Francis, J.J., Boldero, J. M. y Sambell, N.L. (2006). Self-Lines: A New, Psychometrically Sound, 'User-Friendly' Idiographic Technique for Assessing Self-Discrepancies. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (1), 69-84.
- Galiana M. E. y Bernabeu, J. (2011). Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939. *Feminismo/s: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante*, 18, 225-248.
- Galindo, A., Escobar, M. A., Corrales, D. y Palomo, L. (2002). Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enfermería clínica*, 12 (4), 157-65.
- García, I. y Buendía, A. (2001). Identidad e identificación de la Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (7-8), 539-545.

- García, A.L., Martínez, M., Méndez, M.G., Moreno, L. y Quiroz, M.J. (2000). Imagen social de la enfermera. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 8(9), 259-265.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, A. y Sanz, A. (2008). La influencia del estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement. *Informació Psicològica*, 91-92, 80-94.
- Gómez, J., Domingo, M., Gabaldón, E.M., Torres, C., Torres, M. y Fernández, M.A. (2003). Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. *Index de enfermería*, 12 (40-41), 16-19.
- González, F.J. (2008). Contra viento y marea. Cuando la vocación decide. *Archivos de la Memoria*, 5 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/5/a10808.php>.
- Gregg, M.F. y Magilviy, J.K. (2001). Professional identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. *Nursing and Health Sciences*, 3, 47-55.
- Gusiñé, F., Fernández, C., Pardo, A. y Sales, D. (1988). ¿Qué entendemos por un profesional de Enfermería?. *Revista Rol de Enfermería*, 118, 72-74.
- Hardin, E.E. y Lakin, J.L. (2009). The integrated self-discrepancy index: a reliable and valid measure of self-discrepancies. *Journal of Personality Assessment*, 91, 245-253.
- Heierle, C., Marín, R. y Siles, J. (2007). Imagen de las enfermeras en el periódico El País. *Revista Paraninfo Digital*, 1. Disponible en: <http://www.paraninfo.com/revista1/o072.php>.
- Hernández, F. (1996). *Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.

- Higgins, E.T. (1999). When do self-discrepancies have specific relations to emotions? The second generation question of Tangney, Niedenthal, Covert, and Barlow (1998). *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1313-1317.
- Higgins, E.T., Klein, R. y Strauman. T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51-76.
- Hogg, M.A. y Terry, J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *Academy of Management Review*, 25 (1), 121-140.
- Jackson, J.W. y Smith, E.R. (1999). Conceptualizing social identity: A new framework and evidence for the impact of different dimensions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25 (1), 120- 135.
- Lascurain, M.L., López, P. y González, L. (1997). Psicología y Bibliometría en España. *Revista general de información y documentación*, 7 (2), 95-107.
- León, J.M., Jarana, L. y Blanco, A. (1991). Entrenamiento en Habilidades Sociales al Personal de Enfermería: Efectos Sobre la Comunicación con el Usuario de los Servicios de Salud. *Clínica y Salud*, 2 (1), 73-80.
- Linville, P., Fischer, G. y Salovey, P. (1989). Perceived distributions of the characteristics of in-group and out-group members: Empirical evidence and computer simulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 165-188.
- López, P. y Tortosa, F. (2002). Los métodos bibliométricos en Psicología. En C. Civera y F.M. Tortosa (eds.). *Nuevas tecnologías de la información y documentación en Psicología* (17-44). Barcelona: Ariel Psicología.
- McCarthy, G., Tyrrell, M.P. y Lehane, E. (2007). “Intention to ‘Leave’ or ‘Stay’ in Nursing.” *Journal of Nursing Management*, 15, 248-255.

- McLaughlin, K., Muldoon, O.T. y Moutray, M. (2010). Gender, gender roles and completion of nursing education: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 30, 303-307.
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes-Psicopedagogía.
- Medina, J.L. (2005). ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España Pre-Europea. *Revista Rol de Enfermería*, 28 (4), 246-248.
- Medina, J.L., Schubert, V.M., do Prado, M.L. y Sandin, M.P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto-Contexto Enfermería Florianópolis*, 19 (4), 609-617.
- Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears.
- Mompert, M.P. (2004). Rebelión en las aulas. *Revista Rol de Enfermería*, 27, 10, 7-16
- Moretti, M.M. y Higgins, E.T. (1999). Own Versus Other Standpoints in Self Regulation: Developmental Antecedents and Functional Consequences. *Review of General Psychology*, 3, (3), 188-223.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T. y Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 70-74.
- Navarro, F.J., Martínez, M.T., Viguera, M.D. y Rodríguez, M.C. (2002). Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. *Index de Enfermería*, 39, 16-19.
- Negrillo, C. (2011). Aprendiendo a ser enfermera. *Estudio exploratorio sobre la identidad profesional en estudiantes de enfermería*. Tesina. Universidad de Sevilla.
- Negrillo, C. y Herrera, I.M. (2013). Formación de la identidad profesional en estudiantes de Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 36(6), 16-22.

- Negrillo, C., Suárez, A. y Herrera, I.M. (en prensa). Construcción y validación de una escala de auto-discrepancias de competencias de cuidado en Enfermería. *Index de Enfermería*.
- Negrillo, C., Tirado, A. y León, J.M. (1994). Habilidades Sociales. Entrenamiento en una EUE. *Enfermería. Rol de Enfermería*, 188, (1), 26-29.
- Niemi, P.M. (1997) Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Medical Education* 31, 408–415.
- Nunes, M. (2008). Learning to be a nurse. Professional identity in nursing students. *Sísifo. Educational Sciences Journal*, 5, 65-76.
- O'Halloran, C., Hean, S., Humphris, D., y Macleod Clark, J. (2006). Developing common learning: the New Generation Project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 1-17.
- Öhlén J, Segesten K. (1998). The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 720–727.
- Ortega, C. y Sánchez, N. (1996). Hacia la consolidación de la profesión enfermera. En F. Fernández. *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)* (pp. 287-324). Madrid: Síntesis.
- Pavan, R.A, Ferreira, A.R. y Ferreira, J.L. (2007). La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 16(56), 30-34.
- Pérez, C., Alameda, A. y Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*; 76 (5), 517-530.

- Peris, R. y Agut, S. (2007). Evolución conceptual de la Identidad social. El retorno de los procesos emocionales. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 10 (26-27). Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/numero26/article2/article2.pdf>.
- Price, S. L. (2009). Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (1), 11-19.
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE, nº 200, de 22 de agosto de 1977.
- Roda, R. (2003). Socialización organizacional. En F. Gil y C.M. Alcover. *Introducción a la Psicología de las organizaciones* (pp. 229-258). Madrid: Alianza.
- Rodríguez, R. y Escalona, J.R. (2007). Percepción de la imagen social de la Enfermería. *E.ducare21*, 7. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/38032/>
- Samaniego, C., Cárcamo, S. y Frankel, D. (2001). La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramática*, 14, 59-92.
- San Rafael, S., Arreciado, A., Bernaus, E. y Vers, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*, 20 (4), 236-242.
- Sánchez-Bernardos, M.L., Quiroga, M.A., Bragado, M.C. y Martín, S. (2004). Autodiscrepancias y relaciones interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (4), 582-586.
- Scandroglio, B., López, J.S. y San José, M. C. (2008). La teoría de la identidad social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 29 (1), 80-89.
- Schofield, I., Tolson, D., Arthur, D., Davies, S. y Nolan, M. (2005). An exploration of the caring attributes and perceptions of work place change among gerontological nursing staff in England, Scotland and China (Hong Kong). *International Journal of Nursing Studies* 42, 197-209.

- Silva, M., Guilhem, D., Araújo, R. y Monteiro, A.S. (2003). Representaciones sociales del trabajo de enfermería: los anclajes estructurales en la visión de la sociedad brasileña. *Representações sociais do trabalho da enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. Ciência, Cuidado e Saúde*, 2, (2), 113-122.
- Shinyashiki, G.T., Costa, I.A., Trevizan, M. A. y Day, R. A. (2006) Socialización profesional: Estudiantes volviéndose enfermeros. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 14 (6). Edición digital, disponible en www.eerp.usp.br/rlae.
- Siles, J. (1999) *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Sierra, L. y Montalvo, A. (2012). Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. *Av.enferm*, 30 (1), 64-74.
- Stets, J.A. y Burke, P.E. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63 (3), 224-237.
- Stott, A. (2007). Exploring factors affecting attrition of male students from an under-graduate nursing course: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 27, 325-332.
- Strauss, A. y Corbin J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed.* Thousand Oaks: Sage.
- Strauman, T. J., y Higgins, E. T. (1987). Automatic activation of self-discrepancies and emotional syndromes: Cognitive structures influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53,1004-1014.
- Subirana, M. y Fargues, I. (2005). Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas de enfermería*, 8 (8), 62-68.
- Tangney, J.P., Niedenthal, P.M., Covert, M.V. y Barlow, D.H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 256-268.

- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press
(Trad. Esp.: Tajfel, H. [1984]. Grupos humanos y categorías Sociales. Barcelona: Herder).
- Tajfel, H. y Turner, J.C. (1985) *The social identity theory of intergroup behaviour*. G.W. Austin y S. Worchel (eds.), *The Social Psychology of intergroup relations*. Chicago: Nelson-Hall, 7.24.
[Trad. Esp.: 1989, la teoría de la identidad social de la conducta intergrupala". En J.F. Morales y C. Huici, (eds.), *Lecturas de Psicología social*, Madrid, UNED, 1989, pp.225-259].
- Turner, J.C.(1987) *Rediscovering the social group. A self-categorization theory*. Oxford: Basil Blackwell (Trad. Esp.: Turner, J.C.(1989) Redescubrir el grupo social. Madrid: Morata).
- Vánegas, B.C., Barrera, G., Bautista, L.A, Gómez, N.L., Hernández, L.J., Ramírez, L.K. y Roa, V.M. (2007). Construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería de la Universidad El Bosque. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3, 33-43.
- Watson, N., Bryan, B.C. y Thrash, T.M. (2010). Self-Discrepancy: Comparisons of the Psychometric Properties of Three Instruments. *Psychological Assessment*, 22, 878-892.
- Willets, G. y Clarke, D. (2014). Constructing nurses' professional identity through social identity theory. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 164-169.
- Worthington, M., Salamonson, Y., Weaver, R. y Cleary, M. (2013). Predictive validity of the Macleod Clark Professional Identity Scale for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 33 (3): 187-191.
- Zambrano, C. Osejo, M. Tovar, M.C. (2011) El cuidado pedagógico en las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería desde el modelo constructivista. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 1, 46.

ANEXO 1. ESCALA DE IDENTIDAD PROFESIONAL

Instrucciones de la escala: Te pedimos que indiques tu sentimiento de pertenencia a la profesión de enfermería utilizando una escala de 1 totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo

1. Me siento como un miembro de esta profesión
2. Siento que tengo fuertes vínculos con los miembros de esta profesión
3. A menudo me avergüenzo de admitir que estoy estudiando para esta profesión
4. Me encuentro a mí mismo excusándome por pertenecer a esta profesión
5. Intento ocultar que estoy estudiando para ser parte de esta profesión
6. Estoy encantado de pertenecer a esta profesión
7. Me identifico positivamente con miembros de esta profesión
8. Ser un miembro de esta profesión es importante para mí
9. Siento que comparto características con otros miembros de esta profesión

ANEXO 2. VERSIÓN INICIAL DEL CUESTIONARIO DE AUTO-DISCREPANCIAS DE COMPETENCIAS DE CUIDADO EN ENFERMERÍA

Instrucciones:

A continuación encontrarás una serie de atributos relacionados con el rol de cuidado en enfermería. Te pedimos que señales en qué medida son aplicables a ti en este momento utilizando la escala de 1 *casi nada* a 7 *muchísimo*.

Yo soy

1. Identificar problemas y necesidades de cuidado en el paciente
2. Identificar problemas y necesidades de cuidado en la familia
3. Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital, centro de salud o domicilio
4. Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona
5. Cuidar sin establecer diferencias en las personas por el género, etnia, clase social o problema de salud
6. Aplicar medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente
7. Preservar la intimidad y la dignidad de la persona frente al sufrimiento que puede suponer la enfermedad
8. Acompañar al paciente estableciendo una relación de ayuda que facilite su proceso de recuperación
9. Estimular la participación activa del enfermo en su proceso
10. Promover y estimular su independencia
11. Proporcionar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados
12. Fomentar el autocuidado y la autoestima del paciente
13. Prevención de complicaciones y situaciones de crisis
14. Estimular la comunicación a través de la escucha activa
15. Proporcionar apoyo emocional al paciente
16. Apoyar a la persona para que confíe en sí misma

17. Proporcionar soporte a la familia en el período de duelo
18. Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas terapéuticas propuestas
19. Ayudar al paciente a identificar practicas sobre salud que desea cambiar
20. Favorecer una relación de confianza con la familia del paciente
21. Proporcionar recursos espirituales según lo precisen
22. Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión
23. Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada
24. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza y animar a que exprese estos sentimientos
25. Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado (abrazar, tocar...)
26. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la ansiedad
27. Proporcionar información y apoyo en la toma de decisiones sobre medidas terapéuticas
28. Ayudar con los autocuidados: alimentación, aseo \ higiene, vestir \ arreglo personal
29. Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo
30. Desarrollar y proporcionar enseñanza y entrenamiento, que facilite la adaptación de la conducta para conseguir la salud
31. Ayudar a resolver problemas familiares derivados de la enfermedad y hospitalización
32. Ayuda a reconocer los progresos o mejorías de la enfermedad
33. Negociar acuerdos con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico
34. Facilitar el desarrollo de prácticas religiosas y espirituales (meditación, oración ...)
35. Facilitar el crecimiento espiritual estimulando la toma de conciencia en su proceso de salud
36. Ayudar en la resolución del duelo por la pérdida de una parte del cuerpo (pierna, brazo, pecho, etc.)
37. Facilitar la presencia de la familia para apoyar al paciente
38. Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebes hospitalizados
39. Facilitar el uso de posturas correctas y el cuidado de la columna vertebral
40. Usar el ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros

41. Utilizar la técnica del masaje para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación
42. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
43. Prevenir la formación de úlceras por presión en individuos con alto riesgo de desarrollarlas
44. Proteger los derechos del paciente
45. Mantener la temperatura corporal dentro del margen de normalidad.
46. Facilitar la administración de cuidados de calidad al paciente por parte de otras personas
47. Facilitar el descanso procurando un ambiente tranquilo, armonioso y seguro

Me gustaría ser

1. Identificar problemas y necesidades de cuidado en el paciente
2. Identificar problemas y necesidades de cuidado en la familia
3. Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital, centro de salud o domicilio
4. Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona
5. Cuidar sin establecer diferencias en las personas por el género, etnia, clase social o problema de salud
6. Aplicar medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente
7. Preservar la intimidad y la dignidad de la persona frente al sufrimiento que puede suponer la enfermedad
8. Acompañar al paciente estableciendo una relación de ayuda que facilite su proceso de recuperación
9. Estimular la participación activa del enfermo en su proceso
10. Promover y estimular su independencia
11. Proporcionar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados
12. Fomentar el autocuidado y la autoestima del paciente
13. Prevención de complicaciones y situaciones de crisis
14. Estimular la comunicación a través de la escucha activa
15. Proporcionar apoyo emocional al paciente

16. Apoyar a la persona para que confíe en sí misma
17. Proporcionar soporte a la familia en el período de duelo
18. Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas terapéuticas propuestas
19. Ayudar al paciente a identificar practicas sobre salud que desea cambiar
20. Favorecer una relación de confianza con la familia del paciente
21. Proporcionar recursos espirituales según lo precisen
22. Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión
23. Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada
24. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza y animar a que exprese estos sentimientos
25. Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado (abrazar, tocar...)
26. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la ansiedad
27. Proporcionar información y apoyo en la toma de decisiones sobre medidas terapéuticas
28. Ayudar con los autocuidados: alimentación, aseo \ higiene, vestir \ arreglo personal
29. Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo
30. Desarrollar y proporcionar enseñanza y entrenamiento, que facilite la adaptación de la conducta para conseguir la salud
31. Ayudar a resolver problemas familiares derivados de la enfermedad y hospitalización
32. Ayuda a reconocer los progresos o mejorías de la enfermedad
33. Negociar acuerdos con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico
34. Facilitar el desarrollo de prácticas religiosas y espirituales (meditación, oración ...)
35. Facilitar el crecimiento espiritual estimulando la toma de conciencia en su proceso de salud
36. Ayudar en la resolución del duelo por la pérdida de una parte del cuerpo (pierna, brazo, pecho, etc.)
37. Facilitar la presencia de la familia para apoyar al paciente
38. Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebes hospitalizados
39. Facilitar el uso de posturas correctas y el cuidado de la columna vertebral
40. Usar el ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada

con la salud a sus miembros

41. Utilizar la técnica del masaje para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación
42. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
43. Prevenir la formación de úlceras por presión en individuos con alto riesgo de desarrollarlas
44. Proteger los derechos del paciente
45. Mantener la temperatura corporal dentro del margen de normalidad.
46. Facilitar la administración de cuidados de calidad al paciente por parte de otras personas
47. Facilitar el descanso procurando un ambiente tranquilo, armonioso y seguro

Debería ser

1. Identificar problemas y necesidades de cuidado en el paciente
2. Identificar problemas y necesidades de cuidado en la familia
3. Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital, centro de salud o domicilio
4. Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona
5. Cuidar sin establecer diferencias en las personas por el género, etnia, clase social o problema de salud
6. Aplicar medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente
7. Preservar la intimidad y la dignidad de la persona frente al sufrimiento que puede suponer la enfermedad
8. Acompañar al paciente estableciendo una relación de ayuda que facilite su proceso de recuperación
9. Estimular la participación activa del enfermo en su proceso
10. Promover y estimular su independencia
11. Proporcionar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados
12. Fomentar el autocuidado y la autoestima del paciente
13. Prevención de complicaciones y situaciones de crisis
14. Estimular la comunicación a través de la escucha activa

15. Proporcionar apoyo emocional al paciente
16. Apoyar a la persona para que confíe en sí misma
17. Proporcionar soporte a la familia en el período de duelo
18. Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas terapéuticas propuestas
19. Ayudar al paciente a identificar practicas sobre salud que desea cambiar
20. Favorecer una relación de confianza con la familia del paciente
21. Proporcionar recursos espirituales según lo precisen
22. Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión
23. Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada
24. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza y animar a que exprese estos sentimientos
25. Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado (abrazar, tocar...)
26. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la ansiedad
27. Proporcionar información y apoyo en la toma de decisiones sobre medidas terapéuticas
28. Ayudar con los autocuidados: alimentación, aseo \ higiene, vestir \ arreglo personal
29. Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo
30. Desarrollar y proporcionar enseñanza y entrenamiento, que facilite la adaptación de la conducta para conseguir la salud
31. Ayudar a resolver problemas familiares derivados de la enfermedad y hospitalización
32. Ayuda a reconocer los progresos o mejorías de la enfermedad
33. Negociar acuerdos con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico
34. Facilitar el desarrollo de prácticas religiosas y espirituales (meditación, oración ...)
35. Facilitar el crecimiento espiritual estimulando la toma de conciencia en su proceso de salud
36. Ayudar en la resolución del duelo por la pérdida de una parte del cuerpo (pierna, brazo, pecho, etc.)
37. Facilitar la presencia de la familia para apoyar al paciente
38. Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebes hospitalizados
39. Facilitar el uso de posturas correctas y el cuidado de la columna vertebral

40. Usar el ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros
41. Utilizar la técnica del masaje para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación
42. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
43. Prevenir la formación de úlceras por presión en individuos con alto riesgo de desarrollarlas
44. Proteger los derechos del paciente
45. Mantener la temperatura corporal dentro del margen de normalidad.
46. Facilitar la administración de cuidados de calidad al paciente por parte de otras personas
47. Facilitar el descanso procurando un ambiente tranquilo, armonioso y seguro