



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Social

“La construcción de identidad profesional en estudiantes de la Facultad de
Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Social

Presenta:

Paulina Viridiana Becerril Luna

Dirigido por:

Dr. Luis Gregorio Iglesias Sahagún

SINODALES

Dr. Luis Gregorio Iglesias Sahagún

Presidente

Dra. María Xóchitl Raquel González Loyola Pérez

Secretario

Dra. Verónica Margarita Hernández Rodríguez

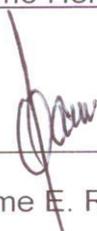
Vocal

M. en P.S. Elsa Renata González Estrada

Suplente

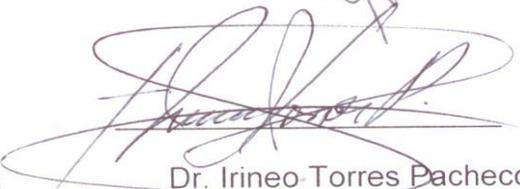
M. en P.S. Guillermo Hernández González

Suplente



M. en D.H. Jaime E. Rivas Medina

Director de la Facultad



Dr. Irineo Torres Pacheco

Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Mayo, 2014

México

RESUMEN:

En el estudio de las conductas grupales y colectivas, la construcción de Identidad es un tema abordado por la psicología social.

Se presenta este trabajo desde dos enfoques teóricos, la Teoría de la Identidad Social (Tajfel y Turner, 1978) y Comunidades de Práctica (Wenger, 2001), bajo una metodología etnográfica, permitiendo la explicación de la construcción de identidad profesional en estudiantes de enfermería. El objetivo es proponer desde una tradición psicosocial una explicación de cómo los estudiantes de enfermería de la UAQ construyen una identidad profesional desde un proceso complejo de aprendizaje que toma en cuenta los sistemas culturales, el desarrollo histórico y discursivo de esa comunidad práctica.

La tarea fue regresar al individuo para reconocer en él su pensar y sentir como miembro de la comunidad de enfermería. Y recuperando la experiencia individual y colectiva de los estudiantes de enfermería para dar lugar a los hitos importantes de su formación que les permiten construir su identidad profesional.

La identificación de los elementos que intervienen en la construcción de identidad profesional de enfermería, permitió presentar las autodefiniciones, sentimientos y formas de valorización típicas en estudiantes y profesionistas, así a partir de ellas se esboza desde lo psicosocial una propuesta de organización educativa que contribuya a fortalecer el programa educativo de la licenciatura en enfermería en busca de la revaloración social de su estatus profesional.

Palabras clave: Identidad, identidad profesional, comunidad de práctica de enfermería.

ABSTRACT:

In the study of group and collective behavior, the construction of identity is an issue addressed by social psychology.

This work is presented from two theoretical approaches, the Social Identity Theory (Tajfel and Turner, 1978) and Communities of Practice (Wenger, 2001), under an ethnographic methodology, enabling the explanation of the construction of professional identity in nursing students. The objective is to propose from a psychosocial tradition an explanation of how nursing students of UAQ build a professional identity from a complex learning process that takes into account the cultural, historical and discursive development of the practice community.

The task was to return the individual to recognize in him his thoughts and feelings as a member of the nursing community. And recovering individual and collective experience of nursing students to give rise to the formation of important milestones that allow them to build their professional identity.

Identification of elements involved in the construction of professional identity of nursing allowed to present self-definitions, feelings and ways of valuation on typical students and professionals, and from them outlined a proposal from the psychosocial educational organization that contributes to strengthen the educational program in nursing in search of social reevaluation of their professional status.

Keywords: identity, professional identity, community nursing practice.

DEDICATORIAS:

Este trabajo lo dedico con mucho cariño:

A mis padres

Sergi gracias por ser mi maestro de vida,
Mamititita gracias por ser siempre mi mejor amiga.

A mis hermanos

Reinita y Cheini sin su apoyo incondicional no podrían consolidarse todos y
cada uno de mis sueños.

Obvio al nuevo integrante de la familia Reinito.

A mi René que me ha enseñado a querer y valorar a su comunidad de
práctica.

A todos mis maestros de la Facultad de Psicología, por las enseñanzas y
experiencias compartidas.

Y por su puesto a todos los profesionales de enfermería, sobre todo a los
estudiantes de la Facultad de Enfermería que contribuyeron con el armado de
esta experiencia como algo gratificante “los extraño”.

AGRADECIMIENTOS

De forma muy especial quiero agradecer a mi familia que han permitido que crezca con su apoyo y acompañamiento constante. Gracias por insistir tanto!!!

Agradezco de forma muy especial a mis maestros de la Facultad de Psicología quienes han guiado en todo momento mi formación y mi experiencia profesional, ustedes han definido mejor que nadie mi comunidad de práctica. Gracias.

Al Dr. Gregorio Iglesias que me acompañó, orientó y supo disimular muy bien todas mis debilidades, además de continuar enseñándome en el proceso de investigación y elaboración de la tesis.

Pero esta tesis es realmente gracias a los estudiantes de la Facultad de Enfermería en especial a los de la Licenciatura en enfermería que inspiraron, dieron respuesta y definieron ellos mismos el rumbo de esta tesis, les agradezco infinitamente por dejarme formar parte de su comunidad de práctica. Es para ustedes con admiración, porque estoy segura que están trabajando en su identidad.

También a los estudiantes de LEF y CD, Fisioterapia y Psicología su proceso apoyó en la comprensión de la construcción de identidad profesional en distintas comunidades de práctica.

Índice

RESUMEN	i
ABSTRACT	iii
DEDICATORIAS	iv
AGRADECIMIENTOS	v
<i>Viñeta de lo subjetivo</i>	1
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. LA CATEGORIZACIÓN DEL “YO”	9
1.1 El concepto de identidad en Psicología.....	9
1.2 La percepción de sí mismo (self)	23
1.3 Categorizar	26
1.4 Sentido de pertenencia	28
CAPÍTULO 2. LA RELACIÓN SOCIAL COMPONENTE DE IDENTIDAD	31
2.1 Identificación como la acción de identidad.....	32
2.2 La afiliación.....	34
CAPÍTULO 3. INTEGRACIÓN DE COMUNIDADES DE PRÁCTICA: EL CASO DE ENFERMERÍA.....	44
3.1 Un acercamiento al estado del arte.....	44
3.2 Enfermería una comunidad práctica.	48
3.3 Práctica social.....	50
3.4 Participación	58
3.5 Compromiso mutuo.....	60
3.6 Empresa conjunta.....	63
3.7 Metodología del estudio.....	64
3.7.1 Sobre el autoconcepto, self y pertenencia de los estudiantes de enfermería.....	65
3.7.2 Consideraciones sociales de la identidad profesional de enfermería: identificación, afiliación, cohesión y comparación grupal.....	72
4. OTROS DETERMINANTES DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL.....	77
4.1 Prejuicio y estereotipo social.....	78
4.2 El estatus social.....	86
4.3 Favoritismo, discriminación y etnocentrismo social	89
4.4 La crítica y prejuicios sociales a enfermería.....	92

5.1 Enfermería una profesión al servicio de los demás. Algunos escollos en la construcción de identidad profesional.....	100
5.2 Receptividad mutua	111
6. LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE FORMACIÓN: PROPUESTA PARA SU FORTALECIMIENTO.....	124
6.1 Principios de la propuesta de intervención.....	125
6.2 Reorganización educativa.....	128
6.3 Procedimientos de actuación	134
6.4 Evaluación del acompañamiento individual y grupal	137
COMENTARIOS FINALES.....	139
BIBLIOGRAFÍA	141

Viñeta de lo subjetivo

Antes de egresar de la licenciatura comencé a participar en la Facultad de Enfermería de la UAQ, brindando apoyo psicológico por unas horas a la semana dentro de los servicios que ofrecían los programas de: tutorías (dirigido únicamente a estudiantes) y ENSAIN¹ (Enfermería en Salud Interactiva, dirigido a estudiantes, personal docente y administrativo de la universidad, y a población externa). Para enero del 2008 al concluir la licenciatura como psicóloga educativa empecé a laborar como docente y psicóloga en la licenciatura en enfermería presencial y en el programa de licenciatura en su modalidad a distancia (programa de nivelación de TSU a licenciado).

El contacto que desde entonces establecí con el profesional de enfermería en formación y de grado fue mayor, lo que me permitió observar un fenómeno que aunque se vive en lo individual se reconoce también en lo colectivo, es decir, todo aquello que experimenta un sujeto y lo comparte con otros de su grupo, y se distingue de otras experiencias que los individuos en contacto con la sociedad tienen.

Varias veces durante la consulta psicológica los estudiantes expresaban inconformidad, desánimo por su elección profesional y todo lo que ello implicaba; las materias, la asistencia a prácticas (en instituciones de salud pública, asilos, empresas), el cruce por uno u otro servicio, la dificultad que representaba la convivencia con los y las profesionales de enfermería que fungían como asesores o el profesional de medicina; e incluso el hecho de

¹ El programa de ENSAIN, enfermería en salud interactiva, se constituye formalmente en el año del 2000 con aprobación de Consejo Académico, como una iniciativa de la Facultad por brindar servicios profesionales de salud a diversos usuarios y como mecanismo de proyección profesional en el que enfermería fuera el actor principal de los servicios de salud al interior de la UAQ.

portar el uniforme (filipina y pantalón blancos primordialmente) era motivo suficiente para sentirse así.

Sin embargo, fue ejerciendo la docencia, en el trabajo colectivo, que pude apreciar la insatisfacción compartida. Repetidamente las discusiones o explicaciones temáticas de clase, permitían que la reflexión llevara a los estudiantes a comentar lo que la experiencia les hacía sentir profesionalmente. Muchas veces dejaron entre ver el desánimo y la resignación manifiesta por su elección y futuro profesional. Con ello me di cuenta de alguna u otra manera trabajaba en un ambiente formativo en el que las expectativas no eran, ni las mejores ni las más deseables por sus participantes.

Si tomamos en cuenta que la elección profesional es una acción que ejerce el individuo para iniciar sus estudios superiores y formarse, motivado por ciertos intereses personales, gustos, afiliaciones; entonces, el panorama prospectivo de estos futuros profesionales me pareció poco prometedor tanto a nivel individual, en cada estudiante inconforme, como a nivel disciplinar en cuanto a que grupalmente compartían un desánimo por llegar a ser lo que decían estar estudiando.

Entendamos que la formación de estudios superiores se da a partir de un proceso educativo (enseñanza-aprendizaje) en el que los participantes en este transcurso de aprendizaje adquieren una serie de conocimientos, ganan habilidades y compromisos con ciertas actividades; que además, supone un proceso de capacitación para, de manera activa, participar en las prácticas de esa comunidad profesional; misma que no sólo da forma a lo que haremos, sino que también conforma quiénes seremos, cómo habremos de comportarnos (actitudinalmente) y la manera en la que habremos de interpretar y significar lo que haremos; se construye identidad en relación con esa comunidad práctica, estableciendo con ello un estilo de vida.

Siendo esto así, la experiencia por la que atravesaban los estudiantes de enfermería suponía el logro menoscabado de un estilo de vida además no deseado.

INTRODUCCIÓN

La experiencia a compartir se desprende del trabajo cotidiano, de la convivencia con un grupo social dentro de un ámbito laboral, que además inspiró la investigación producto de estudios de postgrado. La formación en psicología social permite entender la realidad a partir de los hechos sociales y encontrarle distintas explicaciones, tan amplias en cuanto a seres humanos que lo integran. Es así como desde una mirada psicosocial se perciben los fenómenos que tienen lugar en el espacio (intersubjetivo) entre el individuo y la sociedad; y gracias al apoyo teórico la experiencia se vuelve un entramado interpretativo, una perspectiva conceptual.

El fenómeno del que se trata es, de manera muy puntual, la construcción de identidad en los estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Desde un matiz centrado en las relaciones de interacción entre los estudiantes de enfermería que presentan en su experiencia reflexiva (viñeta de los subjetivo) una condición de desánimo y estoicismo sobre su prospectiva profesional; lo que acuñé como problemática en la conformación de una identidad profesional en los individuos inscritos en la licenciatura y en el gremio de enfermería en tanto que no se consolida una estructura de identidad firme que se proyecte en lo social, aunque en apariencia pudiera considerarse que sí existe.

La pretensión es llevar al lector de este documento a entender la configuración de la identidad en el individuo de una sociedad a partir de la convivencia de varios elementos propios del individuo y del grupo social al que pertenece.

En el estudio de las conductas grupales y colectivas, la construcción de Identidad es un tema de los más importantes, trabajado desde unas décadas atrás, y como concepto ha sido abordado por numerosas investigaciones sociales. Como estructura lingüística forma parte del bagaje léxico de

profesionales y no profesionales; además de ser uno de los temas que la psicología social aborda “*constituye una ocasión privilegiada para analizar cómo los procesos sociales determinan y conforman los fenómenos psicológicos*” (Tirado, En Pujal, et al, 2004, p.93)

Existe una amplia gama de enfoques que nos permiten definir los conceptos centrales de esta investigación, identidad, comunidad y práctica.

- En filosofía la tendencia fenomenológica permite conceptualizar estas entidades como un uso lingüístico; (Wittgenstein, 1988) apelando a modos de vida concretos.
- En lingüística estas nociones se expresan como historias que enuncian sistemas culturales de coherencia y que se reconstruyen de manera interactiva en la narración cotidiana de los individuos pertenecientes a cualquier grupo social (Linde, 1993).
- En antropología se analizan las múltiples interpretaciones que imperan en las comunidades para entender a uno u a otro (Sullivan, 1993).
- En pedagogía se consideran como productos cognitivos, en donde después de un procesos educativo (interacción con el medio) surgen como un aprendizaje (Vigotsky, 1960).
- Para la psicología los conceptos exploran las implicaciones adaptativas del sujeto, además de dar cuenta de la percepción y de otras funciones cognitivas que derivan de la integración de estas entidades.
- En sociología se ha teorizado sobre sus explicaciones, como una manera de situar a la persona en un contexto de constitución mutua con los grupos humanos (Giddens, 1991).

Parecen estos tres últimos enfoques: pedagógico, psicológico y social, los más atinados al explicar los conceptos entorno a los cuales gira el desarrollo

de esta investigación: identidad, comunidad y práctica. Sin embargo, es en la psicología social, como forma disciplinar que integra, define y describe las tres nociones reconociendo al individuo como un agente activo capaz de abstraer e interpretar situaciones sociales; aborda la conformación de diversos tipos de configuraciones sociales, que intenta describir en los mecanismos en los que se producen, mantienen y reproducen en su interior. Además, *“elabora vínculos conceptuales de las tres categorías de análisis generando una apreciación más concreta de ellos”* (Wenger, 2001, p. 182).

Estructura del trabajo

El texto se divide en secciones que se desprenden de la lógica de investigación:

INTRODUCCIÓN este apartado se integra por una viñeta que muestra el origen personal que motivo la investigación y la elaboración de esta tesis, se presenta en forma de descripción cronológica sobre el acercamiento al contexto de estudio.

En el **primer capítulo** se presenta un apartado que permite conceptualizar la identidad como fenómeno psicosocial, en él se repasan de forma breve distintas propuestas teóricas del estudio de la identidad a lo largo de la historia, que habrá de enfocarse en dos posturas teóricas principalmente. El sustento teórico del concepto identidad se ve representando en la parte introductoria de esta tesis. Después, bifurca la relación explicativa de la identidad en lo puramente individual y menciona los preceptos subjetivos e individuales que permiten la construcción de identidad en los seres humanos. Entender los mecanismos psicológicos que tienen lugar en el individuo permite entender la participación que él juega para acceder a una identidad.

En razón de complementar la relación dual de individuo-sociedad que dan lugar a la identidad, en el **Capítulo II** se abordan los elementos sociológicos

de la identidad y la participación que estos tienen, además que se identifican al interior de la comunidad objeto de estudio.

El **Capítulo III** está integrado inicialmente por un acercamiento al estado del arte sobre la construcción de identidad profesional que pone en manifiesto el interés que representa este tipo de estudios en las ciencias sociales. Después el desarrollo del capítulo permite esbozar a la comunidad de práctica, describiéndola desde su historicidad hasta su razón funcional que le permite existir. Es aquí en dónde comienza el análisis de cómo, y a partir de qué se construye la identidad en un grupo definido que opera como comunidad de práctica. El enfoque de análisis que se organiza en este apartado conceptualiza y define qué es comunidad de práctica, participación, el establecimiento de compromisos que permiten al individuo en sociedad generar una empresa conjunta. Por último, es importante señalar que las explicaciones y ejemplos desarrollados en este capítulo ponen énfasis en la comunidad práctica de enfermería que van esclareciendo los elementos sólidos y débiles de la construcción de identidad profesional en los estudiantes de enfermería.

Las diversas formas de explicación que surgen de la teoría de la identidad social sobre otros elementos concomitantes se desarrollan en el **Capítulo IV** con la intención de ampliar la visión teórica explicativa del fenómeno bajo estudio que dentro de los siguientes capítulos se analizará. Concepciones teóricas como el prejuicio, estereotipos, estatus social y algunas formas de convivencia social son las explicaciones en las que se organiza el desarrollo de este capítulo.

Para el desarrollo del **Capítulo V** las diferentes nociones antes explicadas asumen forma bajo el objeto de estudio como modelos de análisis para su explicación y participan como discursos precursores de la reflexión y discusión derivados de la investigación. Este apartado se vuelve el más extenso en las discusiones con respecto a los datos levantados y su relación

con la teoría, se apoya en cuadros, esquemas y reflexiones que posibilitan la explicación más clara de esas discusiones. Se explica la evidencia en relación con los conceptos definidos en los primeros capítulos, además de que rescata los trazos de identidad desde una perspectiva educativa.

El **Capítulo VI** esboza una propuesta concreta de intervención derivado de la discusión y el análisis, es decir, como producto colateral al trabajo de investigación se desarrollan una serie de recomendaciones que pueden permitir al grupo estudiado reforzar y caracterizar su identidad profesional, apelando al desarrollo de características individuales y colectivas sólidas reconocibles para el endogrupo y para el exogrupo.

Además se incluyen unos párrafos a manera de **comentarios finales** con los que se concretan respuestas y visiones del objeto de estudio, más como notas aclaratorias que le permitan al lector entender las intenciones de la investigación de la construcción de identidad profesional en una comunidad práctica.

CAPÍTULO 1. LA CATEGORIZACIÓN DEL “YO”

*“El yo es esa cosa consciente y pensante...
que es sensible al placer y al dolor, o consciente de ambos,
capaz de sentir felicidad y desgracia”
John Locke Ensayo sobre el entendimiento humano (1689)*

1.1 El concepto de identidad en Psicología.

El concepto de identidad centrado en la definición etimológica de la palabra, como sucede con frecuencia, ayuda a entender mejor el concepto por su origen y sus raíces grecolatinas. *Identidad* del latín *identitas* significa “carácter de lo que es lo mismo”. Desde una conceptualización más de orden filosófico y psicológico, identidad se refiere al ser, implica una conciencia de lo que se es y un reconocimiento de ello durante las diferentes situaciones en el transcurso del tiempo. (Diccionario Ciencias de la Educación Santillana, 1995)

¿Por qué el hablar de identidad representa tanto a los psicólogos sociales? La identidad se entiende como un constructo relativo al contexto sociohistórico en el que se produce, una estructura problemática en su conceptualización y de muy difícil aprehensión desde diferentes formas de teorizar la realidad social (Íñiguez, 2001). Una realidad social, por cierto, deteriorada, modificada constantemente por los nuevos desarrollos de la postmodernidad y en la que sus sujetos y sociedad están constantemente fluctuantes a la espera de nuevos e impactantes cambios.

En palabras de Margot Pujal (2004, p. 101) “la psicología social no puede definir la identidad al margen de elementos como el contexto social, el marco histórico, la estructuración social concreta de una sociedad determinada y el significado a la dimensión simbólica que se genera en ella”.

Bajo esta perspectiva disciplinar de la psicología social la definición conceptual de identidad reconoce al individuo como un agente activo con

capacidad de abstraer e interpretar situaciones sociales así como de elegir, generar proyectos e influir en su entorno social (*Figura 1*).

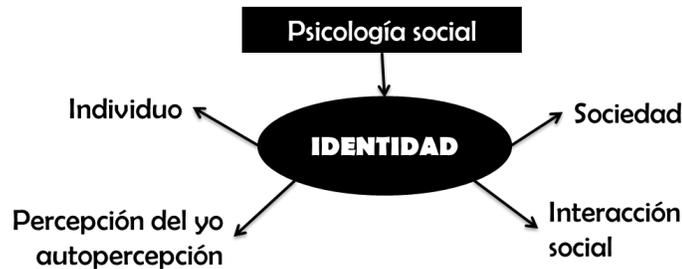


Figura 1. La identidad objeto de estudio de la Psicología social

La constitución humana, aunque compleja, debe ser estudiada por las partes que la integran sin disgregar la esencia misma que la caracteriza. El hecho de ser agentes y al mismo tiempo objetos de transformación, y que ello permita controlar el modo y forma de los actos; las funciones psicológicas que caracterizan, y a través de las cuales se puede acceder al entorno; la conciencia que permite entender el medio, sus elementos e incluso de un reconocimiento de *sí mismos* en ese medio; son solo algunas de las configuraciones que instituyen la naturaleza humana.

Además, no es ajeno al pensamiento filosófico, de acuerdo con Corona (2007) la identidad es abordada por el filósofo Hume a partir de como el individuo se percibe como unidad siempre idéntica y diferenciable respecto a los demás seres humanos en el mundo.

Hablar de identidad en términos sociales no supone negar la individualidad, sino ver la definición misma de individualidad como algo que forma parte de las prácticas sociales de comunidades concretas. Es una dicotomía errónea preguntarse si la unidad de análisis de la identidad debe ser la comunidad o la persona. *“El enfoque debe recaer en el proceso de su constitución mutua, en una dualidad de interacción”* (Wenger, 2001, p.182).

Cada acto de participación o de cosificación refleja la constitución mutua entre individuos y colectividades. Así las prácticas, los sistemas de lenguaje, los artefactos y visiones del mundo reflejan la configuración de relaciones sociales entre los seres humanos. Incluso los pensamientos más privados hacen uso de esa perspectiva de comprensión de la participación que ejercemos en comunidades sociales (Wenger, 2001, p. 182).

Yo, personalidad, *self*, rol, son solo algunas de las vertientes que atañen a la constitución única de la identidad y del cómo se esta formando cotidianamente en los individuos inmersos en un contexto con características peculiares.

La identidad antes de ser una reflexión o conciencia de sí, es una identificación: una identificación desde los otros. La identidad es como una concesión gratuita de los otros, producto de la individualidad personal y de la construcción social, inmersa en la realidad social.

El ser humano llega a este universo y de inmediato pertenece, se inserta en un contexto social, uno primero llamado familia que tiene características propias y un conjunto de elementos culturales de los cuales se ha apropiado, creencias, tradiciones, valores, normas; que se van transmitiendo al individuo y le permite configurar su personalidad, le proporcionan el primer repertorio para la conformación de su *yo*.

A lo largo de la historia de las ciencias sociales los estudios sobre Identidad derivan en múltiples aportaciones teóricas que sustentan la perspectiva de análisis. Para poder entender el objeto de estudio, la construcción de identidad profesional de enfermería, es importante mantener una visión teórica que permita hacer referencia a los significados y conceptos de los términos que lo expliquen.

La revisión literaria de estas aportaciones permiten vislumbrar aquellas teorías que proceden a la explicación conceptual de la identidad como un

fenómeno psicosocial y sus argumentos instauran la base científica de la teoría de la identidad social (Tajfel y Turner, 1979) y la teoría de las comunidades de práctica (Wenger, 2001), por lo que se hace importante hacer alusión a todas aquellas (junto con sus autores) que participan en la reflexión para la comprensión integral del objeto de estudio.

William James y su conciencia del Yo

El psicólogo y filósofo William James (1842-1910) a lo largo de su vida estuvo interesado en los estudios de los valores humanos y espirituales, tras un arduo andar entre los estudios de la biología, fisiología y la filosofía sus intereses por la literatura humanística lo llevaron a presentar en 1890 una de sus grandes obras *Los principios de la psicología*.

En su obra una de sus aportaciones más destacada es la explicación que hace del “*self*” (*sí mismo*); desarrollando un capítulo extenso en el que da explicación de la conciencia del yo, lo que brindó nuevas oportunidades para teorizar, especular y, eventualmente, experimentar en diferentes áreas del que hacer científico referido a la naturaleza y acción humana.

La explicación que hace a la toma de conciencia de esa entidad nombrada “*self*” divide su estudio en tres partes:

Identificando la primera como la presencia de un yo empírico: el autor hace una descripción física, psicológica y social del “*self*”. El yo en un individuo es la suma total de todo lo que puede llamar suyo. No sólo en su cuerpo o sus facultades psíquicas, sino su ropa, su casa, sus seres queridos presentes y pasados, su reputación, obras, bienes, todo lo que emocionalmente produce y lo conforma. En suma, integra la existencia de un yo material, un yo social, y un yo espiritual.

Reconoce como una parte fundamental del individuo, el ego puro, como un principio de identidad personal, que arguye como la conciencia de la

mismidad o similitud personal puede ser tratada como un fenómeno subjetivo o una dinámica objetiva, un sentimiento, una verdad.

Por último James hace una larga descripción de los aspectos psicopatológicos y cambiantes del "self" (James, 1994).

Sus aportes teóricos dieron pie a la continuidad de distintos trabajos cuyo objeto primordial era explicar el concepto "self" incluso desde otras disciplinas.

Cooley dualidad individuo sociedad

Charles Cooley (1869-1929) sostenía la tesis de que el individuo y la sociedad son una unidad indiscernible entre ellas, afirmaba que la persona y la sociedad son gemelas; se conoce a una de manera tan inmediata como a la otra, y la noción de un ego separado e independiente es una ilusión (Cooley, 1902).

Refiere el estudio de los problemas en la organización social desde el enfoque del yo y sus movimientos dentro del grupo, analizando siempre el mecanismo de la comunicación, por el cual se entablan y desenvuelven las relaciones interhumanas. También rescata la influencia que los grupos primarios² (familia, grupo de amigos, vecinos) ejercen sobre la configuración social del individuo. El resultado de la asociación íntima es una cierta fusión de las individualidades en un todo común, de modo que el propio yo de uno, por lo menos en muchos sentidos, es la vida común y el propósito del grupo.

Cooley desarrolla ampliamente la idea de que el *self*, el sentimiento de ser una entidad, de ser *yo mismo*, es social en sus orígenes y en su contenido, ya que una persona al contemplarse en la mirada que los demás fijan sobre ella construye su "*sí mismo*", por la imagen de *sí misma* que cree ella ofrecerle y a

² Los grupos primarios son aquellos en los que las relaciones personales son de contacto directo, con mayor frecuencia, en dónde es posible desarrollar normas y roles sociales (Pichón-Riviére, 1999).

través de los juicios sobre *sí misma* que ella les atribuye. La existencia consciente del “*sí mismo*”, es, por tanto, la resultante, simultáneamente de tres elementos principales: la imagen de cómo el *self* aparece a la otra persona, la valoración sobre esta apariencia y un cierto sentimiento sobre *sí mismo*, como orgullo o mortificación.

El estudio sobre el cómo, a través de la comunicación y atribución interpersonal se va configurando el *sí mismo*, y la importancia de los grupos primarios como el contexto natural para su desarrollo, así como para la vida social en general, forman hoy ya patrimonio común del saber psicosociológico.

Las aportaciones de Cooley con su idea de dualidad en cuanto el individuo-sociedad, representa un intento de superar las posturas antagónicas de Durkheim (1895) y Tarde (1898) al señalar la interdependencia e inseparabilidad de éste binomio como objetivo fundamental de la psicología social.

George Herbert Mead y el self

Los estudios filosóficos de George H. Mead (1934) desarrollan una visión pragmática de la filosofía, propia de la Escuela de Chicago, basada en la sociabilidad y la temporalidad como instancias de la evolución del ser social. El *yo*, como reflejo de *otros*, está sujeto al comportamiento de los demás, a una construcción social, a un *mi* social. El *yo* aparece como una realidad social, sujeto a la negociación con el entorno, a la interacción simbólica a través de la comunicación. El individuo interioriza la realidad social de su tiempo, a la que accede a través de los procesos de socialización, pero participa con su individualidad activa en los procesos de evolución social.

La propuesta de Mead acerca de la sociedad humana mostraba que la vida en grupo "*es la condición esencial para el surgimiento de la conciencia, la mente, el mundo de los objetos, seres humanos como organismos en*

posesión de selves y de la conducta humana en forma de actos contruidos"
(Blumer, 1982, p. 282)

La construcción de un acto humano incluye la identificación de una futura línea de acción, la observación e interpretación de las acciones de los demás, la evaluación de la situación individual, la evaluación personal en diferentes momentos de la realización del acto, el establecimiento de una estrategia para saber qué hacer en diferentes momentos y, frecuentemente, la estimulación a *sí mismo* frente a disposiciones o situaciones desmotivantes.

La Teoría del *self* social de Mead incluye: el *self*, el acto, la interacción social, de los objetos y la acción conjunta. Algunos autores (Dewey, 1931, Schelleriberg, 1978) han destacado como una idea central en el pensamiento de Mead la continuidad que evolucionó, como un principio metodológico en la construcción de su teoría social. Por esta razón, es difícil separar su explicación del *self* de su concepción del acto y su discusión de la interacción social, de los objetos y la acción conjunta.

Erikson y la crisis de identidad

Desde el pensamiento psicoanalítico, la postura de Erik Erikson representa la posibilidad de vincular la psicodinámica individual con el contexto socio cultural. Sin embargo, su postura establecía que la conformación de identidad funciona a partir de un principio epigenético.

La tarea primordial para el ser humano es lograr la identidad del *yo* y evitar la confusión de roles en su proceso de desarrollo. La identidad *yoica* significa saber dar respuesta a las preguntas ¿quién soy? y ¿cómo encajo en el resto de la sociedad? Exige que se integren los conocimientos acerca de la vida, del "*sí mismo*" y con ello se moldee una autoimagen unificada, una que la comunidad a la que se pertenece estime como significativa.

Hay cosas que hacen más fácil estas cuestiones. Primero, poseer una corriente cultural adulta que sea válida para los más jóvenes, como buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación.

Además, la sociedad transmite también a partir de ritos definidos las tareas y rituales que ayude a distinguir al adulto del niño. De una forma o de otra, la diferencia entre ese periodo de falta de poder, de irresponsabilidad de la infancia, y ese otro de responsabilidad propio del adulto se establece de forma clara (Erikson, 1972).

Sin estos límites, se da lugar a una confusión de roles, lo que significa el desconocimiento del lugar que se ocupa en la sociedad y en el mundo. Erikson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. De hecho, una pregunta muy común de los adolescentes en cualquier sociedad es “¿quién soy?” y la tarea de dar respuesta a ella se percibe en extremo difícil. Aquí yace una de las claves teóricas que más adelante permitirá integrar las aportaciones de Erikson a la discusión de esta tesis.

Para Erikson la identidad psicosocial demostró estar localizada en 3 órdenes en los que el hombre vive todo el tiempo:

1. Orden semántico, un organismo busca mantener su identidad en una renovación constante, en mutua adaptación del medio interior (pensamiento, sentimientos, afectos) y el medio ambiente.
2. Orden yoico, es decir, la integración de la experiencia, de esas conductas personales.
3. El orden social, manteniendo unidad por organismos yoicos con los que comparte una ubicación histórico-geográfica.

Una de las sugerencias que Erikson plantea para la adolescencia en la sociedad es una moratoria psicosocial. Anima a los jóvenes a que se tomen un “tiempo libre”. Existe un problema cuando se tiene demasiada “identidad yoica”. Cuando una persona está tan comprometida con un rol particular de la sociedad o de una subcultura, no queda espacio suficiente para la tolerancia. Erikson llama a esta tendencia maladaptativa fanatismo. Un fanático cree que su forma es la única que existe. Por descontado está que los adolescentes son conocidos por su idealismo y por su tendencia a ver las cosas en blanco o negro. Éstos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo.

La falta de identidad es bastante más problemática, y Erikson se refiere a esta tendencia maligna como repudio. Estas personas repudian su membresía en el mundo adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Si el individuo logra negociar con éxito esta etapa, se consolidará la virtud que para el autor es conocida como fidelidad.

Erikson logra instaurar las pautas psicológicas desde una explicación social a los problemas de la identidad. Explicó el modo en que el medio social inicia, refuerza y agrava los conflictos específicos y hace de su resultado una parte de los fragmentos de identidad, positivos y negativos, que pugnarán entre sí a lo largo de la vida. Pero en su concepto de identidad tan solo pone de relieve una etapa de la vida, la adolescencia. Lo que es cierto para todos es que los períodos de rápido crecimiento y de una ampliación creciente de la cognición permiten, en interacción con instituciones vivientes una renovación de fuerzas antiguas y nuevas; esto exige un funcionamiento social.

El estigma que define Goffman

Dentro de una corriente más de tipo sociológica invita a referir al autor Erving Goffman, que en su obra “Estigma” (2008) propone como los individuos en

interacciones cotidianas se representan a *sí mismos* en sus actividades con otros semejando un espacio teatral, donde interesa no tan sólo la propia actividad del individuo, sino en relación con la imagen que quiere que otros tengan de él. Desde el punto de vista teórico el trabajo de Goffman tiene una base reconocida en el interaccionismo simbólico que se plantea desde Mead (1972).

Su principal punto de partida es la explicación de la interacción en las que habla sobre el desenvolvimiento en las actuaciones que tienen que ver con el cara a cara entre individuos, por ello utiliza una metáfora de lo teatral donde cada individuo se representa en un espacio (el teatro) que viene a ser el contexto mismo de la interacción, para así proyectar una imagen determinada, esto produce no sólo una actuación hacia *sí mismo*, también esa actuación debe estar en relación con lo que los demás (el otro) esperan del individuo, lo que hace que en la relación ambos se influyan mutuamente.

La postura que Goffman comparte sobre la interacción que el individuo tiene con el contexto y sus integrantes, contiene elementos calificativos a través de los cuales las características relevantes de los individuos se enfatizan como características definitorias por medio de las cuales se habrá de reconocer a cada sujeto; es decir, la interacción se va sustentar en las cualidades sobresalientes que los individuos tienen, ya sean buenos o malos, para poder ser llamados, “gordo”, “negro”, “tuerto”.

En tanto, la revisión bibliográfica y el estudio minucioso de estas bases explicativas de la concepción de Identidad guío a este trabajo hacia dos teorías principalmente, que permiten comprender a la Identidad profesional desde un proceso psicosocial en el que intervienen diversos fenómenos e instancias que tienen lugar justo en medio de una noción individual y social, de modo que se puede hablar de lo uno en función de lo otro; y evita una dicotomía simplista del individuo y la sociedad, sin anular la distinción. El enfoque debe recaer en el proceso de su constitución mutua, en una relación

de interacción e integración. La perspectiva resultante muestra la experiencia desde lo individual al tiempo que reconoce su carácter social: es lo social, cultural, histórico con rostro humano.

La postura teórica que impulsa Henri Tajfel y su estudiante John Turner (1978) propone que las personas tienen una tendencia intrínseca a categorizarse a *sí mismos* en uno o más grupos, la construcción de una parte de su identidad se asienta sobre la base de la composición de ese grupo, y al hacer cumplir los límites con otros grupos.

Tajfel define la noción de identidad a partir de tres componentes: uno cognitivo, en el sentido del conocimiento de que se pertenece a un grupo, uno evaluativo, en el sentido de que la noción del grupo y de la propia pertenencia a él puede tener una connotación de valor positiva o negativa, y un componente emocional, en el sentido de que los aspectos cognitivos y evaluativos del grupo y la propia pertenencia a él pueden ir acompañados por emociones dirigidas hacia el propio grupo y hacia otros que ocupan posiciones definidas frente a él (Tajfel, 1978).

La teoría de la identidad social sugiere que la gente se identifica con los grupos, de manera que permita aprovechar al máximo su carácter distintivo positivo; los grupos ofrecen identidad (dicen que se “esta”, y que se “pertenece”) y estima propio o personal (aquello que hace sentir bien al individuo a partir de la similitud que establece con los otros de ese grupo).

Pero la identidad no queda reducida a la explicación teórica como una estructura social sino que participan otra serie de elementos. Etienne Wenger incluye en su propuesta teórica sobre las comunidades de práctica (1998), una visión complementaria a la comprensión de Identidad. Este enfoque define a la comunidad como un grupo de personas que comparten un interés común acerca de un tema, participan de él no sólo en su reflexión sino en la preocupación misma por seguir interactuando dentro de ese grupo. En la

comunidad de práctica se ponen en juego elementos constitutivos de la Identidad como el aprendizaje, la conjunción de organizaciones, y la práctica social, entre otros. Amplía la manera de entender como la dualidad interaccionista que existe entre el individuo y la sociedad, forja ideas, sentimientos y acciones producto de un proceso de educación e identificación con el medio.

Así este trabajo como propuesta teórica se sustenta en la investigación etnográfica y se articula permitiendo a las dos teorías explicar el objeto de investigación, la identidad profesional en estudiantes de enfermería, en correspondencia con los elementos que las constituyen.

El objetivo de este texto es proponer desde una tradición psicosocial una explicación de cómo los estudiantes de enfermería de la UAQ construyen una identidad profesional desde un proceso complejo de aprendizaje que toma en cuenta los sistemas culturales, el desarrollo histórico y discursivo de esa comunidad práctica.

Las diferentes explicaciones teóricas sobre el tema de identidad definen al individuo y a la sociedad como actores responsables de su constitución. La psicología como disciplina eje, permite que el estudio de la conducta humana amplíe el conocimiento en orden cognitivo, afectivo y comportamental, de manera que el estudio de lo propiamente humano se ha disgregado al punto de reconocer unidades de acción al interior de cada persona.

Conceptos como subjetividad, conciencia, *yo*, *súper yo*, *ello*, autoconcepto, autoestima, valoración del *self*, entre otros (producto de las explicaciones psicológicas), se permiten señalar como responsable, si no es al sujeto mismo, si a su estructura "interna" independiente y autónoma a la estructura de otros.

El criterio de Identidad que desarrollan Tajfel y Turner (1986) responsabiliza a los individuos, que pertenecen a una entidad social, de tener cierta conciencia

de pertenencia colectiva diferenciada de otros grupos. Además los sujetos tienden a percibirse y definirse como grupo, a compartir cierta identidad común.

La percepción y la reflexión como componentes cognitivos, son actividades propias individuales. Si bien percibir el exterior, a otros, al grupo, permite definir a esos otros, la sensación que se produce es resultado de la experiencia personal.

Rescatando la revisión literaria, James (1890) desarrolla una de las primeras propuestas científicas en psicología para inspeccionar a los procesos individuales y explicarlos. La teoría psicoanalítica de Freud (1890) se sumerge al inconsciente y describe una estructura con su propia dinámica que produce, registra, almacena y actúa desde los principios epigenéticos y relacionales del sujeto.

La psicología cuenta hoy con una gama amplia de explicaciones sobre la conducta humana desde una elucidación “individualizada”, es decir: es en el propio sujeto en el que se originan las bases que sustentan su actuar, su pensar y su sentir.

Las claves teóricas de la identidad social que proponen Tajfel y Turner (1979) dan cuenta de cómo desde el interior del grupo, se gestan los elementos característicos que lo diferencian del resto de la sociedad, establece también relación con la propuesta de comunidad de práctica (Wenger, 2001) en razón de la importancia del grupo como categoría social.

“El hecho de percibir a otras personas como pertenecientes a un grupo o categoría social influye decisivamente en la visión que se tiene de ellos. La categorización social actúa como un sistema de orientación que crea y define el lugar del individuo en la sociedad y a la larga su identidad social” (Morales, en Turner, 1990, p. 10).

La participación (pensamiento-acción-sentimiento) que tienen los integrantes en su grupo se convierte en una realidad social, participan desde la identificación que tienen con los significados en común y con eso que representan para el resto de la sociedad. Turner propone el modelo de la identificación social para iniciar el análisis de las relaciones intergrupales, la categorización y la identidad en la que lo decisivo es como se percibe y se define a *sí mismo* el individuo al interior de una categoría social (Turner, 1990).

El carácter de esta investigación desde una perspectiva psicosocial y como un estudio etnográfico³ hace regresar al individuo para reconocer en él su pensar y sentir como miembro de la comunidad de enfermería. Pretende recuperar la experiencia individual y colectiva de los estudiantes de enfermería para dar lugar a los hitos importantes de su formación que producen identidad.

El criterio de identidad (cognitivo-perceptivo) consiste en que los individuos tienen cierta conciencia de *sí mismos* como entidad social diferenciada, tienden a percibirse y definirse como grupo a partir de cierta identidad común (Tajfel y Turner, 1986).

Considerando la enunciación de identidad que hace Tajfel y Turner (1986) mencionada con anticipación, la definición de grupo depende entonces del individuo, la forma en la que establece relación con otros individuos, la estructura simbólica y de organización que le da lugar a lo conocido como “grupo”, y el modo en el que, ante la sociedad, es concebido ese grupo.

El ser humano pone en funcionamiento una percepción hacia *sí* antes que reflexione sobre los demás, o de él con los demás. Por ello, hablar de la categorización del *yo* supone poner énfasis en los presupuestos relacionados con el funcionamiento del autoconcepto como la percepción de *sí mismo* (*self*)

³ El estudio etnográfico intenta construir el esquema teórico de una unidad social a partir sus propios actores.

que surge de la comparación que interiorizamos con respecto a las otras personas.

1.2 La percepción de *sí mismo (self)*

Hablar en primer lugar de percepción hace referencia a ella como mecanismo cognitivo elemental, que en su carácter de proceso activo-constructivo le permite al individuo procesar nueva información, tomar conciencia, diferenciar entre los diversos estímulos a los que se expone y de manera voluntaria actuar frente a ellos.

Sin pretender siquiera convertir el objeto de análisis de esta tesis a la percepción, se explican brevemente las propiedades de ella, para poner en relación con el esquema de construcción de un proyecto de identidad.

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal:

- **Subjetiva:** las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- **Selectiva:** en consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona esta le permite elegir su campo perceptual en función de lo que desea avistar.
- **Temporal:** es un proceso a corto plazo, y evoluciona a medida que se prospera con nuevas experiencias, necesidades y motivaciones.

Una característica primordial en el ser humano para que surja la percepción es la sensibilidad que poseen las funciones de sus órganos sensoriales. Es decir, su estructura biológica (física-orgánica) está dotada de mecanismos que le permiten darse cuenta de las sensaciones que le proveen los estímulos de su alrededor y actuar frente a ellos, ya sea generando actividad o simplemente atendiéndolos.

Pero además, en el proceso de percibir influyen algunos factores internos en el individuo, esa noción de subjetividad se ve vinculada a: la necesidad, al reconocimiento de la carencia de algo; a la motivación, como la búsqueda de la satisfacción de la necesidad; y a la experiencia, como el producto que se deriva del vivir cotidiano que a su vez posibilita el aprendizaje, y este le permite no solo acumular conocimientos sino responder de manera diferente frente a los estímulos con el fin último de encontrar un estado de bienestar, que debe de entenderse como subjetivo.

Además a ello se suman las expectativas, es decir, el reconocimiento de los centros de interés individuales que se proyectan como posibilidades para el logro de la satisfacción, lo que se ve motivado por deseos, gustos y aspiraciones.

Por último, dentro del proceso de percepción se distingue la fase de interpretación, que con base a las motivaciones, intereses, gustos y aspiraciones, el individuo puede integrar una forma de significar o pensar lo percibido.

Pensar en *sí mismo* requiere que el proceso subjetivo de percibir se permita trabajar meramente en eso que es personal. El término de reflexionar alude al proceso de pensar en *sí*, darse cuenta desde el interior en la forma en la que *uno mismo* esta constituido. Dar respuesta a la pregunta ¿Quién soy?, ¿cómo soy?, ¿por qué soy?, requiere de poner en práctica la percepción dirigida hacia *sí*.

En la teorización psicosocial hablar de la percepción del *yo*, o en otros términos conceptuales del *self*, requiere de analizar la complejidad del ser humano, y del hecho de existir se desprenden los procesos de individualización y socialización, pues se existe por la presencia de varios. El estudio del *self* permite explorar la forma de significarse y entenderse de acuerdo a la realidad social a la que se pertenece. Debe permitir la

identificación de cómo se ha tomado conciencia de *sí mismo* a lo largo de la historia de vida, así como del reconocimiento de la experiencia, motivaciones, expectativas y formas de interpretar de *sí mismo* el hecho de *ser*.

El autoconcepto se define como un sistema de actitudes del *yo*, y las categorizaciones del *yo* como el componente cognitivo de ese sistema.

Siguiendo con la teorización de un fenómeno social, Vygotsky (1934) al hablar del aprendizaje del ser humano indica que es posible gracias a la sociabilidad primaria⁴, premisa que Henri Wallon (1959) de manera categórica expresa: “El individuo es genéticamente social”.

Aunque la pretensión de este capítulo es recalcar las propiedades de lo individual en el proceso de construcción de la identidad, el esfuerzo por describir al sujeto al margen de su contexto es casi imposible. Desprender a estas entidades como organismos independientes entre *sí* constantemente remite a los otros. Por tanto, la Identidad personal surge a través de un reconocimiento individual en el proceso de la convivencia social.

A continuación se describe el proceso de una manera más simplista. Un espejo es un instrumento que permite reflejar una imagen en una superficie plana gracias a la proyección de la luz en la que actúan las leyes de reflexión física. La luz permite proyectar al objeto frente al espejo. Así el autoconcepto se genera gracias a que lo que somos regresa a nosotros a través de otros sujetos y lo que la interacción con ellos permitió definir de *sí mismo*.

El *self* se configura por la participación de otros, se es consciente de lo que se tiene y de lo que se quiere. Se forman juicios del *¿quién soy?* a partir de la experiencia y también de lo que se reconoce de *sí mismo* por el contacto que se establece con los demás. Se forman configuraciones para definirse a *sí*

⁴ Según Vygotsky (1934) la sociabilidad primaria es el punto de partida de las interacciones sociales que el individuo desde pequeño entabla con el medio que le rodea.

mismo, discurrendo modos de pensar, sentir y actuar. Pero es siempre gracias al contacto con otros individuos que el individuo es capaz de reconocerse como diferente.

Tener conciencia de *sí mismo* depende directamente del reconocimiento de la propia historia de vida y la interpretación que de ella se hace, todo gracias a las experiencias, a las personas que la rodean y también a las expectativas que tienen de *sí mismos*. Supone tener presente los momentos que permitieron construir esa definición de *sí*.

La experiencia de *sí mismo* se construye en un tiempo y un espacio, en este sentido la historia de vida se convierte en la estrategia ideal para enmarcar los sucesos relevantes de la existencia de una persona e identificar de entre ellos lo que le dan sentido a su existir, a su manera de pensar y actuar en el presente.

El desarrollo biográfico de un individuo se vuelve trascendental desde el momento en el que éste toma conciencia de *sí*. Reconociendo en *sí mismo* todas las características que lo distinguen entre y frente a otros. De eso que se considere que en la historia de vida los individuos deben permitirse hacer memoria de lo que percibieron en un momento determinado de su vida en relación con todos los aspectos sociales que le influyen, reconociendo que de ello depende su actual forma de ser.

1.3 Categorizar

La capacidad cognitiva de percibir es infinita, existe la posibilidad de percibir elementos de la realidad casi sin darse cuenta de ello. Pero la percepción no generaría efecto sobre el pensamiento o comportamiento humano si no fuera gracias a la posibilidad de clasificar y jerarquizar la información.

Margot Pujal en su ensayo sobre identidad (2004), y en coincidencia con Tajfel y Turner (1978), señala que las personas utilizan categorías para ordenar, simplificar y comprender la realidad social. Los humanos categorizan lo que perciben, agrupan los elementos de la realidad a partir de la identificación de similitudes y diferenciación entre lo perceptible (objetos, momentos, sujetos, en suma todo en la realidad). Las formas en las que es posible la categorización rebasan a las solas percepciones físicas-sensoriales como lo visual, auditivo, táctil; supone además la posibilidad de abrir categorías en función de lo que las expectativas y las experiencias afectan a la percepción, como lo deseable y lo temible.

También, el individuo se percibe como unidad, distingue algunas similitudes o coincidencias con otros individuos con los que inicia un proceso de categorización social. Los sujetos asignan características que identifican como similares en los elementos de su realidad y así se permite agruparlos, estos agrupamientos son perceptivos, es decir, resultan de las representaciones cognitivas de la división social en grupos (Tajfel, 1974).

La categorización del yo esta sujeta a un proceso de despersonalización⁵ que subyace a los fenómenos del grupo (estereotipo social, cohesividad, etnocentrismo, acción colectiva e influencia social). La despersonalización en palabras de Turner (1990, p.84), puede considerarse como una ganancia en la identidad, pues representa un mecanismo según el cual los individuos pueden actuar desde lo histórico y cultural.

Lo importante en este apartado es valorar como individual la actividad de categorizar, que pertenece a las capacidades cognitivas. Cabe señalar que en el proceso de construcción de identidad, la psicología social ha destacado el

⁵ De acuerdo con Turner (1990) la despersonalización se refiere al proceso de estereotipación del yo mediante el que las personas se perciben a sí mismas más como ejemplares intercambiables de una categoría social que como personalidades únicas definidas por sus diferencias individuales en relación con otros.

papel que juegan las categorías sociales como producciones de los individuos.

Aunque la categorización pueda suponer agrupar, la finalidad es más que organizar a los objetos de la realidad en orden convencional. La posibilidad de distinguir las cualidades de esos objetos impacta sobre los tres componentes que Tajfel (1974) plantea en la definición de identidad. En términos cognitivos categorizar representa discernir entre las características de los objetos y poder clasificarlos, para así valorarlos de acuerdo a los distintos niveles de ordenamiento que el individuo le asigne, incluso aquí es posible emprender la categorización de acuerdo al tipo de estima que le represente a quien categoriza. De modo que al categorizar se influye sobre el aspecto cognitivo, evaluativo y emocional de la identidad.

Categorizar análogo a significar permite al individuo explicar a los objetos y a su misma realidad de manera personal. Por ejemplo: de acuerdo a las percepciones que un niño tiene sobre distintos momentos de su corta vida él puede categorizarlos de acuerdo a sus experiencias personales en: divertidos, aburridos, de aprendizaje; forma que dista mucho sobre la categorización que un adulto pueda hacer de los mismos momentos, en los que, incluso por su nivel de desarrollo, puede abrir nuevas categorías de clasificación de la realidad, divertidos, aburridos, didácticos, productivos, amenos, familiares, desagradables, entre otros.

Así la capacidad de categorizar a los elementos de la realidad permite que el individuo pueda definir en lo cognitivo, evaluativo y emocional su convivencia con los distintos objetos (situaciones, personas, cosas) de la realidad de la que forma parte.

1.4 Sentido de pertenencia

Las posibilidades de crecimiento personal que traen consigo el desarrollo de la percepción a sí, el autoconcepto y la categorización como

capacidades cognitivas, dan ventaja al individuo sobre la esfera social, pero para que esto se concrete, de acuerdo a la propuesta de la identidad social, ha de ponderarse al componente valorativo y emocional al mismo nivel.

Con respecto a las necesidades antes señaladas, el individuo experimenta y, de una u otra forma, trata de satisfacer de acuerdo al deseo y a las posibilidades de logro sus carestías. Entre ellas algunos autores distinguen como necesidad a la pertenencia social (Maslow, 1943; McClelland, 1961; Deci, 1975). La vida humana pues, supone que existe una interdependencia motivacional entre las personas. A partir de su asociación, los sujetos tenderán a unirse de forma solidaria, a desarrollar actitudes interpersonales positivas y a influir en las actitudes y comportamiento de los demás sobre la base de su capacidad para satisfacer las necesidades de información y de recompensa de cada uno de los otros de distintas maneras (Turner, 1990).

Los individuos ponen en marcha procesos de socialización gracias a los cuales es posible la pertenencia a distintos grupos humanos. Tomando en cuenta las distintas apreciaciones que las teorías hacen del sentimiento de pertenencia social, se entiende como la aparición de la búsqueda de las relaciones humanas, el establecimiento de vínculos con otros y a un intercambio de sentimientos de afecto y una integración a cualquier comunidad.

Acorde con lo anterior se puede hablar de dos tipos de pertenencia: 1) pertenencia por determinaciones objetivas, atribuida al establecimiento de vínculos con grupos sociales por situaciones impersonales (por ejemplo: la nacionalidad, género, raza, familia), y 2) pertenencia por elección, es decir, aquella integración a grupos sociales elegidos voluntariamente por el individuo (por ejemplo, clubs deportivos, grupo de amigos, gremio profesional). En la pertenencia por elección el proceso de identificación surge de forma consiente y reconocible por los individuos, que toman la decisión de pertenecer a ciertos grupos o categorías sociales.

Si es posible que surja en el individuo una percepción de *sí mismo* como miembro de una categoría social, entonces el individuo pertenece a una comunidad. El grupo está representado, de forma cognitiva, en la mente del miembro individual, y en este sentido, existe como identificación social.

Los atributos que permitieron a los individuos integrarse como una categoría social se hacen propios para cada uno de los individuos miembros de esa comunidad. Así, el pertenecer por ejemplo a un grupo político, supone una misma ideología, e incluso el ejercicio de apoyo a un candidato a cargo público. El proceso psicológico de la pertenencia al grupo permite que el individuo se apegue mediante el desarrollo de lazos de atracción mutua entre los integrantes y los principios *símil* de esta categoría social. El contenido ideológico de una identidad grupal se traduce en una conducta colectiva (Turner, 1990).

El sentimiento de pertenencia a un grupo está ligado a la percepción de *sí mismo*, la forma como cada individuo miembro de un grupo significa emocionalmente y califica su pertenencia permite que se defina una parte de la identidad que posee el sujeto y su grupo.

Más adelante la explicación tocará los aspectos sociales de la definición de identidad y las formas en las que el grupo estudiado significa emocionalmente su integración grupal tomando como referencia la premisa teórica de identidad social (Tajfel y Turner, 1986) sobre que las personas prefieren tener un autoconcepto positivo en vez de negativo y pertenecer a grupos socialmente valorados positivamente en comparación a otros grupos.

CAPÍTULO 2. LA RELACIÓN SOCIAL COMPONENTE DE IDENTIDAD

“El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar”

Goffman, E. (2008)

Una vez planteados los elementos importantes individuales de la categorización del yo, como ese conjunto de presupuestos relacionados con el funcionamiento del autoconcepto personal relevante para la interacción social. En este capítulo se consideran todas las formas de relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de un grupo humano, y en específico de una comunidad; para poder entender los procesos psicosociales en función de la conformación de una identidad común.

El proceso de la formación del grupo se lleva a cabo mediante el desarrollo de lazos de atracción mutua entre las personas que lo integran. En la teoría de identidad social, una colección de individuos, sin restricción de número, se convierte en grupo a medida en que se actúa sobre la base de alguna categoría compartida (Turner, 1990, p.136).

La sociabilidad del individuo es el punto de partida de sus interacciones sociales con el medio al que pertenece. Para Vygotsky (1934) por origen y naturaleza el ser humano no puede existir ni experimentar el desarrollo propio de su especie de manera aislada; tiene necesariamente su prolongación en los demás. Para él las funciones mentales superiores no podrían surgir y constituirse en el proceso del desarrollo sin la contribución constructora de las interacciones sociales (Vygotsky, 1960).

Se presta suma atención a estos procesos pues, gran parte de la concepción que motiva esta tesis es la dinámica que surge primero desde la adscripción del individuo al grupo de enfermería, y después en las relaciones que premian al interior del grupo que parecieran ser en primera instancia difíciles de sobre

llevar por algunos de sus participantes, sobre todo de aquellos en los que no parece bien definida su estructura de identidad profesional.

Las medidas objetivas de posición social están relacionadas con la identidad étnica. En los mismos términos, la conciencia de clase, el proceso de trabajo y concretamente en la manera como los miembros de una comunidad con una práctica en común se relacionan entre sí.

2.1 Identificación como la acción de identidad.

La Teoría de la Identidad Social desarrollada en su primer momento por Henri Tajfel, reconoce que la identificación es un elemento que determina la percepción subjetiva, primero, de la existencia del grupo, y después, por el grado que permite clasificar los contextos en los que se desarrollan conductas a lo largo del continuo personal-social (Tajfel, 1978).

Identificar quiere decir reconocer, igualar características con otra persona u objeto, es hacer de dos cosas que son autónomas se consideren parte de un mismo grupo o, en este caso, de una misma categoría. Se acompaña primero de un acto de percibir y además del reconocimiento del autoconcepto.

Para el psicoanálisis la identificación es el mecanismo de defensa o proceso psíquico inconsciente que consiste en la asimilación de atributos o características de otra persona con la que le une un vínculo afectivo (Freud, 1921). Además se relaciona mucho con procesos de imitación y contagio mental; pero opera como mecanismo básico mediante el cual se configura la personalidad. La propuesta psicoanalítica puede coincidir en algunos aspectos con la explicación de identificación que hace la teoría de la identidad social.

En palabras de Turner (1990, p.153) “la identificación social constituye base suficiente para la formación de grupo en la medida en que conduce a la percepción de la pertenencia categorial compartida; las semejanzas entre los

integrantes del grupo y las diferencias que se establecen con otros grupos se comparten”.

Los individuos categorizan a la sociedad de acuerdo a las percepciones que tiene de ella. Un segundo paso de eso sería que el individuo identificara en *sí* las características propias de esas categorías, con ayuda de la información contenida en el contexto. Para la teoría de identidad social las características con las que surja la identificación tendrían que ser positivas, mayoritariamente. Se tiende a suponer que las personas que caen bien son semejantes a *nosotros* y son con quienes se comparten pertenencias categoriales comunes (Turner, 1990)

La capacidad de integrar significados y formas de definir a los grupos sociales, comunidades, equipos, o a cualquier conjunto de individuos convocados hacia o por un mismo fin de manera regular, permite empatar las características que forman parte del autoconcepto con la definición que se hace de cada grupo, al mismo tiempo que se identifica.

En realidad, la identificación corresponde en un sentido amplio a incorporar elementos de la realidad personal (categorización del yo) a categorías grupales que se activan como mecanismo de la vida colectiva.

Wenger (2001) al explicar las posibilidades de generar identidad señala que, como proceso, la identificación puede ser al mismo tiempo positiva o negativa, incluye las relaciones que conforman lo que se es y lo que no se es, limita de manera flexible el sentido de pertenencia que se pueda generar con otros. Además, esta relación que es visible en la identificación no es únicamente con las personas o integrantes de un grupo social, también es posible la identificación con elementos constitutivos de la existencia social, como los símbolos, las acciones, los artefactos.

En un orden más cognitivo, identificar supone representar mentalmente las relaciones que los sujetos conforman con quienes más conviven, no es

posible asegurar que surja una identificación con quienes no se relaciona ya que esta surge sólo a partir de conocer las características de los grupos (como son definidos) y muchas veces esas características no son evidentes a simple vista. Tomando en cuenta las aportaciones de Goffman (2008) el estigma va más allá de los rasgos o marcas físicas. Algunos sujetos o grupos pueden decir de *sí mismos* o de otros que son “negros”, “altos”, “delgados”, pero no corresponde en definitiva al hecho de identificarse; identificarse sobrepasa las fronteras de lo manifiesto y a las característica físicas visibles ante los demás, también se logran conformar categorías a partir de la información social, así algunos sujetos o grupos pueden identificarse (con plena certeza) como “mexicanos”, “campesinos”, “heterosexuales” o bien como “profesionales de enfermería”.

2.2 La afiliación

Se vuelve importante quizá entender el origen de esta propuesta teórica desde la propia experiencia de su fundador. Henri Tajfel judío de origen polaco, se experimentó a *sí mismo* como un individuo integrante de un grupo social que tuvo, por las circunstancias históricas en las que vivió durante la segunda guerra mundial, que adjudicarse calificativos específicos para evitarse la condena de muerte, negando su nacionalidad frente al ejército nazi.

En su experiencia Tajfel reconoció como trascendental en la configuración de identidad personal la pertenencia a las categorías sociales, primordialmente aquellas que puedan procurar en el individuo una distinción positiva.

Si bien, la experiencia del autor se vio condicionada por una situación que atentaba con su propia vida, los trabajos de experimentación que Tajfel desarrolló a partir de su egreso como psicólogo social en 1954, permitieron que corroborara supuestos acerca del prejuicio, las relaciones intergrupales, sobre las nociones de categorización social e identidad social, entre otras,

que en situaciones de la vida cotidiana generan en los individuos los mismos sentimientos de minusvalía, soberbia o empoderamiento, por poner un ejemplo, como resultado de la inmersión en grupos sociales.

Para la psicología social la pertenencia a ciertas categorías sociales, además de iniciarse con un proceso de identificación, se concreta a partir de la afiliación. El término suele ser utilizado genéricamente para hacer referencia al establecimiento de contactos sociales. Comúnmente los sujetos se incorporan a las categorías sociales gracias a la identificación y se inscriben a ellas tomando en cuenta las características comunes y deseables para *ellos mismos* que encuentran en esos otros; sin embargo, también los sujetos pueden participar en grupos sociales con quienes nunca desarrollan identificación, e incluso nunca se reconocieron las características apremiantes del grupo y su razón de seguir perteneciendo a él.

La afiliación permite que se adquieran compromisos con el grupo al que se pertenece, de una u otra forma, los sujetos que se identifican como parte de ese grupo incorporan a *sí mismos* aspectos que están contenidos en los *otros* quienes forman parte del endogrupo.

Pero la afiliación también responde a satisfacer ciertas necesidades identificadas en el sujeto. En el capítulo anterior se describió como necesidad primordial de ser humano la pertenencia social, ahora bien corresponde en función a otras necesidades desarrollar el concepto de afiliación como una estrategia que permitirá cubrir otras necesidades al tiempo que satisface su necesidad de pertenecer.

Para la teoría de la identidad social la afiliación genera autoconocimiento de pertenecer a cierta categoría social, influyendo sobre los aspectos cognitivos, evaluativos y afectivos. Los sentimientos asociados a ese conocimiento de pertenencia permiten al individuo estructurar su identidad.

De acuerdo a la dinámica social que impera en la actualidad, el sujeto promedio pertenece a por lo menos 3 grupos sociales diferentes, se suscribe (a veces de manera inconsciente) a ellos motivado por diferentes circunstancias, muchas como resultado de no poder pertenecer al grupo deseado. Pero cabe señalar que muchas de las nuevas formas de afiliación no necesariamente cumplen con la definición real del concepto de acuerdo con la Teoría de Identidad Social. Contratar un servicio de telecomunicaciones, ser socio de un club deportivo o social, tener membresía de tiendas departamentales, exhortan a la afiliación; en todos estos ejemplos la afiliación corresponde más a satisfacer necesidades de servicios o adquisición ostentosa, producto del capitalismo actual.

Habría que considerar, ¿qué tanto influye a un individuo el ser socio de algún club o corporativo comercial durante la definición de su identidad social?, o bien ¿cuál es el nivel de satisfacción al sentimiento de pertenencia que genera la afiliación a grupos o corporativos comerciales?; puede suponerse que garantiza que el sujeto pueda acceder a supuestos mejores estilos de vida. Aunque, siguiendo con los ejemplos planteados, otras teorías del *self* pudieran asegurar que al tiempo que se accede a un mejor estilo de vida el sujeto satisface el sentimiento de pertenencia y logro de un estatus social positivo.

Por el contrario, para la teoría de la identidad social son las relaciones sociales como la amistad, el matrimonio, equipos deportivos, compañeros de trabajo o escuela, entre otros, las que proporcionan un sentido amplio de lo que el sujeto cubre al afiliarse, pertenece al tiempo que comparte con otros sus sentimientos y emociones, pertenece al tiempo que practica un deporte por gusto y salud, pertenece al tiempo que colabora en quehaceres laborales o escolares.

Las personas al pertenecer a un grupo a partir de su asociación, tenderán a unirse de forma solidaria, a desarrollar actitudes interpersonales positivas y a

influir en su capacidad para satisfacer las necesidades de información y de recompensa de distintas maneras en cada uno de los otros sujetos afiliados (Turner, 1990).

La forma en la que los sujetos llegan a comprender su pertenencia a un grupo social determina el grado de compromiso⁶ adquirido con los fines u objetivos grupales y relacionales, de la misma forma en al que comprende al grupo se comprende a *sí mismo*, es decir, el sujeto reconoce en *sí mismo* atributos grupales incluso los propios de sus integrantes.

En correlación con el concepto de membresía, los integrantes *miembros* de un grupo se localizan a *sí mismos* en territorios familiares en los que han adquirido un *status quo*⁷, y por ende en el que se pueden desenvolver de manera útil y satisfactoria. En tanto, las expectativas generadas producto de la identificación y pertenencia a la categoría social definen en el individuo su relación con la comunidad de adscripción. Así la identidad social se define como el sentimiento de pertenencia a un grupo significativo al que sus miembros se remiten subjetivamente tanto para la definición de sus valores y normas, como para la relación con otros grupos.

⁶ Más adelante y de acuerdo con la propuesta teórica de Comunidades de Práctica desarrollada por Etienne Wenger en el 2001 se explica la concepción de compromiso y su importancia para la definición de Identidad profesional.

⁷ *Status quo* grupo de palabras de origen latino, cuyo sentido al presentarse juntas indica "el estado actual de".

La teoría de la identidad social acuñada a Tajfel, señala que la pertenencia grupal puede también generar un sesgo motivacional⁸ en el individuo cuando dicha pertenencia no es gratificante él.

2.3 La cohesión y comparación grupal.

La cohesión como concepto utilizado por las ciencias exactas como la física, hacen mención a la atracción entre moléculas que mantiene unidas las partículas de una sustancia. Se refiere sobre todo a la fuerza de atracción entre partículas adyacentes dentro de un mismo cuerpo.

Siguiendo con la lógica de las ciencias sociales, para el análisis del objeto de estudio de esta investigación, es importante reiterar que los elementos principales que desde la noción de Tajfel (1978) influyen y determinan la construcción de identidad permiten también entender al grupo. El primero es el elemento cognitivo, en el sentido del conocimiento de que se pertenece al grupo, el segundo es el elemento evaluativo, en el sentido de que la noción del grupo y de la propia pertenencia a él, puede tener una connotación positiva o negativa; y un tercer elemento relacionado con lo emocional, en el sentido de que los aspectos cognitivos y evaluativos del grupo y la propia pertenencia a él pueden ir acompañados por emociones dirigidas hacia el propio grupo y hacia otros que ocupan posiciones definidas frente a él.

Así pertenecer a una nacionalidad debe de propiciar que el individuo se reconozca como tal, que ello le permita valorarse importante, sentirse orgulloso y demostrar abiertamente esa emoción describiéndose a *sí mismo* como patriota, nacionalista, ciudadano.

⁸ El sesgo motivacional es entendido como la distorsión sistemática de las modalidades de atribución causal que se traduce por una tendencia a atribuir un fracaso a causas externas y un éxito a causas internas. Esta negación o reivindicación de la responsabilidad del resultado interpretan como tentativas del sujeto para controlar situaciones, preservar su propio sentimiento de competencia en caso de fracaso o desarrollarlo en caso de éxito (Doron, R. y Parot, F. 2008, pág. 512).

Los tres elementos constitutivos de la identidad al ser positivos, actúan como fuerzas de atracción que permiten establecimiento de vínculos sólidos relacionales entre los miembros del grupo. En otras palabras, “la resultante de estas fuerzas que actúan sobre los miembros de un grupo y permiten su permanencia en él, se conceptualiza como cohesión grupal” (Festinger, 1950, en Turner, 1990, p. 133).

En analogía con la definición que la física hace de cohesión, el grupo social es una sustancia, las partículas son sus integrantes y la cohesión son los elementos que (las partículas) sus integrantes mantienen en común entre sí.

La cohesión como propiedad social de la identidad permite, en sentido amplio, que los individuos integrantes de un grupo social, se reflexionen a *sí mismos* como sujetos parte de algo, en el mejor de los casos como parte de ese algo se valoren positivamente y entonces mantengan un estado emocional positivo, convendría pensar también, en aquellos en quienes por pertenecer a ciertos grupos las formas de valorarse y los sentimientos que se desprenden de esa pertenencia son negativos. Piénsese en los casos de racismo, en aquellos grupos humanos que fueron perseguidos, violentados, asesinados; judíos, negros, esclavos, mujeres, enfermos; y si en realidad el sentimiento de pertenencia convenía para generar emociones y formas de valorarse positivas. De ser contrario todo ello, se negaría entonces una figura de identidad.

El reconocimiento del *yo* como parte de un colectivo que es reconocido socialmente de manera positiva, permite que a nivel individual los sujetos ganen estima para *sí*, y esto a su vez modifica la percepción de *sí mismo* tendiendo a fortalecerse, mejorarse y aboga al crecimiento personal, y en cuanto al grupo modifica las estructuras por las que se ha conformado ese núcleo social, llevándolo a constituirse como una figura con principios y fines bien definidos. De forma contraria, el reconocimiento del *yo* como parte de un colectivo que es reconocido socialmente de manera negativa, genera a nivel

individual en sus integrantes falta de estima, debilita la percepción de *sí mismo*, inhibe el crecimiento personal; en cuanto al grupo, se dificulta constituirse como una figura con principios y fines definidos, en tanto con falta de cohesión.

Las formas en las que los integrantes del grupo van colaborando para el cumplimiento de los objetivos planteados, hace que al interior del mismo se consoliden baluartes que más adelante permiten que el grupo como unidad sólida pueda someterse a comparaciones con otros grupos. Entendido esto no como un acto de competencia y rivalidad negativa, sino como un proceso que permite que el grupo se procure un desarrollo a partir de las características sobresalientes reconocibles en otros grupos. Así la tendencia permitirá que los miembros integrantes de un grupo social busquen mejores condiciones al cumplimiento y fines grupales.

La cohesión del grupo y la atracción interpersonal son formas de llamamientos conceptualmente diferentes que coexisten en un grupo social. Mientras que la cohesión hace referencia al reconocimiento de pertenencia de los integrantes del grupo y a la intensidad de la interacción social dentro del mismo, la atracción interpersonal tiene que ver más con la transición de una relación significativa en orden emocional entre dos o varios integrantes del grupo. Sin embargo ambas, cohesión y atracción interpersonal, predominan según la relativa influencia de la pertenencia⁹ grupal y de las categorizaciones al exterior con otros grupos y con el mismo grupo (Turner, 1990).

Todo aquello que sucede y tiene lugar al interior del grupo puede actuar como fuerza de cohesión, o bien de disgregación. Comportamientos y actitudes de los miembros de un grupo, la proximidad física de sus integrantes, las formas

⁹ Varios autores (Brewer, 1979; Hamilton, 1979; Wilder, 1984; Turner, 1990; entre otros) definen a esta influencia de la pertenencia grupal en términos perceptivos y conductuales como saliencia, esa influencia sobre la identidad genera dominio sobre el individuo y el grupo.

de interactuar y su frecuencia, los objetivos comunes. Todos ellos se vuelven elementos que determinan el nivel de cohesión de un grupo.

El resultado final de la pertenencia a un grupo es la comparación con exogrupos (otros grupos) que trae consigo una serie de mecanismos que operan para que al endogrupo (grupo al que se pertenece) se enfatizan todas aquellas cualidades que pueden y han de reconocer sus miembros en relación con aquello que es visible en otros grupos como defectos.

Muchas veces la comparación grupal puede generar pugna por sobresalir frente al exogrupo, por forjarse para el endogrupo un estatus favorable y satisfactorio para sus integrantes. La valía de la pertenencia grupal tanto en orden cognitivo como emocional permite un autoconcepto apreciable para el individuo y para los que le rodean, tanto que alientan esa pertenencia grupal; de otro modo la opinión de los otros puede incluso motivar lo contrario.

Los aportes que Tajfel y su estudiante Turner desarrollaron (1978) en pro de las explicaciones relacionales de la identidad social, se sustentaron en gran medida gracias a explicaciones producto de desarrollos empíricos a partir de los cuales, ponían a prueba la posibilidad de identificación entre sujetos extraños divididos en grupos con características relativamente definidas. Y además, era igual de significativa la relación entre grupos, pues al interior de cada grupo surgía en correlación una serie de argumentos o conductas de emulación. La relevancia de todos estos hallazgos científicos emana la posibilidad de describir como estructura social a la identidad. Permite que con objetos de estudio, como “la identidad profesional en estudiantes de enfermería”, puedan entenderse como fenómenos que tienen lugar al interior de cada individuo y que al mismo tiempo surgen como producto de lo que acontece en contextos totalmente constituidos en lo social.

El estado de conciencia de las características que se establecen en común con el resto de los integrantes del grupo al que se pertenece, no es lo único

que aparece como producto de la identificación, afiliación y cohesión grupal. Los resultados van más allá y rebasan las estructuras visibles. Una vez más la forma en la que Goffman (2008) explica la noción de estigma, asiente al espectro conceptual llevando las explicaciones a términos y características irreconocibles simplemente a través de lo visual por los mismos sujetos. Por ejemplo, la convivencia cotidiana entre los compañeros de trabajo hace que los sujetos ahí congregados se distingan por el uso de un uniforme, por desenvolverse en sus áreas de acuerdo a las tareas que cada uno tiene asignadas, manejan con claridad la política de la institución a la que pertenecen, conocen al menos parte de la estructura organizacional, defienden su desempeño como miembros del grupo, pero también defienden el trabajo del grupo por encima de la existencia de grupos similares denominados como la competencia.

Sin darse cuenta los trabajadores de cualquier organización asumen no solo las tareas para las que son empleados, también asumen concepciones específicas de los elementos, recursos y estrategias con las que trabajan. Aquel que es empleado en un establecimiento de café, por plantear un caso concreto, reconocerá por siempre (aún cuando este deje de laborar en ese establecimiento) las diferentes formas de moler el grano de café, las opciones posibles para preparar un café, sin darse cuenta tendrá información acerca del café más pedido y del nivel de consumo de la población que atiende, o atendió cuando se empleaba de barista¹⁰.

Las actividades que provocan la experiencia cotidiana contienen un nivel de compromiso asumido por sus integrantes, posibilitan nuevas formas de ver actuar, pensar y tomar decisiones, todas ellas como únicas y diferentes a las de otros grupos. Así, la comparación social permite coexistir como estrategia para moldear al endogrupo, al tiempo que se diferencia del exogrupo.

¹⁰ Palabra de origen italiano, se conoce como barista al profesional especializado en el café, se dedica a la creación y preparación de distintas bebidas a base de café.

Turner, en colaboración con Tajfel (1979), asegura que la identidad social positiva depende de una comparación entre grupos, en la cual cada uno de los grupos intentará diferenciarse respecto a los demás y cada uno hacia el polo con valor positivo de la dimensión de comparación. Así pues, no sería una simple comparación entre grupos lo que ligará la categorización con la identidad sino la “competición social”, término que utiliza Turner.

La competición social es otro elemento que posibilita la explicación clara y detallada de la construcción de identidad profesional, sin embargo por fines de organización lógica su desarrollo se tocará en otro apartado.

CAPÍTULO 3. INTEGRACIÓN DE COMUNIDADES DE PRÁCTICA: EL CASO DE ENFERMERÍA

3.1 Un acercamiento al estado del arte

Al realizar una búsqueda exploratoria sobre estudios relacionados con el tema de la construcción de identidad profesional en enfermería se encontraron una serie de investigaciones afines, todos en países de América Latina. Cada una de ellas indaga sobre las bases, formas y características en las que un grupo de personas con una misma función social define una identidad grupal.

De las investigaciones más destacadas se encuentra una muy similar realizada en la Universidad el Bosque en Colombia durante el 2007, por Venegas y colaboradoras. En ella encuentran que la identidad profesional de enfermería hace referencia a las relaciones existenciales parecidas entre sus integrantes, a través de las cuales se establece la semejanza que los caracteriza y con una delimitación que asegura su existencia. La identidad profesional se adquiere como producto del proceso de formación, en el que también influye la historia personal, así como los componentes socioculturales y cognitivos, de manera más decisiva que el éxito académico. Este estudio muestra los diferentes fenómenos que, desde la niñez, interactúan en cada integrante del grupo de estudiantes investigado y lo que, desde sus propias vivencias, a partir de su formación académica, han incorporado para la construcción de su identidad profesional.

Desde la perspectiva explicativa de esta investigación pareciera ser, que los elementos individuales en la definición de identidad se ponderan más; y que el desarrollo personal, las experiencias de vida junto a la trayectoria académica, sobre todo en la educación superior, juegan un papel importante en la identidad de los colectivos.

Cárdenas, también en el 2007, enfermera docente de la Universidad Autónoma del Estado de México, trabaja una investigación en la que pone de manifiesto que es parte de la tarea institucional contribuir a la formación de una identidad asociada a conocimientos, capacidades intelectuales, actitudes, aptitudes, destrezas y valores que subyacen durante el proceso de formación como parte del currículo oculto, y que se ponen de ostensible en la práctica asistencial en las instituciones hospitalarias; a partir de ahí la identidad se asume dentro de la dinámica del servicio y la práctica profesional. Es menester aclarar que en el trabajo de Cárdenas, previamente citado, predomina el punto de vista de la profesión en la búsqueda de una revaloración social del estatus profesional de enfermería. Esto permite señalar una situación aparentemente obvia pero que pasa desapercibida en enfermería, que es el padecimiento de una baja valoración profesional.

La importancia que la investigación de Cárdenas identifica en el papel de la institución formativa, alude a elementos sociológicos y grupales, tales como la identificación, afiliación y cohesión que individuos a partir de su integración asumen y producen como sentimientos grupales. Esos elementos en interacción contribuyen a la definición de una identidad. Pero además, una característica importante de la organización grupal a la que alude Cárdenas (2007) es que pertenece al sistema educativo, por tanto las características son todavía más específicas: planes de estudio, contenidos temáticos, didáctica, técnicas de aprendizaje, sistema de evaluación, entre otros.

De manera comparativa, los elementos identificados en ambos estudios del 2007, por un lado Venegas y colaboradores, y por otro Cárdenas, parecieran concentrarse cada uno de ellos en elementos diferentes, en Colombia en lo individual mientras que en el Estado de México lo hace en lo social.

Por su parte Maya (2002) en su investigación Identidad Profesional, hace referencia a enfermería como una profesión cuyo avance presenta obstáculos referidos al conocimiento y a la naturaleza propia de la actividad y la práctica

de enfermería. Además, la investigación reconoce que el estatus científico de la profesión no se logra desde la reflexión sistemática de la experiencia de enfermería, ya que en la práctica profesional predominan procedimientos y prácticas determinadas y estandarizadas por las instituciones asistenciales que entranpan e imposibilitan construir conocimientos propios de la investigación científica; esta tendencia hace que se deje a un lado los conocimientos en las áreas de ciencias sociales y humanidades. La práctica de la profesión no construye problemas, no formula preguntas, no experimenta lo suficiente como para teorizar y abstraer una realidad distinta a la que predomina en la experiencia profesional. Este punto de vista es propio de la profesión de enfermería en un país que manifiesta un desarrollo social similar a México como lo es Colombia. En tanto, la información del estudio de Maya (2002) permite el reconocimiento de las complicaciones que el grupo profesional puede experimentar a causa de la actividad propia que distinga al grupo.

También en Colombia, Sánchez (2002) sostiene que el profesional de enfermería necesita asumir un papel activo en la práctica profesional orientado por modelos teóricos y sistemas que definen y le dan pertenencia a la profesión en un campo de conocimientos propio. Deslindar con claridad nexos, relaciones y conexiones con el campo de la medicina y con la figura del médico, para de esta manera constituir teórica e históricamente la identidad propia de un profesional de enfermería; este fenómeno es considerado como un empoderamiento que vincula permanentemente experiencia, formación teórica, reflexión sistemática a manera de investigación, que dé lugar a la construcción de conocimientos propios del campo de enfermería, además de conferir el tan anhelado estatus científico.

A su vez, Loo (2003) muestra en su investigación la íntima relación que guarda la construcción de identidad personal como proceso biológico, de

adaptación, de desarrollo cognitivo y socio-afectivo, con la construcción de identidad profesional en la enfermería.

Maya (2002), Sánchez (2002) y Loo (2003) ponen de relieve la importancia de la práctica, la experiencia, la definición de funciones, actividades propias de la profesión; los tres trabajos encomiendan al grupo profesional la tarea de obtener distinción en el contexto científico y social en el que se desenvuelven.

Las investigaciones arriba referidas son una muestra, al menos en América Latina, de las principales discusiones sobre el tema de adopción, definición o construcción de identidad profesional en enfermería.

Con todo lo anterior, sobra decir que el tema de la construcción de identidad profesional en los estudiantes de enfermería ha resultado muy controversial en contextos latinoamericanos desde distintas perspectivas de estudio. Pero desde un enfoque psicosocial las explicaciones se acotaron en términos cuantitativos sobre la prevalencia de elementos adaptativos, parámetros de autodefinición y la existencia de unión, similitud y cohesión social. Resulta interesante la atención con la que se aborda el surgimiento de identidad en un grupo profesional cuyos antecedentes definieron sus funciones y su coexistencia como actividad práctica al servicio de los cuidados y procuración de la salud.

En concomitancia a las investigaciones que permiten esbozar un acercamiento al estado del arte del tema central de esta tesis: construcción de identidad profesional en estudiantes de enfermería, los elementos comunes detectados en las investigaciones (Venegas 2007, Cárdenas 2007, Maya 2002, Sánchez 2002 y Loo 2003) aparecen a continuación como una forma de ilustrar a las, más adelante definidas, comunidades de práctica.

3.2 Enfermería una comunidad práctica.

El hecho de vivir como seres humanos significa el inicio constante de agrupaciones de todo tipo, con diversas funciones, pueden procurar desde la supervivencia hasta el logro de satisfacciones elevadas. Cuando se precisan estas agrupaciones a fines específicos y participan en su consecución, en interacción con los demás y con el mundo, y en consecuencia se ajustan las relaciones con el mundo y con los demás, se definen como grupo. Además, en función a este proceso de adaptación puede decirse que se aprende de ellas.

Con el tiempo este aprendizaje colectivo desemboca en prácticas que reflejan tanto la búsqueda del logro en empresa, como en las relaciones sociales que la acompañan. Por lo tanto, estas prácticas son la propiedad de un tipo de comunidad creada con el tiempo, mediante la intención sostenida de lograr una empresa compartida. Es a esto a lo que Wenger (2001, p.100) nombra comunidad de práctica.

La búsqueda por la obtención del logro de esa agrupación supone que los miembros que la integran cumplen ciertas funciones, comparten el objetivo final, mantienen las mismas condiciones que definen su agrupación. Colaboran, se oponen, actúan a favor o en contra, orquestan de manera conjunta la vida de la empresa. En connivencia producen colectivamente el logro de los objetivos de la comunidad.

Esa cualidad común que se establece entre los miembros de un grupo permite, además de ser entendida como una comunidad, llevar a cabo el cumplimiento de lo que se han planteado afín, en este caso la práctica.

Si se reconoce que en los diferentes grupos sociales se desarrollan costumbres, hábitos, tradiciones que permiten identificarse a los miembros de ese grupo entre otros grupos, con rasgos característicos, tendrían que retomarse a esos elementos como constituyentes de una identidad social.

Erikson (1983) había sido claro al mostrar cómo el proceso psicodinámico individual tenía conexión con el contexto sociocultural; todos los aspectos sociales influyen de manera directa en la conformación individual de carácter, gustos, conductas y actitudes, y a su vez estos permiten la configuración de identidades sociales.

La empresa social que interesa explicar, converge al campo de lo profesional apelando indiscutiblemente a dar cuenta de cómo, desde la formación, la práctica formal no sólo profesional sino también del orden laboral y social que lleva a cabo el enfermero, le permite integrarse como miembro de una comunidad práctica.

La carrera, como comúnmente se designa a la elección de estudios universitarios (técnico superior o superior), es entendida como “*el canal por donde se encauzan las actividades profesionales de toda una vida*” (Sennett, 2009, p.9). La que incluso determina la pertenencia a cierta agrupación profesional.

Siguiendo el planteamiento que aborda Richard Sennett en su libro *La corrosión del carácter* (2009) cabe pensar que la experiencia particular reconocida de cierta comunidad de práctica *profesional* a la que se pertenece, produce identidad. En tal virtud es la práctica desempeñada por la comunidad profesional la que determina la arquitectura de la identidad.

Las comunidades prácticas “profesionales”, como categoría de análisis, enfatizan sobre principios constitutivos que orientan su ejercicio profesional, la práctica que les compromete con la sociedad que los ampara, guarda una estructura íntima que delimita su actuar en los diferentes campos en los que se desenvuelve. Además, como comunidad práctica profesional se distingue por otras características que están presentes desde el proceso de afiliación que cada miembro del grupo vive para su adscripción a él.

La carrera de enfermería forma parte de la oferta educativa de la Universidad Autónoma de Querétaro. Al tomar en cuenta que el profesional de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario al cuidado de la salud, los estudiantes de la licenciatura durante el desarrollo de la formación obtienen y perfeccionan conocimientos, habilidades, actitudes para proporcionar un cuidado integral de calidad al individuo, familia y comunidad en forma conjunta (Plaza, 2009). Estas competencias a desarrollar en el plano curricular influyen directamente con la consolidación de la comunidad de práctica y a su vez de identidad profesional.

3.3 Práctica social

El concepto de práctica connota hacer algo, pero no simplemente hacer algo en *sí mismo* y por *sí mismo*; es hacer algo en un contexto histórico y social: la práctica es siempre una práctica social (Wenger, 2001).

Los seres humanos llevan a cabo actividades que van caracterizando su quehacer en el grupo al que pertenece; por ejemplo, las tareas domésticas enfatizan la función familiar que desempeña, o bien la posición que un individuo cubre al interior de un equipo deportivo. La práctica abarca los aspectos evidentes y manifiestos en su cumplimiento, como los aspectos implícitos de la actividad realizada. En palabras de Wenger (2001, p. 71) *“la práctica incluye el lenguaje, los instrumentos, documentos, imágenes, símbolos, roles definidos, criterios específicos, procedimientos codificados, regulaciones, contratos y propósitos de la experiencia; lo que se dice, lo que se calla, lo visible y lo supuesto”*. Los miembros de una comunidad práctica profesional llevan a cabo relaciones interpersonales, convenciones, normas institucionales y también las no esclarecidas, encarnan la comprensión de las nociones que establece su realidad histórica y designio social.

Enfermería se constituye como una disciplina antigua y con una larga trayectoria, cuyo objetivo es preservar la salud y aplicar cuidados durante la

enfermedad. Su desarrollo histórico y la relación a los hechos con la cultura, la ciencia, la religión, la economía, la política, entre otros aspectos permiten visualizar su estructuración como disciplina científica y su naturaleza como una comunidad práctica a lo largo de su historia.

Las funciones que conforman la práctica profesional de cuidados y atención en enfermería se llevan a cabo desde el principio de la humanidad, en beneficio de un grupo, para conservar la especie humana y al propio individuo. Esta es conocida como una práctica social antigua cuyos conocimientos se fueron transmitiendo de generación a generación, desarrollándose así un saber empírico (Zueras, 2010) que originó de algún modo que el cumplimiento de esa práctica social se convirtiera en la profesión de enfermería.

Históricamente, la comunidad práctica de enfermería transitó, de lo vocacional a lo obligado, de la formación empírica a la profesionalizante, así como a las explicaciones científicas de su quehacer, a fin de mantener la salud en diversas etapas de la historia de la humanidad.

Durante el cristianismo la práctica social de enfermería se remitió a los cuidados de los enfermos con un matiz religioso concibiéndose a la función como una forma de santificación para quien lo realizaba. Para la llegada de la reforma protestante estas concepciones cambiaron radicalmente, incluso en algunos países la práctica quedó descubierta por completo y estas tareas fueron consideradas denigrantes, y por lo tanto dejadas en manos de personas sin escrúpulos y por supuesto, sin preparación alguna para llevarlas a cabo. Perdiéndose así gran parte del conocimiento empírico que hasta el momento había ganado como práctica social. El enfoque caritativo y de humildad obtenido hasta entonces como práctica social, impidió que se hicieran registros escritos del trabajo que los religiosos realizaron por décadas. Para entonces la enfermería entro en un período oscuro con el que la práctica sólo era concebida como un oficio o arte y no una ciencia.

Como consecuencia de este momento histórico de la práctica de cuidados al enfermo, se empieza a enlistar una serie de calificativos negativos o despectivos que en momentos posteriores permanecen o transforman pero con el mismo criterio menoscabado. La pretensión de esto no es introducir a un ámbito pesimista de la profesión, ni mucho menos priorizar la carga negativa de la que se han hecho acreedores los que la practican, pero así como sus cualidades reconocidas por el entorno permiten elaborar un análisis de la constitución de su identidad, los aspectos negativos permiten indagar sobre el sentir personal y profesional, primordialmente, que los estudiantes viven en lo cotidiano.

A partir de 1860 con la participación de Florence Nightingale la disciplina logró integrar un sistema interdependiente, permitiendo elaborar una doctrina, que durante más de un siglo se constituyó como una técnica, dependiente de la medicina y la presencia de la enfermedad. Este hecho deja entre ver con claridad como desde sus orígenes la profesión mantuvo estrecha relación con concepciones religiosas, dependencia con la figura del médico, con funciones concretas y supeditadas a tareas asistenciales.

Incluso la biografía de la misma Nightingale (Bostridge, 2008) muestra como su elección por la enfermería constituyó un desafío para las convenciones sociales de su época, y el sacrificio que significó lidiar firmemente en oposición a su familia.

Durante el siglo XX, en Estados Unidos se permite en la legislación una aprobación estatal, que le valdría un nivel profesional a todos aquellos que la practicaban, la enfermería con el establecimiento de normas educativas mínimas para las escuelas o institutos de enfermería. Es decir, todos aquellos que tenían una práctica al servicio del cuidado de la salud podían aspirar a obtener un grado profesional siempre y cuando cursaran niveles de formación y evaluaciones estandarizadas. Esto se acompañó por el crecimiento de la

demanda profesional de enfermería, y se establecieron escuelas de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. De acuerdo a un artículo de Bixler y Bixler en la revista *American Journal of Nursing* (1959) en los últimos años de guerra se valoraba a la enfermería como una profesión. En este momento de la historia se establecieron las bases para el desarrollo de una enfermería profesional y científica.

El panorama internacional de la enfermería no difiere mucho del posicionamiento efectuado a lo largo de la historia en México. Así la enfermería llega a México durante la época de la conquista, aunque las labores destinadas al cuidado durante la enfermedad les correspondían, en la era prehispánica, a parteras o “chamanes” cuyos conocimientos prácticos estaban teñidos de toques mágicos propios de las creencias de esas culturas. Estas funciones merecían para quienes las practicaban respeto y admiración por parte de la población.

La enfermería durante la colonia era ejercida como un quehacer doméstico o una custodia. La práctica asistencial se transforma con la creación del primer hospital en la Nueva España. En los primeros años de vida del hospital las tareas de cuidado eran ejercidas por hombres, religiosos que profesaban como monjes o frailes, quienes con sentido caritativo brindaban cuidado a la población doliente. Más tarde a la tarea se suman mujeres voluntarias, viudas o casadas y algunas de dudosa ocupación, que se apropian de la tarea de cuidados en el proceso salud-enfermedad (Pérez Loredo, 1992).

Para los siguientes años las tareas de cuidado y atención a la enfermedad se asignaron a las personas interesadas, religiosas y de buena voluntad.

Años más tarde, durante la gestión de Benito Juárez, como presidente de la República Mexicana, se publicó un decreto en el que se secularizaron los

hospitales y centros de beneficencia el 2 de febrero de 1861 y posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república, quedando excluidas las Hermanas de la Caridad (quienes hasta esa fecha habían asumido la práctica social del cuidado de los enfermos), pues sus reglas estaban en contra de las leyes de Reforma; temporalmente continuaron a cargo de los enfermos de este país, pero en 1874 Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México.

Como Hansen D. Roger (1984) lo muestra en “el milagro mexicano”, durante la etapa porfirista, el país se caracterizó por la existencia de una forma social de conducta que realzó la opulencia de la clase acomodada, mientras que el resto de la población sufría de privaciones e inconformidades que dieron lugar al movimiento revolucionario. Sin embargo, durante este período el Dr. Liceaga, designado por el presidente de la República, comenzaba el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera escuela de enfermería del mismo, inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente e iniciándose así una evolución de la profesión, que nuevamente es interrumpida por la lucha de la Revolución.

Posterior a la lucha por la revolución y encontrando una estabilización social en el país, la enfermería encontró un período de desarrollo amplio, sobre todo a causa de que el Estado asumió la responsabilidad de la salud pública creándose así organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), además de que se construyeron una gran cantidad de hospitales.

La escuela de enfermería que hasta ese momento tenía su sede en el Hospital General de México se traslada a la Universidad Nacional de México en el año de 1911, bajo la dependencia de la Escuela de Medicina con un plan de estudios de 4 años, 2 para enfermería y 2 para partos, después de la primaria superior. En el año de 1935 se establece la secundaria como

requisito de ingreso a la carrera y en 1945 se independiza de la Escuela de Medicina y se organiza la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Pérez Loredo, 1991).

El establecimiento de esta serie de requisitos para el estudio de esta carrera, impulsó un reconocimiento moral, educativo y de validez técnica, para quienes durante siglos sólo representaron un recurso asistencial, meritorio, inhabilitado y doméstico. Estos hechos también dieron lugar a que en las siguientes décadas la profesión tomara conciencia de la necesidad de una preparación de nivel licenciatura, que elevara el conocimiento científico de hombres y mujeres que la practicaran y permitiera reforzar otras tareas de labor sanitaria como la prevención y la promoción de la salud. Tras el proceso administrativo y legislativo correspondiente, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia abrió la licenciatura en el año de 1968, permitiéndoles a otras escuelas del país seguir la misma secuencia de profesionalización.

Otro de los eventos que ha impactado en el desarrollo profesional de enfermería al interior del país fue la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que entró en vigor el 1° de octubre de 1994, este permitió desde entonces que los procesos y procedimientos para la compra venta de productos y prestación de servicios en México se modificara. Su impacto se extendió de las empresas e instituciones laborales a las instituciones educativas. Por lo que a través de este tratado la estructuración y evaluación de los diferentes programas de formación profesional se discutieron entre los tres países involucrados en dicho tratado, Estados Unidos, Canadá y México. Estos cambios han significado para el país un afrontamiento a la integración regional y mundial en condiciones desiguales.

La competitividad que desde entonces esto representa para la profesión de enfermería le ha costado ganar profesionalización a pasos acelerados. El inicio de programas de postgrado, la preferencia de la formación universitaria

frente a la técnica, la apertura de especialidades auspiciadas por las mismas Instituciones de salud para sus profesionales, son solo algunas de las pautas motivadas por la firma del Tratado de Libre Comercio.

Es visible cómo los factores políticos que interactúan con decisiones económicas y sociales repercuten en forma directa en la profesión y en sus modelos de educación, por lo que desde entonces debió de conducirse a la profesión a la construcción de un ambiente gremial propicio que no perjudicara su desarrollo, como en la definición de una identidad profesional que cuente con reconocimiento social y científico.

En concreto, en el estado de Querétaro en el año de 1928 mediante la gestión del Dr. Esteban Paulín se presentó la iniciativa de Ley para crear una institución formadora de profesionales al cuidado de la salud, misma que tuvo origen en el año de 1930 con sede en el hospital civil. Ya con el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia se incorporó en el año de 1951 al proyecto de la Universidad Autónoma de Querétaro, conservando su sede, formó parte del proyecto en febrero de 1952.

En el año de 1973 la escuela se traslada a las instalaciones del Centro Universitario; además de este hecho, debe destacarse que a mención histórica de la hoy Facultad de Enfermería, uno de los momentos de mayor trascendencia para la misma fue cuando su dirección pasó a manos de una enfermera, pues hasta ese momento todos los directores habían sido médicos. Suceso que representó históricamente a nivel estatal el posicionamiento de liderazgo y autodirección del profesional de enfermería.

En el año de 1986 se creó la Licenciatura en Enfermería dentro de los programas educativos de la UAQ.

Tomando en cuenta la firma del Tratado de Libre Comercio y el desarrollo de investigaciones en el campo de enfermería, el programa de Desarrollo y Evaluación de la Escuela de Enfermería para el periodo 1995-1998, se traza

como meta la creación del posgrado para contribuir en la formación de profesionales de enfermería con excelencia y así poder apoyar la docencia y la investigación.

En marzo de 1996 se inicia con la elaboración del proyecto de la Maestría en Ciencias de Enfermería, el que fue aprobado por el H. Consejo Académico de la Facultad el día 27 de Noviembre de ese mismo año, motivo por el cual la Escuela pasó a ser Facultad. Más tarde, en el 2000, la apertura de la Especialidad de Enfermería en Salud Laboral permitió el desarrollo de la educación y formación especializada.

Hoy la Facultad de Enfermería cuenta con el reconocimiento oficial y de prestigio que le otorgan, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), y el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE), de las cuales forma parte. Además, la Facultad de Enfermería extendió su oferta educativa a otros ámbitos disciplinares permitiéndose ser fundadores de los programas educativos de Educación física y ciencias del deporte aprobada por el consejo universitario en el 1999 y la licenciatura en Fisioterapia aprobada en el 2008.

Históricamente la enfermería profesional ha logrado lo que por largos años sólo fue un anhelo profesional o un deseo insatisfecho, pero desafortunadamente hace falta el análisis profundo que permita el entendimiento de los hechos, consecuencias, logros, fracasos y aspectos que se deben fortalecer.

Este breve relato cronológico del desarrollo de la práctica social de la enfermería subraya el logro por constituirse como profesión, en tanto una comunidad práctica profesional.

De acuerdo a los pasajes históricos que se mencionaron sobre la enfermería se puede decir que la *praxis* enfermera ha coexistido generación tras generación; que a pesar de su historicidad la disciplina no ha sido beneficiada

de una educación científica, al margen de otras ciencias. Enfermería, apenas hace unos años, ha podido constituir una organización y clasificación del conocimiento enfermero sobre la base de principios explicativos de su experiencia. Esa experiencia subjetiva que tenemos del yo mediante la conciencia, de la que habla Margot Pujal (2004) en su texto *La identidad (el self)*, tomó gran valor para la comunidad de enfermería pues se permitieron a sí mismos dotarse de una serie de explicaciones científicas de su quehacer profesional.

La comunidad práctica de la profesión de enfermería abarca las funciones y procesos de participación producto de la historia de su constitución como agrupación formal, incluso en el análisis que más adelante se muestra en este estudio etnográfico, dando cuenta de cómo los elementos de su identidad están afectados en su esfuerzo por superar la posición que históricamente se les atribuye.

El carácter formal de la función social de enfermería puede ocultar las complejidades prácticas y los procesos cotidianos, mismos que son por los que surgen como comunidad práctica.

3.4 Participación

Según la postura de la teoría de las comunidades de práctica como miembro de ellas, se personifica un proceso largo y variado de participación. *“La participación se refiere al proceso de tomar parte y también a las relaciones con otras personas que reflejan este proceso...en sentido amplio la participación es tanto personal como social; un proceso complejo que combina hacer, hablar, pensar, sentir y pertenecer”* (Wenger, 2001, p.80)

Es la participación individual para la comunidad una de las fuentes primarias de las que depende la construcción de identidad. El carácter colectivo de la experiencia define el compromiso con la práctica comunitaria.

De acuerdo con la teoría de las comunidades de práctica Wenger (2001, p.82) anticipa que la participación humana en el mundo es, por encima de todo, un proceso de negociación de significados. Participar supone compartir con otros la experiencia, contribuir con alguna actividad al cumplimiento de algo. Los integrantes de una comunidad práctica tienden a participar reconociéndose como parte del grupo, manteniendo significados comunes.

Las comunidades disciplinares establecen en común, entre sus miembros, participación en función de los significados que comparten. Es menester de esta descripción la opción de definir la noción de significado, con el propósito de explicar lo que abarca de manera conceptual el que los individuos de una comunidad tengan significados y emprendan una negociación acerca de ellos. Según el lingüista Ferdinand de Saussure (1983) el significado es el contenido mental que le es dado a un signo lingüístico; es decir, la asociación de una expresión lingüística a una representación mental, y además su uso en los grupos humanos es convencional.

Cada integrante de la comunidad participa a partir de esas representaciones mentales: piensa, siente, actúa, interactúa, existe; pero además el hecho de ir adoptando esos significados grupales no limita su utilidad de participación a la comunidad práctica. Los integrantes de la comunidad no pierden los significados cuando deja de participar en esa empresa. Si se integran las propuestas teóricas, la teoría de la identidad social apelaría entonces a que esos significados adoptados de la comunidad práctica por cada uno de sus integrantes, tienen que estar dotados de valores positivos.

La teoría reconoce pues que el individuo al participar en el contexto social que él elija (pertenencia por elección), se provee de elementos que le permitan contactar no sólo en lo social sino en lo cotidiano bajo una perspectiva que es compartida con otros (identificación). Agrada pensar en la dicotomía sujeto-sociedad como una estructura que permuta y en la que se desarrolla una participación recíproca, constante e igualitaria. Así como el sujeto es capaz de

amoldarse al mundo, también se logra a la inversa, el mundo se amolda a los individuos por acción de ellos *mismos*. Se inicia la formación como parte de un complejo sistema de significados que permiten conocer o por lo menos percibir la complejidad en la que el ser humano vive. Y esa sensación de reconocimiento personal incluye los objetos identificados porque facilitan las prácticas cotidianas.

Un *nosotros*, *nuestra experiencia* y *nuestro mundo* se conforman mutuamente en una relación recíproca; uno es reflejo del otro, y ese del otro, se convierte en una relación tripartita de participación constante (*Figura 2*).

Figura 2. Relación tripartita yo, nosotros y ustedes.



Trasladando esto a la comunidad práctica del profesional de enfermería: el enfermero, su experiencia y su mundo mantienen una relación, se conforman bajo la lupa de triplicidad por participación.

La participación profesional del estudiante de enfermería hace que como personas sean quienes y como se comportan. Así la experiencia y el entorno en el que se desenvuelven, se mantienen en una relación dual con el tercer elemento que es el propio individuo, permitiendo conjugar una identidad profesional.

3.5 Compromiso mutuo

De las características primordiales que Wenger, en su trabajo del 2001, identifica en la práctica está el compromiso mutuo que permite la coexistencia

de los participantes en la comunidad práctica. Una vez que las personas se inscriben en un sistema de significados, llegan a acuerdos y se activa su participación en una comunidad práctica, deben también poner en juego sus capacidades que les permita cumplir con obligaciones esperadas al interior del grupo, en la presunción del cumplimiento de sus objetivos, y al exterior con el resto de la sociedad. Asumir el compromiso supone el conocimiento de los aspectos, alcances y obligaciones que conlleva su participación en la comunidad.

El compromiso se acciona en tres niveles, principalmente:

- *Con uno mismo*, de facto hace pensar que la persona es consciente y se encuentra conforme con lo que sabe, con lo que tiene que hacer, conoce los significados y le es fácil integrarlos en su sistema de representación y actuar conforme a ellos.
- *Con los otros*: la naturaleza social del hombre admite su participación en grupos de diversas índoles por lo que su actuar implica influir, interferir o permitir que los demás también actúen.
- *Con el grupo en sí*: el grupo como empresa colectiva tiene principios y objetivos específicos el compromiso también radica en la arrogación de esos principios y objetivos.

Las personas y sus acciones sirven como mecanismos de operación de la comunidad, estableciéndose así relaciones de participación que se gestan al interior de los vínculos sociales, como fuerzas que participan para la cohesión grupal. En relación con la explicación acerca de la cohesión grupal, la forma en la que se activan estas relaciones interpersonales al interior de un grupo trae consigo una apropiación del compromiso mutuo. Así la adscripción supone también la identificación, afiliación y pertenencia como parte de lo implícito contenido en el convenio contraído.

El compromiso mutuo no exime a las comunidades de práctica de discrepancias, malos entendidos o mal funcionamiento; aún más permite la superación de lo antes mencionado, pues en estos casos la ocasión es idónea para la producción de nuevos significados y mecanismos de acción. En síntesis el compromiso mutuo es o debe ser continuo en una práctica compartida como dinámica de coordinación que genera en el proceso significados coordinados que permite que la comunidad práctica prexista y crezca.

La conciencia de *sí mismo*, junto con el sentimiento de agencia o la capacidad de escoger entre diferentes alternativas, son características consideradas intrínsecas a la condición de persona, y pueden hacer suponer que se crea al *self* y por ende se tiene un papel importante en la construcción de la identidad (Pujal, 2004, p.109).

La elección profesional es una acción que ejerce el individuo para iniciar sus estudios superiores, en la que considera ciertos intereses personales, gustos, o deseos por cubrir algunas expectativas. Sustentada en un proyecto de vida a largo plazo, esta elección debiera permitir a los sujetos asumir control sobre el hecho de convertirse en quién haya decidido como persona activa para *sí* y para los demás. La práctica profesional es agencia que involucra la disposición para adquirir compromiso con uno *mismo*, con la sociedad y con la profesión. Por tanto, ser profesional implica dirigir la práctica hacia un mismo sentido. Las relaciones de participación que establecen desde estudiantes permiten la afiliación a esa comunidad práctica.

En esta toma de decisión además es importante reconocer las posibilidades limitadas por las condiciones sociales en las que el individuo vive. Tomar conciencia de las presiones que el contexto y los sujetos en el ejercen sobre el *sí mismo* al elegir la carrera profesional deriva en la forma en la que el sujeto conduce su conducta y actitud, la forma en la que se adquiere compromiso *consigo mismo*, con el mundo y con la práctica profesional puede

entonces ser una experiencia negativa e insatisfactoria reconocida o no por el individuo.

La forma de identificar el tipo de compromiso establecido por un integrante de cualquier comunidad de práctica puede resultar ser una tarea difícil, más si lo que se busca es medir el nivel de compromiso adquirido y que este pueda presentarse en tablas o gráficas que lo ilustren.

La metodología de estudio sobre la construcción de identidad profesional puede considerar las definiciones y *corpus* teórico hasta ahora definidos, pero la forma en la que se estableció relación con los estudiantes de enfermería sobre todo para conocer el compromiso establecido con ellos *mismos*, con su profesión y con su experiencia misma, a través de la toma de conciencia de lo que decían y hacían, en concreto su discurso se convirtió en un vehículo de transmisión de su compromiso mutuo.

3.6 Empresa conjunta

En esta línea teórica las empresas deben ser entendidas como aquellos colectivos organizados bajo criterios de planificación, que establecen un conjunto de actividades con el fin de producir bienes o servicios (Mario, 2006).

Las empresas son tan diversas como los seres humanos que las integran y pueden ser concebidas como un reflejo de nuestras prácticas, incluyen las características propias del grupo humano y las de los individuos que participan en ella.

No basta con que los seres humanos se agrupen en comunidades, en realidad la forma en la que estas funcionan o logran algo es en cuanto a las asociaciones que determinan la manera de actuar de sus integrantes. Encuentran una manera de colaborar, de realizar funciones conjuntamente e incluso aprenden a vivir con sus diferencias y coordinar sus respectivas aspiraciones o deseos personales en función de contribuir con el corporativo.

Las comunidades de práctica no son entidades independientes. Se desarrollan en contextos amplios -históricos, sociales, culturales, institucionales- con recursos y límites concretos (Wenger, 2001, p.106).

La empresa de una comunidad práctica no es una simple declaración de objetivos, representa en realidad su fusionamiento integral.

Se pone en análisis este proceso bajo el esquema de estudio:

Promoción de la práctica social: la práctica enfermera, que en su calidad de cuidado de la salud existe desde el origen mismo del ser humano revisado en la contextualización breve, poco a poco se fue estableciendo como una figura profesional que participaba, además en la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de la enfermedad sumado a las funciones de administración y gestión de servicios de la salud, docencia e investigación. Por lo que se promovió como una opción profesionalizante al interior de las instituciones de educación superior, en la que se realizaba una práctica social profesional, dando lugar a la comunidad práctica de enfermería.

Integración a la comunidad de práctica: los individuos ingresan a estudiar enfermería, en el entendido de que habrán de dedicarse a la atención y cuidado de la salud, a través de su participación reflejan la forma en la que comparten significados.

Funcionamiento como empresa: la forma en la que, hablan, piensan, realizan procedimientos, portan el uniforme, pero también la empatía que genera con el paciente, la armonía entre el equipo de trabajo, la falta de conocimiento de alguna enfermedad, el disgusto, la dificultad. Son características que popularizan a la empresa.

3.7 Metodología del estudio

El estudio de la identidad en la comunidad de estudiantes de enfermería se hizo posible gracias al método etnográfico. La técnica de la

entrevista semiestructurada, la aplicación de un test proyectivo estandarizado, el trabajo en grupos de profesionales y estudiantes de enfermería tipo taller, hicieron posible integrar los datos para realizar un análisis de la argumentación en correlación con la teoría de la identidad social y la propuesta teórica de las comunidades de práctica.

3.7.1 Sobre el autoconcepto, self y pertenencia de los estudiantes de enfermería.

Al recuperar los pensamientos, experiencias y sentimientos de algunos de los estudiantes integrantes del grupo de enfermería, inscritos en el programa educativo de la licenciatura de la Facultad de Enfermería en la Universidad Autónoma de Querétaro, se tomaron en consideración los elementos constitutivos del autoconcepto como la forma en la que a nivel personal se perciben a *sí mismos*, los motivos personales, familiares y otras razones por las cuales tomaron la decisión de estudiar enfermería. En resumidas cuentas la manera en la que cada uno de estos sujetos se define a *sí mismo* dando respuesta a la pregunta ¿quién soy?

El sociólogo James Coleman, cita Sennett (2009, p.88), señala que la gente debe echar mano de un fondo de capital social –experiencias pasadas compartidas, así como logros y talentos individuales- para ayudarse a navegar por una red poco precisa, en este caso es su identidad profesional la que se pone en juego.

Los discursos, los testimonios orales y relatos personales, a manera de entrevista semiestructurada, permitieron ordenar los momentos de mayor importancia en la vida de algunos de los estudiantes de enfermería que dan lugar a la definición cognitiva, evaluativa y afectiva de su autoconcepto con relación al grado de pertenencia que sienten a su grupo profesional.

En su mayoría, los relatos de vida se centraron en su toma de elección profesional, inicio y estancia en la facultad de enfermería de la UAQ, institución en la que se formaron.

Entonces los relatos de los estudiantes que formaron parte de este estudio, con sus historias y las descripciones de sus experiencias, pensamientos y sentimientos fueron realizando sus autodefiniciones, sin darse cuenta empezaron a dar información sobre el aspecto cognitivo, evaluativo y emocional producto de la pertenencia a la categoría social de enfermería.

Un relato

Mari es una mujer de 19 años, nació en la ciudad de Querétaro, aún vive con sus padres y dos de sus hermanos. Mari estudia la licenciatura en enfermería en la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Como estudiante todos los días debe levantarse a las 5:40 a.m. arreglarse, tomar el transporte público y dirigirse a la universidad, se viste de civil y acude a clases en un periodo casi regular de 7:00 a.m. a 3:00 de la tarde. Mari cursa el 3° semestre (2010) en algunas ocasiones se ha preguntado si el ejercicio de la enfermería es lo que quisiera realizar en su vida profesional, su inquietud tuvo origen en la clase de laboratorio de propedéutica y se encuentra cercana al primer periodo de prácticas hospitalarias. Al principio el miedo incluso de estar equivocada la motivo para acudir a orientación vocacional. Durante la conversación Mari se anima a expresar que siempre se imaginó trabajando en un hospital pero en realidad como un médico, las expectativas que tenía *“eran mayores a estudiar enfermería”*. Al tiempo que *“tuve que elegir una carrera, entendí que sería difícil quedar en medicina y me decidí por la opción más parecida, enfermería ...y ahora que casi voy a prácticas, no sé, me da miedo y si esto no es lo mío, además no sé nada, bueno aquí no nos han enseñado mucho para ya ir al hospital”*.

Mari se atrevió a confesar lo poco que deseaba estudiar enfermería pero esto lo compartía solo en el espacio de apoyo psicológico. *“muchos se sienten así pero no lo dicen”, “estoy a punto de arrepentirme”*. Y su discurso incluyó *“no me veo como enfermera” (sic.)*.

Mari entró a prácticas, ahora la dirección que tomará por la mañana durante unos meses será rumbo al hospital general. Para ese período solo un día regreso para revelar *“me da gusto, es muy divertido estar en el hospital, las enfermeras si te regañan pero es para que hagas bien las cosas, a algunas compañeras si las han hecho llorar perono es nada” “sólo si te gusta puedes aguantar” (sic.)*.

Las historias de algunos miembros estudiantes de enfermería se rescataron para encontrar en su discurso la forma en la que cada uno de los estudiantes se ve a *sí mismo*, y cómo durante la etapa de su formación comienzan a realizar una categorización de su ser profesional reconociéndose como parte de una comunidad práctica, aunque en sus declaraciones de vida la toma de decisión profesional se presenta como un decreto poco convincente. Dentro de las entrevistas abiertas los estudiantes enuncian su formación como algo que no refleja seguridad, ni provee de seguridad a su vida profesional futura.

Para lograr el estudio de la construcción de Identidad profesional en estudiantes de enfermería la aproximación metodológica de referencia para la sistematización y análisis de la información fue la planteada por Kuhn y McPartland (1954) en el Test de las 20 proposiciones, *TST* por su título en ingles *Twenty Staments Test*.

Manford Kuhn, que en el año de 1950 en la Universidad de Iowa prestó total interés al estudio del *self*, formuló una herramienta de estudio que considera una serie de interpretaciones desde una postura del interaccionismo simbólico, en la búsqueda de la operacionalización del *self*.

En el instrumento Kuhn sostiene que el *self* tiene una constancia derivada y mantenida en las afiliaciones sociales, ve al *self* como una estructura integrada por identidades nacidas de los roles y los estatus, los intereses, las aversiones y autoevaluaciones. En su propuesta conceptual utiliza las expresiones de “*otros orientacionales*” y “*yo*” (Codina, 2004). Siguiendo la línea del interaccionismo simbólico “*los otros orientacionales*” son aquellos que tienen un carácter biográfico, con quien el *yo* sostiene una relación emocional y psicológica, pero gracias al cual se mantiene.

La aplicación del TST como herramienta para la medición del *self* da cuenta en los individuos de su experiencia social, lo que hace compatible con la Teoría de la Identidad social de Tajfel, pues en la definición de Identidad Tajfel describe como “esa parte del autoconcepto del individuo que se deriva del conocimiento de pertenencia a grupos sociales, junto con el valor significativo otorgado a esa pertenencia” (1978, En Turner 1991, p.58). Resulta buena estrategia de definición en la identidad profesional ya que se valora individualmente la constitución de la autoimagen desde las categorías sociales a las que se pertenece.

La estandarización de las respuestas que proponen los autores, Kuhn y McPartland, es bastante simple. En coherencia con la teoría de la identidad social de Tajfel y Turner, el sistema de codificación se basa en la idea de que las personas se definen a *sí mismas* haciendo afirmaciones consensuales y no consensuales (denominadas también subconsensuales). Las primeras se refieren a grupos y clases cuyos límites y condiciones de membresía son materia de conocimiento común y que están socialmente definidas (por ejemplo: estudiante, chica, marido, estudiante de). Las respuestas no consensuales se refieren a grupos, clases, atributos, rasgos u otras cuestiones que requieren de la interpretación por parte del emisor para precisar la relación que tienen con otras personas (por ejemplo: feliz, aburrido, bastante buen estudiante, interesante) (Codina, 2004).

Esta categorización, según sus artífices, permite conocer el grado de anclaje social de las personas. La teoría predice que las respuestas consensuales respecto a un objeto, coinciden con las que dan sobre el mismo objeto los otros que están en contacto. Son respuestas que se dirigen a una audiencia amplia, a otro general o social. Por lo que se refiere a las no consensuales, éstas reducen la audiencia a un grupo o categoría especial de otros significativos. Se desprende de ello que una alta puntuación de locus (puntuación de lugar, muchas respuestas consensuales) indica que la persona está sobrevalorada en la pauta general de la vida social, mientras que una puntuación baja lleva a pensar que se comporta de manera menos estandarizada.

Considerando la aportación de Arendt (1958) sobre el análisis del discurso, acción y discurso están tan estrechamente relacionados debido a que el acto primordial y específicamente humano debe contener al mismo tiempo la respuesta a la pregunta planteada a todo ser humano *¿quién eres tú?*. El descubrimiento de quién es alguien está implícito tanto en sus palabras como en sus actos; sin embargo, la afinidad entre discurso y revelación es mucho más próxima.

Se observa que en las autodescripciones hay espacio para aquello que se sustenta en la sociedad y aspectos basados en la individualidad.

Mediante la acción y el discurso, los hombres muestran quiénes son, revelan activamente su única y personal identidad y hacen su aparición en el mundo humano, mientras que su identidad física se presenta bajo la forma única del cuerpo y el sonido de la voz, sin necesidad de ninguna actividad propia. De acuerdo con Arendt (1958) el descubrimiento de quién- sus cualidades, dotes, talentos y defectos exhibe u oculta-está implícito en todo lo que ese alguien dice y hace.

De entre las respuestas más destacadas en el instrumento un primer grupo de trabajo durante el 2010 (83 estudiantes y enfermeros de grado de la licenciatura en enfermería) se dicen ser: a) respuestas consensuales: madres, hijos, amigos (amigable), estudiantes (aunque nunca mencionan la categoría de la cual son estudiantes), de hecho aquellos que tienen alguna carrera concluida previa o en el caso de los enfermeros titulados estudios de postgrado o carreras posteriores a enfermería se dicen ser “sociólogos”, “puericulturista”, “administrador”, “maestro”, “docente”, “jefe”, “director”, “coordinador”; de las b) respuestas subconsensuales: aparecen características, personales como feliz, cariñosa, romántico, flojo, despistada, impuntual, incluso funciones propias o características del cuidado de la salud, como cualidades que poseen. Coinciden reconociéndose como: empáticos, responsables, tolerantes, disciplinados, pero nunca verbalizan como respuesta el carácter de la profesión de enfermería “soy enfermera”, “soy enfermero” o bien “soy estudiante de enfermería”.

En una segunda muestra conformada por 95 profesionales de enfermería (estudiantes de los primeros y últimos semestres de la carrera, técnicos superiores universitarios en enfermería empleados de instituciones de salud pública y profesores) durante el 2011, dan respuestas similares. A) respuestas consensuales: “mexicana”, “queretana”, “ciudadano”, “padre”, “católica”, “maestro”, “investigador”, “jefa de piso”, b) respuestas subconsensuales: “puntual”, “limpia”, “honesto”, “desordenada”, “alegre”, “enojona”, entre otras respuestas. En ninguno de los 2 grupos de enfermeros en formación o estudiantes aparece la respuesta “enfermera” o “enfermero”. (Tabla 1).

Sin embargo, se puso en duda la validez de la aplicación de este instrumento como opción de herramienta de indagación y de reconocimiento de identidad profesional sobre todo en aquellos que eran aún estudiantes, ya que la falta de seguridad sobre su grado de estudiantes podía estar interfiriendo

sesgando en ellos la respuesta “soy enfermero o enfermera”. Por tanto se aplicó la misma prueba con un grupo de estudiantes de 3 semestre de la licenciatura en fisioterapia durante el segundo semestre del 2011. El grupo estaba conformado en su totalidad por 36 estudiantes del 3° semestre de fisioterapia, todos ellos menores a los 25 años. Sus respuestas consensuales más comunes fueron: “mexicano”, “estudiante de fisioterapia”, “hijo”, “alumno”, “deportista”, “católica”, principalmente.

Respuestas del Test de Kuhn y McPartland en
Enfermería

Frecuencia de las respuestas	+	Respuestas consensuales	Respuestas subconsensuales
		Estudiante	Alegre/feliz
		Hija	estudiosa/estudioso
		Madre/padre	Interesante
		Mexicana/mexicano	Amable
		Queretano (gentilicio de acuerdo al lugar de origen)	Responsable
		Católica	Respetuoso/respetuosa
		Esposo/esposa	Disciplinada
		Investigador/coordinador/jefe (función laboral)	Obediente
		Administrador/maestro (u otra profesión)	Puntual
		Enojona	
		Aburrida	
		Carismático	
		Tolerante/paciente	
		Empática/empático	
		Sonriente	
		Guapa	
		Profesional	
		Inteligente	
	-		

Tabla 1. Frecuencia de las respuestas del Test de Kuhn y McPartland en Enfermería.

En sus respuestas subconsensuales se hallaron: “alegre”, “amigüera”, “simpática”, “empático”, “responsable”, “estudiosa”, “solidario”. En comparación con los 178 estudiantes y profesionales de enfermería en un total de 21 estudiantes de fisioterapia se mencionan respuestas como ser “estudiante de fisioterapia” o “fisioterapeuta”, curiosamente ninguno al momento de la aplicación del instrumento rebasaba el 50% de su formación

profesional. Otro dato sobresaliente con este grupo social de estudiantes de fisioterapia es que en una fracción mínima mencionan algún defecto o característica negativa de *sí mismos*.

La psicología social llama la atención a la formada disonancia cognitiva en el marco del significado de conflictos. La consecuencia de una decisión mal tomada resulta inconsciente y al mismo tiempo se manifiesta en la conducta grupal de los profesionales de enfermería, que en un 65%, proporción significativa, refieren haber elegido la carrera como segunda opción de estudios, su discurso está íntimamente ligado a una práctica superficial en consecuencia su identidad como profesional es frágil. Y al constatar con las respuestas de la prueba proyectiva del test de las 20 afirmaciones la cifra incrementa en un 95% al no reconocer como respuesta primordial a la pregunta ¿quién soy? el carácter de ser enfermero o enfermera.

Según Erving Goffman (2008), al explicar las bases de la identidad deteriorada, menciona la presencia de una autocontradicción en los individuos. En el estudiante de enfermería pasa igual que en aquella cuestión hipotética del individuo estigmatizado, por un lado el estudiante se define a *sí mismo* como cualquier otro profesional exitoso, satisfecho, contento con su elección profesional, al mismo tiempo, *él mismo* en la conversación focalizada se define como un profesional mediocre, supeditado, insatisfecho, molesto con las funciones que le toca realizar, cansado, amargado. Los discursos vislumbran una aceptación débil del ser profesional en los estudiantes de enfermería.

3.7.2 Consideraciones sociales de la identidad profesional de enfermería: identificación, afiliación, cohesión y comparación grupal

La afiliación grupal al interior de la comunidad de práctica de enfermería es reflejo de la identidad profesional que el grupo genera. Los profesionales de enfermería adoptan un punto de vista endogrupal (Tajfel y Turner, 1979), defienden una línea militante de estima profesional (dentro de

las entrevistas: *“las enfermeras somos muy importantes” “sin nosotros se cae el hospital”*). Apoyan una ideología que preconiza los supuestos valores y contribuciones especiales de su clase. Sin embargo, como se veía en la autocontradicción o en la disonancia cognitiva, el discurso aunque en algunas ocasiones sea positivo, prevalece la crítica y el menosprecio hacia su profesión y a sus compañeros, privilegiando aquellos atributos estereotípicos que en la historia la sociedad y ellos mismos se han imputado.

Además de las entrevistas y el trabajo individual para la recolección de datos, se trabajó de forma colectiva en talleres de identidad profesional, como propuesta con doble intencionalidad a) estrategia de recolección de datos, la pretensión era congrega a un número importante de estudiantes de distintos semestres de la licenciatura para plantear cuestionamientos como parte fundamental de esta investigación; y b) con la idea de establecer líneas de intervención que permitieran apoyar a los estudiantes de forma psicopedagógica con elementos que fortalecieran su elección profesional. Se llevaron a cabo 2 talleres, el primero con el nombre de “identidad profesional de enfermería” con estudiantes de distintos semestres y otro “El profesional de enfermería y su identidad profesional” con pasantes de licenciatura y del programa de TSU en servicio social en dos emisiones (turno matutino y vespertino).

Los ejemplos como en los momentos de entrevistas: *“las enfermeras son muy amargadas” (sic.)*, así como en el transcurso de talleres de identidad profesional, taller 1¹¹: *“son jetonas, malhumoradas” (sic.)*, *“unas golfas” (sic.)*; taller 2: *“nos ven como sus criados”, “al servicio y antojo del doctor”*. Pero existe algo importante que señalar, esa autocontradicción está acompañada de una conciencia y responsabilidad asumida: taller 2- *“pero la culpa la*

¹¹ Dentro de los talleres una de las dinámicas consistía en poner en tarjetas distintos objetos, animales o personajes en la frente de voluntarios del taller y así el resto de los asistentes tenían que mencionar características propias del objeto, animal o personaje de cada uno de los voluntarios como pistas para que ellos adivinaran su tarjeta en la frente.

tenemos nosotros”, “y cómo no compañeras? si siempre nos ponemos de tapete a las órdenes del médico”,- entrevista- “cuando llegamos a las prácticas las jefas y asesores nos dicen que nos dirijamos a los médicos como doctor, incluso a los pasantes, internos o practicantes del primer semestre de la licenciatura en medicina, mientras que nosotras somos Lolita, Juanita, Panchito, y al parecer lo seguimos siendo al trabajar ahí...a la única que no se le dice por su nombre es a la jefa”. Taller 2- “el pasado día del médico las enfermeras de piso organizaron magno evento para celebrarles en el hospital, el día de la enfermera pasa desapercibido hasta entre nosotras”. El análisis de esto es que los estudiantes se autodesignan como profesionales con poco valor, la inversión de rol sucede como lo dicta la programación neurolingüística de tanto que lo escuchan y se lo dicen a sí mismos, terminan por creérselo, hacerlo suyo y malamente haciendo o siendo precisamente eso.

Una estudiante en alguna ocasión dentro de clase de psicología¹² comentó el disgusto que le provocaba que en prácticas hospitalarias existiera la discriminación entre la misma comunidad de enfermería: *“son las mismas enfermeras...”* (refiriéndose al grupo en su proporción mayoritariamente femenino) *“...las que nos hacen menos...hablan mal de nosotros, bloquean el trabajo, envidian y ponen por encima de cualquiera la orden del médico, que por cierto: es el doctor tal por si no lo sabías”*. Como endogrupo se experimenta una reacción destructiva, en el que las reclamaciones mutuas entre los miembros del grupo salen a flote cada que se da la oportunidad.

Otro recurso que sirvió como evidencia para la significación social del grupo de profesionales de enfermería fue un recurso visual. Una fotografía tomada

¹² Otra de las estrategias para el levantamiento de datos en términos grupales fueron los espacios de academia, en los cuales gracias al desarrollo de ciertas temáticas de la materia de psicología I posibilitaba la discusión y reconocimiento grupal sobre la valía y sentimiento profesional. El contenido en los comentarios emitidos parecieron relevantes para esta investigación.

el día 01 de mayo del 2012, durante el desfile conmemorativo al día del trabajo en el cual se deja ver el descontento grupal por la participación de una de sus integrantes.



Fotografía 1. (01/05/2012, Centro histórico de la ciudad de Querétaro) Foto durante el desfile conmemorativo del día del trabajo. Personal de enfermería sindicalizado del ISSSTE exige la renuncia de la jefa de enfermería "RESPECTO A LA NORMATIVIDAD DEL ISSSTE, RESPETO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA RENUNCIA ENF. RITA ARRIAGA RANGEL YA HAS HECHO MUCHO DAÑO"

La imagen permite ver expresado en un acto público su proceso de identificación en la medida que algunos profesionales de enfermería comparten con otros los daños que una autoridad institucional del propio gremio infringe en su contra. Las reflexiones de los integrantes del grupo como producto de su afiliación son de desprecio en contra de un integrante de su mismo grupo, y esto de alguna manera quebranta o divide al grupo profesional en medida en la que de manera pública desprestigian (como autoritaria) a la "enfermera" que hace mal uso de un puesto jerárquico e institucional. Durante el desfile fueron visibles otras muestras o manifestaciones de inconformidad por ejemplo en contra de la líder sindical del SNTE (1989-2013) o en contra del mismo gobernador del estado, pero la

justificación de la inconformidad hacia ambos funcionarios públicos se focaliza en un grupo de manifestantes mucho más amplio y en concordancia con la magnitud de alcance de esos puestos públicos criticados.

Por eso, cuando el 80% de un grupo de estudiantes de enfermería menciona características de menosprecio a su profesión, da cuenta en realidad de como se valoran a sí mismos, y de que la negociación del compromiso mutuo al interior de la comunidad práctica es débil.

4. OTROS DETERMINANTES DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

La identidad o la imagen que el individuo tiene de *sí* frente a los demás le permite dar lectura a la realidad social en la que vive. Asume una postura que constituye una condición necesaria de pertenecer a grupos sociales y a compararse con otros grupos. Sus comportamientos y formas de pensar son influidos por estas constituciones socioculturales.

La identidad compartida significa el conocimiento de normas y de valores compartidos, la interpretación compartida de la posición que ocupa el grupo de pertenencia y de otros grupos, así como la percepción de los cambios sociales en curso y sus causas. La identidad social hace del individuo un sujeto histórico y permite que los sujetos que integran un grupo específico pertenezcan a él, manteniendo al grupo¹³.

La integración cultural de un grupo social se conforma principalmente de: a) las características que distinguen a cada sujeto afiliado al grupo; b) los acontecimientos históricos relevantes a través de los cuales el grupo se ha mantenido; c) los elementos simbólicos que caracterizan al grupo de otros; d) algunos distintivos que la sociedad utiliza para referirse a su grupo. Todos ellos funcionan como productos anexados del grupo gracias a los cuales existen. Estos pueden o no ser agradables para quienes forman parte del grupo, pueden o no reconocerlos, pero se reconocen con características propias del grupo.

Los prejuicios y los estereotipos son algunas formas en las que se explica la categorización social de la pertenencia al grupo y las relaciones establecidas con otros grupos. El uso de prejuicios o estereotipos a ciertos grupos sociales

¹³ De acuerdo a Bourhis y Leyens (1996), en su libro *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos*, la identidad social es una identidad personal que varios individuos de acuerdo a su grupo de pertenencia empiezan a experimentar como parte de la definición de *sí mismos*.

permiten el reconocimiento del estatus social de ese grupo como categoría social.

Teniendo en cuenta la definición de percepción, que se menciona en el capítulo 1, como el proceso cognitivo (de carácter subjetivo, selectivo y temporal) que el individuo puede generar de su entorno para conocer la forma en la que se concibe a los grupos y a otros individuos. Y como esas concepciones perduran o se modifican de acuerdo con los cambios sociales que se van produciendo, nociones como el prejuicio y estereotipo se vuelven trascendentales sobre todo por el impacto que tienen en la construcción de la identidad social.

4.1 Prejuicio y estereotipo social

Las explicaciones teóricas de la Identidad Social permitieron a otros psicólogos sociales conjugar a los esfuerzos de Tajfel otra serie de atributos relacionales que en última instancia definen de manera integral a la identidad. Entre ellos, y producto de las mismas propuestas de Henri Tajfel, el prejuicio y estereotipo social.

Antes, los conceptos aquí planteados definieron formas de relación personal y social que detonan una estructura identitaria; de manera concreta, la identificación permitía vislumbrar cómo las características tipificadas en los otros generaban cierta influencia en la concepción del yo y que esta tendía a estar dotada de valía positiva.

La percepción permite clasificar la información que es reconocible por los individuos, y va de lo extremadamente positivo a lo meramente negativo. Es decir, la realidad se vuelve un catálogo amplio de cosas buenas, malas, feas, bonitas, baratas, grandes, excepcionales; ampliamente diversificadas. Ello es subjetivo, varía de un individuo a otro, pero la clasificación puede compartirse de manera que los atributos pueden ser apreciados por los colectivos de forma similar. Las percepciones que son socialmente compartidas pueden

convertirse en prototipo o modelo para ser utilizado por otros. En términos conceptuales el prototipo converge de un proceso de influencia social como instrumento de medición y valoración social, producto de información compartida y en función de su pertenencia grupal genera categorías como formas anticipadas de concepciones y significados sociales.

El uso de estas categorías de acuerdo a la propuesta de Turner (1990) suele ser un intercambio de información persuasiva. Así, en las relaciones sociales el flujo de influencia informativa participa como referente para la significación del mundo.

Al considerar la explicación conceptual que presenta Asch (1952) acerca de las formas anticipadas de concebir a los objetos estas surgen como resultado de un acto creativo de interpretación que cada individuo realiza sobre la base de la realidad social a la que pertenece.

Aunado a estas primeras referencias, que más adelante permitirán la definición de los conceptos de prejuicio, estereotipo y estatus social, es importante tomar en cuenta las relaciones que ligan al individuo con el grupo al que habrá de referirse en la emisión de esas "*formas anticipadas de concebir el mundo*".

Entonces, tomando en cuenta las últimas tres consideraciones, el individuo al percibir con el flujo de información con la que cuenta es capaz de interpretar de manera creativa las relaciones sociales que establece con otros individuos o grupos y así comprender su mundo.

Entiéndase por "*formas anticipadas de concebir al mundo*" a los elementos que se reconocen durante la percepción y durante el surgimiento de expectativas ya que esto no surge únicamente del contacto directo que el individuo establece con los objetos, incluso de forma radical se puede decir que una persona puede, o no, mantener contacto directo con un objeto (podrá no conocerlo, verlo, tocarlo, sentirlo, experimentarlo) pero sabe de manera

anticipada como luce su apariencia física, como es, como se siente, a que sabe, de que sirve, lo que los demás dicen de él, inclusive como debe él interpretarlo. Un ejemplo simple de ello puede ser un unicornio, que es un animal mitológico que aparece en cuentos, historias, leyendas o en algunas fábulas, es un antílope, cuadrúpedo, generalmente blanco, con un cuerno en la frente y algunas veces dotado de alas con la posibilidad de emprender el vuelo. De acuerdo con la mitología en la que aparece este animal, el mismo está dotado de fortaleza para enfrentarse a animales más feroces que él, es una figura emblemática de cuentos de hadas, algunas veces con participación dócil de héroe y otras acompañantes de personajes antagónicos con poderes malignos. De acuerdo al origen del unicornio es imposible que algunos individuos cuenten siquiera con una imagen ilustrativa de como luce un unicornio y sin embargo aseguran que son animales bellos.

Otro ejemplo de las “*formas anticipadas de concebir al mundo*” puede ser la forma en la que algunos se refieren a la guerra, es mala, en ella se utilizan las armas, se producen enfrentamientos bélicos entre dos o más pueblos, causa pena, dolor, sufrimiento a los individuos de los pueblos implicados, trae consigo devaluaciones, hambre, penumbra, entre otras cosas malas, y sin embargo aún existen pueblos que la experimentan con gusto, y la buscan como forma de actividad social, económica y de dominación política.

En ambos ejemplos todas las características que se utilizaron para describir tanto al unicornio como a la guerra son producto de explicaciones sociales que anticipan a nivel individual las percepciones de los sujetos. Los atributos que acompañan dichas descripciones están dotados de interpretaciones de las experiencias de otros, de la relación que esos otros establecieron con los objetos de referencia, no es lo mismo hablar con un autor de fábulas acerca de los unicornios y lo bellas que pueden ser estas criaturas, que platicar de lo mismo con un grupo de soldados que incluso ya no contactan con antílopes como los caballos para realizar las funciones que el Estado les encomienda,

en ellos la noción de guerra puede ser más familiar como función por la cual existen como tal.

Sin embargo, la idea de ejemplificar a las “*formas anticipadas de concebir al mundo*” intenta poner de manifiesto como las personas pueden contar con juicios y prototipos de significados sobre las cosas, ya que tanto los juicios como los prototipos adjetivos de las cosas se comparten con otros. La percepción y la estructuración que hacen las personas de una categoría son procesos fuertemente dinámicos y dependientes del contexto (Bourhis y Leyens, 1996) (Véase figura 3).

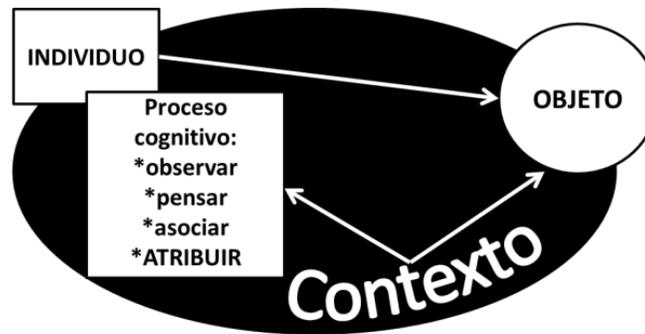


Figura 3. Proceso para generar prejuicios y estereotipos.

De acuerdo con la figura 3 para que se den las concepciones anticipadas en los individuos, el individuo interactúa con el objeto a través de su observación, de sus pensamientos, y de la posibilidad de entender al objeto a partir de asociaciones que están influidas y en algunos casos impuestas por el contexto. El individuo también participa en la definición de nuevas concepciones, y lo hace a partir de una actitud metódica privilegiando ciertas cualidades del objeto, distinguiendo similitudes y diferencias con otros objetos, además, como se mencionó anteriormente, surge como una acción de interpretación creativa.

Los estereotipos y prejuicios serían por tanto, dependientes del contexto y variarían, en función de la relación entre el yo y los otros, el marco de

referencia, las dimensiones de comparación y los conocimientos, expectativas, necesidades, valores y metas del perceptor (Turner, et all, 1990).

Se dota de valor o atributos a los elementos de la realidad que se perciben sobre todo con características propositivas¹⁴, que deben ser asumidas y aceptadas al mismo tiempo por los integrantes de la sociedad. La atribución de esos valores se apoya de una serie de observaciones que buscan organizar el mundo y explicarlo (Bourhis y Leyens, 1996). La atribución es un proceso cognitivo que remite a una parte de la percepción y del juicio de la persona (*sí mismo*); permite explicar el propio comportamiento y el de otro, en función de las características de la persona o de la situación. Para Heider (1958) en la atribución los individuos van más allá de los datos de la situación para explicarla, para comprenderla y para adaptar su comportamiento a ella. Buscan dar un sentido a los acontecimientos, a las conductas, a las interacciones.

A partir de la percepción se reconocen propiedades de los objetos y se les asignan atributos generando prejuicios y estereotipos de esos objetos.

Las concepciones establecidas como prejuicios o estereotipos son persistentes y difíciles de modificar, además permiten orientar la actitud y conducta.

Los prejuicios son concepciones sociales que surgen como producto de las creencias y saberes populares que no se atribuyen a características o actuaciones individuales sino colectivas. Por lo regular los prejuicios como actitud son negativos en dos aspectos principalmente: primero, se constituyen sobre una base de declaraciones y opiniones sociales sin un fundamento

¹⁴ Tautología como forma de lógica proposicional que resulta verdadera para cualquier interpretación, son los juicios a priori. Como lo menciona en su esquema Rubio Arribas, J. en la revista Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas 11 (2005.1).

certero (pueden o no ser verdaderos) y sin embargo persisten como características imperantes de los objetos de la realidad social. Como la *forma anticipada de concebir* al unicornio como una criatura bella, probablemente las referencias mitológicas que se hacen del unicornio sean mayoritariamente correspondientes a la belleza física de esta criatura, pero el hecho de que en algunas historias se describa a tal como una criatura de fealdad y maldad rompe con la creencia de que este animal sea bello totalmente, y sin embargo la cualidad “bello” se antepone a cualquier otra definición contradictoria. En esta misma línea los resultados de los experimentos sociales llevados a cabo por Devine (1989) sobre el racismo, en los cuales concluye que los prejuicios son susceptibles de influir en los juicios de cada persona, demostrado a través de las formas indiferenciables en la que sujetos blancos racistas y no racistas se expresaban sobre sujetos negros americanos, con ello la autora comprobó que la influencia que los prejuicios ejercen sobre los individuos tiene mayor impacto a menos que un esfuerzo particular permita al individuo eliminar cierta influencia.

En segundo lugar, el prejuicio impide a los individuos de ciertos grupos sociales experimentar con el objeto y poder atribuir otras características construyendo así otros prejuicios, entonces predispone a los individuos a pensar de una forma y por tanto comportarse de acuerdo a ese pensamiento.

Los prejuicios son justificados por su arraigo temporal. Al igual que la percepción, los prejuicios evolucionan a medida que se prospera con nuevas experiencias, necesidades y motivaciones sociales. Las representaciones subjetivas que definen a la realidad de los sujetos son activamente construidas y dependientes del contexto. El racismo, por ejemplo, es una presentación del prejuicio que un grupo de individuos mantiene sobre otro a

partir de su origen étnico y que motiva sentimientos y conductas de segregación, discriminación, expulsión e incluso de exterminio¹⁵.

Los prejuicios inciden en el comportamiento grupal en el sentido de que dirigen las acciones emprendidas, el ejemplo más claro de ello es la forma en la que estimulan y condicional una percepción individual frente a la establecida en un grupo.

En el campo de la psicología teorías como la Programación Neurolingüística¹⁶ o el Efecto Pigmalión¹⁷ son determinantes propuestas sobre como los prejuicios dirigen y condicionan la percepción y comportamiento de los individuos. Así la forma en la que los sujetos organizan a su entorno resulta de todos los prototipos adquiridos.

El estereotipo por su parte es entendido en el mismo sentido que Lippman¹⁸ en 1922 utilizó como analogía para referirse a la forma rígida en la que las imágenes mentales y creencias se instituyen como posibilidad de dar lectura a la realidad y sobre todo a la organización social, bajo ese mismo esquema rígido, permanente. Los estereotipos en otras palabras son el conjunto de

¹⁵ Autores y estudios de la identidad social como el propio Tajfel, Turner, Bourhuis y Leyens, desarrollan en sus obras descripciones de situaciones históricas de la humanidad o trabajos de experimentación que desarrollaron para dar cuenta de la identidad social a través del racismo.

¹⁶ La PNL es decir la programación neurolingüística se refiere a la aptitud para producir y aplicar programas de comportamiento en relación con la funcionalidad de nuestro sistema cognitivo con nuestras habilidades comunicativas. Su mayor ventaja es que posibilita a los seres humanos la organización sobre sus pensamientos que repercutan en transformar positivamente su conducta. Cudicio, C. (1992).

¹⁷ De acuerdo a la psicología social el efecto Pigmalión describe a la posibilidad que tiene el ser humano de anticipar un hecho a partir del deseo que se tiene a que suceda, "realización automática de las predicciones" o bien la "profecía que se cumple a sí misma". Las creencias, expectativas y la motivación son los aspectos básicos que refuerzan al efecto Pigmalión. López, P. Gatazketarako.

¹⁸ En Bourhuis y Leyens (1996) se relata la historia del uso de la noción estereotipo con Lippman quien desde 1922 la utilizó como analogía con el cartucho de plomo parte importante de la imprenta para la plancha tipográfica.

creencias compartidas sobre las características personales, rasgos de personalidad y los comportamientos propios de un grupo de personas, que configuran toda la información que proviene del entorno y la traducen en medios de significación y utensilio para asimilar la realidad y sus objetos (Layens, Yzerbyt, Schadron, 1994, p.114).

Las concepciones estereotípicas de la realidad social participan como marco de referencia para la comparación grupal, la generación de expectativas, necesidades y objetivos de quien lo concibe. Son altamente manipulables y vehículos manipuladores, es decir, al tiempo que se reproducen los patrones de pensamiento y conducta que los sujetos desean en función de satisfacer sus necesidades, gustos o intereses (los individuos tienen consciencia la mayor parte del tiempo de los modelos de acción que asume), constantemente su estructura se ve adecuada al *sí mismo*.

Al hablar de la posibilidad que da el estereotipo de que suceda la comparación grupal es importante señalar bajo que lógica se aplica esto. Los individuos que acceden a un modo de ver a las cosas o sucesos, (lo que posibilita generar estereotipos o prejuicios pese a su carácter calificativo o descalificativo), son por mucho parámetros para medir a la realidad, en base a ellos, los individuos generan juicios a favor o en contra de los objetos de la realidad con los que conviven. Si los sujetos resultan expuestos de manera constante al cumplimiento de los parámetros, cumplen con los parámetros deseables o socialmente aceptados, tenderán a cualificar positivamente; una de las conductas derivadas de esto es la aceptación. Si por el contrario se incumplen las medidas estándares, las respuestas serán negativas aparecerán como juicios de valor negativos, críticas e incluso el rechazo como conducta de descalificación.

Las comunidades de práctica podrían albergar una serie de prejuicios en torno a la misma comunidad y sus integrantes, a las formas institucionales

tanto a las que las auspician como a las que no, y prejuicios hacia otros grupos sociales.

Toda aquella información que gira entorno de las relaciones establecidas entre los miembros afiliados a una comunidad práctica puede ser receptáculo de los prejuicios que guían y dirigen las concepciones intergrupales. Esa negociación de significados podría ser en función de los prejuicios y estereotipos sociales asumidos. Si los miembros de una comunidad práctica adquieren una noción de *sí mismos* positiva, útil para describir su compromiso con su práctica, entonces la negociación de significados y prejuicios establecidos al interior tenderán a ser una deducción cierta.

Cumplir con los estereotipos socialmente más aceptados repercute en la integración de una identidad social satisfactoria, eludir prejuicios sociales negativos da a los grupos la posibilidad de generar para *sí* un estatus efectivo, que puede incluso convertirse en objetivo grupal.

4.2 El estatus social

La comparación social es fuertemente dependiente del proceso de categorización social, el cual hace referencia al conjunto de procesos psicológicos que llevan a ordenar el entorno en términos de categorías,-grupos de pertenencia, de objetos y de acontecimientos-, en tanto que son considerados equivalentes para la acción, las intenciones o las actitudes de un individuo (Pujal, 2004).

Como derivado de la comparación grupal, el estatus puede participar como categoría de prestigio social, en la que los individuos integrantes de un grupo participan para mantener dicho espacio de prestigio. Las expectativas que se generan de las formas de vida de aquellos que mantienen prestigio social son situadas en lugares privilegiados de las consideraciones que *uno mismo* y *los demás* tienen respecto a esas formas de vida. La experiencia colectiva provee de una serie de recursos evaluables positivamente que permitan a los sujetos

pertenecer a grupos apreciados socialmente, las perspectivas colectivas se agrupan y localizan todas, claro en orden subjetivo, dentro de los marcos alcanzables y deseables por otros sujetos. Son esos prototipos generalizados como lo mejor, a lo que todo el mundo aspira, y están dotados de reconocimiento social.

Las comunidades de práctica profesional pueden conectar con el resto del mundo en una serie de relaciones entrelazadas por los individuos que la integran. La idea es ofrecerles diversas maneras informales pero legítimas de acceder a una práctica, sin que se deban someter a las demandas de una plena afiliación (Wenger, 2001), las formas en las que se esto se lleve a cabo por parte de los integrantes de un grupo influirá en la capacidad de reconocimiento por parte de aquellos que le rodean y forman parte de los exogrupos.

Así, el valor instrumental de la comparación social genera una estructura de información como valor ideológico, el estatus social, herramienta para el control y dominio social según los intereses y valores de la sociedad en el momento y lugar preciso.

Al exterior del endogrupo se generan también fuerzas sociales que permiten la existencia del mismo, y dan forma a los estereotipos que son asumidos por el grupo. La sociedad, en general, establece prototipos a la pertenencia a grupos específicos (*Figura 4*). Dicho de otro modo, todo aquel que no forme parte del endogrupo y que conciba al mismo desde cualquier perspectiva es esa “sociedad en general”.

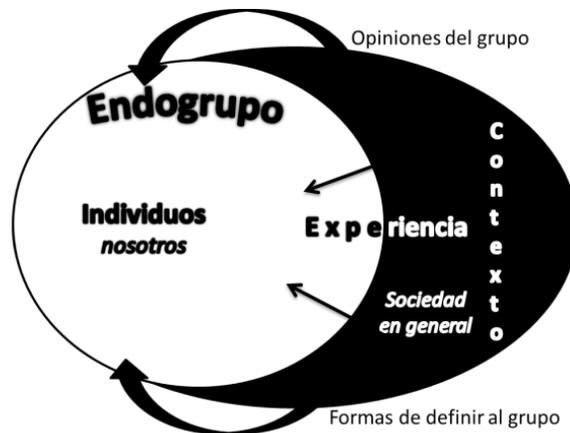


Figura 4. Dinámica del estatus social

Entonces, para la comunidad práctica de enfermería (estudiantes primordialmente), repercute de manera directa en la definición de su estatus profesional todas las expectativas que la sociedad le refiere, sobre todo la sociedad integrada por aquellos que no estudian o ejercen la profesión de enfermería.

¿Cuál es el lugar que socialmente ocupa la profesión de enfermería en relación con otras profesiones?, ¿cómo define la sociedad a la práctica profesional de enfermería?, ¿quiénes son los enfermeros y las enfermeras para la sociedad? Si la influencia que la opinión al interior del grupo decreta el rumbo y la definición de la identidad, ahora también la opinión al exterior del grupo y hacia el grupo genera concepciones determinantes en la identidad social de la comunidad de práctica.

Las presiones que el contexto y los otros y otras ejercen en el *sí mismo* a fin de que actúe de manera determinante, trae consigo beneficios o castigos sociales. Las consideraciones positivas y negativas que la “sociedad en general” manifiestan a los otros, lleva a legitimar la definición de las identidades construidas, la “sociedad en general” actúa como supervisor y juez de la obra construida. Y la clasifica jerárquicamente con relación a otras

comunidades en niveles superiores de aceptación y reconocimiento social, o en niveles inferiores de menosprecio y rechazo social.

Conocer el nivel en el que la sociedad ha colocado a ciertos grupos permite que se vislumbre sobre las formas en las que la comunidad, en este caso comunidades de práctica, construye su identidad social y definen en lo individual y en lo colectivo.

La distintividad que proporciona el estatus asignado socialmente, traen consigo la división, producto de la función de las categorías sociales sobre todo por lo que genera en orden social como favoritismo, discriminación o etnocentrismo que puede incluso generar conflicto social.

4.3 Favoritismo, discriminación y etnocentrismo social

El papel que desempeñan los procesos de identificación, afiliación, cohesión y la comparación grupal, permiten que el estudio sobre las relaciones interpersonales e intergrupales anticipe de cierto modo respuestas de colaboración o conflicto social. Las explicaciones de la influencia del prejuicio y los estereotipos sociales sobre las relaciones interpersonales e intergrupales tienen hoy en día un amplio repertorio de conductas derivado de la asunción de estos por encima de la coexistencia social.

La psicología social como disciplina que estudia las respuestas de las relaciones sociales tiene la tarea de proporcionar a los diferentes grupos sociales modos de explicación científica dotados también de formas de intervención a favor de la convivencia y supervivencia del ser humano que vive en grupos. Al reconocer que la realidad psicológica del grupo posibilita por igual la cooperación que el conflicto social, entonces las propuestas teóricas que se concreten al interior de la disciplina deben de abordar descriptiva, preventiva y sanativamente ambas formas de relación social.

Gracias a la configuración social que posibilita el estatus, las percepciones y conductas grupales disponen en los individuos experiencias gratificantes de la pertenencia. Pero ¿qué pasa cuando esas experiencias no son satisfactorias o gratificantes?

Primero, las experiencias positivas de la pertenencia grupal se ven sustentadas gracias a la atracción social que constituye base suficiente para la formación de grupos a partir de la simpatía con los otros integrantes. Las intenciones conductuales del grupo como la colaboración y la armonía grupal, y las reacciones afectivas como la confianza y el autoconcepto se hilvanan para generar un favoritismo grupal. La pertenencia endogrupal y el reconocimiento del estatus socialmente asignado hacen que los significados valorativos y emocionales asociados a la afiliación grupal sean positivos en la definición de la identidad social precisada por Tajfel (1978).

El modo satisfactorio de la pertenencia grupal, incita en cada individuo que lo integra un reconocimiento del *self* valorado y estimado por *sí mismo* y por los demás. El hecho de pertenecer se vuelve relevante para los individuos y por ende para el grupo.

Esto se traduce en la armonía grupal pues los individuos satisfechos con el hecho de pertenecer actúan a favor, y siempre a favor, de los individuos que comparten dicha pertenencia, operan rumbo a los objetivos planteados por el grupo para el logro y cumplimiento de los mismos. La práctica y participación características de ellos en la comunidad es asumida con un compromiso real y con la confianza que el grupo da al individuo, al tiempo que él da al grupo.

En las comunidades de práctica los elementos que la integran, sus símbolos, sus participantes y práctica característica, es elogiada por ellos y por los otros. El estatus social localiza a la comunidad práctica en un nivel satisfactorio de reconocimiento social alto; esto predispone a los individuos

que pertenecen a dicha comunidad de práctica a estereotipos positivos, y a la comunidad a ser aceptada por la “sociedad en general”.

El reconocimiento al interior del grupo de los estereotipos positivos puede generar un etnocentrismo, es decir, la evaluación endogrupal positiva genera una soberbia por la pertenencia de tal grupo y puede resultar en la discriminación hacia el exterior. No es en sentido peyorativo, aunque exista una falta de reconocimiento por las características similares o mejores de los exogrupos. La comparación grupal se traduce en atracción y cohesión del endogrupo que proporciona un marco de referencia en comparación intergrupala y delimita las dimensiones específicas que deben de considerarse al intentar comparar al endogrupo con otros.

La distinción positiva intergrupala influirá en la obtención de un estatus privilegiado de prestigio y popularidad, de dominio y control de sí y de otros grupos. Por eso la referencia de la cualidad de soberbia, ese orgullo por la pertenencia al grupo nubla la capacidad de visión de las características deseables en el resto de los grupos.

El etnocentrismo al ser soberbio impide el desarrollo del grupo, ya que en vista de la imposibilidad del reconocimiento de otros por insistencia de lo propio inhibe que la comparación social más que rivalidad permita el aprendizaje sobre las cualidades identificadas en los demás como oportunidades de mejora del endogrupo.

Por otro lado, las experiencias negativas de pertenecer a un grupo social o bien a una comunidad práctica que incumple con los estándares sociales establecidos, se traduce en actos de discriminación social.

La discriminación hace referencia al comportamiento, a las acciones específicas dirigidas sobre los grupos y las personas afectadas por los prejuicios, y conllevan dos consecuencias principalmente: favorecer a los

miembros de la categoría discriminatoria y perjudicar a los miembros de la categoría discriminada (Pujal, 2004)

Los complejos de inferioridad están determinados muchas veces por la discriminación que se ejerce sobre grupos que no manejan lo socialmente deseable o aprobable. El autoconcepto menospreciado, la sumisión, la predisposición al fracaso y el conformismo son muestras tangibles del efecto de la discriminación sobre los grupos y los individuos.

Goffman (2008) utiliza la noción de estigma para referir a las características menospreciadas y discriminadas, a ello le atribuye el término de identidad deteriorada, menoscabada.

Como producto de la categorización social, la discriminación tiene connotación peyorativa, lo malo, lo indeseable, lo reprobable se conjunta en esquemas menospreciados en los que se estereotipa a los individuos pertenecientes a ciertos grupos sociales. El ejercito nazi por ejemplo, y el desdén hacia los grupos semitas, los sajones hacia los negros, y en el caso de comunidades de práctica, de manera anticipada y aunque en un índice menor a los grupos mencionados, el menosprecio de médicos hacia enfermeros.

4.4 La crítica y prejuicios sociales a enfermería

El prejuicio social puede ser reforzado por la inestabilidad o rasgo de menoscabo en la identidad.

El estudiante de enfermería debe aceptar las actitudes y definiciones negativas que la sociedad formula hacia él como profesional: amargado, chacho, poco capaz, mediocre; incluso las reglas, usos y costumbres institucionales: la jerarquía de mando, la supeditación al médico, a lo que esta expuesto constantemente. Lo que produce en algún sentido la “inversión de

rol” (Broyard en Goffma, 2008), es decir, todo el repertorio conductual a favor de lo negativo que los demás esperan de él.



Fotografía 2. Collage de imágenes que representan a enfermería, publicado y compartido en redes sociales como el Facebook, por los propios profesionales o estudiantes de enfermería.

La imagen anterior muestra como los diferentes grupos que se relacionan con ellos formulan estereotipos y prejuicios negativos a la comunidad, incluyendo a las percepciones endogrupales.

- a) Lo que ellos piensan de *sí mismos* con la imagen de Florence Nightingale en un formato de sumisión y entrega total a la profesión.
- b) Como los ven los pacientes, la imagen característica que los pacientes y usuarios de servicios de salud tienen hacia la y el enfermero son de personajes agresivos, malhumorados, que participan en hacer daño o

ultrajar la integridad de la persona, previo a la intervención profesional. Posterior a la intervención la percepción cambia de forma radical. El pensamiento previo a la intervención no es una constante sin embargo, depende también del nivel de credibilidad que el grupo social al que pertenece el usuario pondera sobre la práctica profesional de enfermería.

- c) Como los ven los médicos de base, el exogrupo antagonista por excelencia de los y las enfermeras son los médicos, y quienes llevan tiempo en los servicios de salud llegan a formularse una imagen del grupo como quienes se la pasan en la central de enfermería, quienes organizan el relajo en las instituciones de salud, los festejos sin gran participación profesional más que en las actividades de urgencias, todo derivado de la convivencia con dicho grupo. De la misma forma el grupo de enfermería de mucho tiempo de antigüedad en las instituciones de salud puede referirse al grupo de médicos.
- d) Como los ven los médicos de pregrado, el tipo de relación que se establece con estudiantes o pasantes de medicina, e incluso de enfermería, es de autoridad, los profesionales de enfermería participan también de la formación profesional de practicantes y pasantes quienes mantienen una imagen de autoritarismo y agresividad de quienes les habrán de acompañar en ese espacio de preparación.
- e) La imagen social que el grupo de enfermería tiene es diferente de acuerdo a los distintos grupos humanos con quienes mantiene relación. Los pacientes, familiares y usuarios de los servicios profesionales de enfermería suelen mantener una imagen de humanismo, amabilidad y agradecimiento hacia dichos profesionales, esto depende de la experiencia personal. Sin embargo, grupos sociales mantienen una imagen de carácter asistencialista en las y los enfermeros como simples asistentes del médico, “ellos no saben mucho siguen

indicaciones de quién si sabe”. Por otro lado existen grupos sociales que mantienen una imagen de promiscuidad hacia quienes practican la enfermería, rasgos de homosexualidad, prostitución y algunas perversiones sexuales son características comúnmente atribuidas a los profesionales de la salud.

- f) Como realmente son, el problema de distinguir las características positivas en este grupo social no tienen origen en la indefinición de sus funciones o en las representaciones sociales que se les formulan, sino en la falta de reconocimiento que ellos mismos hacen sobre esas características. Se saben un grupo amplio, un grupo fuerte laboralmente, pilares de los servicio de salud, con un alto nivel de preparación (aunque este sea empírico), con actividades autónomas a las indicaciones del profesional de medicina, con un amplio espectro de conocimientos, y sin embargo no lo expresan, las manifestaciones de profesionalismos se reducen al ámbito laboral, cuando deberían de tener mayor presencia académica, política y social sustentado en los objetivos de su profesión al cuidado de la salud, prevención y promoción de estilos de vida saludables.

Hamilton y Rose (1980) demostraron que los estereotipos asociados a las profesiones pueden afectar de manera progresiva las descripciones hacia ellos. El impacto de una categoría es tanto más importante cuanto más reciente y frecuente sea su uso (Bourhis y Leyens, 1996, p.124-125).

Los momentos históricos de enfermería y las distintas vicisitudes que a nivel político, institucional, religioso experimentó como disciplina al cuidado de la salud, dieron origen a los prejuicios y estereotipos sociales que hoy se le atribuyen, sin embargo el uso de las definiciones peyorativas al grupo sigue siendo reciente y de uso frecuente.

Tener éxito, ser un profesional real y digno son dos características que se combinan para producir “autenticidad” (Goffman, 2008). La autenticidad implica una orientación realista de la realidad. Pero en el caso de enfermería mientras ellos mismos sigan sin aceptarse dignos profesionales, la autenticidad profesional que generan es mínima, no hay razón para sentir orgullo por la profesión por lo tanto no se proyecta auténticamente como un profesional importante, autónomo (sin eludir el trabajo de colaboración con el profesional de medicina), y digno del trabajo y funciones que le toque realizar. Como consecuencia de gran impacto la profesión no avanza ni se consolida con mayor fuerza dentro del ámbito científico, que permita la asignación de un estatus profesional de más prestigio.

Frente a los demás los profesionales de enfermería, incluso desde estudiantes, se muestran molestos o la defensiva, aprenden a ser enfermeras y enfermeros malhumorados como estrategia defensiva en contra de algunos exogrupos con los que conviven más. En algunas ocasiones, utilizan el empoderamiento y la fuerza grupal para hacer mención de la importancia que tiene su participación profesional y práctica social. Sin embargo, parecen esfuerzos aislados y poco frecuentes en la comunidad práctica.

A aquellos profesionistas de enfermería que a su juicio manifiestan tener bien definida su identidad, sea por su gran experiencia, por las funciones administrativas que realizan, por la práctica docente, o por la investidura de autoridad; asumen un comportamiento con su propio gremio de autoritarismo, imposición, crítica y sobajamiento como muestra de mantener el mismo estatus profesional que el del médico, pero solo es una forma más de mantener esa actitud a la defensiva del individuo estigmatizado.

Al contrario, los profesionales de enfermería como individuos estigmatizados sienten amargura, resentimiento y autoconmiseración; y en esos esfuerzos aislados y poco frecuentes, reaccionan grupalmente con un nivel de empoderamiento y autodefensa. Sin embargo, lo que sienten, piensan y dicen

como producto de la fuerza grupal no lo hacen público frente a otra comunidad práctica y menos frente a quién posiblemente esté evaluando a su comunidad.

¿Quién dijo que estudiar enfermería era poca cosa? Parece mito pensar que el nivel de dificultad que representa estudiar medicina está por encima de la dificultad de los estudios de enfermería. Aquellos estudiantes cuya segunda opción fue enfermería mencionan que *“el ingreso y permanencia en medicina es más difícil”, “el tiempo y esfuerzo que se invierte al estudiar medicina es mayor, implica una entrega total a la profesión, algo que en enfermería es mmm....diferente”*. Desde sus argumentos se expresan rasgos de simplicidad o depreciación hacia la profesión que estudian.

5. ELEMENTOS PARA COMPRENDER LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“La construcción de una disciplina como ciencia debe pensarse y construirse desde la historia, desde su práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias” Esteban Albert, M.

Pico della Mirandola (1980)¹⁹ en su discurso sobre la dignidad del hombre afirma sobre el *homo faber* que “el hombre como hacedor de *sí mismo*” tiene la propiedad de tener aquello que escoge y ser lo que quiere ser como condición del mundo flexible en el que vive. El fin último de todo ser humano en el mundo es crear, y la mayor creación es su propia historia. Si esto es así, entonces, ¿por qué el estudiante de enfermería acepta con resignación una construcción sobre su proyecto de vida?, ¿cómo se define a *sí mismo* durante su proceso de formación o ejercicio profesional?, y ¿cómo asimila las definiciones que implican degradación o menosprecio que parecen estar presentes, con no poca frecuencia, en los ámbitos de formación y de desempeño profesional de los y las enfermeras?

A lo largo de este trabajo se han planteado ideas que apuntan a dar respuesta a estas preguntas, en términos de identidad, para ello se toman en consideración los discursos de los estudiantes de enfermería, en correlación con los hitos de la profesión y sus características distintivas en un ámbito laboral e institucional, que permitan realizar un análisis de la identidad profesional.

Al igual que Sennett (2009, p.29) se toman los relatos, como más que simples crónicas de los acontecimientos; siguiendo el estilo del autor, con esos

¹⁹ Sennett (2009) hace mención del discurso en el marco contextual para plantear su tesis de la identidad deteriorada en la corrosión del carácter.

elementos se ha buscado describir el transcurrir del tiempo y esclarecer los motivos que explican por qué ocurren las cosas, sus consecuencias y atributos para la construcción de la identidad profesional de estudiantes y profesionales de enfermería. Tomar conciencia de la importancia del lenguaje y la narración de *sí mismo*, de la cultura y el contexto social que rodea a los estudiantes de enfermería es importante para el conocimiento y posible comprensión de su identidad profesional. Pero los discursos significativos no se encuentran sólo en los argumentos emitidos por los sujetos de estudio, sino además se hayan dispersos en los estudios referidos que forman parte del estado de arte, los marcos referenciales de la enfermería como su historia o el código de ética y la descripción de las formas rutinarias de vida profesional. Esta gama de documentos entrañan elementos discursivos de relevancia a este análisis con el fin de definir la identidad profesional y su proceso de construcción en los estudiantes de enfermería.

El desarrollo de este capítulo, probablemente el más extenso, tiene el propósito de exponer los recursos sociales, históricos y simbólicos que auxilian a los estudiantes de enfermería en el proceso de apropiación de su profesión, considerando a enfermería como una comunidad de práctica constituida a lo largo de siglos. El motivo principal del capítulo es encontrar en las experiencias formativas el valor que se asigna a la pertenencia social a su comunidad de práctica.

Desde un constructo comunicativo el discurso aparece como respuesta a una interrogación de manera singular (Alonso, 1994). Por medio del discurso, la definición de los significados y las experiencias que los estudiantes de enfermería comparten sobre su formación profesional, permite rescatar elementos que en relación con la teoría de identidad social y las comunidades de práctica, facilitan la comprensión de la identidad, al tiempo, que más adelante permite plantear una propuesta educativa que pondera la formación

profesional como medio para la construcción de una identidad social más armónica.

Posibilitar que los individuos verbalicen su condición de estudiantes y más su condición de integrantes de una comunidad de práctica profesional, permite al mismo tiempo que ganen conciencia del depósito de afectos y significados contenidos en sus actos y argumentos cotidianos. Estudiar la construcción de identidad de un grupo humano obliga a participar como historiador, en otras palabras a escribir la historia de identidad.

Pero los argumentos de los estudiantes sobre sus sentimientos y experiencias, desde una visión general del contexto cultural, son útiles para comprender las formas en las que ellos viven su estancia educativa por la Facultad de Enfermería; el medio en el que asumen significados compartidos por sus colegas, y que abre la oportunidad para una eventual comprobación de la experiencia de pertenecer y convivir en la comunidad práctica de enfermería. Por ello, el método etnográfico (Wolcott, 1995) como estrategia de investigación trata principalmente de que la convivencia en el espacio en donde se producen relaciones sociales, expresiones culturales, procesos de aprendizaje y de enseñanza, tradiciones propias de la profesión, sus distintas formas de valorarla, las prácticas asumidas, las actitudes y aptitudes demandadas y asumidas, sean contenido en el análisis de la construcción de identidad.

5.1 Enfermería una profesión al servicio de los demás. Algunos escollos en la construcción de identidad profesional.

La función de una profesión es la responsabilidad que tiene en la sociedad. La razón de ser de una profesión en el contexto social corresponde al fin último para el que ha sido creada y el reconocimiento social que su función genera.

Muchos estudiosos describen a las profesiones refiriéndose a ellas a través de los criterios que deben de cumplir. De entre los tantos que contribuyen a esta distinción se encuentra Abraham Flexner (1915) quien identificó seis requisitos base para la consolidación de una profesión: intelectual, práctica, con carácter único, organizado, altruista y responsable. Por su parte Cortina (1996) señala que las características de una profesión son: ofrecer un servicio único, vocacional, ejercida por profesionales, que controla su propia actividad, requiere preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad y es altruista.

Tomando en cuenta estos atributos en la profesión de enfermería y en relación con los presupuestos teóricos de la teoría de identidad social junto con las apreciaciones de la profesión como comunidad práctica, cabría la duda en asegurar acerca del control total sobre su actividad y su autonomía, ya que como la teoría y evidencia señalan, institucionalmente se determinan muchas de sus actividades dependientes de los mecanismos administrativos que le preparan el médico y los mandos jerárquicos de las instituciones de salud.

En tanto, a fin a la propuesta de comunidad de práctica, los estudiantes de enfermería no son los diseñadores de las normas o de las prácticas que siguen, ellos al negociar el significado deben incorporar a su repertorio diario los significados ya establecidos. Esto no niega la capacidad de negociación, pero el atributo de estudiantes o peor aún el de alumnos²⁰, le exige que en un entorno institucional de aprendizaje como la facultad de enfermería o el hospital, la cosificación sea evidente. Giddens (1991) lo describe como la reflexividad extrema de finales de la modernidad, y muy apegada a lo que la negociación colectiva con enfermeros y enfermeras de grado técnico

²⁰ La palabra alumno proviene del latín *alumnum*, *a=* sin, *lumnum=* luz “sin luz”; que a su vez se deriva de *alere* que significa “alimentar”. En términos reales el uso de la palabra alumno puede ser peyorativo.

profesional, o licenciados y especialistas con quienes se comparten espacios profesionales. Definen con circunstancias y respuestas interconectadas ya que participan conjuntamente.

El repertorio de una comunidad de práctica incluye rutinas, palabras, instrumentos, maneras de hacer, relatos, gestos, símbolos, artefactos, que la misma comunidad ha producido o adoptado en el curso de su existencia y forman parte de su práctica (Wenger, 2001, p.110). La monotonía de la actuación con su amplio repertorio de la comunidad de práctica profesional de enfermería, tanto en el terreno escolar como en el profesional, es enseñado y aprendido por los compañeros de más experiencia. Las formas significativas del uso de ese repertorio forman el medio por el cual expresan su identidad.

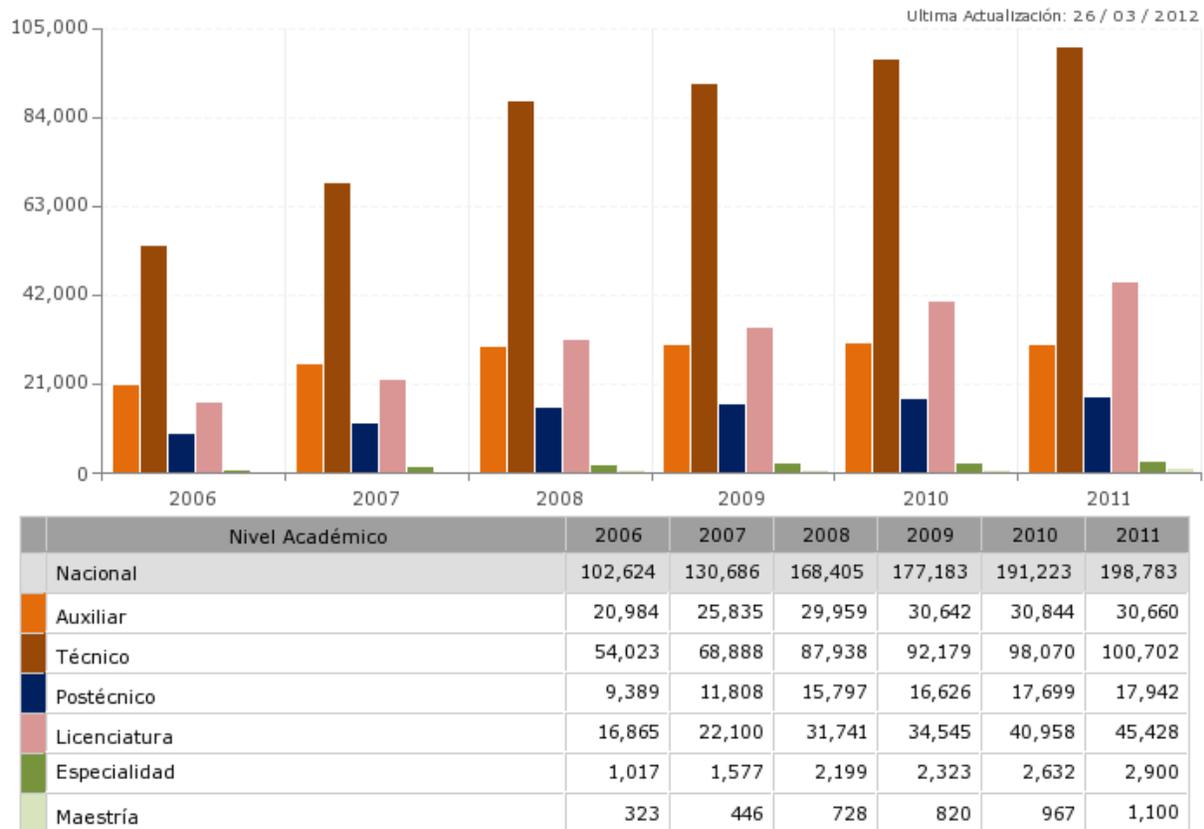
En enfermería sucede igual que lo que Erikson (2008, p.77) señalaba como el interjuego acordado por lo menos entre 2 personas que repitan a intervalos significativos y que este interjuego posee un valor adaptativo; es decir, la ritualización igual a las prácticas son una forma especial de la conducta cotidiana.

En la formación profesional la sucesión generacional de maestros, es tan importante, pues permite o propicia no sólo que se transmitan conocimientos y habilidades disciplinares, si no también afectos como una carga especial (currículum oculto²¹) en la formación que se extiende como agente liberador en potencia, al mismo tiempo aceptado y rechazado como modelo de identidad por sus estudiantes. Hablar entonces de los modelos de identidad que existen en la facultad de enfermería permitirá entender por qué los estudiantes adquieren una concepción de su profesión menoscabada.

²¹ En el capítulo VI se aborda con mayor precisión la importancia de aquellos elementos afectivos, ideológicos, jerárquicos, transmisibles en la educación que forman parte del currículum desde una perspectiva no formal, como lo oculto.

El cambio generacional entre los docentes y estudiantes convierte en ambiguo los significados que se transmiten y comparten unos a otros. Lo que hace que procesos como la coordinación, comunicación, diseño o evaluación sean difíciles. Aunque puede ser producto de la relación en diferentes comunidades de práctica, en enfermería resulta característico por la permanente necesidad de reparar las relaciones sociales que obstaculizan el desarrollo de su disciplina. Todo es evidente durante la conversación, ya que gracias a la entrevista logró descubrirse que *“la práctica compartida no implica en sí misma armonía o colaboración”* (Wenger, 2001, p.113). La pugna constante entre los profesionales de enfermería encara la realidad profesional que se muestra como deteriorada por esa relación de conflicto. La mayoría de los profesionales de la salud en las instituciones públicas en las que practican y cumplen el servicio social de su formación universitaria, alcanzan el nivel técnico de su preparación (*Véase gráfica y tabla del registro de profesionales de Enfermería por nivel académico, 2012*) cuestión que influye sobre las formas de explicación de su práctica que se remite a la experiencia de muchos años de antigüedad y ejercicio que se ha ido perfeccionando con el paso del tiempo. No es una cuestión que deba de infligir a todos aquellos enfermeros y enfermeras de nivel técnico, sin embargo los distintos niveles de formación hacen desigual el nivel de apropiación de sus funciones disciplinares, profesionales y científicas.

Gráfica 1. Registro nacional de datos por nivel académico México (Marzo, 2012)



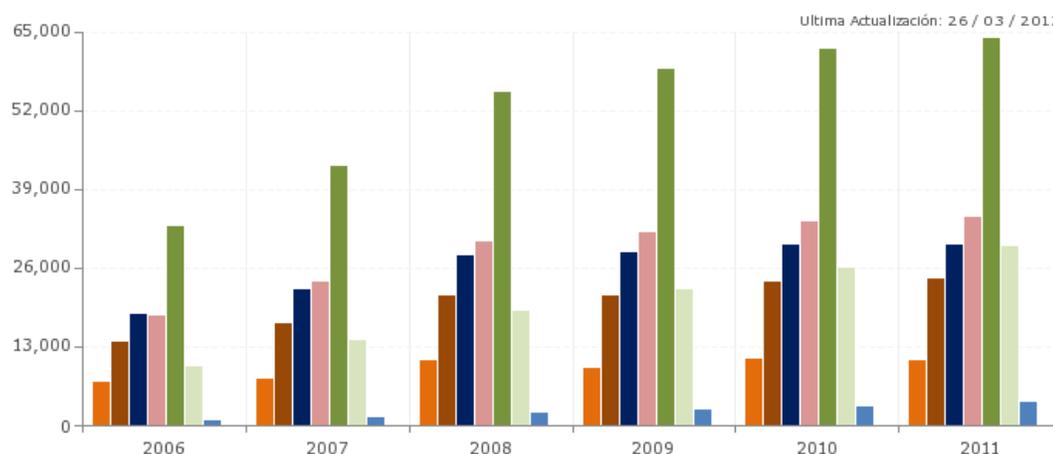
El medio social, inicia, refuerza y agrava los conflictos específicos y hace de su resultado una parte de los fragmentos de identidad positivos y negativos que pugnarán entre sí a lo largo de la vida profesional de los miembros de esta comunidad práctica. Así, las pautas de pensamiento que se conquistan durante su proceso de formación son las que perdurarán de manera significativa a lo largo de su ejercicio profesional e incluso de su vida futura (incluyendo de índole personal).

En el ámbito escolar la diferencia radica en que el nivel académico alcanzado por los docentes de la Facultad de Enfermería puede describirse como “superable”, es decir, del total de docentes adscritos a la facultad al 2010 el 30% cumplió con el nivel técnico superior antes de ser docente universitario, ese mismo porcentaje se volvió la base de formación de la licenciatura en

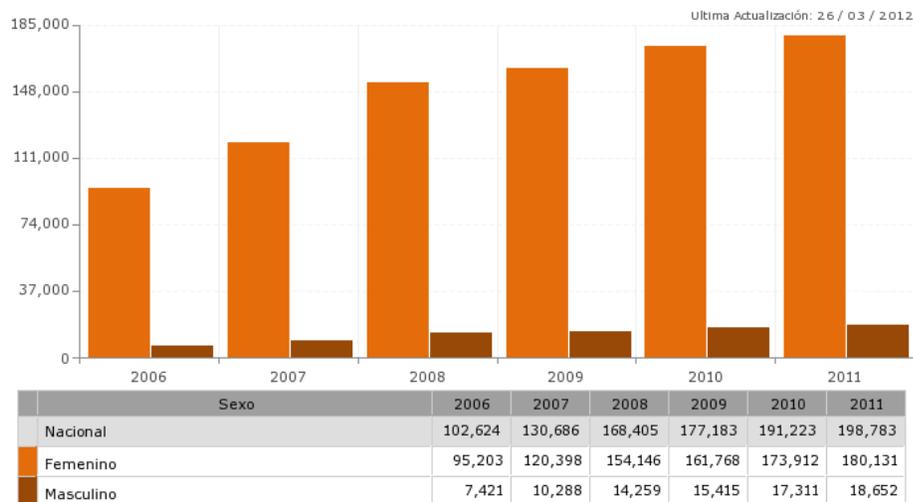
Enfermería lo que les obligó a estudiar la nivelación; 50% de ellos continuaron con estudios de postgrado. Del total de docentes enfermeros de la facultad, al 2010 el 50% tienen el nivel de licenciatura, 40% tiene estudios de postgrado en Ciencias de la Enfermería (programa educativo de maestría que ofrece la misma Facultad de Enfermería) y sólo el 10% de docentes cuentan con estudios de doctorado.

Por otro lado, la edad parece ser también factor desencadenante de esta serie de desmotivaciones y desencantos por el cambio generacional que se mencionaba unas líneas antes.

Edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nacional	102,624	130,686	168,405	177,183	191,223	198,783
De 18 a 25	7,284	7,804	10,983	9,808	11,146	10,903
De 26 a 30	13,966	16,973	21,587	21,572	23,917	24,371
De 31 a 35	18,560	22,806	28,411	28,689	29,981	30,180
De 36 a 40	18,446	23,885	30,475	32,044	33,854	34,661
De 41 a 50	33,171	43,166	55,305	59,165	62,339	64,348
De 51 a 60	9,911	14,202	19,160	22,771	26,328	29,925
De 61 a 70	1,139	1,641	2,229	2,843	3,341	4,028
De 71 a más	147	209	255	291	317	367



Gráfica 2. Registro nacional de datos por rango de edad México (Marzo, 2012)



Nota: Excluye la información de SEDENA y SEMAR, debido a que la fuente reporta que no proporcionó datos para este periodo
Fuente: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud).

Gráfica 3. Registro nacional de datos por rangos de sexo en México (Marzo, 2012).

Haciendo un análisis breve de los datos estadísticos mostrados en las últimas tablas, se puede decir que la población que labora en los centros de salud y hospitales públicos del país en su mayoría son personas de entre 36 y 50 años de edad, de nivel de académico técnico y en un 90.61% son mujeres.

Con estos datos se puede ver la concentración de profesionales de enfermería de edad adulta próximos a alcanzar la posibilidad de jubilación y que en su nivel académico de formación, aunque les respalde la experiencia y antigüedad laboral, alcanzan un grado técnico, muchas veces sin contar con estudios de educación media superior, es decir el bachillerato.

Además, no en todos los países la Enfermería está incluida en los contextos universitarios, lo que dificulta la unificación de criterios en los contenidos formativos, los grados académicos, especialización, perfil profesional, competencias y reconocimiento de responsabilidades, y esto se debe fundamentalmente a la variedad de contextos sociales, económicos y educativos, de cada contexto o país.

Los espacios formativos de los diferentes grados profesionales habrían de unificar criterios y tomar acuerdos de la profesionalización de la enfermería, que den respuesta no solo a las exigencias institucionales de los posibles empleadores, si no al fortalecimiento y recuperación del estatus científico y profesional de la Enfermería.

Dentro de los testimonios (una vez más aludiendo a lo que se dice y hace por parte de los sujetos de investigación) se encontraron muestras de valiosos fragmentos positivos de la consolidación de una identidad, sobre todo dentro de los sujetos más jóvenes en su formación universitaria, en su mayoría sujetos que consideraron como única opción el ser profesionales de la enfermería. Estos aspectos de identidad se presentaron como motivaciones personales para enriquecer a la disciplina misma: *“todavía la enfermería tiene mucho que crecer”, “hay aspectos que en enfermería podemos desarrollar de gran importancia para el cuidado de la salud....la prevención y la promoción”*.

La formación universitaria permite la crítica, obliga al cuestionamiento, a la argumentación al dominio de conocimientos, pero también al dominio de habilidades, al desarrollo personal y profesional al mismo tiempo.

La enfermería debe interiorizar los postulados universitarios y estos deben estar estructurados desde modelos de pensamiento y acción que obliguen al cuestionamiento y a la argumentación de su objeto de estudio, y esto de acuerdo a la estructura educativa debe apoyarse en la práctica de los docentes.

El estudiante, como sujeto íntegro se va definiendo a *sí mismo* en función de su elección profesional. Pareciera ser que durante el acto lingüístico ellos aseguran sentir afiliación y cohesión con el grupo social en el que decidieron inscribirse, sin embargo, más adelante los mismos sujetos que dan esas respuestas, participan en grupos que desprecian la experiencia de ser enfermeros como producto de la relación y participación con exogrupos (como

médicos y fisioterapeutas). Las evidencias de ello se levantaron en pequeños talleres sobre identidad profesional en los que a partir de una actividad de dar pista sobre quién eres los sujetos expresaron características negativas sobre el quehacer de enfermería *“eres la chacha del médico” (sic.)*.

Sin embargo, en la intervención individual como parte de las estrategias metodológicas, la aplicación del Test de las 20 proposiciones de Kuhn y MacPartland por ejemplo, fungió como herramienta de “confirmación”, pues pudo apreciarse la inestabilidad de la identidad profesional en el orden individual; al no encontrarse rastros de la asunción profesional de enfermería.

Tanto a nivel colectivo como individual los profesionales de enfermería expresan el malestar acerca de los rasgos de menosprecio que perduran hacia la profesión. Los calificativos negativos que aparecen con frecuencia en sus discursos son aquellos que tienen que ver con los momentos históricos por los cuales atravesó la disciplina motivados por situaciones contextuales: chacha, monja, sirvienta, asistente, malhumorada, resignada, amargada, homosexual, son solo algunas de las características que el mismo grupo utiliza para describir al profesional de enfermería, siempre acompañado de premisas tales como: *“se dice que...”, “a sí nos ven...”, “piensan que seguimos siendo los.....”, “como no, si la mayoría de las jefas siempre están...”, “la gente cree que la mayoría de los hombres que la practicamos somos....”*.

Además, muestras de rivalidad y conflicto al interior del endogrupo son características relevantes de la forma en la que ellos mismos valoran su práctica profesional. Las fotografías antes presentadas como evidencia para el análisis (fotografía 1 y 2), son demostraciones gráficas del conflicto que se vive al interior del endogrupo. Entre otros ejemplos en los que estudiantes y profesionales verbalizan historias de confrontación entre compañeros de trabajo de hospitales y centros de salud en los que realizan prácticas o trabajan.

Otro ejemplo evidente de esta situación al interior del grupo de estudio es el estallido a huelga por parte de los estudiantes de la facultad de enfermería en agosto del 2008, movimiento estudiantil en el que solicitaron la destitución de la dirección alegando falta de profesionalismo por parte de profesores e incompetencia para la gestión de acuerdos con Secretaría de Salud.

Alumnos de enfermería de la UAQ cumplen 5 días en paro

Por: Mariana Chávez (Corresponsal)

Querétaro, Qro., 11 de agosto. Los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) cumplieron cinco días en paro de actividades para exigir la destitución de la directora, Raquel Acuña Cervantes, a quien responsabilizan de que más de 120 estudiantes no puedan realizar el servicio social en clínicas y hospitales del sector salud público.

Este lunes varios estudiantes solicitaron formalmente asesoría a la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH), ante la "falta de profesionalismo" de algunos académicos y que ellos no pueden realizar el servicio social porque la dirección ha omitido los trámites necesarios.

De igual forma, solicitaron que ese organismo esté pendiente ante cualquier acto de agresión del que puedan ser objeto, pues temen ser desalojados por personal de seguridad de la UAQ o bien que algunos maestros intenten ingresar y reanudar actividades por la fuerza.

Este lunes, una comisión de estudiantes presentó su pliego petitorio a las autoridades universitarias: piden una copia del convenio signado el viernes pasado entre el rector, Raúl Iturralde y el secretario de Salud estatal, Rafael Ascencio Ascencio, para que los estudiantes puedan efectuar el servicio social y se den los pasos necesarios para la certificación de sus programas y planes de estudio.

Por separado, siete maestras de la Facultad de Enfermería acudieron al plantel que se ubica dentro del centro universitario para proponer a los estudiantes que integren mesas de trabajo y analicen los programas de estudio y de trabajos para mejorarlos y de esta forma levantar el paro.

Los estudiantes rechazaron la propuesta y argumentaron que con esto se busca "tapar hoyos", pero no resolver el conflicto de fondo, por lo que insistieron en que sostendrán el plantón hasta que se destituya a la directora o ella renuncie. Los estudiantes agradecieron la presencia de las académicas, pero lamentaron que no hayan asistido los profesores con los que tienen problemas por su "falta de profesionalismo".

El secretario académico de la UAQ, Guillermo Cabrera, explicó que la destitución de la directora y el nombramiento de su sustituto es facultad únicamente del consejo universitario, y explicó que "hay indicadores de que sí hay un fin político" en este conflicto.

Por su parte, los estudiantes señalaron que sus demandas son justas porque no pueden hacer su servicio social en el sector salud público y los planes y programas de estudio de la carrera técnica y licenciatura no están certificados para encontrar una fuente de trabajo.

Fragmento de Periódico La Jornada, edición virtual martes 12 de agosto del 2008.

<http://www.jornada.unam.mx/2008/08/12/index.php?section=estados&article=030n2e>

st fecha de consulta: 10 de julio 2012.

El conflicto evidenció la pugna al interior del grupo "impulsada por intereses políticos" (de acuerdo a lo expresado por el entonces Secretario Académico del *Alma Mater* queretana), la falta de comunicación para la negociación y acuerdos endogrupales, impericia para la resolución de problemas a través del diálogo y las instancias correspondientes o vías institucionales, más aún, incapacidad académica para protestar sobre inconformidades de tipo

administrativas. De acuerdo a las características que señalan Flexner (1915) y Cortina (1996) el conflicto le niega a enfermería, intelecto, organización y responsabilidad.

Etienne Wenger (2001) para describir la identidad de una comunidad práctica señala que la gente debe trabajar conjuntamente en la creación de su imagen, y es en los esfuerzos grupales en donde radica el origen de los estereotipos que el resto de la sociedad les deberá atribuir.

La estructura social a la que se inscriben los estudiantes de enfermería se ve dispuesta (influida) por lo que sus antecesores les indican desde su formación. El problema con esto es que muchos de sus profesores, por ejemplo, pertenecen a una porción del gremio profesional que en su mayoría dedican su vida laboral a la docencia o al trabajo administrativo de enfermería, principalmente son profesionales que iniciaron su vida profesional como técnicos, luego cumplieron con la nivelación para obtener el grado de licenciatura, y en muy pocos casos concretaron sus estudios de postgrado. Otro caso son las personas que ocupan puesto de jefatura en enfermería, mismos que asesoran a los estudiantes durante las prácticas curriculares. En los tres hospitales más importantes del estado, en los que los estudiantes se insertan a prácticas profesionales, servicio social, y más adelante ingresan a laborar (IMSS, Hospital General y Hospital de especialidades del niño y la mujer) los puestos de jefatura los ocupan en su totalidad mujeres, en un 80%, según las estadísticas de Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Querétaro (2012), son egresados de la carrera técnica de enfermería, cuentan con muchos años de experiencia y antigüedad institucional. En ambos casos se da muestra de como los profesionales más antiguos son quienes diseñan la estructura social e institucional de la comunidad de práctica de enfermería y lo hacen con una visión prospectiva de la profesión limitada, acotada, meramente empírica, enfocada al ámbito hospitalario o educativo de la profesión, desconociendo como áreas de competencia laboral los espacios de

prevención, promoción, investigación, gestión y político que están contenidos en las nuevas necesidades y exigencias sociales hacia la profesión.

5.2 Receptividad mutua

El orgullo de la práctica de enfermería históricamente se fundamenta más en la experiencia social, caritativa y humana, pero es algo que en la actualidad los mismos profesionales niegan. Pareciera que con anterioridad se planteo el consenso entre los miembros del endogrupo y que democráticamente se decidió que el ser enfermero nada tiene que ver con la vocación, el arte, los principios religiosos, el servicio; menospreciando, una vez más, otras características que desde Cortina (1996) apela a su ser profesional: ofrecer un servicio único, vocacional, asumir su responsabilidad, ser altruista y todas aquellas características que están referidas en la historia profesional.

Elementos característicos de la profesionalización de enfermería constituidos a lo largo de su historia como hitos representativos que dieron además importancia a los procesos de socialización de la profesión, han sido abandonados poco a poco bajo argumentos explicativos que aluden a la discriminación y menosprecio de otras profesiones hacia enfermería.

Por mencionar algunos de estos casos, de las situaciones más representativas para el gremio están el uso de la cofia y la ceremonia del pase de la luz.

La palabra cofia viene del germánico *kupja* y del árabe *kufiyya* que significa pañuelo o hace referencia al gorro o pañoleta que cubre la cabeza. También del hebreo *kova* que significa sombrero.

También lingüísticamente hace referencia a la red que se ajusta a la cabeza para recoger el cabello o parte de él para realizar algunas actividades. Principalmente su uso tiene tres razones: por higiene, la sujeción y soporte

del cabello que evita que estorbe, y por último distinción jerárquica o de funciones en la realización de trabajos como parte de un uniforme.

La historia de la enfermería señala que dentro de la “época oscura de la profesión”, cuando las tareas eran encomendadas y ejercidas por grupos marginados como indigentes y prostitutas, como forma de reivindicación a la gente que se preparaba y quienes por iniciativa participaban de las funciones del cuidado de la salud, se empezó a usar la cofia como parte del uniforme para que la población distinguiera a una enfermera preparada de aquellos a quienes solo les habían sido consignadas. Su uso por ser símbolo de preparación garantizaba respeto a quién lo portaba, y característico también de la nobleza del quehacer de ese profesional.

El uniforme de enfermería en las mujeres que la ejercían lo integraban el vestido blanco, una capa comúnmente de color azul, la cofia y una lámpara como instrumento para quienes cubrían guardias de cuidados durante las noches.

De alguna manera el uso de la cofia en ese momento histórico simbolizaba honor y distinción positiva entre las personas que ejercían la enfermería y también frente a sus pacientes y demás integrantes del equipo de salud.

Cada grupo de profesionales dedicados a los cuidados de la salud comenzaron a diseñar la cofia de acuerdo al espíritu de la organización y tradición grupal: de acuerdo a la orden religiosa de pertenencia, rangos militares, escuela o corriente formativa, permitiendo representar también identidad profesional en aquellos que lo portaban como parte fundamental de su vestir. En la medida en la que el grupo profesional buscaba la distinción, el uso del uniforme, incluida la cofia, era resultado de un proceso ideológico de afiliación y pertenencia grupal.

Los símbolos de distinción como la cofia, la lámpara, el uniforme blanco y capa azul, escudos institucionales, nombramientos de puestos jerárquicos, si

bien no determinan del todo a la identidad profesional de la comunidad de práctica, los usos de esos elementos, historia, forma de valorarlos permite entender los procesos de construcción y definición de identidad social-profesional.

Sin embargo, del uso compartido de la cofia con otras comunidades de práctica deviene el menosprecio e incluso la omisión total de su empleo en enfermería. Las comparaciones sociales entre las distintas comunidades de práctica que la usaban ponían a enfermería en un estatus social similar a la de obreros, empleados domésticos e intendentes, sin importar la preparación profesional que daba soporte a su práctica y que hacer social.

En la actualidad algunas enfermeras refieren incomodidad hacia el uso de la cofia, hay quienes indican que el uso es innecesario, ya que, por un lado existen otras formas de retener el cabello con mayor discreción, y por otro el rango o nivel jerárquico ahora recae más en las funciones y preparación que la persona tenga.

Una vez más los integrantes del grupo de estudio realizan comparaciones despectivas, ahora sobre el uso de la cofia: *“eso lo portan las chachas (empleadas domésticas)”*, *“en el seguro quieren imponer el uso de la cofia, eso es retrogrado y discriminante”*. Lo que antes representaba estatus social al interior y frente a otros grupos, hoy les representa menosprecio o rasgos de inferioridad social.

Así como el uso de la cofia, otro elemento característico de ritualización profesional en la ceremonia del paso de la luz, que en alguna medida se ha transformado u omitido en muchas instituciones educativas de enfermería.

El origen de la ceremonia se remonta a las primeras generaciones de profesionistas que, después de los trabajos incesantes que realizó Florence Nightingale para la difusión de la enfermería como trabajo sistemático y profesional a nivel mundial, las instituciones formadoras como muestra de

reconocimiento al trabajo de Nightingale instituyeron en el momento de egreso. La ceremonia del paso de la luz es un ritual homenaje en la que a través del encendido de una vela, lámpara o luminaria, por parte de una autoridad, maestro o enfermero experimentado al recién egresado, simbolizando el inicio de su vida profesional. La luz representa en la historia de enfermería guía y acompañamiento para los enfermos, ya que Nightingale utilizaba una lámpara durante las guardias nocturnas para dar cuidados a los desvalidos de guerra.

Existen instituciones educativas de enfermería a nivel nacional e internacional que como parte de los festejos preparados para sus egresados realizan la ceremonia como acto emotivo y al mismo tiempo inspirador para los recién iniciados a la vida profesional bajo la encomienda de que mantengan los principios éticos y humanistas de la profesión. En la facultad de enfermería varias generaciones de pasantes han solicitado a los directivos que durante la clausura y entrega de papeles se lleve a cabo el pase de luz como una iniciativa motivante de enaltecimiento y orgullo profesional. Sin embargo, la respuesta ha sido negativa sin dar mayor explicación.

El desconocimiento y la negación de los acontecimientos históricos que dieron lugar a la profesión deja entre ver la pérdida de la memoria colectiva, el significado histórico como los sucesos heredados y las posibilidades de cambio y transformación que pueden efectuar, lamentablemente los profesionales de esta área se concretan a repetir determinaciones del pasado y a asumir de manera cómoda la continuidad rutinaria de la vida cotidiana de las instituciones de salud. El progreso, lejos de ser consistente en el cambio, depende de la retentividad. Cuando el cambio es absoluto no quedan hechos para mejorarla y ninguna dirección existe para una posible mejora: cuando no se retiene la experiencia como entre los salvajes, la infancia es perpetua. Todo individuo y toda sociedad que no tienen memoria histórica están

condenados a vivir y repetir los errores del pasado (Santayana y Borrás, 1905).

Un momento crucial en la formación profesional de enfermería es durante las clases de laboratorio, en el que es necesario inducirlos en una dinámica de ficción dentro de su proceso educativo. Durante esas clases todos los miembros del grupo cumplen con diversas funciones y las ejecutan, en una gran parte del proceso de formación se les fomenta el valor para el trabajo en equipo, y su aceptación y valorización como integrante de él. La cultura de cooperación no se da a través de símbolos igualitarios, en ellos cabe más la diferenciación entre ellos y con los otros actores, el médico, el administrador. Y es importante ver que la dinámica con la que se introducen a la familiarización de su medio profesional acostumbrado, el ambiente hospitalario, no ejemplifica la realidad, 10 estudiantes por una cama a un profesional de enfermería atendiendo de 3 a 4 pacientes promedio en turno en un servicio *“tranquilo”*.

Dentro del equipo las fricciones apremian la lucha individual por el poder o el conflicto mutuo sirven para reforzar la posición de los que están arriba, en este caso el médico primordialmente. La presión que se genera por parte de los colegas de trabajo ocupa mayor parte del tiempo en su definición y distinción personal por lo que esto desgasta la valorización laboral e impide el crecimiento profesional. En otras palabras la pugna por figurar al interior del grupo impide que se sumen esfuerzos individuales por la dignificación de la comunidad de práctica profesional en enfermería.

“La jefa de enfermeras no me deja trabajar”, “constantemente me corrige”, “su afán es hacernos llorar en las primeras prácticas”, “en el hospital las enfermeras son cabronas, no te enseñan, te hacen ver tu suerte” “para que le calcules, aquí se viene a trabajar y si lloras mejor ni te dediques a esto” (sic). El nivel de científicidad que los libros de la historia de enfermería expresan aún no está acompañado por un cambio sustancial de la forma en la que la

misma comunidad práctica se expresa de *sí misma*, no existe aún cambio fundamental sobre la naturaleza profesional, su estructura es aún la básica.

Las relaciones de poder que se establecen entre los miembros de enfermería tienen sus primeros momentos durante su trayectoria estudiantil. Las prácticas profesionales son los primeros acercamientos que los estudiantes encuentran para adecuarse a esquemas institucionalmente constituidos; el servicio social refuerza lo que los primeros encuentros con el hospital producen como experiencia. Pero no son las únicas relaciones de poder que la dinámica de las instituciones de salud determina.

De acuerdo a la propuesta de Vargas (1986) la estructura orgánica de los profesionales de enfermería y sus niveles jerárquicos se organizan en:

1. Auxiliar

Nivel inferior inmediato: no tiene.

Nivel superior inmediato: enfermería general con título profesional.

Formación académica: curso básico de auxiliar, o mínimo dos semestres de formación en nivel técnico o licenciatura.

1.1 Auxiliar de enfermería general: es el personal de enfermería que colabora directamente con el profesional de nivel técnico o licenciatura en la atención del paciente, familia o comunidad.

1.2 Auxiliar de enfermería en salud pública: es el personal de enfermería que colabora con el profesional de grado en la asistencia en primer nivel de salud.

1.3 Auxiliar de enfermería en unidad médica de campo: es el personal de enfermería que colabora con el profesional de grado en la atención a lo

comunidad de la unidad médica. En su mayoría son profesionales empíricos por la procedencia y lugares en los que se localizan las unidades médicas.

2. Enfermera o enfermero General: de acuerdo con la forma contractual de este perfil en instituciones de salud pública como el IMSS, este nivel puede ser ocupado de manera indistinta por el nivel TSU (técnico superior universitario) o por el licenciado. Es el personal de enfermería que, por su formación teórico-práctica, es responsable de ejecutar procedimientos derivados de la prescripción médica y de la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas. Su actuar está determinado por la realización de intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario.

Formación académica: tres años de estudio en TSU

Para la licenciatura son 5 años de formación, 4 escolares y el último año de servicio social curricular e investigación.

3. Especialista: quirúrgica, pediátrica, intensivista, salud pública, psiquiátrica, docente. Grado profesional en áreas específicas de las funciones del enfermero de grado.

4. Jefaturas

4.1 Jefe de piso: rango de enfermera general experiencia mínima de 5 años en servicio, con base, experiencia en el manejo de los pacientes del área y de los servicios que ahí se dan, debe contar con diplomado, pos técnico o posbásico en administración de servicios hospitalarios. Son responsables de coordinar la participación de los profesionales de enfermería de ese servicio o servicios en ese espacio físico del hospital. Su jefe inmediato supervisora de turno.

4.2 Jefe de servicio: rango de enfermera general experiencia mínima de 5 años en servicio, con base, experiencia en el manejo de los pacientes del área y de los servicios que ahí se dan, debe contar con diplomado, pos técnico o pos básico en administración de servicios hospitalarios. Son responsables de coordinar la participación de los profesionales de enfermería de ese servicio o servicios en ese espacio físico del hospital. Su jefe inmediato es el jefe de piso en caso de que este exista.

4.3 Jefe de sala: de acuerdo con la organización interna de algunas instituciones de salud, el jefe de sala es encargo del área específica dentro de cualquiera de los servicios en los que se divide el hospital. Es similar a jefe de piso o servicio.

4.4 Jefe de sección: muy similar a los tres anteriores la única diferencia es los espacios y compañeros bajo su responsabilidad.

De acuerdo a la fuente de información, la jefatura de sección es un puesto posible para enfermería, sin embargo actualmente en muchas instituciones de salud pública ya no existe este puesto.

5. Subjefaturas: contribuyen a los procesos de formación y administración humana con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de enfermería e impulsar la superación y desarrollo del personal. Desarrolla técnicas y estrategias de trabajo colaborativo y en la gestión de recursos necesarios para el buen desarrollo de quienes están a su cargo. Las posibles subjefaturas pueden clasificarse en: 5.1 Subjefatura de enfermería clínica, 5.2 Docente, 5.3 Administrativo o 5.4 Subdirector, dependiendo del espacio de trabajo.

Formación esperada: Licenciatura en Enfermería como mínimo en espacios académicos, y en el ámbito hospitalario pueden valerse de la experiencia laboral para su asignación.

6. Jefatura de Enfermería /Dirección de Enfermería: es la persona asignada para la toma de decisiones del grupo de trabajo profesional. Debe ser apoyada por información provista de las subjefaturas de cada área. Brinda atención oportuna a casos necesarios que lo soliciten, da seguimiento al rumbo institucional del personal a su cargo, provee de atención a pacientes pero principalmente a las necesidades del gremio a quien lidera.

Reporta al Director general del hospital o a la subdirección médica del hospital o institución de salud. O bien en el caso de ser una institución educativa reporta al director o rector universitario. Le reporta el resto del personal de enfermería o personal académico-administrativo.

Nivel de escolaridad: Mínimo licenciatura, posgrado esperado o curso post-básico de Administración de servicios de Enfermería.

7. Coordinación delegacional de Enfermería: Difunde y supervisa la aplicación de las normas de salud a nivel federal. El puesto es asignado a través de la Secretaria de Salud o Dirección Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social. El nivel de formación mínimo aceptado es el de Licenciado en Enfermería, aunque el puesto ha sido ocupado por Técnicos en Enfermería con muchos años de experiencias y antigüedad laboral en las instituciones de Salud.

En la organización se aplican los principios de la administración en forma clara y precisa. De su debido cumplimiento depende el éxito de un departamento, éstos son: división del trabajo, autoridad y responsabilidad; disciplina, unidad de mando, unidad de dirección, subordinación de intereses individuales en general, remuneración, centralización, cadena de mando, orden, equidad, estabilidad en la permanencia del personal, iniciativa y espíritu de equipo.

Sin gran diferencia, de acuerdo al Diario Oficial de la Federación en Septiembre del 2013 en México se aprobó la NORMA Oficial Mexicana NOM-

019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, como marco regulatorio de la práctica profesional de enfermería, que señala las competencias adquiridas en su formación académica y funciones sustantivas como profesional de salud.



Figura 5. Estructura orgánica de los servicios y sus niveles jerárquicos. Vargas (1986).

La clasificación antes propuesta por Vargas (1986) muestra de manera puntual varias cosas:

1. La amplia clasificación de mandos jerárquicos, por un lado aumenta la competitividad laboral a la que el personal de enfermería puede acceder al trabajar en una institución de salud pública, por lo que se reparte la autoridad al grado de que es posible incluso aumentar el conflicto intergrupar entre compañeros de trabajo.
2. La base de la estructura jerárquica está ocupada igual por personal de carrera técnica que por licenciados lo que hace suponer (con respecto a la tabla de personal con grado de escolaridad) que los TSU en

enfermería son la población de mayor índice, tienen un grado de escolaridad inferior que un estudiante de licenciatura, la preparación científica es remplazada en su mayoría por conocimientos empíricos; las explicaciones teóricas y la valoración del método científico quedan relegados fuera de los puestos institucionales del profesional de salud remitidos únicamente a la academia.

3. Y por último la experiencia supera la preparación académica, la antigüedad laboral es la clave para la superación de rango jerárquico.

Estos factores son razones suficientes de inhibición de la superación profesional. La enfermería como disciplina –como ciencia práctica- deposita los rangos de autoridad en personas que forman parte del sistema nacional de salud con mayor antelación que preparación profesional, esto no tiene por que ser malo pero puede ser motivo del conformismo y la pugna al interior de la comunidad práctica de enfermería.

Pero además las reacciones de exogrupos para enfermería representan gran influencia a la hora de construir identidad. Durante el ejercicio profesional muchas veces las tareas les impiden señalar cuál es su sentir frente a las órdenes del médico, frente a la crítica social. Entonces los estudiantes de enfermería ¿cómo tienen que enfrentarse con su propio estigma?

Desafortunadamente el estigma que conserva la profesión y quienes la ejercen no ha cambiado en mucho. A continuación se muestra el fragmento de una conferencia impartida por Franco Basaglia en México durante las jornadas de psicoanálisis para explicar la enfermedad y la locura en el año 1975, jornadas patrocinadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. En el texto se deja ver la forma de concebir a un grupo de manera despectiva fundamentada en las actitudes que el profesional de enfermería manifiesta durante su práctica, vuelven a aparecer características de *“resignación”*, *“amargura”*, *“asistencialismo”*, *“proletariado”* según Basaglia (1979).

¿Psiquiatría o ideología de la locura?

Franco Basaglia

Si observamos a la institución (de salud mental), vemos que tiene varias categorías, varios roles: médicos, asistente social, psicólogos, enfermeros y, por último, enfermos. Dentro de dicha institución estos roles están divididos en dos clases: por un lado la burguesía y por el otro el proletariado. La burguesía donde el médico, la asistente social y el psicólogo representan al poder, se convierten en los delegados del poder, los funcionarios del consenso, como decíamos la otra noche. Por el otro lado tenemos el proletariado, el subproletariado representado por los enfermeros y enfermos. Debemos reconocer que el equipo de curación, es decir el médico, el asistente social y el psicólogo son burgueses que tienen un determinado salario, determinada renta económica, y una determinada disponibilidad y motivación para hacer su trabajo.

Por el otro lado están los enfermeros que no tienen ninguna motivación para hacer lo que hacen. El enfermero, en tanto proletario, no puede elegir su profesión, es elegido por la profesión y entonces es enfermero, pero podría ser obrero o barrendero o realizar cualquier otro trabajo de ese tipo. Junto con esto debemos pensar que el enfermero es la persona que debe estar más cerca del enfermo, es la persona que vive ocho o nueve horas junto al enfermo.

...el enfermero es el verdugo del enfermo, es el encargado de mantener el orden de los roles dentro de la institución. ...corresponde a una determinada situación social. ..esto es, el juego de la lucha de clases.

En el hospital existe el proletariado y la burguesía, y si no tenemos en cuenta esta situación no podemos hacer absolutamente ninguna transformación.

Si nosotros no liberamos y no recuperamos los intereses comunes que existen entre enfermos y enfermeros, es decir entre personas que representan la misma clase social, si no podemos dar conciencia de clase al enfermero y al enfermo no podemos en absoluto estimular una transformación. Cuando el enfermo y el enfermero se hayan unido y hayan encontrado juntos el significado de su existencia, solo entonces va ser posible un trastocamiento de la institución.

El gremio médico no quiere en absoluto la liberación del enfermo, porque es su propia opresión, es decir la pérdida de sus privilegios. Este es un momento fundamental, pues es entonces cuando nosotros, burgueses, traicionamos a nuestra clase. Porque desde el momento en que perdemos nuestros privilegios, de alguna manera nos proletarizamos. Nos ubicamos en una situación en la que también el enfermo puede rebatirnos. Es decir, buscamos una unión real con el necesitado, con el pueblo que sufre.

Fragmento del texto Razón, locura y sociedad, Basaglia, F. (et. al) Editorial Siglo XX, 2ª. edición México (1979) pp.45-55.

La exposición que Basaglia hace es compartida en esta investigación, en tanto los factores observables que describió como la falta de motivación, la débil o insegura elección profesional y la imposición institucional de subordinación frente a profesionales de la medicina o administradores de la salud, son característicos en la comunidad práctica de enfermería. Sin embargo, el calificativo de “proletariado” resulta severo, sobre todo con la evidencia que apunta a que miembros de la comunidad práctica se desplazan en busca de la obtención de un estatus profesional de alto reconocimiento social y científico.

Tomando en cuenta aquellas personas profesionales de enfermería que, a nivel individual, recurren a estrategias de revaloración profesional, como cuando se siguen preparando, aquellos técnicos que buscan cumplir con el

bachillerato para hacer la nivelación y más adelante especialidades o maestrías, aquellos que dedican tiempo a la administración en los cuidados de salud, docentes e investigadores en busca del posicionamiento y empoderamiento profesional, entonces las probabilidades de que se consolide un identidad profesional de enfermería aumentan.

Lo ideal como lo señalan, tanto la teoría de identidad social (Tajfel y Turner, 1978) como la propuesta de comunidades de práctica, es siempre el trabajo del colectivo. Solo así la definición, valoración y autoadscripción al grupo de enfermería culminarían siendo positivas.

6. LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE FORMACIÓN: PROPUESTA PARA SU FORTALECIMIENTO.

La identidad antes de ser una reflexión o conciencia de sí, es una identificación: una identificación desde los otros. Es como una concesión gratuita de los otros. La individualidad personal y su identidad son una construcción social, una realidad social.

La identidad de los estudiantes de enfermería parece más bien una virtud meramente abstracta, no se ve reflejada ni en su discurso ni en sus acciones, pareciera estar difusa ante los ojos de sus propietarios, y por ende ante los ojos de los demás. Más bien parece una comunidad simbólica e idealizada.

A juzgar por la manera en la que ellos se representan y la falta de proyección profesional que manifiestan al término de sus estudios de licenciatura, se considera importante trabajar para generar una visión más amplia de un futuro diferente para, con el conocimiento necesario, poder instrumentar un cambio. Giddens (1991) nos recuerda que el valor fundamental de la costumbre en las prácticas sociales y la autocomprensión otorgan dignidad inherente al trabajo, pero para los profesionales de enfermería hace falta dignificar las rutinas y las formas para que entre ellos se mantenga, y así propicie autenticidad de la profesión magnificando sus alcances y logros.

De acuerdo a la evidencia de la pugna constante entre los integrantes de la comunidad práctica en enfermería, la propuesta objetiva sobre como se apelaría a una identidad más positiva al tiempo que se evita la confrontación, es por medio de la solidaridad profesional, es decir necesitan colaborar estrechamente entre sí, restando importancia a las diferencias personales o celo profesional.

Tomando en cuenta las características del grupo de estudio y bajo la premisa teórica de que las comunidades de práctica son un lugar privilegiado para la

creación del conocimiento, se considera fundamental una propuesta educativa para forjar identidad profesional sana desde el proceso de formación. Además, los espacios de convivencia en las comunidades de práctica no sólo son un contexto para el aprendizaje de los principiantes, sino también, y por las mismas razones, es un contexto para transformar nuevas visiones en conocimiento (Wenger, 2001).

La afiliación con éxito a una comunidad de práctica supone aprendizaje, que primordialmente debe de ser en función de la práctica social de la profesión. Por tanto, la planeación del proceso de formación de enfermería ha de ser siempre pensado hacia el crecimiento profesional, la transmisión de conocimientos que enaltezcan la función social y la obtención de un estatus profesional digno tanto en lo individual como en lo colectivo.

Por todo lo anterior y como resultado de la definición de los elementos que se construyen como marco de identidad profesional, la siguiente es una propuesta pensada en las características organizacionales de la comunidad de práctica de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

6.1 Principios de la propuesta de intervención

El simple hecho de entrar al campo a investigar es ya intervenir, como lo plantea Bedacarratx (2002) la intervención *"es una acción, un tratamiento, una operación"* entiéndase a la intervención como aquellas acciones amparadas en un saber profesionalizado que tienen la intención de promover mejora, optimización o perfeccionamiento.

La identificación de los elementos que intervienen en la construcción de identidad profesional en la comunidad práctica de enfermería, permitió presentar las autodefiniciones, sentimientos y formas de valorización típicas en estudiantes y profesionistas de enfermería, así a partir de ellas intervenir desde lo psicosocial y contribuir a la revaloración social de su estatus profesional, y además, que esta revaloración permita generar cambios en la

estructura organizacional que tiene la institución formadora de estos profesionales, e impacte de la misma manera a todos los programas que la integran.

La dimensión social de esta conducta profesional se enfatiza en el sentido de que se necesita encontrar el ajuste de la persona a la realidad social, para favorecer su adaptación a una realidad colectiva que es cambiante, y al mismo tiempo de su identidad. Por tanto, resulta conveniente integrar aspectos teóricos y metodológicos del aprendizaje social (Bandura, A., 1963).

Desde este enfoque se priorizan la relevancia del autoconcepto, autoeficacia, aspiraciones, ambiente social y creencias sociales. En la intervención se considera el cambio de actitudes, la capacitación personal en el área de enfermería, y el entrenamiento en destrezas e integración entre lo personal y lo social, sobre todo como grupo, como una comunidad práctica. Trazando, así, un puente entre los intereses personales de cada estudiante, su proceso formativo y las expectativas de desarrollo profesional que tienen de enfermería, proporcionando a los estudiantes una identificación sólida con los ideales profesionales de su elección, revitalizados desde la experiencia docente.

La facultad de enfermería como institución educativa enuncia dentro de su perfil de egreso el compromiso de construir equilibradamente el conocimiento, habilidades y actitudes, en otras palabras se pronuncia a favor de la formación integral. Aunado a esto debe saber interactuar bajo un razonamiento dialéctico con la realidad dinámica de la práctica profesional en un contexto social determinado. Se puntualizan las capacidades que se deben adquirir en un proceso de formación, que apelan y dan cuenta de las necesidades sociales; de cómo un profesional de enfermería tiene en su haber capacidades de razonamiento crítico y capacidades dialécticas que le permiten rebasar la práctica puramente técnica y le asigna un estatus mayor, sin que este sea explícito.

Afín a lo anterior, el código de ética del profesional de enfermería en nuestro país señala que como resultado de su educación formal, el profesional de enfermería se encuentra identificado con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometido con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad.

Entonces los principios de esta propuesta educativa radican en:

- La formación integral: La amplitud de conocimiento que los estudios universitarios deben permitir a sus estudiantes no es exclusiva de áreas disciplinares, debe incluir aspectos de la vida humana y social que le posibiliten su desarrollo al mismo tiempo que le preparan de manera profesional. Los criterios y principios que inspiran la educación integral tienen que ver con áreas del desenvolvimiento humano antes inexplorados por las instituciones educativas: la ciencia, arte, deporte, cultura, es decir una educación holística que mantenga como objetivo la preparación profesional de un futuro actor social. Hoy en día la Secretaría de Educación Pública (convocatoria PADES, 2013) exige de los programas educativos de las instituciones de educación superior abran en sus planes de estudio espacios de preparación en: la sustentabilidad, transversalidad de género, conciencia y vinculación social, deporte, cultura y lenguas.
- Las habilidades sociales: De acuerdo con propuestas no formales como la de Idob Nocrir las habilidades sociales se entienden como predisposición a saber poder renunciar a los objetivos personales, para el logro de metas sociales. Definen a un ser bio-psicosocial. Sin embargo, propuestas teóricas como la desarrollada por Howard Gardner (1995) acerca de la inteligencia interpersonal e intrapersonal, posibilita que, a partir del conocimiento de los sentimientos del *sí mismo* y de los sentimientos de los otros, las relaciones humanas potencialicen tanto a su personalidad como a su identidad. Debe

señalarse que el código de ética se pronuncia a favor de una labor desde una perspectiva social. Los esfuerzos para la resignificación social deben forjarse desde el grupo y para el grupo. En otras palabras, si la comunidad de práctica a su interior reconoce su importancia y valor podrá entonces posicionarse frente a otras profesiones con una identidad sólida.

- Un perfil humanista: es decir su práctica social, la negociación de su existir frente las necesidades sociales deben construirse desde la lógica de su libertad, integridad y responsabilidad social. El quehacer profesional que la sociedad le encomienda a enfermería es siempre a favor de la conciencia y razón humana, la conciencia social es un principio fundamental.

Entonces, los tres principios de la intervención: formación integral, desarrollo de habilidades sociales y un perfil humanista, deben ser considerados dentro del proceso de admisión a la licenciatura y el plan curricular de la carrera, como una alternativa o espacio en el cual intervenir a favor de una configuración sólida de identidad profesional de enfermería.

La intervención como estrategia educativa desde un modelo psicosocial, pretende favorecer principalmente a la población estudiantil, pero también considerando impactar o generar cambios de concepción profesional en aspirantes a la carrera, estudiantes egresados (pasantes), profesionales de grado que colaboran en la institución educativa, docentes, administrativos y directivos de la misma.

6.2 Reorganización educativa

La organización educativa propone ciertos objetivos a manera de metas, o bien, de acuerdo a nuevas corrientes educativas, competencias bajo distintas modalidades y metodologías para su logro. La planeación educativa esboza como expresión pedagógica los fundamentos, factibilidad, pertinencia,

metodologías de la enseñanza-aprendizaje, evaluación y currículum (contenidos formativos) para que sus integrantes logren participar en el desarrollo de potencialidades personales y profesionales.

Docentes

En concomitancia a las respuestas formuladas como formas de autodefinición en el test de las 20 proposiciones, en cuyas proposiciones omitían el reconocimiento profesional de enfermería y en comparación a lo encontrado en la comunidad estudiantil de fisioterapia, la teoría del aprendizaje social se vuelve referente clave como fundamento de la propuesta de intervención.

Albert Bandura (1963) sostiene que la mayor parte de la conducta social se desarrolla a través del aprendizaje por observación de patrones y que se ejecuta en función de las contingencias del refuerzo ambiental. Las características del prototipo son determinantes del proceso ya que aquellos prototipos con prestigio social serán mas susceptibles de ser imitados; a sí mismo, la conducta del prototipo debe ser tal que para otros se considere digna y posible de imitar.

Bajo este fundamento, el currículum oculto grama el protagonismo para el fortalecimiento durante la construcción de identidad profesional en los estudiantes de enfermería.

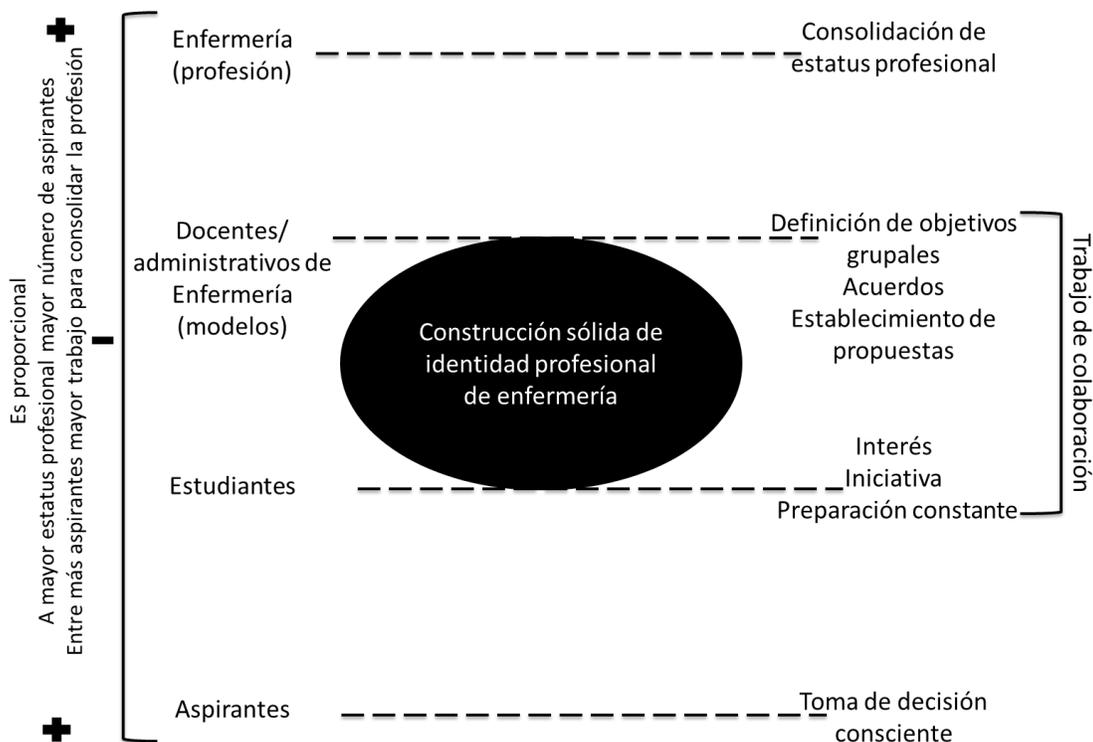
El empeño, dedicación, armonía que caractericen a sus modelos de referencia profesional, es decir, docentes, asesores y directivos, deberán consolidarse como cotidianos en el convivir educativo.

La idea es fortalecer la plantilla docente a través de cursos de capacitación y actualización continua, proporcionados por la propia universidad en colaboración con instituciones de salud pública y organismos certificadores del área de la salud. Si se considera que, de acuerdo al registro de nivel académico de Secretaría de Salud en México al 2012, la cifra de profesionales de enfermería como técnicos superiores universitarios era de

100,702 por encima de 45,428 de licenciados, y que la cifra disminuye significativamente en profesionistas con grado de especialidad y maestría, 2,900 y 1,100 respectivamente, se vuelve importante considerar fortalecer el programa de nivelación para la licenciatura sobre todo en aquellos profesionales que van a tener contacto con los estudiantes, pero además poner a consideración la existencia de los programas de formación como auxiliar y técnico superior universitaria ante la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) dependencia competente para llevar a cabo esta revisión perteneciente a la Secretaría de Salud a nivel nacional y en cumplimiento con la NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013.

De acuerdo al aprendizaje social, el mantener una plantilla docente actualizada impulsándola a desarrollarse a nivel profesional permite que por un lado se considere como prototipo a seguir en los estudiantes y motiva el crecimiento de la disciplina a través de la investigación y la docencia como ejes fundamentales en la profesión. Por su parte, el considerar desaparecer a los programas de formación en auxiliar y TSU enfatiza la profesionalización universitaria de quienes la práctica al tiempo que impulsa la obtención de postgrados.

La propuesta de Bandura como aprendizaje social, es pertinente sobre todo por las concordancias con las teorías base: Identidad social y Comunidades de práctica, pero también por el grupo de estudio, el carácter educativo que le define hace que la propuesta se plantee en términos de intervención educativa.



Esquema 1. Dinámica de la propuesta de intervención para la Construcción de una identidad sólida del profesional de enfermería.

Responsables de área

Tener una planificación adecuada en la toma de decisiones vocacionales y profesionales, es una tarea que no corresponde a la institución educativa, sin embargo se debe asumir como principio rector y punto medular en la evaluación de los procesos de admisión. Pensado desde un curso propedéutico, test vocacionales y entrevista a los aspirantes de la carrera de enfermería.

Desde los aspirantes hasta los profesionales de grado tienen que hacer consiente su proyecto de vida y la proyección que tienen sobre su vida laboral.

El modelo de enseñanza-aprendizaje en la educación superior debe favorecer el adecuado conocimiento de los estudiantes en relación con su entorno social y laboral. Así como el reconocimiento de sus competencias profesionales.

Facilitar el conocimiento del mundo socio-laboral del profesional de enfermería y las expectativas de desarrollo profesional, permitirá que aquellos que se inscriben a su programa formen parte de la comunidad de práctica desde su formación. Es decir, los espacios destinados a materias prácticas tendrán los objetivos claros de definir a quienes cuentan con características sobresalientes para el trabajo hospitalario, y los diferentes servicios que lo integren, aquellos estudiantes que pueden dedicar su vida profesional a la atención de primer nivel en centros de salud, a quienes tienen habilidades para la docencia y la investigación, así como aquellos que pueden prepararse en especialidades, postgrados y servicios administrativos de salud.

Para favorecer estas y otras iniciativas que faciliten el desarrollo de un autoconcepto profesional, creatividad y habilidades profesionales propias del profesional en enfermería se proponen bloques de conocimiento. Los cinco bloques deberán estar encabezados por docentes de la facultad que desde su experiencia puedan favorecer durante dichos procesos.

1. Proceso de admisión: Departamento de psicopedagogía y coordinación de la licenciatura en enfermería.
2. Bloque tutorial del inicio de los estudios superiores: depto. de psicopedagogía, tutores académicos, coordinación de la licenciatura en enfermería, tutores pares (durante este proceso los docentes que van a acompañar a los recién inscritos al programa educativo tienen que ser enfermeras y enfermeros experimentados, o bien alumnos destacados de los semestres más avanzados).

3. Bloque tutorial del inicio de prácticas profesionales curriculares: docentes y asesores de las distintas áreas de desempeño profesional: enfermero o enfermera general, especialistas: pediatría, intensivista, quirúrgico, geriatría, salud laboral, ginecobstetricia, en salud mental, oncología, salud pública. El nivel mínimo de preparación para los docentes del área es la especialidad.
4. Bloque tutorial del servicio social: el coordinador de servicio social, el colegio de profesores de investigación y postgrado, así como todos los docentes de tiempo completo de la licenciatura en enfermería deben participar en el acompañamiento de los estudiantes durante su pasantía, además de extender la invitación a profesionales de enfermería que laboran en las instituciones receptoras de los prestadores de servicio social que tengan el grado mínimo de licenciatura.
5. Seguimiento de egresados y empleabilidad: el coordinador de planeación, coordinador de educación continua, director de investigación y postgrado, así como el coordinador de seguimiento de egresados de la licenciatura en enfermería, integran el comité de estudios de factibilidad, empleadores y pertinencia profesional. Este comité tiene la función de definir los espacios labores que ocupan los egresados, ofrecer oportunidades de actualización, capacitación y preparación pertinente de acuerdo con las necesidades, tanto a los graduados recientes como aquellos que tengan años de término. Hacer evaluaciones y rediseños curriculares que definan las áreas de oportunidad y nuevos rumbos de la profesión.

La población destinataria tiene que ser protagonista de su propia reflexión y toma de decisiones sobre su futuro académico y profesional. Se trabaja desde un enfoque para el éxito-logro personal (Lucas, 1998) que propicia la manipulación de situaciones relacionadas con los procesos de elección

profesional y en donde se analizan las experiencias académicas y laborales de los estudiantes de Enfermería.

Asimismo, la información ofrecida sobre el entorno social y laboral destaca aspectos positivos y está basada en la realidad, indicando de forma natural recursos y medios para dar confianza al alumnado en alcanzar con éxito su profesionalización.

6.3 Procedimientos de actuación

Proceso de admisión

Antes que nada remozar el curso propedéutico como parte del proceso de admisión que incluya un taller de elaboración de plan de vida y carrera. Reactivar las entrevistas bajo un formato semiestructurada, cuyo objetivo principal sea verificar los intereses y habilidades profesionales de los aspirantes. Aunque son importantes las materias básicas para la educación, como las matemáticas, la física y la biología, se vuelven revisiones irrelevantes al no aterrizar en sus aplicaciones en el área disciplinar. La propuesta es generar la materia de introducción a enfermería, habilidades de estudio en los que se rescaten distintas estrategias de conocimientos de las ciencias exactas como las matemáticas, física y biología, así como el taller de plan de vida y carrera.

La Coordinación de Planeación junto con la Secretaría Académica de la Facultad deben unir esfuerzos para garantizar que el proceso de admisión sirva como un filtro que determine que los aspirantes cumplan con los requisitos administrativos, académicos y que además cuente con las características planteadas en el perfil de ingreso y que cuente con lo mínimo necesario a potencializar en su perfil prospectivo de formación.

Implementar un taller de Plan de Vida y Carrera en el proceso de admisión en el que sean los mismos estudiantes los que se autoeliminen o autoaprueben en las condiciones de expectativas profesionales y personales.

Licenciatura, prácticas profesionales y servicio social

El fortalecimiento del programa institucional de tutorías y asesorías académicas. Si bien es cierto que de acuerdo a las características de los estudios superiores es necesario contar con un tutor que oriente sobre las distintas problemáticas por las que atraviesa el universitario, también es importante activar un programa de asesorías para evitar la deserción escolar por causas académicas. Esto además de operar como curso remedial, puede también ser preventivo, pero sobre todo de fortalecimiento en las áreas del conocimiento y especialidad en enfermería. Aquellos que reciban la asesoría y sean estudiantes regulares pueden inscribirse a programas de investigación, proyectos de extensionismo (como ENSAIN), veranos de la ciencia, ser asesores de compañeros de semestres iniciales, entre otros. La propuesta gira más entorno al crecimiento disciplinar con beneficios individuales colaterales.

Es importante el proveer de fortalecimiento a los contenidos temáticos de teorías y modelos de enfermería en todas las materias disciplinares, sin bien el corpus teórico de la enfermería es poco, sus posibilidades de crecimiento son amplias, por tanto, las diferentes materias que integran el eje temático de enfermería deben tener como objetivo introducir, mantener, consolidar y ampliar todas las proposiciones que le ameriten a la enfermería asegurar un estatus científico.

Considerar las materias curriculares del eje de psicología y desarrollo humano: desarrollo humano, tutoría 1 y 2, psicología del cuidado y bioética, así como: estado, sociedad y salud, introducción a enfermería, proceso de enfermería y desarrollo de proyectos estratégicos; como espacios de trabajo grupal en donde se enfaticen las características profesionales, sociales, culturales, que tiene la profesión de enfermería, y se construyan modelos funcionales de transformación del prejuicio y estereotipo social.

Aunado al acompañamiento tutorial y al fortalecimiento de los espacios académicos, se debe establecer un clima relajado y dialogante entre docentes y estudiantes en el que se participe espontáneamente, y el estudiante sea el protagonista en su proceso de formación.

Así, el desarrollo de proyectos anuales sobre las expectativas profesionales en los que se combine el trabajo individual y en pequeños grupos para explicar en espacios académicos (congresos, simposios, foros) la importancia de la colaboración, actuación e investigación profesional.

Con el apoyo de la sociedad de alumnos o consejo estudiantil se dé la transmisión de información entre estudiantes en foros semestrales de las percepciones profesionales y sentir con la vida académica. Además de pensar en la integración estudiantil y pertenencia al grupo a partir de actividades académicas, culturales, sociales y deportivas (en las que participen directivos, docentes, tutores, sociedad de alumnos e interesados en general).

En este modelo educativo constructivista y basado en competencias con el cual trabaja la Facultad de Enfermería es necesario apuntar a la educación integral y favorecer en los estudiantes las posibilidades de desarrollo profesional y personal que incluyan las diferentes áreas que lo componen como individuo, desde un enfoque holístico.

Que las actividades incluyan una evaluación motivacional y de satisfacción profesional, distinción de condicionantes personales y situacionales que impiden una permanencia del todo satisfactoria en la universidad, exploración de las alternativas sociales y profesionales que tiene actualmente Enfermería, estudio de mercado y buen desarrollo en las prácticas profesionales, propiciar la socialización y comunicación óptima, fomentar el trabajo en equipo colaborativo.

Se precisa orientar y adaptar los contenidos del proceso formativo a la constitución de una Identidad Profesional más sólida. Por ello es necesario

unir esfuerzos y orientar acciones coordinadas como institución educativa e instituciones de salud a que se garantice formación integral a estudiantes comprometidos con su actuar profesional.

El estudiante recién egresado reconozca a partir de la reflexión y elaboración de una autobiografía si esta elección profesional fue a conciencia y que elementos influyeron en esa toma de decisión.

6.4 Evaluación del acompañamiento individual y grupal

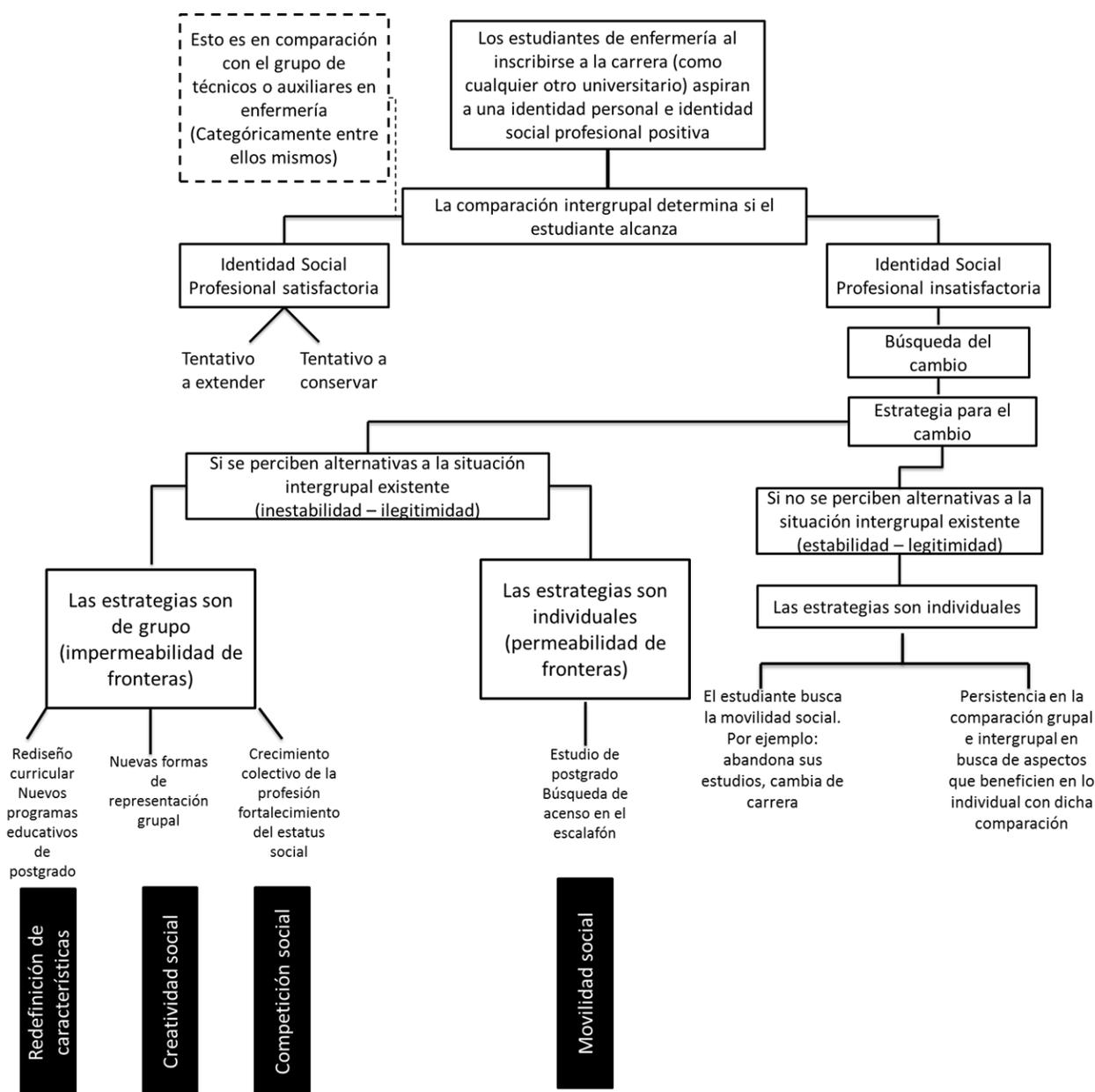
Revisión de los estados académicos, de la conclusión de estudios favorables y la inserción al ámbito laboral. La coordinación de Seguimiento de Egresados, los tutores e instituciones de Salud pública pueden evaluar como se dio el proceso de empoderamiento profesional por las cifras que arrojen en sus encuestas que consideren el grado de satisfacción profesional, la iniciativa e inserción laboral de los profesionales de la salud.

El realizar observaciones sistemáticas sobre el comportamiento de los estudiantes, desde su proceso de admisión, su ingreso, su proceso formativo, su estancia en prácticas profesionales y servicio social, así como su egreso e inserción laboral garantizan que exista una formación consiente, influida por intereses y convicciones personales, gustos afiliaciones motivados por las características propias de su profesión. Además anticipa y prevé que los futuros profesionales de la salud sean profesionales satisfechos y comprometidos socialmente.

Es muy importante reconocer que la formación básica de los profesionales de la salud ha de contemplar en su plan curricular objetivos, contenidos y metodologías adecuados para desarrollar en el ámbito profesional: que hagan referencia a la apropiación de un rol profesional, el compromiso social, y la satisfacción laboral plena gracias a un empoderamiento profesional.

El reconocimiento social que se tenga del profesional de enfermería habrá de reajustarse en la medida que al interior del gremio surja un reconocimiento

profesional y satisfacción social. Se contribuye así desde un modelo psicosocial a la colaboración real de individuos y grupos en el ámbito de educación superior para el logro pretendido de desarrollo profesional, que favorezca el fomento de actitudes cooperativas entre profesionales de la salud y sociedad.



Esquema 2. Teoría de la identidad profesional en enfermería. (Traducción del esquema de la Teoría de la Identidad Social de Taylor y Moghaddam 1987).

COMENTARIOS FINALES

El acercamiento a la construcción de identidad profesional en enfermería que se esbozó en este trabajo más que una crítica es un rescate de la debilidad con la posibilidad de mejora.

No se trata de que los estudiantes y profesionales de enfermería se sientan aludidos en lo negativo con respecto a su decisión profesional, sino se vuelve una gran oportunidad para que alguien externo y desde una mirada psicosocial, les recuerde las opciones de crecimiento que como disciplina y profesionales de la salud tienen.

Hoy en día las exigencias del mundo laboral no se sostienen fuera de fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos, transdisciplinares, muy al contrario los fomentan. Por ello, hace falta precisar las estrategias que le posibiliten a enfermería la redefinición y logro de un estatus profesional que la historia les ha negado, y precisamente recuperando su historia se obtendrá lo que por tanto tiempo sus profesionales han trabajado.

Las distinciones académicas, los prejuicios y estereotipos sociales, las condiciones despectivas de la profesión y su estatus de inferioridad, se eliminarán al paso que hay un reconocimiento del estancamiento disciplinar en el que históricamente se posicionaron a *sí mismos*. Los planteamientos teóricos de posturas psicosociales abordadas a lo largo de esta tesis, la teoría de identidad social y las comunidades de práctica principalmente, deben posibilitar que los actores que participan en la formación profesional de enfermería, incluidos ellos mismos, le reconozcan y modifiquen las estructuras de referencia que más adelante den paso a la identidad profesional.

La identidad en su transcurso de definición es de carácter individual pero producto de los procesos colectivos. La comunidad práctica, hoy por hoy,

debe generar a su gremio formas cognitivas de definirse, de valorarse y sentirse.

Las acepciones que la sociedad le atribuya se modificaraán al tiempo que el endogrupo las modifique. Para ello habrá que sumar esfuerzos de distintas comunidades de práctica sobre todo de aquellas que participan en colaboración durante la formación y ejercicio profesional.

El modelo de intervención puede operar a través del curso propedéutico planificado para el proceso de admisión, los contenidos temáticos estipulados en planes curriculares pertinentes pero la mentalidad de los profesionales de enfermería de grado es el motor para que la estructura se modifique y fortalezca.

Este trabajo es una propuesta, un homenaje a hombres y mujeres que pese a la discriminación social día con día se enfrentan incluso a su propia insatisfacción para participar del proceso salud enfermedad de sus pacientes. A todos aquellos profesionales que tienen que lidiar a las exigencias institucionales de limitaciones y condiciones de sumisión. A quienes los conflictos intergrupales les desmotivaron a generar cambios, a trabajar en colectivo.

La propuesta para el fortalecimiento de la identidad profesional en enfermería abordada en el último capítulo de esta tesis, es sólo un bosquejo para su análisis, adecuación y en su caso apropiación por parte de la comunidad práctica aludida. El esquema de intervención es modificable es un borrador para que se construya por aquellos interesados en la construcción de identidad profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, E. (1994) Sujeto y Discurso. El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-226). Madrid: Editorial Síntesis.

Arendt, H. (1996). *La condición humana*. Barcelona: Paídos.

Bandura, A. y Walters, R. (1963) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.

Basaglia, F. (et. al) (1979). *Razón, locura y sociedad*, México: Editorial Siglo XX, 2ª. (pp.35-55).

Bedacarratx, V. (2002) Implicación e intervención en la investigación social. *TRAMAS*. UAM-X MÉXICO, 18-19, pp. 153-170.

Bixler, G. y Bixler, R. (1959) The profesional status of nursing. *American Journal of Nursing*, no. 59, pp.730-735.

Blumer, H. (1982) *Interaccionismo simbólico: perspectiva y métodos*. Barcelona: Editorial Hora.

Bostridge, M. (2008). *Florence Nightingale: The Woman and Her Legend*. London: Viking.

Bourhis, R. Y. y Leyens, J-P. (1996) *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos*. J.F. Morales y D. Páez (Eds.). Madrid: McGraw Hill.

Cárdenas, L. (2007). Construcción de la Identidad de Enfermería: Una visión bajo el curriculum oculto. *En Revista Uruguaya de Enfermería* Vol. I, no. 2. pp. 13-19.

- Codina, N. (2004) Aproximación metodológica a la complejidad del self. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*-2004, vol. 38, num. 1. pp. 15-21.
- Cooley, C. (1902) *Naturaleza humana y orden social*. New York: Scribners.
- Corona, J. (2007) *La irrupción de la subjetividad moderna*. Guanajuato, México: Pliego filosofía.
- Cortina, A. (1996) *Ética de las profesiones*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Cudicio, C. (1992). Cómo Comprender la PNL. *Introducción a la Programación Neurolingüística*. España: Ediciones Granica.
- Deci, E. L. (1975) *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Doron, R. y Parot, F. (2008) *Diccionario de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal pág. 512.
- Erikson, E. (1972) *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erikson, E. (1983) *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Horme-Paidós.
- Esteban Albert, M. (1992) *La construcción de una disciplina*. Sevilla: AEED.
- Flexner, A. (1915) Is social work a profession?. Ponencia presentada en: the National Conference on Charities and Correction. New York. E.U.A.
- Freud, S. (1890) El tratamiento psíquico. En J. Strachey (Ed.) (1960) *Obras completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. En J. Strachey (Ed.) (1960) *Obras completas*, Vol. XVIII. Argentina: Amorrortu editores.
- Gardner, H. (1995) *Inteligencias Múltiples: La teoría en la práctica*. Barcelona: Editorial Paidós.

Giddens, A. (1991) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

Goffman, E. (2008) *Estigma. La identidad deteriorada*. (2ª. ed.) Buenos Aires: Amorrortu editores.

Goleman, D. (1998) *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.

Heider, F. (1958) *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Iñiguez, L. (2001) *Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual*. En E. Crespo y C. Soldevilla (Eds.) (2001). *La construcción social de la subjetividad*. Madrid: Catarata.

James, W. (1994) *Principios de Psicología*. México: Fondo de cultura económica.

Kuhn, M.H. y McPartland, T.S. (1954) An empirical investigation of self-attitudes. *American Sociological Review*, no. 19. pp. 626-633.

Linde, C. (1993) *Historias de Vida: La creación de la coherencia*. Nueva York: Prensa de la Universidad de Oxford.

Loo, I. (2003). La Identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en Enfermería. En *Revista IMSS* Vol. XI. No. 1. México. pp.49-54.

López, P. Gatazketarako bitarkekaritza zentroa. Consultado el: 22 de marzo 2012. Disponible en:
<http://www.bakelan.net/zarautz/gestion/archivos/EI%20efecto%20Pigmalion.df>

Lucas, S. (1998) *La Orientación profesional en escuelas-taller: Intervención Psicosocial*. TABANQUE, Valladolid. nº. 12-13. Pp. 141-151.

Mario, C. (2006) Definición de Empresa Teoría de las organizaciones. *Pinamar. Telpin* Consultado el: 17 de Mayo del 2011. Disponible en: <http://www.telpin.com.ar/interneteducativa/Proyectos/2006/LASEMPRESAS/Pagina%204.htm>

Maslow, A. (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review*, no. 50. pp. 370-396.

Maya, M.C., (2003). Identidad Profesional. En *Revista Medellín*. Colombia, Vol. XXI no.1. Pp.56-62.

McClelland, D.C. (1961) *Power. The inner experience*. New York: Irvington.

Mead, G.H. (1972) *Mind, self and society*. The Univ. of Chicago Press, Chicago.

Pérez Loredó, L. (1992) Notas sobre el proceso histórico-social de enfermería. En *Revista de enfermería del IMSS*, vol. 5, núm 1. pp. 45-47, Recuperado el 10/de junio 2011, disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/1AA86BAA-2132-4FE2-BD4E-0A74F1065227/0/1_4547.pdf.

Pichón Riviére, E. (1999) *El proceso grupal*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Plaza, L. (2009). En el Programa de Práctica y Docencia Clínica: Práctica IV Atención a la madre, niño y adolescente, del Plan Curricular de la Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería UAQ. México.

Pujal i Llombart, M. (et all) Ibañez, T. (coord.)(2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Ed. UOC.

Roger, H.D. (1984) *La política del desarrollo mexicano*. México: Siglo XXI.

Rubio Arribas, J. (2005) El prejuicio y el lenguaje como factores de discriminación en la discapacidad. *Nómadas, Revista Crítica de ciencias sociales y jurídicas*. Madrid 11-2005/1.

Sánchez, B. (2002). Identidad y empoderamiento de la profesión de Enfermería. *En Avances en Enfermería*. Colombia.

Sánchez, S. (Edt.). (1995). *Diccionario de Ciencias de la Educación*. México: Santillana.

Santayana y Borrás, J. (1905) La vida de la razón. Volúmen: 1 *La razón en el sentido común*. Tecnos 2005.

Saussure, F. (1983) *Curso de Lingüística General*, Alianza Editorial, Madrid.

Sennett, R. (2009) *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.

Sullivan, L. (1993) *Imagining Communities, Imagining Selves: Constructing Japanese Americanes in a San Joaquin Valley City*, tesis doctoral Universidad de California. En E. Wenger (2001) *Comunidades de práctica: Aprendizaje, significado e identidad*. México: Ed. Paídos.

Tajfel, H. (1974). *Social identity and intergroup behavior*. Social Science Information. London: Academic Press.

Tajfel, H. (1978) *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. Londres: Academic Press.

Tajfel, H. y Turner. J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W.G. Austin y S. Worchel (Eds.) *The social psychology of intergroup relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Tajfel, H. y Turner. J.C. (1989) La teoría de la identidad social de la conducta intergrupal. En J.F. Morales y C. Huici (eds.) *Lecturas de psicología social* Madrid: UNED.

Tirado, F.J. En M. Pujal i Llombart (et all) T. Ibañez, (coord.)(2004). Introducción a la Psicología Social. Barcelona. Ed. UOC.

Turner, J. (1979) Categorización grupal y discriminación social del paradigma del grupo mínimo. En H. Tajfel (1978) *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations* Londres: Academic Press.

Turner, J. (1990) *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Ediciones Morata.

Vargas, C. (1986). Organización de los servicios de enfermería y sus niveles jerárquicos. México. Consultado el: 24 de febrero 2012. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05092001.pdf>

Venegas, B. C., Barrera, J. (et. al.) (2007) Construcción de identidad profesional en estudiantes de enfermería. Universidad del Bosque Colombia. *Revista colombiana de enfermería*. Vol. 3 Año 3. Pp. 33-43.

Vygotsky, L. (1960) *Desarrollo de las funciones psicológicas superiores*. Moscú: APN RSFSR.

Wallon, H. (1959) Papel del otro y conciencia de sí, en *Enfance*. Evry. No. Especial.

Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona: Paidós.

Wittgenstein, L. (1988) *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica.

Wolcott, H. (1995) Sobre la intención etnográfica. En H. Velasco, F.J. García y A. Díaz de Rada. *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Trotta. Madrid.

Zueras, P. (2010) Reseña de la Historia de la Enfermería. Universidad Panamericana Campus México. Consultado en:

<http://enfermeriaupmexico.blogspot.com/2010/05/resena-de-historia-de-la-enfermeria.html> fecha de consulta: 10 de Junio del 2010.