

División de Ciencias Sociales y Humanidades
Postgrado en Estudios Sociales



**De la Identidad Institucional a la figura de estatus
en la profesión de enfermería**

**Un estudio de caso con las enfermeras del Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

Tesis que presenta:
Hedalid Tolentino Arellano
Para obtener el grado de Maestra en Estudios Sociales
en la Línea de Estudios Laborales

Directora de tesis
Dra. Rocío Guadarrama Olivera

México D. F. Mayo de 2006

Agradecimientos

Son muchas las personas que me han ayudado hasta la consecución de este reto denominado Maestría en Estudios Sociales. Por ello, me encuentro inevitablemente endeudada y aprovecho pues para agradecerles y brindarles mi reconocimiento en este espacio.

Quiero manifestar mi agradecimiento al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán por abrirme sus puertas y ver en este trabajo un interesante aporte para conocer a una parte esencial de esa Institución: *las enfermeras*, a ellas gracias por brindarme todo su apoyo, la mayor riqueza de este trabajo la debemos a sus valiosas narraciones referente a su vida laboral.

Me gustaría destacar a dos personas: *José Luis Torres Franco* y *Rocío Guadarrama*, quienes me han dirigido con buen éxito desde mi licenciatura en esta laboriosa tarea que es la investigación social. Las largas sesiones de discusión, sus comentarios y su paciencia en la lectura de cada uno de mis borradores han constituido sin duda la experiencia más importante en mi formación académica. Mucho de lo que sé de esta difícil profesión lo he aprendido trabajando a su lado. A él y ella debo la firme decisión de que Sociología y Estudios Laborales han sido una buena opción.

A *Graciela* y *Miguel*, por su interés, confianza y apoyo manifestado en todo lo que hago, para ella y él, como siempre, mi gratitud. A *Sofía* y *Alma Victoria* que son el vivo ejemplo de una nueva forma de ser mujeres con una actitud ante la vida de libertad y responsabilidad por el solo hecho de existir y ser.

A mis grandes amigos y amigas, especialmente a *Germán*, *Patricia*, *Yvone*, *Carlos*, *Alfonso*, *Yanelly* y *Ruvi*, ya que de cada cual, a su manera, he recibido una generosa ayuda. A *Israel* y *Alejandro* que me ayudaban a entender con sencillez y claridad la enormidad de huecos teóricos que me acaecían y principalmente por sacarme de las broncas debido al inglés. A los excelentes amigos y amigas que el postgrado me ha dado, de forma especial a *Marco Tulio*, gracias a él algunas cuestiones relacionadas con la economía ya no me dan dolores de cabeza y a *Héctor* por enseñarme que el amor aún furtivo y efímero vale la pena vivirlo.

Este trabajo está dedicado a *Enrique Ruiz*, "el acontecimiento fundamental de mi existencia... el férreo y verdadero amor esencia". La dedicatoria intenta expresar, todavía sin lograrlo de manera aceptable, mi gratitud por su apoyo incondicional, su comprensión generosa y su tolerancia infinita a mis pretensiones profesionales y personales.

Gracias *Enrique* y aunque ya no estás físicamente entre nosotros, sé que estás conmigo en todas partes y en todo momento. Sin ti ya no estoy completa, ya nada es igual; sin embargo, me dejas ese entusiasmo de hacer lo que queramos siempre por uno mismo y no tener miedo a la vida, es más vivir cada día como si fuera el último, entender que por más que uno forje su camino hay cosas que la vida nos da y que también nos las quita y a pesar de todo ser perseverante, buscar y lograr todo que uno desea. Dicen que la vida se hace al contarla y se precisa aún más cuando se escribe, entonces para que no lo borre el tiempo: te escribo *Enrique* para traerte de vuelta a mi vida.

Hedalid Tolentino Arellano
México, D. F. Mayo de 2006.

Índice General

Introducción	7
Capítulo I	
Las identidades genérico-profesionales de las mujeres en espacios laborales feminizados.- Precisiones teóricas	
Introducción	15
I.1. Cultura e identidad en el mundo laboral	16
1.1. El concepto de cultura	16
1.2. De las teoría de la cultura a las culturas laborales	20
1.3. El enfoque de la identidad	27
1.4. La identidad profesional	32
I.2. Las mujeres y el trabajo: principales perspectivas teóricas.....	37
2.1. La identidad de género de las mujeres	38
2.2. La relación mujer y trabajo	42
2.2.a. Los estudios sobre el trabajo doméstico	44
2.2.b. Los estudios sobre el trabajo asalariado	45
2.2.c. Las nuevas conceptualizaciones sobre el trabajo de las mujeres	47
Capítulo II	
Un análisis del contexto: la ocupación femenina en México y el panorama histórico, educativo y laboral de la enfermería	
Introducción	51
II.1. La ocupación femenina en México	53
II.2. El trabajo femenino en el sector servicios	61
II.3. Panorama laboral de la enfermería en México	65
3.1. Cómo están ubicadas las y los enfermeros.....	65
3.2. Principales aspectos demográficos y profesionales de la enfermería.....	72
III.4. Evolución de la formación de enfermería en México: estructura del sistema educativo	76
4.1. Niveles educativos en enfermería	83
II.5. La escuela de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición	86
5.1. El decálogo de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición	88

Capítulo III

La construcción de la identidad genérico-profesional en la enfermería : Un estudio de caso con las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición

Introducción	91
III.1 El estudio de las dimensiones estructurales y subjetivos en la investigación de la relación mujer y trabajo: diseños metodológicos mixtos.....	92
III.2. Características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición	102
2.1. Perfil sociodemográfico y familiar	104
2.2. Ingresos mensuales de las enfermeras	109
2.3. Los perfiles profesionales.....	110
2.4. Trayectorias laborales	114
2.5. la enfermera ideal	119
III.3. Orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería en el Instituto Nacional de Nutrición	124
3.1. Orientación profesional	127
3.2. Experiencias, conocimientos y aprendizajes en la escuela de enfermería	130
3.3. La práctica profesional: el <i>puente</i> entre ser estudiante y profesionista	134
3.4 El ejercicio de la profesión	136
3.5. Relaciones en el lugar de trabajo:	139
3.6. Identidad subordinada	140
3.7 Los trabajos de cuidado en enfermería: ser mujer, humanitaria, con conocimientos científicos, prácticos y experiencia	142
3.8. Profesionalización y profesionalismo en enfermería: las de élite y las de base.....	146
Conclusiones	
De la identidad institucional a la figura de estatus en las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición	155
Bibliografía	162
Anexos	
1. Instrumentos para la recolección de la información	170
2. Cuadros estadísticos y gráficas del capítulo III	183
3. Cuadro resumen de las enfermeras entrevistadas	192
4. Sistema de codificación de las entrevistas a profundidad	194

Introducción

*“La época de la mujer sujeto conjuga discontinuidad y continuidad, determinismo e impredecibilidad, igualdad y diferencia; la tercera mujer ha conseguido reconciliar a la mujer radicalmente nueva y a la mujer siempre repetida”
(Gilles Lipovetsky, 1999:12)*

La presencia de las mujeres en los mercados de trabajo en México se ha incrementado de manera continua en las últimas décadas. En el año 2000 la tasa de participación fue de 36.4% (ENE, 2000), magnitud que representa más del doble del valor exhibido en 1970 que fue de 17.6%. Sin embargo, esta incorporación se ha dado principalmente en las diversas ramas del sector servicios, desempeñando las ocupaciones y profesiones típicamente femeninas como secretaria, enfermera, maestra, mesera, etc. (Ariza y Oliveira; 2002; Blanco y Pacheco, 2002; Brígida y Oliveira, 1992; Blanco, 1995)

Este constante señalamiento sobre el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo es uno de los elementos cruciales en la tarea de hacer visibles a las mujeres en la esfera laboral y nos sugiere la importancia de estudiar las profesiones altamente feminizadas como la enfermería.

El interés por la enfermería tiene que ver precisamente con el carácter femenino que se le atribuye a esta profesión, ya que la población dedicada a prestar servicios de cuidado y atención de enfermos asciende a 302,034 y de ésta el 90.5% son mujeres (INEGI, 2004), además porque resulta de primordial importancia hacer notar que según datos de la Dirección General de Información en Salud, para el año 2003 el personal de

enfermería representaba el 35% del total de trabajadores dedicados a la atención a la salud en México¹.

Con todo, existe un déficit de enfermeras. Esta escasez del personal de enfermería a nivel mundial ha hecho que organismos como la Organización Mundial de la Salud realice una serie de recomendaciones para el fortalecimiento de la enfermería. En México estamos hablando de una disminución paulatina del interés por estudiar la carrera; una deserción de profesionales de enfermería hacia otras carreras con mayor reconocimiento económico y social; jubilación del personal activo y un éxodo de licenciadas en enfermería hacia otros países.

Para hacer frente a esta situación crítica de la profesión, en varias instituciones dedicadas a la formación de enfermeras se encuentran ante la necesidad de reestablecer una identidad profesional, valorar la formación universitaria y fortalecer el compromiso de la enfermería con las necesidades de salud.

Ahora bien para fines de una primera y básica descripción de la situación social de este grupo profesional encontramos una serie de características que la determinan: el ser una profesión femenina; la procedencia social de sus miembros predominantemente de estratos bajos; la naturaleza no universitaria de la mayoría de sus programas de estudio; la supeditación de su práctica al médico; el bajo nivel de su remuneración y el carácter cautivo del ejercicio de su profesión. (Martínez, 1993; Pérez, 1993; Dirección General de Estadística y de Informática de la Secretaría de Salud, 1996; Hernández, S. F.)

¿Por qué es una profesión femenina? Se considera que atender la salud, son necesarios ciertos rasgos atribuidos a las mujeres, y éstos son proyectados sobre la práctica de la enfermería; tales como: instinto maternal, sensibilidad al dolor, delicadeza, cariño, abnegación, paciencia, lealtad, habilidad, espíritu de sacrificio, capacidad de observación y disciplina. Es por ello que la ideología discursiva con la que se trata a la enfermería mexicana enfatiza que sólo la mujer puede desempeñar las tareas de caridad, amor y sacrificio que requiere esta profesión.

¹ En esta categoría se incluyen a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, intendencia y otros. Si tomamos únicamente a los médicos y enfermeras como trabajadores de atención a la salud vemos que la enfermería ocupa un 55.48% del total.

Según Martínez (1993), hasta finales de los años cincuenta sólo existían dos profesiones a las que podían acceder las mujeres de estratos sociales bajo y medio: el magisterio y la enfermería. Estos eran los dos canales principales de movilidad ascendente que tenían las mujeres a través del sistema educativo. No es sino hasta hace poco más de tres décadas cuando la mujer fue aceptada de manera más amplia en algunas carreras universitarias. En consecuencia las mujeres que tenían la oportunidad de estudiar una profesión optaban por una carrera universitaria en lugar de cursar la de enfermería que no tenía ese rango. Puede suponerse por otra parte, que las mujeres que fueron accediendo a la universidad pertenecían en general a estratos superiores a las que optaban por carreras como la enfermería de la cual no se requería del bachillerato y su acceso al mercado de trabajo era mucho más rápido.

En resumen, tratamos de explicar que entre más se baja en la escala social son menos las oportunidades de estudio de las mujeres y están más relacionadas con las funciones o actividades definidas como femeninas.

Además, a las diversas profesiones relacionadas con la atención de la salud se les asignan valoraciones diferentes según la manera como participan en el mantenimiento, restitución y reproducción de la fuerza de trabajo.

En cuanto a la naturaleza de muchos de sus programas de estudio, sabemos que a partir de la segunda mitad de los años ochenta en las universidades se implementa la licenciatura en enfermería; paralelamente a ello, subsisten escuelas no universitarias, lo que hace que se le siga viendo como una carrera de segunda.

Aunado a estas características encontramos la subordinación de esta profesión al quehacer médico. La división sexual del trabajo prevaleciente en este campo establece una separación entre profesionistas dedicados a la atención a la salud, que evalúa a la enfermera como el “complemento” o “la ayudante” del médico. Incluso en su origen como carrera formal, la enfermería es propuesta, organizada y dirigida por médicos; todavía en 1985 la tercera parte de las escuelas tenían médicos como directores. La supeditación de

la carrera es reflejo de la práctica, en la cual la enfermera presta al médico un servicio indispensable, como mano de obra barata, manual, dócil y disciplinada.

Por otra parte, la evolución histórica de la enfermería muestra que a lo largo del tiempo han variando la amplitud y especialización de sus funciones, no sólo por su confrontación con la profesión médica, sino también por su interrelación con otras varias profesiones que intervienen en la atención de la salud: dietista, terapeuta, trabajo social, psicología, administración de hospitales, etc. Esta relación de la enfermería con otras áreas profesionales las lleva, como decimos al inicio, a especializar sus funciones acorde a esas áreas.

Esta situación de subordinación se refuerza con la baja remuneración de los servicios de enfermería, que tiene que ver precisamente con el tipo de tareas que realizan que las hace ver como proveedoras de mano de obra barata, eficiente y disciplinada para la atención de la salud, y de la debilidad política y organizativa del gremio de enfermeras.

Finalmente, el mercado de trabajo de enfermería está confinado a los límites del sistema de salud. Dentro de éste existen instituciones públicas y privadas de diverso carácter y con diferencias institucionales marcadas, pero todas ellas establecen lineamientos que determinan el empleo de la enfermera. El ejercicio libre de la profesión es prácticamente imposible.

Estos límites están también impuestos y vigilados por el médico y contribuyen a mantener el carácter subalterno de la profesión. Los causes de ascenso y superación profesional están asimismo preestablecidos por los requerimientos del sistema de salud. Las escuelas ajustan la formación de la enfermera a ese mercado preestablecido.

Estas características las debemos de considerar no aisladamente, sino como un conjunto interrelacionado en el que unas refuerzan a las otras y se entrelazan. Además, como toda profesión también ha generado una identidad específica que tiene que ver con el ideal de servicio y de ayuda a sus semejantes, aspecto importante en la formación profesional de las enfermeras que cohesiona al grupo profesional de enfermería con intereses, valores y normas comunes.

Esta descripción inicial sobre la enfermería en México nos sirve como punto de partida para proponer un enfoque analítico sustentado en el estudio de las identidades profesionales con una perspectiva de género. Este enfoque nos remite específicamente a la corriente de los estudios que analizan la relación entre género y trabajo desde sus expresiones micro, es decir, desde la experiencia de las propias mujeres.

De acuerdo con ello, tratamos de analizar el trabajo productivo de las enfermeras en su significado como experiencia de su situación del trabajo². Para ello, ahondamos en dos cuestiones fundamentales:

- (1) El tema de las *orientaciones hacia el trabajo*, con una mirada que nos revele las motivaciones que empujan a las mujeres fuera de la casa y los recursos materiales y simbólicos que intervienen en sus decisiones.
- (2) El tema de la *centralidad del trabajo remunerado* en la experiencia de vida de las enfermeras y sus potencialidades liberadoras.

Desde esta perspectiva, nos hacemos las siguientes preguntas:

- ¿Hasta qué punto las mujeres que estudian enfermería “optaron” por esta profesión y cuáles fueron las motivaciones y elementos decisivos para esta elección?
- ¿Qué lugar ocupa el trabajo en su experiencia de vida?
- ¿Qué relación hay entre el tipo de profesión desempeñada y el género para la formación de su identidad?

² Es importante señalar que este enfoque se ha construido colectivamente en el seminario permanente sobre culturas e identidades laborales y de género coordinado por Rocío Guadarrama Olivera y José Luis Torres Franco, Profesores Investigadores del Posgrado en Estudios Sociales, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.

- ¿La enfermería es una simple prolongación del papel tradicional de la mujer o existe realmente una posibilidad de que sus actividades sean reconocidas profesionalmente dentro del modelo médico dominante?
- ¿La práctica profesional de la enfermería puede llegar a concretarse en una identidad profesional entre las mujeres?

De manera particular, pretendemos analizar *el proceso de construcción de la identidad genérico – profesional de las enfermeras*: cómo ellas perciben, definen y significan su formación, orientación y práctica profesional, relacionada siempre con ciertas imágenes de género.

De forma específica nos interesa:

- Analizar el proceso de formación escolar de las enfermeras: qué grados educativos tienen, qué especializaciones y cursos de capacitación
- Indagar sobre su mercado de trabajo
- Caracterizar a las enfermeras a partir de su formación educativa y laboral
- Estudiar la construcción de su identidad profesional a partir de su orientación y práctica profesional.

Para abordar esta problemática realizamos un estudio de caso sobre las *enfermeras del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán* (a partir de aquí: *Instituto Nacional de Nutrición*) Este Instituto es el laboratorio ideal para este estudio por su carácter de instituto – escuela. En el caso de la enfermería, cuenta con la escuela de enfermería *María Elena Maza Brito*. Esta escuela tiene 41 años de labor en los que se han graduado más de 500 enfermeras, muchas de las cuales ocupan puestos de jefas, supervisoras y profesoras en distintas instituciones sanitario – asistenciales y en el mismo hospital del Instituto. En esta escuela, además, se imparte un posgrado en enfermería.

Nos pareció importante desarrollar la investigación en este Instituto, dado que pertenece a uno de los diez Institutos Nacionales de Salud, es decir a la red de Institutos

– escuela de mayor prestigio en el país. Su ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación, capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad.

El Instituto Nacional de Nutrición es un organismo público descentralizado y coordinado por la Secretaría de Salud, a través de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud. Es una institución médica de tercer nivel por tanto, realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, propósito que se logra gracias a la calidad de su personal médico y a la alta tecnología de sus instalaciones.

A partir de las consideraciones hechas hasta aquí y las preguntas enunciadas, la tesis se divide en tres capítulos y las conclusiones. En el primer capítulo abordamos de manera muy general el tema de la cultura, el cual consideramos de gran relevancia para poder interpretar cuestiones relativas al trabajo en tanto relación social a partir de la cual delimitamos los conceptos más específicos de cultura laboral y de orientación hacia el trabajo que nos permiten analizar las subjetividades de las enfermeras. Exploramos también las potencialidades del estudio de las identidades sociales para el análisis de los significados del trabajo, principalmente la postura de Claude Dubar sobre los procesos identitarios. A partir de este autor analizamos el proceso mediante el cual el sujeto define desde sí mismo y desde otros su identidad profesional y de género. Finalmente analizamos cómo es que se ha estudiado el tema de trabajo desde una perspectiva de género; desde las principales perspectivas teóricas en el debate sobre mujeres y trabajo en donde se abordan temas relacionados con el trabajo doméstico, el trabajo asalariado y el enfoque que trata de la relación entre ambos.

En el capítulo segundo desarrollamos desde una óptica macrosocial, una breve descripción de la situación laboral de las mujeres en nuestro país en las últimas décadas, el trabajo femenino en el sector servicios. Describimos en términos generales la situación laboral de la enfermería en México y los rasgos demográficos y profesionales de las trabajadoras de este sector. Asimismo, damos cuenta de la evolución de la formación de

enfermería en México y la estructura del sistema educativo, para concluir con una panorama general de la escuela de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición.

En el tercer capítulo se presenta la propuesta y estrategias metodológicas que orientaron el problema de investigación en dos temas: 1) especificamos la validez de los diseños mixtos de investigación para los estudios de la relación mujer y trabajo, y 2) describimos la estrategia metodológica que se llevo a cabo en el desarrollo de esta investigación.

De igual forma presentamos los hallazgos más relevantes del trabajo de campo en dos apartados: las características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición donde abordamos cuatro líneas principales: el perfil sociodemográfico y profesional de las enfermeras, su trayectoria laboral anterior y dentro del Instituto de Nutrición. Y el tema referido al modelo ideal de la “Enfermera”.

A partir de esta caracterización, en tercer apartado de este capítulo abordamos los aspectos subjetivos de la profesión. Particularmente se consideran las siguiente dimensiones de análisis: 1) La orientación profesional que incluye factores como la elección profesional y de la escuela, 2) los conocimientos y aprendizajes en su estancia escolar. 3) las prácticas profesionales que constituyen un puente entre la etapa de estudiante y el ejercicio pleno de la profesión; 3) El ejercicio de la profesión, donde analizamos la inserción, ascenso y continuidad en el trabajo, 4) los trabajos de cuidado en enfermería: ser mujer, humanitaria, con conocimientos científicos, prácticos y experiencia; finalmente 5) profesionalización y profesionalismo en enfermería: las de élite y las de base, donde tocamos el tema del profesionalismo en las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, comenzamos el análisis con la profesionalización para concluir con la orientación y significado que ellas dan a su profesión.

Finalmente, concluimos este trabajo con las reflexiones generales en las cuales tratamos de relacionar entre sí los resultados empíricos obtenidos con las preguntas y el objetivo planteado al inicio de la investigación.

Capítulo I

Las identidades genérico - profesionales de las mujeres en espacios laborales feminizados.- Precisiones teóricas

Lo que convierte al estudio de género en algo desafiante y potencialmente muy fructífero es la visión que ofrece de lo que sucede al interior de los sistemas sociales y culturales (...) aprender acerca de las mujeres (...) el estudio del género es una forma de comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad sino como una parte integral de ella. (Lamas, 2003:33)

Introducción

En este primer capítulo se revisan las líneas teóricas que sustentan nuestra investigación, particularmente los aspectos seleccionados con la identidad genérico – profesional de las enfermeras en el campo socio – cultural y señalar su pertinencia.

El capítulo está estructurado a partir de las líneas teóricas que consideramos relevantes para este estudio. En el primer apartado, *cultura e identidad en el mundo laboral* comenzamos con un análisis muy general del concepto de cultura a partir del enfoque estructural de Thompson (1993). Puestos en este camino exploramos conceptos de cultura laboral, identidad e identidad profesional, éste último a través del autor francés Claude Dubar.

En el segundo apartado, *la identidad de género de las mujeres*, se hace la mención de que la investigación se orienta hacia los estudios con enfoque de género, dado que este estudio trata sobre el trabajo femenino y tiene como base el estudio de los procesos de formación de identidades profesional y de género. Se analizan las principales perspectivas teóricas en el debate sobre las mujeres y el trabajo como son el trabajo doméstico, el trabajo asalariado y el enfoque que trata de la relación entre ambos trabajos.

I.1. Cultura e identidad en el mundo laboral

A partir de la vasta literatura revisada sobre el tema, hemos llegado a la conclusión de que ante la creciente diversidad de lo laboral ha llevado a los estudiosos a indagar sobre temas relacionados con el contenido simbólico del proceso de trabajo, de la orientación de los individuos hacia el trabajo, la construcción de las identidades laborales y profesionales, etc. a partir de conceptos como el de cultura obrera, subcultura de clase, cultura del trabajo o cultura laboral.

Es por ello que en esta investigación, al hablar de las identidades profesionales, creemos conveniente remitirnos a la cultura laboral entendida como un proceso de producción, transmisión y apropiación de significados en contextos históricos y sociales específicos, lo cual nos lleva a comenzar este capítulo desentrañando el concepto mismo de cultura.

1.1. El concepto de cultura

El concepto de cultura es notoriamente complejo y posee una larga historia en diferentes disciplinas. Para los propósitos de esta investigación, distinguiremos, a la manera de J. B. Thompson (1993), cuatro usos básicos, los cuales se refieren a las concepciones clásicas, descriptivas, simbólicas y estructurales.

La concepción clásica de la cultura se refiere a las primeras discusiones donde el término cultura se usaba para referirse a un proceso de desarrollo intelectual o espiritual, proceso que difería en ciertos aspectos del de civilización. A grandes rasgos esta concepción supone que “la cultura es el proceso de desarrollar y ennoblecer las facultades humanas, proceso que se facilita por la asimilación de obras eruditas y artísticas relacionadas con el carácter progresista de la era moderna”. (Thompson, 1993)

Un cambio decisivo se presentó a finales del siglo XIX, con la incorporación del concepto cultura a la naciente disciplina de la antropología. Este concepto se adaptó a las tareas de la descripción etnográfica que se interesaba más por descifrar las costumbres,

prácticas y creencias de distintas sociedades. De esta forma, el concepto de cultura se convierte en un elemento central en la literatura antropológica. Sin embargo, son bastos los usos, los vínculos y los métodos diferentes con que es usado, por ello Thompson (1993) nos propone dos empleos básicos: la concepción descriptiva y la concepción simbólica que se le da al concepto.

La concepción descriptiva de la cultura, se refiere al conjunto diverso de valores, creencias, costumbres, convenciones, hábitos y prácticas características de una sociedad particular o de un periodo histórico y que se puede estudiar de una manera científica. Uno de los autores más representativos de este enfoque es E. B. Taylor, quien nos dice “la cultura o civilización, tomada en su sentido etnográfico amplio, es esa totalidad compleja que abarca el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres y cualesquiera otras habilidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. La condición de la cultura entre las diversas sociedades de la humanidad, en la medida en que se puede investigar a partir de principios generales, es un tema propicio para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción humanas”. (Taylor, Edward B, 1903, citado por Thompson, 1993) Esta definición contiene los elementos clave de la concepción descriptiva de la cultura, desde un punto de vista evolucionista.

Otro autor importante en esta corriente es Malinowski, adoptó en sus escritos una teoría de la cultura que consistía en desarrollar un enfoque funcionalista acerca de ella en la cual los fenómenos culturales se pudieran analizar en términos de la satisfacción de las necesidades humanas. Su concepción de cultura comprende artefactos, bienes, procesos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados que definen la cultura como “una realidad sui generis y que se debe estudiar como tal”. (Malinowski, 1931, citado por Thompson, 1993)

Desde esta concepción funcional de la cultura se produjo un desplazamiento hacia un interés por lo simbólico, que se interesaba esencialmente por la interpretación de los símbolos y de la acción simbólica.

Esta concepción simbólica de la cultura ha sido colocada en el centro de los debates antropológicos por Clifford Geertz.³ Su aporte se enmarca en perspectivas semióticas y hermenéuticas, en un intento por incorporar posturas y métodos producidos en otros campos del saber como por ejemplo la lingüística y la filosofía, entre otros. Define la cultura como una “telaraña de significados” manifiestos en formas simbólicas que, al tiempo que se transmiten, inciden en la experiencia de los individuos y, mediante la comunicación, esta experiencia es compartida.

La definición de Geertz en términos precisos es la siguiente: “Al creer, tal como Max Weber, que el hombre es un animal inserto en telarañas de significados que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esta urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significados”. (Geertz, 1993)

Es también de Geertz la idea de que la cultura es siempre una dimensión pública, siempre presente en la vida humana y sólo existe como relación social. Entre los aportes de este autor destacan los siguientes puntos: pensar la cultura como una “telaraña de significados”; afirmar que no puede haber teorías privadas de los significados y de los valores porque la producción de éstos está socialmente enmarcada; sostener la idea de que la cultura sólo existe como relación social; plantear que la cultura funciona como una especie de programación que permite a los humanos organizar su pensamiento y sus acciones. (Salles, 2002)

En otras palabras, esta concepción simbólica menciona que “la cultura es el patrón de significados incorporados a las formas simbólicas– entre las que se incluyen acciones, enunciados y objetos significativos de diversos tipos- en virtud de los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias”. (Thompson, 1993)

³ Geertz se convierte en uno de los principales autores muy influyentes en antropología dado que le da un resignificado al tema de la cultura a partir de lo simbólico. Entre sus muy numerosas obras, cabe destacar: *Conocimiento Local. Ensayo sobre la interpretación de las culturas*, Paidós, Barcelona, 1983; *La Interpretación de las Culturas*, Gedisa, Barcelona, 1988; *El antropólogo como autor*, Paidós, Barcelona, 1989; *El surgimiento de la antropología posmoderna* (con J. Clifford y otros), Gedisa, Barcelona, 1990;

A su vez J. B. Thompson (1993) propone la concepción estructural de la cultura que resalta que los fenómenos culturales pueden entenderse como formas simbólicas – es decir acciones, objetos y expresiones significativas de diversos tipos – que solo existen insertas en contextos y procesos históricamente específicos, estructurados socialmente, dentro de los cuales y por medio de los cuales se producen, transmiten y reciben tales formas simbólicas.

Este enfoque alternativo que Thompson propone para el estudio de los fenómenos culturales representa una modificación a la propuesta de Geertz y no tanto una alternativa conceptual distinta. A diferencia de Geertz se toma en cuenta el orden social (contextos y procesos estructurados socialmente), pero se preservan los núcleos centrales de la concepción simbólica de la cultura que orienta la investigación de los sistemas de signos y símbolos producidos en el marco de la vida social. El análisis cultural se puede considerar entonces como el estudio de la constitución significativa y la contextualización social de las formas simbólicas que se insertan en contextos y procesos sociohistóricos.

Lo que vale la pena resaltar de esta idea es el hecho de que las formas simbólicas se producen, transmiten y reciben en contextos históricamente específicos, socialmente estructurados y caracterizados por instituciones de varios tipos, localizados en el tiempo y en el espacio, aunque su transmisión pueda llegar a contextos particulares. (Thompson, 1993)

Los contextos están socialmente estructurados en el sentido de que involucran asimetrías sistemáticas en la distribución y acceso a recursos de diferentes tipos. Las formas simbólicas circulan en campos estructurados por estas asimetrías, es decir, por las diferencias resultantes entre grupos como las clases sociales, los grupos étnicos o aquellos grupos de individuos definibles en términos de edad, género, ingreso, etc. Los contextos también se encuentran caracterizados por diversos tipos de instituciones sociales, es decir, por conjuntos específicos o constelaciones de reglas y recursos que a menudo tienen un estatuto legal, una extensión temporal y una presencia espacial. Estas instituciones pueden disponer de marcos dentro de los cuales se producen, transmiten y reciben las formas simbólicas. (Thompson, 1993)

Concluimos que este marco reflexivo se erige como un recurso de gran relevancia para interpretar cuestiones relativas al trabajo en tanto relación social, toda vez que esta relación se conforma y también sufre cambios en el seno de contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente, el reconocimiento de estos contextos nos permite reconocer la existencia de culturas específicas que se generan en estos espacios de interacción social y que dan sentido a una forma de ser de los sujetos.

1.2. De las teorías de la cultura a las culturas laborales

Después de desentrañar el concepto de cultura, la tarea consiste ahora en delimitar el concepto de cultura laboral, dado que es claro que ha habido un cambio reciente en la orientación de los estudios sobre los problemas laborales, que empiezan a ser abordados desde una perspectiva cultural y que pone énfasis en aspectos referidos a la subjetividad de los actores laborales, lo cual ha permitido incorporar dimensiones de análisis antes no consideradas relevantes como la propuesta de Thompson sobre la concepción estructural de la cultura.

Para delimitar el concepto de cultura laboral, es pertinente hacer un breve recorrido sobre el paso de la cultura obrera a las culturas laborales, tomando en consideración el debate internacional y el latinoamericano incluido el caso mexicano⁴

Las influencias más notables en el estudio de la cultura obrera fueron concebidas por investigadores, historiadores, sociólogos, politólogos y activistas de origen inglés, estadounidense, francés e italiano, principalmente. Había un énfasis en los aspectos estructurales del mundo productivo y la reducción de la reproducción al consumo

⁴ Para ampliar el debate internacional véase María Eugenia de la O, Enrique de la Garza y Javier Melgoza (coords.) (1997) *Los estudios sobre la cultura obrera en México*, México, CONACULTA, pp. 15 –71. Y para ampliar el debate latinoamericano véase Rocío Guadarrama (coord.) (1998) *Cultura y Trabajo en México. Estereotipos, prácticas y representaciones*. México, Juan Pablos Editores, UAM, Fundación Friedrich Enert y Rocío Guadarrama (2000) “La cultura Laboral” en *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. Enrique de la Garza (coord.). México, FLACSO/UAM/FCE/COLMES. Y para un resumen del ambos debates véase María Eugenia de la O y Rocío Guadarrama (2005) *Cultura e identidades laborales y de género en América Latina. Apuntes para una discusión*, Ponencia preparada para el taller “Trabajo, Identidad y Vínculo Social” organizado por el Centro de Estudios de la Mujer y la Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.

corresponden al prototipo de una clase obrera industrial, masculina, adulta, de raza blanca. Constituyen un primer conjunto de referencias intelectuales sobre el tema, para después dar paso a reflexiones centradas en la diversidad de prácticas y representaciones del mundo del trabajo actual.

Entre estas teorías destacan los supuestos sobre la nueva clase obrera en los sesenta y setenta que se refieren tanto a la desaparición de la clase obrera para dar paso a nuevos sujetos sociales (Mallet, Dahrendorf, Goldthorpe, Lockwood y Gorz). Como a la vertiente tecnocrática con la noción de sociedad postindustrial y la necesidad de observar los cambios tecnocráticos y la conformación de una nueva clase obrera (Bell, Touraine y Naville). Después parte de estas ideas fueron retomadas, aunque rescatando la importancia de los contextos de la fábrica y las formas de resistencia y conflicto industrial (Braverman y Burawoy).

Durante los setentas surgió el obrerismo italiano basado en el estudio de los procesos de trabajo en las fabricas y la formación de la conciencia de clase (Panzieri y Negri). La importancia de esta corriente radicó en incorporar la vida cotidiana del obrero en la fábrica, como un campo de observación del mundo laboral a través de prácticas cotidianas y silenciosas de resistencia.

En esta misma década, destacó la escuela inglesa de la historia social y cultural, enfocada en el análisis de la formación histórica de la clase obrera en Europa a través de sus costumbres, prácticas culturales, tradiciones y valores. (Hobsbawm, E. Thompson, Hoggart, Stedman y Williams).

A partir de los años ochenta, los temas de las identidades profesionales y ocupacionales conformaron una vertiente inscrita en la tradición francesa de la sociología del trabajo y la profesión, bajo el supuesto de que la cultura se relaciona con el saber adquirido en el trabajo o para el trabajo (Sainsaulieu, Segrestin y Dubar)

En esta misma década y los noventa se identifican estudios sobre la case obrera, la cultura de la producción y las culturas del trabajo identificadas en revistas

especializadas como *Sociología del Trabajo en España*, *Sociología del Lavoro* en Italia y *Sociologie du travail* en Francia. (Bouvier, Bottiglieri, Ceri y Palenzuela)

Con este recorrido, en palabras de De la O y Guadarrama (2005), se confirma la vigencia de la centralidad del trabajo en los ámbitos de la producción y de la vida social en la últimas décadas.

Por otra parte, en los estudios sobre la cultura obrera y el trabajo en América Latina se pueden distinguir tres campos temáticos: el primero data de los años setenta y ochenta y se refiere a los estudios sobre los proceso de trabajo y la cultura obrera a partir del análisis de las condiciones de existencia de los trabajadores, se abordaba aspectos objetivos y subjetivos del trabajo, aunado a las dificultades políticas y las luchas sociales para poner fin a los regímenes político-militares (destacan los trabajos de Humphrey, De Paula Leite, Abramo, Guimaraes y Araujo)

Un segundo campo temático es sobre la reproducción social de los sujetos. En donde confluyen estudios sobre factores estructurales y subjetivos que orientan a los individuos dentro y fuera del trabajo. Entre ellos destacan temas sobre las identidades profesionales, las culturas y las subculturas ocupacionales, así como las nuevas filosofías gerenciales. Estos trabajos son desde una perspectiva micro social (Jelin, Llovet y Ramos, García y Oliveira entre otros). De esta forma, el trabajo y el mundo doméstico se tornan en los principales puntos de referencia para estas investigaciones.

El tercer campo temático se identifica por la acción obrera y la subjetividad en dos líneas de análisis el objetivista que pone énfasis en la situación estructural de los trabajadores en el proceso de trabajo como determinante de su participación sindical y su conciencia; y el accionista que explica la participación de los trabajadores y su capacidad para actuar juntos a partir de la interpretación de sus experiencias en distintos ámbitos relacionados con el trabajo. (De Paula Leite, Guimaraes y Araujo, Abramos, entre otros)

En el caso de México, los estudios se orientaron en un principio hacia el análisis de la clase obrera, cuyo antecedente inmediato se encuentra en temas históricos relacionados con la militancia obrera y la conformación de partidos políticos, seguidos de

investigaciones sobre el fortalecimiento del Estado y su relación con el Sindicalismo oficial. En la década de los ochenta hay un cambio temático hacia los llamados movimientos obreros independientes. También surgieron estudios sobre la inserción de la fuerza de trabajo en la estructura productiva, señalando la importancia del mercado de trabajo. Se iniciaron estudios sobre los procesos de trabajo en las fábricas y los incipientes efectos de la tecnología en la constitución de nuevos sujetos obreros.

En los noventa, se habla de flexibilización laboral en la cual se identifican trabajos sobre la heterogeneidad productiva y de condiciones de trabajo, la calificación y la formación profesional, así como importantes consideraciones sobre la dimensión de género, principalmente en fenómenos de segmentación y segregación laboral a través de estudios de caso. Se introduce más claramente el debate sobre los ámbitos diferenciados de constitución de sujetos y las subjetividades laborales.

A partir del recorrido realizado sobre el paso de la cultura obrera al de culturas laborales se pone de manifiesto que cada proceso de trabajo o en cada sistema de organización del trabajo se genera una cultura del trabajo particular. (Sariego, citado por Reygadas, 1997)

Al producir significados en torno a su actividad laboral, los trabajadores no sólo están utilizando algún tipo de cultura del trabajo, sino un capital simbólico más amplio que han venido construyendo en diferentes momentos de sus trayectorias laborales, en las comunidades en las que han vivido, en sus grupos domésticos, en las tradiciones populares y en el conjunto del universo simbólico de la sociedad. (Reygadas, 1997)

Reygadas (2002) nos habla de dos aspectos de la vida social: una dimensión simbólica, que es la manera en que el trabajo determina la cultura, es decir, la incidencia que tienen las características de la actividad laboral sobre las ideas, las representaciones, los valores, las normas y los hábitos de los agentes productivos y del conjunto de la sociedad; y una dimensión productiva que se refiere a la influencia que ejerce la cultura sobre el ámbito del trabajo, la importancia de las maneras de percibir, sentir y valorar desde el conjunto de la experiencia social la actividad productiva.

En otra línea, no muy lejana a los planteamientos señalados anteriormente, Pries (1997), define la cultura como un conjunto de prácticas de acción y configuraciones de comportamientos que son plasmados y transferidos simbólicamente de una generación a otra. En su opinión, la cultura posee cierta estabilidad que va más allá de los ciclos de vida individuales, es algo que se produce cotidianamente y que se reactualiza en la interpretación y percepción de la realidad y en la acción y el comportamiento correspondientes. Para él, el análisis de los conceptos de trabajo y empleo no sólo implica el traspaso intergeneracional de experiencias, prácticas, conceptos y enfoques sino también el apilamiento de experiencias, es decir, la sedimentación y superposición de experiencias intrageneracionales en el transcurso de las vidas individuales.

Bajo las anteriores consideraciones, sabemos que hay una serie de motivaciones sociales que inciden en el enfoque de la cultura laboral, tales como los procesos de reestructuración productiva, la reconfiguración de las identidades profesionales y de género, y la reordenación de las jerarquías dentro y fuera del trabajo.

Resumiendo, tal y como lo señala Guadarrama (1998, 2000), la incorporación de estos temas y de las teorías sobre el discurso, las identidades y las representaciones transformó el enfoque cultural sobre el trabajo en un enfoque multidisciplinario, al tiempo que el concepto de cultura de la clase obrera se amplió hasta el punto en que fue necesario acuñar nuevos conceptos como los de cultura del trabajo y cultura laboral. De tal modo que lo que empezó siendo la cultura de un grupo social se transformó, siguiendo la línea de Thompson (1993), en la cultura de un espacio social –que puede ser cualquier entorno en el que se experimentan relaciones de trabajo- y sus actores.

Estos cambios en la orientación de los estudios sobre los problemas laborales ponen el énfasis en aspectos referidos a la subjetividad de los actores laborales, lo que ha permitido incorporar dimensiones de análisis que anteriormente no eran consideradas como relevantes. El punto común de estos estudios se circunscribe a la relación entre los factores estructurales y subjetivos que orientan a los individuos hacia dentro y fuera del trabajo. En el plano metodológico esta visión microsocia de la cultura laboral se caracteriza por un afán reconstructivo de lo social macro desde lo micro, es decir, por la construcción de múltiples mediaciones entre las experiencias individuales, las normas

institucionales, y las creencias más generales sobre el trabajo predominantes en cada época. (Guadarrama, 1998, 2000)

Dentro de estas perspectivas en las que la cultura es vista como un sistema de significados compartidos por un grupo humano, se establece que la orientación hacia el trabajo se constituye por un sistema de significados atribuidos por los individuos a su trabajo sobre sus satisfacciones o la ausencia de estas. Al respecto Watson (1987) retoma los postulados de Golthorpe y Lockwood, desarrollados durante el periodo de la postguerra, respecto de la idea o el estereotipo de que la clase obrera tenía una forma de vida bien definida por su ocupación; asimismo, este autor ve que los factores de cambio hacia el trabajo no se circunscriben al lugar mismo de trabajo.

Watson observa que la orientación hacia el trabajo no estaría más sostenida por el gusto por el trabajo o el bienestar en el mismo, sino también por la búsqueda de mejores condiciones de vida. Esta orientación hacia el trabajo, se relaciona con las trayectorias laborales de las personas, plasmadas en la sucesión de ocupaciones en el transcurso de la vida laboral. En este tipo de movimientos desarrollan una determinada cultura laboral que se distingue por sus experiencias vividas en diferentes trabajos. Desde esta óptica, se rompe con la idea de que la cultura obrera está atada a un espacio y tiempo laboral, se introduce una visión dinámica con esta idea de orientaciones hacia el trabajo y trayectoria laboral.

En resumen, Watson al hablar de orientaciones y significados sobre el trabajo se refiere al significado atribuido por los individuos a su trabajo que los predispone tanto a pensar como a actuar de manera particular con respecto a éste.

Esta orientación del trabajo puede estar dirigida por factores estructurales fuera del trabajo como la clase, la familia, la educación, la raza, el género, etc.; por factores individuales subjetivos como los recursos monetarios, las habilidades, los conocimientos, los recursos psicológicos, los motivos y las expectativas; y por los factores estructurales dentro del trabajo como lo es la estructura ocupacional y la situación del mercado de trabajo. Esta perspectiva ha originado debates en donde unos teóricos se inclinan a explicar la orientación del trabajo desde unos u otros factores; sin embargo, los individuos

se aproximan al trabajo con una mezcla de todos ellos, es entonces que poseen elementos tanto subjetivos como objetivos para significar su trabajo. Así, para poder entender la experiencia de trabajo de los individuos se deben analizar aspectos como la educación, la familia, el entorno social, etc. ya que existe una fuerte relación entre la experiencia de trabajo y las actividades, experiencias y valores fuera del trabajo. (Watson, 1987)

Por otro lado, las culturas laborales tienen que ver también con las implicaciones culturales de lo que se hace y cómo se hace en el espacio físico del trabajo. Entran aquí en juego las llamadas ideologías laborales (Trice, 1993), que son emociones, creencias, acciones orientadoras, sostenidas por los miembros de una ocupación acerca de su trabajo; las ocupaciones forman y moldean las creencias individuales de los miembros.

Las ideologías ocupacionales asientan obligaciones morales apropiadas que la gente en la ocupación debe llevar consigo misma y hacia quienes con ellas interactúan: así mismo, consiste en la correcta distribución de los recursos para mantener estas obligaciones, además de que dichas ideologías se expresan principalmente en mitos y ficciones, cuentos, símbolos, lenguaje y *argot*, rituales, ritos, ceremonias, etc. (Trice, 1993)

Concluimos con la convicción de que esta revisión nos sirvió de gran apoyo para entender que es necesario la apropiación de varios enfoques que nos ayuden a desentrañar los distintos significados de los aspectos simbólicos y subjetivos del trabajo, apoyamos la idea de que los fenómenos laborales no se restringen a los aspectos estructurales del proceso de trabajo, así como en la necesidad de construir enfoques teóricos que puedan ayudarnos a analizar la subjetividad laboral en su sentido mas amplio. Lo cual ha llevado a definir una primera concepción sobre la cultura laboral, en donde es vista como un proceso en el que el sujeto es productor – producto de significación y resignificación constante que se genera a partir de la práctica social vista como un todo. (Guadarrama, 1998) Esta idea nos lleva a la discusión sobre las identidades laborales en respuesta al interés sobre los significados, las subjetividades, las formas de construcción del yo y el nosotros de los sujetos con respecto al trabajo.

Como lo mencionan De la O y Guadarrama (2005), este interés ha sido empujado por los cambios profundos en el mundo laboral, su heterogeneidad y fragmentación obliga a repensar la vigencia de la centralidad del trabajo en la construcción social de la realidad, alrededor de tres ejes fundamentales: la cultura, la identidad y el género.

1.3. El enfoque de la identidad

La problemática de la identidad se vuelve inevitable, así en un primer acercamiento sobre el tema, descubrimos que al finaliza el siglo XX existía una discusión sobre el concepto de *identidad*, que ha sido resumido por autores como Bendle (2002), que marca de una manera bastante clara un posible camino a seguir en el análisis de este tan complejo tema.

De acuerdo con este autor, la discusión en el campo de la sociología podría resumirse en las contradicciones entre el esencialismo y el construccionismo. El enfoque esencialista atiende las características profundas fundacionales, y por el contrario el enfoque constructivista atiende a cuestiones más superficiales, plásticas y manipulables. Los primeros han puesto más el énfasis en la identidad como un centro esencial no cambiante de la identidad y los otros como algo muy flexible, que puede ser manipulable, que esta cambiando constantemente. Bendle (2002) nos dice que entre estas dos visiones hay un campo muy vasto y con muchos autores cuyas propuestas quedan sintetizadas en las ideas de Castells y Giddens.

Bajo esta consideración, menciona que la visión de Giddens está vinculada al enfoque constructivista, especialmente en su noción de sociedad de riesgo⁵, donde los individuos se autodefinen en la lucha por adaptarse a las circunstancias caóticas que privan en el mundo actual. Esta característica de la personalidad posmoderna, obligada a negociar sus estilos de vida entre una diversidad de opciones, la denominan acción reflexiva.

⁵ Noción que también encontramos en los Beck y que retoma Ludger Pries. Es un concepto que ha sido muy generalizado, el individuo se siente en una sociedad de riesgo y define su personalidad en relación a esa situación.

Esta visión revela un excesivo énfasis en la autoidentidad. Lo que tenemos aquí son individuos aislados, que en el proceso de individuación extrema se autodefinen a sí mismos en relación a los estilos de vida frente a los cuales constantemente tiene que optar. En este sentido, la narrativa del *self* sería una narrativa que constantemente se está revisando de acuerdo con su situación en el mundo. Así define su autoidentidad.

Por el lado de la visión esencialista, encontramos a autores como Castells, quien propone que las transformaciones producidas por la posmodernidad pueden ser desafiadas por las discusiones de expresiones poderosas de identidad colectiva. Por identidad entiende el proceso de construcción del sentido atendido a un atributo cultural, o un conjunto relacionado de atributos culturales, al que se da prioridad sobre el resto de las fuentes de sentido. Utiliza el sentido como la identificación simbólica que realiza un actor social del objetivo de su acción. (Castells, 1998)

Este autor distingue tres formas y orígenes en la construcción de la identidad: la identidad legitimadora introducida por las instituciones dominantes de la sociedad para extender y racionalizar su dominación frente a los actores sociales. Esta identidad genera una sociedad civil con sus instituciones. La identidad de resistencia que es generada por aquellos actores que se encuentran en posiciones y condiciones devaluadas o estigmatizadas por la lógica de la dominación, por lo que construyen trincheras de resistencia y supervivencia basándose en principios diferentes u opuestos a los que impregnan las instituciones de la sociedad. La identidad para la resistencia conduce a la formación de comunidades. Finalmente una identidad proyecto, cuando los actores sociales, basándose en los materiales culturales de que disponen, construyen una nueva identidad que redefine su posición en la sociedad y, al hacerlo, buscan la transformación de toda la estructura social. La identidad proyecto produce sujetos, entendidos como el actor social colectivo mediante el cual los individuos alcanzan el sentido global de su experiencia. (Castells, 1998)

En resumen, Castells habla de un individuo constituido por una identidad primaria que está sustentada a través del tiempo y el espacio, y las bases de esa identidad permanecen a lo largo de la biografía del individuo. En ese sentido *la identidad implica un*

autoconocimiento, pero que es una construcción que se realiza en el encuentro con otros individuos.

Estas dos teorizaciones, la de Giddens y Castells, según Bendle (2002), no se descartan ni una ni la otra, sino que nos ayudan a plantear preguntas que son cruciales. Por ejemplo, si es posible hablar de una continuidad en términos de esas personalidades construidas desde la socialización primaria en la infancia y si es posible pensar en eso cuando estamos frente a un mundo donde la continuidad no parece muy clara.

Por su parte, desde la sociología clínica, autores como De Gaulejac (2001 y 2002) proponen un enfoque que toma como punto de partida la *narrativa del sujeto*. Propone una nueva relación entre las identidades *comunitarias* y *sociales*, sostenida en el *proceso de identificación* que parte de la identidad genealógica y familiar. Habla de una *identidad construida*, que no implica determinación sino *historicidad* en la que los destinos humanos son la expresión del trabajo del sujeto frente a su historia, y de la manera en que esta historia influye en él; en resumen, de los esfuerzos del individuo para dominar la trama de su historia.

Ante las consideraciones anteriores, suponemos la necesidad de rescatar la acción reflexiva de los sujetos en interacción constante con otros sujetos y en procesos de construcción continuos de sus propias identidades.

La importancia de la interacción plantean la necesidad de revisar un poco las posturas interaccionistas⁶, principalmente la desarrollada por Goffman, para los cuales la comunicación y las relaciones sociales que se entablan en el marco de la interacción constituyen elementos cruciales para la investigación, pues implican la puesta en juego de un conocimiento compartido por las personas en estados de interacción. Este

⁶ En la sociología de los años sesenta cobraron fuerza diversas corrientes críticas de Parsons, muchas de ellas partidarias de otorgar mayor relevancia al papel de los actores en la construcción de los sistemas sociales y culturales. Se revitalizó así la vieja escuela del interaccionismo simbólico que en los trabajos de Mead y Blumer había destacado que entre el estímulo y la respuesta mediaba el trabajo creativo de los sujetos, quienes al interactuar definían la situación y eran capaces de producir nuevos significados. Goffman, otro pensador que abreva las ideas del interaccionismo simbólico, en él se encuentra nuevamente la oscilación entre la determinación de la cultura en una sociedad y la contingencia de las estrategias culturales de los individuos.

conocimiento está al mismo tiempo sujeto a negociación porque se inserta en el marco del intercambio comunicativo. Las negociaciones y los intercambios, a su vez, constituyen espacios para la actualización de los términos y reglas macro-socialmente construidas e implicadas en la interacción social.

Goffman⁷ plantea un modelo dramático que permite comprender tanto el nivel macro (institucional) como el micro (el de las percepciones, impresiones y actuaciones de los individuos) y por lo tanto el de las interacciones generadas y generadoras de la vida social. (Goffman, 1994) Lejos de contentarse con un bosquejo de las reglas del arte dramáticas que nos explican el nivel de la vida institucional y de las interacciones de la vida común en estos espacios sociales, retoma los elementos esenciales de su análisis para acercarse al problema del individuo, constatando el carácter dialéctico de la relación entre los individuos, sus quehaceres y actuaciones cotidianas y las instituciones en que participan.

En esta misma línea teórica, más recientemente Jenkins (2000) retoma el concepto de identidad, pero más en el sentido de *identificación*. Según él la identificación social es producto de la dialéctica entre lo que es la *identificación* y la *clasificación*. Es decir, los modelos típicos de la identidad, hablan de una identificación orientada desde dentro, la de sí mismo, la del *self* o la de grupo; una identidad que se construye a partir de reconocerse como parte de un grupo. Pero está también la categorización, que es una identificación externa que se construye por los otros, es decir, son los elementos que están asignados desde fuera.

Lo interesante de esta propuesta para el análisis de la identidad, es que introduce la idea de la práctica. En palabras de Jenkins, la identidad social no es solo un proceso mental de reflexión sino que hay un proceso de categorización y reconocimiento por los miembros de los grupos que se da a través de las prácticas sociales. Por ello esta postura nos permite analizar el proceso de identidad no solamente como una construcción “desde

⁷ En su modelo dramaturgico de la acción, presenta a un sujeto que “actúa su papel” en el sentido teatral del término que define las situaciones de manera estratégica, presentando en el escenario social la cara que le convenga, de acuerdo a sus intereses, con la situación particular en que se encuentre y la interpretación que haga de ella. Si bien parece otorgar una enorme libertad al actor, por otro lado, introduce la idea de que dispone sólo de un número finito de máscaras y de utilerías para construir sus personajes, delimitadas por el equipo expresivo estándar de su sociedad.

dentro” sino como un proceso que también viene de “los otros” y de la categorización de las prácticas sociales. En esa dialéctica entre lo interno y lo externo podríamos encontrar un proceso de institucionalización de ciertos comportamientos, prácticas e interacciones que en la medida en que permanecen se van instituyendo y se van convirtiendo en elementos que restringen la acción o que delimitan la acción de los elementos de los grupos sociales. En este sentido podemos decir, que la identidad es producida y reproducida por los individuos interactuando en contextos institucionales.

De maneja parecida, Claude Dubar (1991, 2002) se refiere a dos formas de identidades: las *comunitarias* y las formas *sociales*. Las primeras se fundamentan sobre la creencia en la existencia de grupos llamados comunidades, considerados como sistemas de lugares y de nombres preasignados a los individuos que se reproducen a través de las generaciones. Cada individuo se define y es definido a partir de su pertenencia a una comunidad y del lugar que ocupa dentro de ella. La segunda, emerge en las sociedades contemporáneas, supone la existencia de colectivos múltiples, variables, efímeros, desde los cuales los individuos se adhieren por periodos limitados y los provee de recursos de identificación que manejan de manera diversa y provisional.

En la propuesta de Dubar, los estudios de la socialización quedan definidos como un proceso que erige la formación y el equilibrio de la personalidad, es un proceso largo y continuo porque en todo momento los sujetos tienen que equilibrar su personalidad de acuerdo al contexto en el que se ubica. Estos procesos de formación de la personalidad necesariamente se traducen en *procesos identitarios*. En este sentido, la identidad es vista como un proceso permanente de identificación en el que los individuos están sujetos a dos ámbitos: el ámbito interior, personal, y el ámbito del contexto.

El ámbito interior es lo que Dubar llama las identificaciones reivindicadas por uno mismo (identidades para sí), y el ámbito del contexto se refiere a las identificaciones atribuidas por los otros (lo que llama identidades para los otros). La relación entre los dos procesos de identificación está en el fundamento de la noción de formas identitarias. Las identidades para los otros se refieren a las formas espaciales de las relaciones sociales (eje de relación) y las identidades para sí se refieren a las formas de temporalidad (eje biográfico). Estos ejes de biografía y relación , como mencionamos en el párrafo anterior,

se combinan para definir lo que Dubar llama “formas identitarias” es decir “formas sociales de identificación de los individuos en relación con los otros y durante una vida”. (Dubar, 2002:15)

En otras palabras, los procesos identitarios están basados en una serie de transacciones que consisten en la negociación que hace el sujeto con los otros y consigo mismo. Distingue dos tipos de interacción: la interacción con los otros que es lo que el llama las *transacciones objetivas*, que están definidas por lo que los otros esperan y que se proponen al sujeto, el cual define si los toma o no, a partir de una transacción que hace al interior de sí mismo que sería la *transacción subjetiva*.

Es por ello que los planteamientos de Dubar son de gran utilidad para nuestro estudio. Dado que en el recorrido teórico que hemos analizado, encontramos que dentro del entorno cultural, la identidad se expresa en la forma en que los miembros de un grupo se definen y son definidos por los otros; es decir, hay un sin número de mecanismos de introyección y recreación de conjuntos simbólicos compartidos con la exterioridad social. La identidad, entonces, se ha convertido en un problema que tiene que explicar el ser parte de y remitirse al estudio del fenómeno de la pertenencia social. Lo novedoso de Dubar es que introduce la dimensión subjetiva vivida, incluso psíquica, en el análisis sociológico. Además, resalta el lugar que ocupa el trabajo en la sociedad y el sentido que los individuos le atribuyen. Lejos de relativizar o debilitar la importancia del trabajo en la vida de las personas, Dubar dice que las transformaciones ocurridas en el mundo han hecho más evidente el lugar central que ocupa.

1.4. La identidad profesional

Derivado de los planteamientos sobre la identidad, creemos que en la actualidad, para poder construir su imagen de ser profesionalista el individuo entra a un *proceso de categorización* en el sentido de Jenkins (2000), es decir, en un doble proceso de identificación: la existencia de elementos internos que hacen que los miembros de una profesión se definan y desde fuera es construida socialmente. En ese sentido, hay una serie de recursos y situaciones que forman parte del proceso de identificación, es decir,

cualquier profesión implica ciertos recursos y ciertos beneficios que permiten a los individuos sentirse parte de un grupo.

Es por ello que el enfoque básico adoptado en nuestra investigación es el de las identidades profesionales desde una perspectiva sociológica. Esta perspectiva se ha venido desarrollando en Francia desde principios de la década de los noventa del siglo pasado.

Dentro de esta corriente de pensamiento, un autor que sintetiza varias investigaciones además de la suya propia es Claude Dubar, que como mencionamos en párrafos anteriores afirma que la identidad es un producto de socializaciones sucesivas, en donde la dimensión de la identidad profesional adquiere una importancia particular porque es el trabajo el que condiciona la construcción de las identidades sociales. Dentro de sus planteamientos destacan los señalamientos sobre los espacios identitarios a lo largo de los momentos biográficos, que implican construcciones en una interacción dinámica entre los elementos subjetivos del individuo y la realidad concreta. En los siguientes párrafos trataremos de sintetizar el planteamiento de Dubar sobre las identidades profesionales.

Para Dubar (1991) los campos escolar y profesional han adquirido un rango de legitimidad muy importante en los modos de construcción de las categorías sociales porque las esferas del empleo y del trabajo, así como la de la formación escolarizada, constituyen dominios pertinentes para los individuos en el proceso de construcción de identificaciones sociales. Si el empleo es un elemento cada vez más importante en los procesos identitarios, la formación escolar cada vez está más ligada a él.

Esto no significa, dice Dubar, que las identidades sociales queden reducidas a los procesos educativos o formativos y a las trayectorias profesionales; por el contrario, la primera identidad del individuo es una identidad heredada en el núcleo familiar, así como identidades ligadas a la clase social o la étnia.

En un trabajo posterior al arriba citado, Dubar (2001) habla de cuatro figuras de identidad en función de la división del trabajo (resultado de tipificaciones deducidas

racionalmente de situaciones del trabajo): 1) cultural, en tanto que la identidad no puede reducirse al ámbito laboral sino al amplio espectro de la cultura; 2) de categoría, es decir, cuando se es identificado en un grupo profesional o de oficio; 3) instrumental, en función de una relación precisamente instrumental en el trabajo; y 4) de status en tanto una identificación con la empresa.

Uno de los eventos más importantes en el proceso de construcción de la identidad social es la salida del sistema escolar y la consecuente confrontación con el mercado de trabajo, pues constituye un momento esencial en la construcción de una identidad autónoma. Si bien durante la formación, el ingreso a una especialidad disciplinaria o técnica constituye un acto significativo de la identidad virtual, es en la confrontación con el mercado de trabajo donde se sitúa la apuesta identitaria más importante de los individuos, pues es de esta primera confrontación que dependerán las modalidades de construcción de una identidad profesional de base, que constituye no solo una identidad en el trabajo sino también y sobre todo una proyección de ser en el futuro, la anticipación de una trayectoria de empleo y la ejecución de una lógica de aprendizaje o mejor dicho, de formación de una identidad profesional. (Dubar, 1991)

De esta forma, la identificación con una carrera y el compromiso con un cierto tipo de actividades, en un contexto de experiencias relacionadas con la estratificación social, la discriminación étnica y sexual, así como frente a una estructura desigual de acceso a los diferentes espacios formadores o educativos es a lo que Dubar llama *la construcción de una identidad profesional*. La cual, no descansa únicamente en la elección de un oficio o en la obtención de un diploma, sino en la construcción personal de una estrategia identitaria, en la que se pone en juego la imagen del ser, la apreciación de sus capacidades y la realización de sus deseos. Sin embargo, esta primera identidad profesional construida para sí, e igualmente reconocida por un empleador, cada vez tiene menos posibilidades de ser definitiva, pues está regularmente confrontada con las transformaciones tecnológicas, organizacionales y de gestión del empleo de las empresas y de las administraciones. Es decir, se trata de una identidad constreñida fuertemente por la incertidumbre que representan para los actores estas transformaciones.

Entendemos entonces la postura de Hualde (1999), quien define el concepto de identidades profesionales como la reconstrucción a partir de un análisis de trayectorias laborales en la que se conjugan tanto las prácticas laborales como las representaciones de los individuos, tanto la definición profesional de sí mismos como la definición que les asignan los otros: colegas, jefes y subordinados, ya que el análisis de la trayectoria objetiva y de las representaciones posibilitan la construcción de lo que Dubar denomina *formas identitarias*. Este concepto se construye para dar cuenta del tipo de lógicas de acción, de justificaciones, de las prácticas de trabajo, de empleo o de formación; de racionalidades prácticas o, dicho de otra manera, de las buenas razones expresadas por los individuos en entrevistas no dirigidas, para justificar sus acciones en el campo profesional en un sentido amplio, incluyendo la búsqueda de empleo, la movilidad y la formación.

Por otro lado, coincidimos con Dubar en mencionar que es importante aclarar el significado de ciertos conceptos como son el de profesión y el de oficio. De acuerdo con este autor, la oposición entre la transmisión hereditaria del estatus y del oficio (adscripción) y la libre elección de las formaciones y las profesiones (logro) es una de las justificaciones más clásicas de la diferencia entre oficio y profesión y uno de los argumentos más frecuentes de la superioridad de las profesiones en las sociología anglosajona. Sin embargo, esta oposición no impide que algunos sociólogos transfieran ciertos elementos de las representaciones de los oficios de ayer sobre las profesiones de hoy.

Sobre esta base, Hualde (2000) nos menciona que la sociología de las profesiones se deriva de dos vertientes de pensamiento clásicas: la que arranca del positivismo funcionalista de Parsons; esta visión corresponde a un modelo idealizado según el cual los profesionales son aquellos individuos con una formación educativa larga que aplican un saber a problemas sociales. Los profesionales mantienen un ideal de servicio por motivos altruistas y cumplen una función de integración social.

Dubar (1991) resume la *propuesta parsoniana* sobre tres características principales: un saber práctico que articula una doble competencia, la que se funda sobre el saber teórico adquirido en el curso de una formación larga y sancionada y la que se

apoya sobre la práctica. Una competencia específica que se presenta como una doble capacidad, la que reposa sobre la especialización técnica de la competencia, que limita la autoridad del profesional al único dominio legítimo de su actividad, y la que funda su poder social de prescripción y diagnóstico en una relación más o menos recíproca; finalmente, un interés desapegado característico de la doble actitud del profesional que conjunta la norma de neutralidad afectiva con el valor de orientación hacia el otro, de interés empático por el cliente y por su atención incondicional.

La otra vertiente se deriva del *interaccionismo*. Aquí el análisis de las profesiones parte de la división social del trabajo y coloca el acento en la constitución y evolución de las profesiones en la interacción social cotidiana. Dentro de cada profesión hay grupos dominantes y grupos subordinados. Los profesionales lejos de estar motivados por un ideal de servicio, son los encargados de mantener secretos a los que tienen acceso por su condición de expertos. Las profesiones, por otro lado, sufren cambios importantes en el transcurso del tiempo; algunos grupos sociales llegan a la condición de profesionales en tanto que otros se van desprofesionalizando, de tal modo que se habla de grupos semiprofesionales; la condición de la dimensión temporal introduce el tema del profesionalismo.

Desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, Dubar revisa algunos de los trabajos de Everett Hughes quien insiste sobre el hecho de que el término profesional no deber ser colocado como una categoría de la vida cotidiana, ya que no es descriptivo sino que implica un juicio de valor y de prestigio.

En resumen, este apartado de cultura e identidad en el mundo laboral nos permitió determinar que para analizar el tema de la identidad profesional de las enfermeras, es necesario remitirnos al tema de la cultura y verla como un proceso de producción, transmisión y apropiación de significados en contextos históricos y sociales específicos; para llegar a ello fue necesario retomar las ideas de Geertz y ver la cultura como un telaraña de significados; así como la idea de J. B. Thompson sobre la concepción estructural de la cultura, es decir, un análisis de las formas simbólicas en relación a contextos y procesos históricamente específicos y socialmente estructurados en el tiempo y en el espacio.

Así, el trabajo, en tanto relación social, sufre cambios en el seno de estos contextos y su reconocimiento nos permite reconocer la existencia de culturas específicas que allí se generan y que dan sentido a una forma de ser de los sujetos. Siguiendo las ideas de Reygadas y Guadarrama, se pone énfasis en los aspectos estructurales y subjetivos de los actores laborales que los orientan hacia dentro y fuera del trabajo y que los lleva a un proceso de significación y resignificación de su trabajo.

Finalmente, analizamos la potencialidad del estudio de las identidades sociales para el análisis de los significados del trabajo; para lo cual se retomaron las posturas de Giddens, Castells y Jenkins pero principalmente de Dubar sobre los procesos identitarios o construcción de identificación en dos ámbitos: el interior, personal, biográfico y el ámbito del contexto, el eje de la relación, con lo cual podemos analizar el proceso mediante el cual el sujeto define y le definen su identidad profesional.

I.2. Las mujeres y el trabajo: principales perspectivas teóricas

Veíamos que para el proceso de construcción de identidades tanto sociales como profesionales es necesario tomar en cuenta otros referentes como la perspectiva de género. Este es uno de los argumentos del por qué decidimos en esta investigación enfocarnos al trabajo femenino.

Desde este ángulo las identidades femeninas hacen referencia a las motivaciones y orientaciones de las mujeres hacia el trabajo y a las ambivalencias entre lo reproductivo y lo productivo.

En general, “el género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características femeninas y masculinas a cada sexo, a sus actividades y a sus conductas y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica incide en cuestiones de naturaleza objetiva como subjetiva” (Lamas, 1997). De igual forma, Serret (2002) comenta que el género es uno de los organizadores primarios de identidades e integrador de significados globales sobre el mundo y la existencia de los

individuos. Estas ideas nos llevan en un primer momento a indagar sobre la identidad de género de las mujeres o la identidad femenina.

2.1. La identidad de género de las mujeres

Particularmente, distinguimos la “feminidad” como el rol de género que se le asigna a las mujeres a partir de una construcción sociocultural y a la identidad femenina como la autopercepción que tienen de sí mismas y la percepción de la sociedad en su conjunto sobre las mujeres para así poder hablar de un sujeto femenino⁸.

Dicho lo anterior, planteamos que en los estudios sociales de cualquier índole ya no se puede solo hablar de un sujeto universal, neutro y consecuentemente desprovisto de género. Sino que a partir de los estudios con perspectiva de género es posible concebir más lucidamente la cultura e identidades; donde la conciencia feminista es trasladada a la dimensión intelectual para poder ver a la mujer no ya diferente de, sino diferente para poner en práctica nuevos valores.

Por ello, al igual que Salles (2002), creemos que en tanto que relación social, la de género alude a la convivencia humana y a las acciones que dicha convivencia crea y recrea, pautadas por el poder y ancladas en desigualdades sociales solidamente construidas, con base en las diferencias sexuales. La desigualdad de género, jamás puede ser considerada como derivaciones simples de las diferencias entre personas de sexos distintos (dimensión de la interacción), sino más bien como socialmente instituidas (dimensión de las instituciones) que adquieren fuerza propia. Es entonces como las relaciones de género pueden estar cristalizadas, constituyéndose en externalidades y pueden ser vivas, producidas y reproducidas por los individuos en estado de interacción.

Al ser un conjunto de ideas y simbolizaciones, las relaciones de género –y los sujetos en ellas implicados- instauran reglas y prescripciones en términos discursivos. La

⁸ Braidotti (2004) nos habla de un *sujeto feminista femenino* que toma como objeto de estudio la experiencia de las mujeres y la categoría de Mujer, y lo hace no sólo para comprender el mecanismo de descalificación de su género, sino también para liberar a la noción de Mujer de la red de semiverdades y prejuicios adonde la confinó el patriarcado. El feminismo constituye la pregunta; la respuesta es el empoderamiento de la subjetividad femenina en el sentido político, epistemológico y experiencial. Por empoderamiento se refiere tanto a la afirmación positiva (teórica) como a la promulgación concreta (social, jurídica, política).

producción social de ideas y simbolizaciones provee recursos interpretativos mediante los cuales los individuos construyen subjetividades e identidades. Por ello, dicha producción funciona como una especie de libreto heredado y transmitido de generación en generación. Esta suerte de libreto puede ser interpretado, asumido, rechazado, es decir, al tiempo que sirve de instancia que constriñe al individuo, al ser interpretado, al ser integrado a la experiencia individual, al ser internalizado, pasa por un proceso de resignificación.

De esta forma, el orden social está constituido, nominado y organizado por los sujetos (individuales o colectivos) en él insertos pero bajo los imperativos de las asimetrías de género⁹. Así el género –en tanto que relación social- confiere un sentido a la realidad y a sus instituciones, asignándole funciones, imponiéndose también en el ámbito de los valores, de las creencias, en fin, incidiendo en la visión del mundo.

En este sentido, podemos hablar de la existencia de un contrato de género¹⁰, es decir, de un consenso sociocultural en cuanto a las normas de interacción entre los sexos. La naturaleza de este contrato puede identificarse por medio de indicadores como: los campos sociales que constituyen las esferas principales de integración social de hombres y mujeres, el grado de institucionalización de la equidad, de la desigualdad o de la complementariedad entre los sexos, el campo social al cual se asigna el cuidado y la educación de la familia de manera prioritaria (esfera pública / esfera privada) y la importancia relativa de la vida en pareja comparada con otros tipos de modos de vida.

Este contrato de género se conoce como división sexual del trabajo; es decir, se asignaba a los hombres el trabajo remunerado que proveía de los ingresos necesarios para la subsistencia familiar y a las mujeres el trabajo no remunerado reproductivo que permitía la disponibilidad de varones en el mercado de trabajo. De allí entonces que, el valor del trabajo en tanto fuente de sentido para la constitución de identidades personales y sociales como para la articulación de vínculos, remitían fundamentalmente al mundo

⁹ Es muy importante tener presente que las asimetrías y desigualdades provenientes de las relaciones de género no operan aisladamente sino más bien en estado de intersección con otros ejes de desigualdad / inequidad como la pertenencia étnica y la pertenencia a una clase social. (Ariza y Oliveira, 1996)

¹⁰ Concepto acuñado por Ivonne Hirdmann, 1989 y retomado por Godoy (2004)

masculino. El referente sociocultural de las identidades femeninas era principalmente la familia y el hogar, el mundo privado.

Sin embargo, numerosos estudios indican que un cambio importante en la organización del trabajo ha sido el ingreso de un mayor número de mujeres al mercado de trabajo y sus trayectorias se han vuelto más permanentes. Este fenómeno ha convertido al trabajo productivo en un espacio para la construcción de identidades personales y colectivas significativo para las mujeres y ha tendido a debilitar el ámbito reproductivo como referente exclusivo de identidad femenina. Ello ha contribuido a cuestionar y poner en tensión ciertas representaciones de género, los espacios sociales y las funciones asignadas a hombres y mujeres, con todo el potencial emancipador que ello puede contener especialmente para las mujeres y finalmente, ha producido una alteración del contrato de género. (Godoy, 2004)

Con todo y estos cambios, la identidad femenina sigue presentando ciertas particularidades que relacionan el ámbito productivo con el reproductivo y que Cervantes (1994) representa en tres ejes analíticos fundamentales : a) La maternidad y el ser madre, b) El matrimonio o la unión y el ser esposa o compañera y, c) El trabajo y la profesión, y el ser trabajadora o profesionista.

La importancia de estos tres ejes radica en su carácter simbólico que, por un lado, convierte la experiencia individual en experiencia social y por otro lado, la propuesta implica que los ejes sobre los cuales se construyen la identidad permanecen desde el nacimiento hasta la muerte.

Entre estos ejes se dan articulaciones diferenciales en las vidas de las mujeres que implican la existencia de conflictos, negociaciones y tensiones tanto en la intimidad de las mujeres como en sus relaciones con los otros. Es así como estas dimensiones de la vida de las mujeres dan lugar a decisiones múltiples durante la existencia femenina, por lo que podemos decir que la identidad genérica no se resuelve de una vez y para siempre sino que está sujeta a transformaciones constantes.

De forma parecida Evetts (1994) distingue tres tipos de identidad: a) Una identidad dual donde la profesión está supeditada a la maternidad, b) una identidad dual donde la maternidad se sacrifica a la profesión y c) una identidad basada únicamente en la profesión.

Por su parte, Borderías (1996a) utiliza el concepto de ambigüedad como una forma de asumir la tensión que existe entre esas identidades duales, en la doble presencia o en la forma en que se articulan / desarticulan la esfera pública del trabajo y la esfera privada de la familia. La utilidad de este concepto, dice Borderías, permite analizar dimensiones distintas del trabajo y la identidad femenina: las estrategias, prácticas y actitudes de las mujeres en el campo profesional y familiar y sus articulaciones; las relaciones que dentro de una trayectoria social se establecen entre el trabajo familiar y el trabajo profesional, es decir, las estrategias cambiantes y flexibles que las mujeres ponen en marcha para tejer la doble presencia; los conflictos materiales, simbólicos e identitarios producidos por esta experiencia de doble presencia.

Este análisis nos permite entender a las mujeres en su papel como sujetos activos del cambio social en los ámbitos concretos en que transcurren la mayor parte de sus vidas y como tratan de restituir sus acciones y actitudes desde una lógica propia. Es así como la incorporación masiva de las mujeres de clase media a estudios superiores y al trabajo asalariado ha provocado en las últimas décadas ciertos cambios de perspectivas en las distintas disciplinas. Se trata de un cambio profundo que no solo pretende añadir el estudio de las mujeres como un tema más a investigar sino que obliga a replantear los problemas relativos a la relación mujer – profesión – trabajo, así como la forma de enfocarlos y resolverlos.

Sobre lo anterior, Carrasco (1999) nos menciona que la introducción de la categoría género ha revelado la insuficiencia de los cuerpos teóricos de las ciencias sociales por su incapacidad de ofrecer, no ya una explicación, sino ni siquiera un tratamiento adecuado a la desigualdad social entre hombres y mujeres. Por el contrario, los nuevos enfoques pretenden denunciar el sesgo androcéntrico que subyace bajo el saber científico: la elección de los temas de investigación, la forma de aproximarnos, la interpretación de los datos y resultados, etc. tienen lugar bajo una perspectiva que

pretende hacer universales unas normas y unos valores que responden a una cultura construida por y defensora del dominio masculino. El resultado hasta ahora es un avance importante de tipo teórico y epistemológico: por una parte, se construyen nuevas parcelas de conocimiento y, por otra, se redefinen categorías y conceptos partiendo de la propia experiencia de las mujeres.

Bajo estas consideraciones presentamos a continuación las principales perspectivas teóricas en el debate sobre mujeres y trabajo, analizamos aportes sobre el trabajo doméstico, trabajo asalariado y el enfoque que trata de la relación entre ambos trabajos. Si bien, en esta investigación no se aborda el tema de la reproducción, nos interesa en este capítulo mencionarlo dado que está en el fondo de la incorporación de las mujeres a la vida laboral.

2.2. La relación mujer y trabajo

En lo que respecta a las distintas disciplinas sociales que se han ocupado de investigar y teorizar el trabajo de la mujeres estos esquemas entran en crisis hacia finales de los años setenta, cuando la investigación feminista con un acervo teórico y de investigación ya muy importante, pone abiertamente en cuestión la capacidad de las ciencias sociales para dar cuenta de la experiencia del trabajo femenino partiendo de categorías, conceptos, nociones que aunque se presentaban como neutras, se habían elaborado a partir del análisis de experiencias laborales estrictamente masculinas. La sociología del trabajo, por ejemplo, había construido su instrumental analítico con base en las modalidades de empleo y de trabajo industrial típicamente masculinas, tratando después de aplicarlos acriticamente al análisis de los comportamientos femeninos en el mercado de trabajo, y a los trabajos femeninos en general. (Borderías 1996b)

Durante los años setenta se produce un proceso de transición desde esta forma de abordar el trabajo femenino a una nueva fase en la que se descartan progresivamente los instrumentos ("neutros") tradicionales y partiendo de la investigación específica de las experiencias de trabajo de las mujeres en la familia y en el mercado de trabajo, comienzan a crearse nuevos conceptos y formas de análisis más capaces de captar la mayor complejidad del trabajo femenino. En el fondo de esta ruptura se encuentra la consideración de que el género es una clave de lectura de la realidad y no una mera

variable que hay que explicar, y de que los instrumentos básicos que conforman cualquier ciencia han de tener en cuenta el incorporar esta diferencia como significativa.

Este cambio de perspectiva afectó a muy distintos campos de la investigación sobre el trabajo femenino, haciéndose patente, especialmente en los estudios del trabajo doméstico, como en los del trabajo asalariado o en lo que hoy se denomina estudios sobre la producción / reproducción.

Uno de los resultados más importantes de este cambio teórico y metodológico ha sido la gran transformación operada en las representaciones y valoraciones del trabajo femenino que surgen de las nuevas investigaciones realizadas en los últimos años. Así por ejemplo, en términos generales, las imágenes que surgían en los estudios sobre el trabajo no productivo, arcaico, irracional, marginal, un trabajo que había que racionalizar, modernizar, socializar o que estaba en vías de desaparición y un trabajo asalariado femenino que emergía como un trabajo descualificado, secundario, débil, marginal. Frente a estas valoraciones fuertemente negativas, las nuevas perspectivas analíticas han ido configurando una imagen del trabajo femenino mucho más rica y compleja que ha revalorizado la especificidad de los trabajos de las mujeres y la importancia económica y social de los mismos. (Borderías 1996b)

Este cambio ha contribuido además a una construcción diversa del sujeto femenino, pasando de la tradicional consideración de la mujer como objeto pasivo de la economía, de la sociedad, de la historia, a una imagen de la mujeres como sujetos históricos con una experiencia diversa y significativa. Es decir, hay una ruptura en los estudios sobre el trabajo de las mujeres, se comienza con los estudios en los cuales hay una desvalorización del trabajo femenino en la investigación en ciencias sociales; y se pasa a una imagen más positiva y surgen nuevas conceptualizaciones sobre el trabajo de las mujeres¹¹.

¹¹ Un ejemplo de la literatura sobre el tema puede verse en Borderías et al., 1994, Borderías, 1996a, 1996b, Abramo y Rosalba, 1998, Da Silva, 1995, Frau, 1998, García y Oliveira, 1994, Lerda y Todaro, 1997, Borderías, 1993, Carrasco, 1999, Cervantes, 1994, De Oliveira y Ariza, 2000, Goldsmith, 1997, Lamas, 2002, Salles, 2002

2.2.a. Los estudios sobre el trabajo doméstico

En esta línea de reflexión destacan dos tipos de estudios que comparten algunas características: el primero de ellos el llamado movimiento de las ciencias domésticas que transcurrió en EE.UU. en la década de los veinte. El segundo, los estudios que a principios de los setenta se agruparon dentro de lo que se conoce en sociología y economía como el debate sobre el trabajo doméstico. Ambos constituyeron un intento de aplicación de paradigmas, conceptos, categorías, valores, etc. creados a partir del análisis del trabajo asalariado masculino y ambos dieron lugar, aunque desde distintas ópticas y en distintos tiempos, a imágenes profundamente negativas del trabajo doméstico.

De manera muy breve recordamos que el movimiento de las ciencias domésticas supuso un intento de aplicación a la organización del trabajo doméstico de políticas laborales industriales. Así, partiendo de los parámetros del *scientific management* industrial, se pretendieron introducir en el espacio doméstico los principios de racionalidad, eficiencia, productividad y rentabilidad propios del taylorismo y fordismo. Desde esta perspectiva, el espacio de la cocina se concibió como las cadenas de montaje, y el trabajo dentro de ella pretendió someterse a la medición de tiempo y movimientos, tendientes a eliminar tiempos muertos, gestos y tareas improductivas. A estas concepciones respondieron los nuevos diseños de la cocina de los años veinte, en las que las "zona de trabajo" se sitúan de espaldas a aquellas donde los hijos comen, y la disposición de sus distintos elementos (armarios, electrodomésticos) siguen los propósitos tayloristas de "eliminación de los tiempos libres". La nueva "racionalidad" pretendía organizar "científicamente" el trabajo doméstico que se consideraba dominado por la "irracionalidad" pre-moderna. Un trabajo donde los cuidados se daban sin tasa, los tiempos sin medida, donde las tareas no se dissociaban de las relaciones personales y afectivas. Un trabajo, en definitiva, irracional que debía someterse en la nueva era moderna a los criterios industriales. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

Otro ejemplo lo constituyen los estudios marxistas sobre el trabajo doméstico, que dieron pie a lo que entre los especialistas se denominó el debate sobre el trabajo doméstico. De este debate interesa tan solo resaltar dos características importantes: estos estudios partieron de categorías creadas para analizar el trabajo asalariado masculino, en este caso se trataba de poner a prueba la capacidad de las categorías

marxistas clásicas como plusvalía, plustrabajo, valor, ejército de reserva, etc. para analizar el trabajo doméstico. Estos análisis dieron lugar también a un imagen del trabajo doméstico fuertemente negativa.

Desde la perspectiva marxista, el trabajo doméstico se consideraba improductivo por no producir valores de uso, sino de consumo. Su contenido quedó reducido a algunas de sus tareas reproductivas estrictamente materiales. Desprovisto de toda complejidad se consideró como un trabajo en vías de extinción, fácilmente socializable bien a través del mercado que iría progresivamente absorbiendo una gran parte de él, bien dentro de una sociedad socialista a través de las redes comunitarias (guarderías, cocinas, lavanderías, comedores públicos.). El ama de casa era vista como "ejército de reserva" que hacía, mientras el mercado lo requería, un trabajo social y políticamente retrasado. Además eran consideradas como un sujeto débil y pasivo que para afirmarse como actor social y político a pleno título debían incorporarse al mercado y al movimiento obrero considerándose como los dos únicos espacios portadores de historicidad. En ambos casos, y aún desde distintas perspectivas, el trabajo doméstico aparecía desvalorizado, su papel en el desarrollo social e histórico negado y la identidad de las mujeres en el espacio doméstico cancelada. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

2.2.b. Los estudios sobre el trabajo asalariado

El trabajo asalariado femenino era abordado desde la experiencia de trabajo masculino. Dos tipos de estudio son un ejemplo de ello, que en su época marcaron profundamente la sociología del trabajo: las teorías del trabajo dual y de la segmentación y los enfoques marxistas sobre el mercado de trabajo.

En ambos casos estas teorías abordan el análisis del trabajo femenino para el mercado a partir de los bagajes conceptuales ya creados para explicar las desigualdades sociales, y más en concreto la desigualdad entre distintos grupos sociales en el mercado de trabajo. El caso femenino viene equiparado al de otros grupos marginales (negros, chicanos, emigrantes). Según ambas teorías de segmentación, la segregación, la discriminación laboral no son ajenas, como consideraban otras teorías, a las lógicas de funcionamiento de mercado de trabajo y a los intereses económicos. Dicho sencillamente, el propio mercado fomentaría la desigualdades entre grupos sociales en provecho propio.

Las teorías de la segmentación equiparaban las desigualdades entre hombres y mujeres a otras como la raza, la étnia, etc. Para el mercado resulta indistinto que las posiciones secundarias o marginales de la estructura laboral la ocupen negros, mujeres o inmigrantes.

El que las mujeres constituyan uno de los grupos secundarios del mercado según los teóricos del mercado dual o, en términos marxistas, que constituyan el grueso del ejército de reserva depende exclusivamente de su posición en la familia: de su bajo nivel educativo, su escasa cualificación, su preferencia por las cuestiones familiares, su baja predisposición a la promoción, a la carrera profesional; su falta de flexibilidad para adaptarse a los requerimientos empresariales; su discontinuidad, etcétera.

Desde estas perspectivas el empleo femenino crece cuando lo hace la demanda de mano de obra poco cualificada, por ejemplo en procesos de descualificación de determinados oficios y profesiones; o cuando se requiere mano de obra sustitutoria como en caso de conflictos bélicos, las mujeres así como otros grupos marginales constituirían una mano de obra secundaria porque ni responden al perfil del trabajador masculino adulto, ni aportarían tampoco ningún valor específico al mercado. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

En definitiva, las mujeres son poco aptas o se adaptan mal a las exigencias del trabajo productivo. La plena incorporación de las mujeres a la producción requería desde estas teorías un proceso de modernización entendida ésta como adecuación a los modelos de empleo y trabajo masculino.

En el ámbito laboral, como en el doméstico, la imagen de la mujer que de ello emerge es la de un sujeto doblemente débil: por estar inmersa en la familia en un trabajo poco racional, poco productivo o no productivo y desprovisto de historicidad y, por situarse de forma marginal en los sectores menos dinámicos del mercado. Este modelo respondió a la concepción de una única identidad laboral posible ligada exclusivamente al modelo profesional masculino que las mujeres debían, a toda costa, emular si querían lograr la plena inserción económica, social y política.

2.2.c. Las nuevas conceptualizaciones sobre el trabajo de las mujeres

A finales de los setenta se produjo en diversos países un giro importante en cuanto a las investigaciones sobre el trabajo femenino, principalmente lo relacionado a su especificidad y subjetividad, siendo este el punto de partida para la creación de nuevas categorías y conceptos, dando con ello una imagen más rica y compleja.

En el ámbito de los estudios sobre el trabajo doméstico se produjo una ruptura con los parámetros del trabajo industrial, iniciándose una línea de investigación específica sobre las prácticas y modalidades de este trabajo más próxima a la práctica de la investigación llevada a cabo por los historiadores de la familia, la cotidianidad o lo privado.

Los nuevos estudios comenzaron a mostrar la diversidad y pluriformidad de conocimientos, capacidades y cualificaciones desarrolladas por el trabajo doméstico. Se enfatizaba su creatividad y capacidad de innovación. Se habla de la existencia de una racionalidad, una lógica y una cultura del trabajo fundamentada en valores distintos a los que prevalecen en el mercado: la atención a las necesidades por encima de las lógicas productivistas. Frente a la marginidad se ponía de relieve su papel central en el desarrollo económico y social, destacando su importancia en los distintos procesos de industrialización, en el funcionamiento de los estados de bienestar; su contribución en los períodos de crisis económica o en las crisis bélicas. Se subraya su capacidad de mediación entre las necesidades privadas y los recursos públicos; entre la producción de bienes y servicios mercantiles o estatales y el acceso de las personas a dichos recursos. Se enfatiza la enorme cantidad de trabajo aún socialmente necesaria y la creciente necesidad de formación del ama de casa para poder relacionar lo privado con lo público en una sociedad progresivamente compleja. El cambio del concepto de trabajo doméstico por el trabajo familiar que se opera a finales de los setenta enfatizaba el dinamismo de este trabajo y su progresiva permeabilización de otros espacios fuera de lo doméstico; su desplazamiento de un trabajo fundamentalmente productivo a un trabajo relacional y comunicacional que pone en cuestión las dicotomías clásicas entre público y privado. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

Estos nuevos análisis han dado lugar a la creación de nuevas categorías como las de gestión mental, trabajo de cuidados, patchwork, trabajo de servicio, modo de

producción femenino, carácter social femenino, etc. que han permitido analizar su complejidad, su papel como espacio de transmisión de cualificaciones femeninas, su capacidad de incidir en el cambio económico y social, su capacidad de creación de una cultura del trabajo específica a las mujeres y el ser portadora de una nueva identidad significativa. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

Este proceso de revalorización aportó nuevos elementos para analizar los modelos del trabajo asalariado femenino, también en los años setenta del siglo pasado.

Se inicia un proceso de revalorización de las experiencias de trabajo femeninas, la atención ahora era prestada a las ocupaciones y profesiones realizadas efectivamente por mujeres, siendo así el punto de partida de la crítica a algunas teorías (marxismo, teorías de la segmentación, etc.) y categorías (cualificación/descualificación, ejército de reserva, segmentación, mano de obra secundaria) que habían sido aplicadas hasta el momento al trabajo femenino (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b).

Por ejemplo, la mayor parte de los estudios sobre las profesiones consideradas típicamente femeninas comenzaron a cuestionar su consideración como trabajo secundario porque eran profesiones que requerían altas cualificaciones, continuidad en el empleo, formación continuada y mucha experiencia, características supuestamente exclusivas del sector primario y por tanto pusieron relieve que tampoco podía considerarse a las mujeres como una mano de obra secundaria. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

Nuevas conceptualizaciones como la distinción entre cualificaciones formales y no formales, el concepto de trabajo de cuidados, economía de la donación, trabajo generalizado, modo de producción femenino, ambivalencia o ambigüedad, permitieron visualizar la enorme transferencia de conocimientos, capacidades, especializaciones que las mujeres han aportado como trabajadoras asalariadas a la producción y con ello iniciaron un proceso de experiencia de trabajo femenino.

Los estudios de la doble presencia han mostrado la capacidad de las mujeres para relacionarse con las personas, para realizar trabajos de cuidados, para percibir y atender a las necesidades personales, para no transferir las tensiones del trabajo a las relaciones

con las personas, su disponibilidad permanente al cuidado de los otros, su flexibilidad, han sido transferidas continuamente al mundo de la producción, y muy particularmente, pero no sólo, al sector servicios. Ello ha planteado, en contacto con las lógicas productivistas, conflictos muy diversos. Pero aún cuando estas cualificaciones, y capacidades han estado muy presentes en la organización del trabajo, han sido tradicionalmente desvalorizadas o negadas. Las razones para ello han sido muy diversas, y hay que remitirlas tanto a los procesos de naturalización de dichas capacidades, como a las modalidades de socialización de dichas cualificaciones que han sido por lo general informales, en la familia o a través de otras redes femeninas no oficiales. (Borderías, 1993, 1994, 1996a y 1996b)

Los estudios de la doble presencia han contribuido de forma fundamental a este proceso de revalorización de la subjetividad femenina. La categoría de doble trabajo subrayó los límites del emancipacionismo al constatar cómo la incorporación de la mujer al trabajo en lugar de cambiar las estructuras familiares había supuesto para las mujeres sumar dos jornadas de trabajo. La categoría de doble presencia daba a esta experiencia una dimensión de mayor complejidad subrayando cómo lo característico de esta nueva etapa de la condición femenina, frente a la anterior prioridad de lo doméstico, era la equiparación de las exigencias y valores de lo profesional y lo familiar, el gestionar la presencia simultánea en ambas esferas, y al mismo tiempo articular dos mundos aparentemente separados porque producción y reproducción exigen de las mujeres lógicas de actuación y aceptación de valores contrapuestos que, como muchos estudios han subrayado, dan lugar al "malestar de la emancipación" y provocan una relación de ambivalencia/ambigüedad en la construcción identitaria de las mujeres.

Es así como los estudios del trabajo femenino han ido en ascenso, sin embargo, al indagar las múltiples interrelaciones entre trabajo y mujer, algunas autoras señalan que la potencialidad de cambio del trabajo extradoméstico reside en que es capaz de proporcionar un núcleo de organización de la identidad femenina independiente de las figuras masculinas. Estos dos últimos aspectos: la dimensión de significado y los procesos de formación de las identidades, se encuentran a tono con lo que ha sido una de las tendencias recientes en el estudio del trabajo femenino: la mayor valoración de los aspectos socioculturales y la subordinación femenina. En el sentido general, la reflexión se ha encaminado a resaltar la intervención de los aspectos extraeconómicos en su

inextricable vinculación con los que sí lo son, a la hora de hacer inteligible la permanencia de las situaciones de inequidad de las mujeres en el mundo del trabajo. (De Oliveira y Ariza, 2000)

Concluimos este apartado reafirmando que tratar el problema de las mujeres trabajadoras nos obliga a referirnos a la construcción de identidad como parte de su género. Las mujeres construyen su identidad genérica con base en factores vivenciales comunes y en experiencias simbólicas que comparten. El análisis de la naturaleza y relación de estos elementos nos permite reconocer que existen patrones en el proceso de estructuración de la identidad de género de las mujeres.

Capítulo II

Un análisis del contexto: La ocupación femenina en México y el panorama histórico, educativo y laboral de la enfermería

“La edad de oro de la mujer de interior ha quedado ahora a nuestras espaldas. Tras un siglo marcado por la depreciación de la mujer activa, se inició un ciclo dominado por su reconocimiento y valoración sociales. Las democracias posmodernas escriben un nuevo capítulo de la historia de las mujeres, el de la posmujer de su casa” (Lipovetsky; 1999:201)

Introducción

La perspectiva de género en el tema de “trabajo” ha transitado desde la crítica al concepto trabajo, hasta los esfuerzos por incorporar la interrelación con otros ejes de inequidades, pasando por la problematización de las distintas dimensiones implicadas en la desigualdad de género en el mercado de trabajo, los instrumentos para cuantificarla y la perenne preocupación por las consecuencias del trabajo sobre la condición de la mujer.

Como lo señalan De Oliveira y Ariza (1999) la crítica al concepto de trabajo condujo a su redefinición para incluir las actividades de la reproducción e implicó la diferenciación entre la dimensión extradoméstica, orientada hacia el mercado, y una serie de actividades indispensables para la reproducción como el trabajo doméstico y la producción para el autoconsumo. La hipótesis detrás de estos esfuerzos sostenía que la dimensión aparentemente invisible del trabajo femenino, la doméstica, ocultaba la verdadera contribución femenina a la actividad económica y, por tanto, al desarrollo. Las nociones de división sexual del trabajo, doble jornada y compatibilidad entre la producción y reproducción fueron la parte de la primeros desarrollos teóricos propulsados por esta redefinición.

La continua problematización de la relación género – trabajo amplió las dimensiones y las herramientas analíticas de estudio. Los conceptos de unidad doméstica

y estrategias de sobrevivencia resultaron de gran utilidad a la hora de explicitar la manera en que la racionalidad económica familiar incidía sobre la magnitud y la forma del trabajo femenino extradoméstico. En años recientes ha ganado importancia los aspectos vinculados con la dimensión sociocultural y simbólica de los procesos sociales: representaciones, valores y significados.

Por su parte, un número reducido de investigaciones centradas en el análisis de la oferta laboral y la dinámica de los mercados de trabajo, se dio a la tarea de aplicar las herramientas conceptuales (técnicas y metodológicas) disponibles para medir con objetividad el grado de desigualdad de las mujeres en estos mercados. Las nociones de segregación ocupacional, discriminación salarial, precarización y feminización / masculinización (de las ocupaciones, los sectores y subsectores económicos), se han empleado así para someter a un análisis exhaustivo la estructura diferencial de oportunidades que ofrece el mercado de trabajo, dejando en claro el carácter estructural de la desigualdad por género dentro de éste. (Véase Pedrero, Rendón y Barrón, 1997; Oliveira, Ariza y Eternod, 1996 citados por Oliveira y Ariza 1999)

En cuanto a la preocupación por las repercusiones del trabajo sobre la situación de la mujer y los procesos de autonomía, las formulaciones recientes se encaminan a evaluar su impacto sobre las posibilidades de empoderamiento femenino, entendido como una alteración de la distribución del poder en un sentido favorable para las mujeres, con una activa participación de ellas en el proceso. Entre los aspectos relevantes de cara a estas posibilidades se destacan: el control de los recursos generados por la actividad, el tipo de trabajo extradoméstico (asalariado / por cuenta propia, de tiempo completo o parcial), el impacto percibido en la experiencia personal y las consecuencias variables de la imbricación con otros ejes de inequidad. (Véase Benería y Roldan, 1992; García y Oliveira 1994 y Oliveira y Ariza, 1999 citados por Oliveira y Ariza 1999)

En el análisis sobre las líneas teóricas de cultura, identidad profesional y la relación mujer y trabajo, observamos la importancia que han jugado los estudios sobre los valores y los procesos de simbolización de las situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y el campo de los estudios de la cultura y de formación de los procesos de identidad en sentido general. En la temática de la formación de las identidades se ha

pasado de una concepción centrada en la mujer y los roles y valores sociales adheridos a su condición, a otra en la que la individuación y los procesos de intersubjetividad se entienden más en su sentido relacional y se destaca la mediación de ciertos aspectos socio-institucionales en su conformación.

Bajo estas consideraciones, el presente capítulo está estructurado en dos apartados: en el primero analizamos la ocupación femenina en México en las últimas décadas, particularmente su inserción al mercado de trabajo y sus principales características, así como el trabajo femenino en el sector servicios.

En el segundo apartado consideramos necesario remitirnos a una serie de cuestiones referidas al desarrollo de la enfermería como profesión en México. Dividimos este apartado en tres ejes de análisis: en el primero se presenta un panorama laboral de la enfermería en el que se muestra dónde están ubicadas las enfermeras en México y sus principales aspectos sociodemográficos y laborales. El segundo se refiere a la evolución de la formación de enfermería y la estructura del sistema educativo para concluir con una breve reseña del plan de estudios y el decálogo de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.

II. 1. La ocupación femenina en México

El trabajo femenino es un tema multidimensional que requiere ser analizado desde diferentes enfoques y perspectivas de análisis. En México, de acuerdo con distintas autoras (es), el trabajo de las mujeres se empezó a estudiar de manera sistemática desde mediados de los setenta en disciplinas como la economía, la sociología, la antropología, y más tarde, de manera importante la sociodemografía entre otras. (Pacheco y Blanco, 1998; Goldsmith, 1997)

De toda la variedad de temas que se podrían abordar, en este apartado y por motivos propios de la investigación, privilegiamos el enfoque sociológico, socioprofesional y cultural sobre la ocupación femenina en México. Desde estos campos analíticos consideramos el análisis de la dinámica del mercado de trabajo. De allí, tomaremos también las nociones de segregación ocupacional, discriminación salarial, precarización y

feminización / masculinización de las ocupaciones y profesiones, que nos sirven para aprender la estructura diferencial de oportunidades que el mercado de trabajo abre a los hombres y mujeres que se incorporan a él.

El carácter segregado de la estructura laboral da cuenta de cómo las ocupaciones se escinden en “masculinas” y “femeninas” y de cómo hombres y mujeres se encuentran concentrados y separados en actividades dominadas por miembros de su propio sexo. Como lo han mostrado los estudios sobre el tema, el problema reside en que tal separación no es neutra, sino que acarrea consecuencias que colocan sistemáticamente a las mujeres en una situación de desventaja respecto a los hombres. En este sentido, la segregación es uno de los rasgos del mercado laboral que más abiertamente expresa el carácter complejo, elusivo, del trabajo extradoméstico en lo que se refiere a la condición de la mujer. (De Oliveira y Ariza, 2000)

La discriminación salarial saca a relucir, por su parte, situaciones de retribución desigual de las mujeres respecto a los hombres, en condiciones en que cuentan con las mismas calificaciones laborales que ellos. (De Oliveira y Ariza, 2000)

El estudio de los procesos de feminización y/o masculinización persigue a su vez conocer los nexos existentes entre la dinámica de cambio de perfil por sexo de las ocupaciones, el deterioro o la mejoría de la calidad de las mismas y el predominio relativo de uno u otro sexo. Se pretende aprehender en una mirada procesual el juego de factores que podrían tornar inteligibles estas transformaciones. (De Oliveira y Ariza, 2000)

En consonancia con las tendencias recientes en el mercado de trabajo en América Latina, la actividad económica de las mujeres mexicanas ha venido incrementándose de manera sostenida en las últimas décadas. Según datos del Censo General de Población de 1970 y las Encuestas Nacionales de Empleo de 1991 y 2002; México ha registrado un incremento sostenido en la tasa de participación de las mujeres en el empleo: en 1970, 17 de cada 100 mujeres desarrollaban actividades económicas, pero para el 2001 el número se había incrementado a 35.

Esta tendencia se reconoce como parte de las transformaciones económicas que ha vivido México en el contexto de la globalización y de sus principales efectos, así como de la necesidad de las mujeres, de generar mayores ingresos económicos para el sostenimiento de sus familias. Cabe subrayar que estos ingresos no pueden considerarse complementarios, dado que en muchos casos constituyen el único sostén de los grupos domésticos; así lo demuestran los datos proporcionados por el INEGI relativos a hogares con jefatura femenina, los cuales indican que en el año 2000 uno de cada cinco hogares de nuestro país estaba a cargo de una mujer.

El aumento de la esperanza de vida, mayores niveles de escolaridad, la disminución de las tasas globales de fecundidad y el alargamiento de su vida económicamente activa, son algunos de los indicadores sociodemográficos que van cambiando en las mujeres y que han contribuido a despertar en muchas de ellas el interés por desarrollar una actividad productiva, como parte de su autonomía personal y de su proyecto de vida. Una de las características distintivas de la tendencia al aumento de la participación femenina es que se verifica en todos los tramos de edad activa, aunque con diferencias de intensidad en cada uno de ellos. Hasta los años setenta, la participación de las mujeres decrecía cuando se casaban o iniciaban su vida reproductiva; y las mujeres que entraban en el mercado laboral eran sobre todo mujeres jóvenes y solteras.

Algunos datos muestran que esta situación ha cambiado ya que para el año 2000 laboran más las mujeres mayores y con hijos, lo que extiende la permanencia de las mujeres en la vida económicamente activa, aún en las edades reproductivas (Rendón, 1990; Pedrero, 1990 y García, 1999), (Véase Cuadro II-1). Este aspecto denota un menor poder de restricción de la esfera de la reproducción sobre la actividad económica femenina (Ariza, 1999). En sentido general estos cambios expresan el abandono gradual del modelo de organización familiar sustentado en el proveedor único, hacia otro de los dos o múltiples proveedores, y la readecuación de la división sexual del trabajo ante las modificaciones ocurridas en el mercado y la familia. (De Oliveira, 1999, 2000)

Cuadro II-1
Tasa de participación económica nacional por sexo y edad, 1997 y 2000

Edad	1997		2000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	78.3	36.8	76.8	36.4
12-14	24.6	10.2	21.2	9.5
15-19	59.6	31.6	56.2	30.0
20-24	86.0	41.9	84.0	42.9
25-29	96.8	47.6	95.2	46.6
30-34	98.3	47.4	97.8	46.1
35-39	98.3	50.8	97.9	47.6
40-44	97.9	45.9	97.1	48.4
45-49	95.6	44.8	96.0	43.5
50-54	92.7	36.4	92.4	37.3
55-59	87.5	32.2	87.1	32.9
60-64	79.2	27.9	73.3	23.6
65 y más	52.3	14.8	50.1	14.5

Fuente: INEGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 2000, Inmujeres, 2001

Cabe mencionar que en 1997 la mayor tasa de participación femenina se daba en el grupo de edad de 35 a 39 años, que presenta incluso un nivel más alto que cualesquiera alcanzado en el 2000.

Esta incorporación masiva de las mujeres en edad reproductiva al trabajo remunerado fue posible entre otros factores al descenso de la fecundidad¹², que aunado a la postergación de la edad al matrimonio redujo el número de años que las madres dedican a la crianza de sus hijos. Por otra parte, debido al aumento de las rupturas conyugales por separación o divorcio¹³, muchas mujeres se han convertido en jefas de familia proveedoras del sustento de sus hijos. (Rendón, 2003)

El censo de población reporta un aumento generalizado de la presencia relativa de las mujeres en el empleo remunerado entre 1990 y 2000, como lo muestran la tasa de crecimiento de los trabajadores asalariados y autónomos de ambos sexos y los índices de feminización. (Véase cuadro II-2)

¹² La tasa de fecundidad se redujo de poco más de siete hijos en promedio por mujer en la década de los sesenta a 2.9 en 1994 y 2.4 en 2000 (CONAPO, 1990 y 2000); mientras que la edad media a la unión conyugal de las mujeres aumentó de 18.8 años al inicio de la década de los setenta a 23.1 años en 1997 (CNOAPO, 1997 y 2000).

¹³ La fracción de mujeres separadas o divorciadas se duplicó de 1970 a 1997 de 4.1% a 8.2% (CONAPO, 2000)

Cuadro II-2

Tasa media de crecimiento anual de la población ocupada remunerada por posición en trabajo entre 1990 y 2000 según sexo e índice de feminización

Posición en el trabajo	1990 – 2000			Índice de feminización**	
	Total	Hombres	Mujeres	1990	2000
Total	3.2%	2.2%	6.0%	31	45
Asalariados	3.4%	2.6%	5.2%	38	49
Autónomos*	2.8%	1.2%	9.6%	16	36
Actividades agropecuarios	-1.2%	-1.6%	5.5%	4	9
Asalariados	0.0%	-0.3%	4.2%	7	11
Autónomos*	-2.3%	-2.8%	8.3%	2	7
Actividades no agropecuarias	4.2%	3.3%	6.0%	42	54
Asalariados	3.9%	3.2%	5.2%	46	55
Autónomos*	5.3%	3.7%	9.7%	28	49

*Incluye trabajadores por cuenta propia y patrones

**Número de mujeres por cada 100 hombres

Fuente: INEGI, Censos de población de 1990 y 2000, Inmujeres, 2001

Lo que indican estas fuentes es que, la población femenina asalariada siguió creciendo a una tasa mayor que la masculina, como había ocurrido durante las dos décadas previas. Dada la persistencia de una fuerte segregación por sexo de las ocupaciones¹⁴, la maquinización de la industria y la importancia creciente del comercio y los servicios en la generación de empleos asalariados propiciaron que la demanda de fuerza de trabajo femenina creciera a mayor velocidad que la demanda de fuerza de trabajo masculina. El comercio, la mayor parte de los servicios sociales y personales, y determinadas industrias que forman parte de la industria maquiladora de exportación – como la fabricación de materiales eléctricos, de aparatos eléctricos y electrónicos y de prendas de vestir- han sido considerados tradicionalmente como actividades adecuadas para las mujeres o neutras al género. En cambio, algunas de las ramas donde predomina la fuerza de trabajo masculina han sido las más afectadas por la competencia externa y la reestructuración.

Por otro lado, como ya mencionábamos, es conocida la extraordinaria sensibilidad de la participación femenina a una serie de variables sociodemográficas, en virtud de la estrecha conexión que el trabajo de la mujer guarda con la esfera de la reproducción socio-biológica. (Arriagada, 1999; García y Oliveira, 1994) Entre esas variables la

¹⁴ Se denomina “segregación de las ocupaciones” a la distribución desigual de los distintos puestos de trabajo entre dos grupos de la sociedad considerados diferentes, en este caso los hombres y las mujeres. Hay tareas consideradas como propias de los hombres, otras en cambio son consideradas como adecuadas para las mujeres. Sólo una parte de las ocupaciones existentes son consideradas como neutras al género, es decir, que pueden ser desempeñadas indistintamente por hombres o por mujeres.

escolaridad suele impactar de manera directa y positiva la propensión de las mujeres a participar económicamente, de tal modo que el nivel más alto de participación corresponde casi siempre al mayor grado de escolaridad (Véase cuadro II-3), aunque no hay que olvidar que el mayor número de mujeres en la Población Económicamente Activa (PEA) no son las que tienen mayor escolaridad. Sin embargo, la relación entre escolaridad y participación es un rasgo de singularidad de la fuerza de trabajo femenina, pues la actividad económica de los hombres es alta independientemente del nivel de instrucción alcanzado.

Cuadro II-3
Tasa de participación económica por nivel de instrucción y sexo, 1997 y 2000

Nivel de instrucción	1997			2000		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Sin instrucción	49.8	78.6	30.0	46.4	74.6	27.3
Primaria incompleta	51.6	75.9	29.6	50.8	74.6	28.6
Primaria completa ¹	54.4	80.7	32.9	54.4	79.5	33.2
Secundaria ²	55.6	75.0	33.6	53.7	73.3	32.8
Medio superior y superior	66.6	81.4	52.6	66.0	80.4	52.3
Medio superior ³	61.7	78.5	48.8	60.9	77.6	47.5
Superior	75.4	85.2	61.8	74.3	83.9	62.0

¹ Incluye a la población de 12 años y más que tuvo algún curso de capacitación después de haber terminado la primaria

² Incluye secundaria incompleta y secundaria completa

³ Incluye subprofesionales de 1 a 3 años de preparatoria y profesional medio

Fuente: INEGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo 1997 y 2000, Inmujeres, 2001

Ahora bien, una mirada distinta de la inequidad de género en el mercado de trabajo la proporciona la distribución de hombres y mujeres en los diversos grupos de ocupación. La ocupación principal permite conocer de manera concreta las actividades que realizan las mujeres y los hombres que están insertos en el mercado laboral. Los datos del cuadro II-4. muestran que los hombres se ocupan principalmente como agricultores y como artesanos o trabajadores industriales, mientras que las mujeres se diversifican un poco más, desarrollándose principalmente como comerciantes o vendedoras ambulantes, artesanas y trabajadoras industriales, empleadas en servicios y trabajadoras domésticas.

Cuadro II-4.
Distribución porcentual de la población ocupada por grupos ocupacionales según sexo. Nivel nacional, 1997 y 2000

Grupos ocupacionales	1997			2000		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100	100	100	100
Profesionales, técnicos y personal especializado, maestros y afines, trabajadores del arte	10.0	8.2	13.5	10.1	8.3	13.5
Profesionales	2.7	2.7	2.7	3.0	2.9	3.1
Técnicos y personal especializado	3.0	2.5	3.9	3.1	2.7	3.9
Maestros y afines	3.5	2.1	6.4	3.4	2.0	6.0
Trabajadores del arte	0.8	1.0	0.4	0.6	0.7	0.4
Funcionarios públicos, gerentes sector privado, administradores agropecuarios	2.1	2.5	1.3	2.3	2.6	1.6
Oficinistas	7.6	5.5	12.0	8.4	5.9	13.3
Comerciantes vendedores y dependientes, vendedores ambulantes	16.0	11.8	24.4	15.9	11.8	23.7
Comerciantes, vendedores y dependientes	13.0	9.3	20.2	12.8	9.3	19.5
Vendedores ambulantes	3.1	2.5	4.2	3.1	2.5	4.3
Empleados en servicios, trabajadores domésticos	10.9	6.6	19.4	11.6	7.2	20.2
Empleados en servicios	6.6	5.9	8.1	7.0	6.3	8.4
Trabajadores domésticos	4.3	0.7	11.3	4.6	0.9	11.8
Operadores de transportes	3.7	5.6	0.0	4.2	6.4	0.1
Protección y vigilancia	1.9	2.7	0.3	1.9	2.7	0.3
Mayorales agropecuarios, agricultores, operadores de maquina agropecuaria (trabajadores agropecuarios)	23.6	29.5	12.0	17.1	27.7	31.5
Supervisores y capataces industriales, artesanos y obreros, ayudantes de obreros (trabajadores industriales)	24.1	27.7	17.1	27.7	31.5	20.4

Fuente: INEGI – STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 1997 y 2000, Inmujeres, 2001.

La categoría que agrupa a profesionales, técnicos y personal especializado, maestros y afines así como a trabajadores del arte representa el 10% de la población ocupada. Ese porcentaje es mayor para las mujeres que para los hombres. La diferencia se explica principalmente por el mayor porcentaje de mujeres en las categorías de maestros y afines y técnicos y personal especializado.

Otras categorías que marcan diferencias importantes entre hombres y mujeres son las de comerciantes, vendedores y dependientes con un mayor número de mujeres; la otra es la de empleados en servicios y trabajadores domésticos, esta última esencialmente con presencia femenina.

Una idea constante que siempre se ha retomado para las investigaciones sobre mujer y trabajo es que aún con la incorporación de las mujeres a la actividad económica

no cambió la división sexual del trabajo al interior de los hogares y eso ha representado para ellas mayores cargas de trabajo. Este aspecto resulta fundamental para entender las formas de inserción de las mujeres en el mercado de trabajo puesto que, en función de esta asignación social que ha tenido históricamente el trabajo doméstico, las mujeres han buscado o buscan un trabajo o una actividad que les permita obtener ingresos y a la vez cumplir con sus responsabilidades familiares. (De Oliveira y Ariza, 1997 y 2000; De Oliveira et al., 1999)

Uno de los indicadores que expresan con mayor claridad la inequidad en el aspecto laboral es la distribución asimétrica del trabajo doméstico y extradoméstico. A pesar de que esta distribución funciona como un obstáculo para la participación social de hombres y mujeres en igualdad de condiciones, es uno de los elementos que han ofrecido mayor resistencia al cambio. Por ejemplo, en las mujeres el promedio de horas de trabajo doméstico semanales en 1997 alcanza de un 39.66 a un 40.94 en edades de 30 a 59 años, en cambio en los hombres en la edad donde se incrementa más el trabajo doméstico es a partir de los 60 años; esa misma tendencia es para el año 2000. (Véase cuadro II-5)

Cuadro II-5.
 Promedio de horas de trabajo doméstico por edad, 1997 y 2000

Edad	1997			2000		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
12-19	16.57	10.82	20.21	16.04	10.80	19.69
20-29	26.50	10.69	34.7	26.27	10.43	33.95
30-39	31.11	10.92	39.66	30.13	10.62	39.35
40-49	32.9	10.72	40.48	30.57	10.72	39.11
50-59	32.19	11.57	40.94	30.88	11.54	39.48
60 y más	27.62	13.58	34.58	27.03	13.45	34.09

Unidad: Horas por semana

Fuente: INEGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 1997 y 2000, Inmujeres, 2001

Si contabilizamos las diferencias en el número de horas promedio que dedican semanalmente los hombres y mujeres al trabajo doméstico y extradoméstico, obtenemos una visión más clara de esta asimetría. En promedio, las mujeres dedicaban, según los datos de la ENE en 1999, 17.1 horas más a la semana al trabajo doméstico que los hombres, mientras ellos empleaban 8.8 horas más que ellas en el trabajo extradoméstico. (Véase cuadro II-6)

Cuadro II-6.
Promedio de horas dedicadas al trabajo extradoméstico y doméstico de la población ocupada,
1999

Tiempo de trabajo	Hombres	Mujeres
Promedio de horas de trabajo extradoméstico*	46.2	37.4
Promedio de horas de trabajo doméstico*	10.3	27.4
Total	56.4	65.0

* Total de horas trabajadas y total de horas de quehaceres domésticos de la población ocupada que trabaja y realiza quehaceres domésticos, entre la población ocupada que trabaja y efectúa quehaceres domésticos
Fuente: INEGI, Estadísticas de trabajo doméstico y extradoméstico en México, 1995-1999 (basada en las ENE de diferentes años), Inmujeres, 2000.

Contemplando el número de horas en ambas dimensiones del trabajo (doméstico y extradoméstico) las mujeres cumplen una jornada semanal de 65 horas promedio; ésta expresa el monto de la sobrecarga de trabajo a la que se ven sometidas las mujeres por el hecho de desempeñar una doble jornada laboral. Es importante mencionar que esta diferencia era de 7.2 horas en el año 1997, lo cual muestra un incremento en la brecha entre unos y otras.

En la dimensión doméstica es donde se observan las diferencias más significativas entre hombres y mujeres. Mientras que en el trabajo extradoméstico las diferencias por grupos de edad fluctúa entre 3.2 y 10.8 puntos, en el trabajo doméstico las diferencias van de 8.8 a 20.2 puntos en promedio. Lo anterior da cuenta de la persistencia de los roles que por generaciones han desempeñado ambos sexos y que se manifiestan en las consecuencias disímiles en la situación de hombres y mujeres en el conjunto de la fuerza de trabajo.

II. 2. El trabajo femenino en el sector servicios

Aún cuando la presencia de las mujeres en los mercados de trabajo se ha incrementado, las más calificadas o con mayor escolaridad lo hacen principalmente en las diversas ramas del sector servicios, desempeñando las ocupaciones típicamente femeninas de secretaria, enfermera y maestra. La segregación ocupacional por sexo tiene implicaciones desfavorables sobre los niveles de ingreso y las posibilidades de movilidad social de las mujeres y lo mismo ocurre con la discriminación salarial. Esto no ha sido de ninguna manera una decisión propia sino consecuencia de los cambios en la estructura sectorial y ocupacional provocada por el desarrollo urbano, las políticas gubernamentales

y la modificación en los procesos productivos y de trabajo bajo diversos patrones de acumulación a lo largo de muchos años como lo demuestra el hecho de que, por ejemplo, se asocie la expansión de los servicios financieros y profesionales con el dinamismo del proceso de sustitución de importaciones entre los años cincuenta y setenta mientras que el empleo público en la administración central, por otro lado, ha crecido en forma constante desde los años veinte hasta mediados de los ochenta. (Brígida y Oliveira, 1992; Blanco, 1995)

A pesar de lo anterior, también existe un consenso en el sentido de que es a partir de los años setenta cuando el sector terciario se expande a ritmos superiores a los del secundario y que son las mujeres quienes presentarán las más altas tasas de participación al punto de que para la década de los noventa ésta alcanzará cerca del 80%. (De Oliveira y Ariza, 1998)

El proceso de transición sectorial por el que han atravesado todas las economías latinoamericanas en diferentes momentos de su desarrollo histórico, ha implicado un crecimiento de las actividades terciarias. Esta transformación ha representado también la ampliación de importantes oportunidades laborales para enormes contingentes de fuerza de trabajo femenina; de tal modo que el crecimiento del sector terciario dentro de la economía, uno de los rasgos más distintivos del mercado de trabajo en las últimas décadas, ha ido acompañado de la feminización de la fuerza de trabajo. (Oliveira y Ariza, 1998)

No obstante, las crecientes oportunidades abiertas, prevalece la pauta de una desigual distribución de trabajo extradoméstico visible en la ubicación diferencial de hombres y mujeres en los distintos sectores de la actividad económica y que constituye un rasgo estructural de la organización de los mercados de trabajo en sentido general. Como lo documenta la investigación de Oliveira, Ariza y Eternod (2000), hay ramas de actividad económica que desde principios de siglo han contado con una elevada presencia femenina (fabricación de textiles, artículos de palma, carrizo, mimbres); otras se han feminizado con el paso del tiempo, como la industria manufacturera, o han disminuido la proporción de mujeres (servicios personales). La dinámica de actividad económica es tal que los sectores, las ramas y las ocupaciones modifican la presencia relativa de hombres

y mujeres históricamente (feminización / masculinización), pero permanece en cada uno de estos momentos un acceso desigual en función del sexo.

La asimetría más marcada es la que se verifica en el sector primario y el terciario, dando cuenta este último de una clara sobrerrepresentación de la fuerza de trabajo femenina en el ámbito nacional (Véase cuadro II-7). El hecho de que hombres y mujeres se encuentren concentrados en actividades donde predomina su propio sexo, explica por qué algunos sectores económicos están relativamente feminizados.

Cuadro II-7
 Distribución de la población ocupada por sector de actividad y sexo, 1997 y 2000

Sector de actividad	1997		2000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100	100
Primario	30.0	12.6	23.8	7.2
Secundario	24.1	18.6	29.1	22.1
Terciario	45.4	68.5	46.7	70.4

Nota: No se incluye el sector de actividad no especificado, cuyo porcentaje completa el 100%
 Fuente: INRGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 1997 y 2000, inmujeres, 2001

Ariza (2002) nos menciona que una de las características distintivas de los mercados de trabajo en las últimas décadas ha sido la creciente terciarización. Ésta resulta manifiesta en los porcentajes cada vez mayores de trabajadores que el sector absorbe, en el año 2000 la población activa en el sector terciario se acercaba al 54.6% (ENE, 2000). Es el primer lustro de los años noventa cuando el país puede catalogarse como una economía terciaria, momentos en que el sector aloja a no menos de la mitad de la población trabajadora.

Entre los rasgos que acompañan la terciarización destaca la desindustrialización, la creciente heterogeneidad laboral y la feminización de la fuerza de trabajo. De ello, la feminización es quizá el aspecto más característico, al punto de que ambos pueden ser entendidos como procesos indisociables. El hecho de que ésta haya coincidido con el deterioro general de las condiciones laborales ha suscitado la reflexión acerca de si es la expansión del trabajo femenino ocurrida en el último cuarto del siglo XX, uno de los factores detrás de la creciente precariedad del conjunto de la fuerza laboral (Standing, 1999 citado por Ariza, 2002).

Datos del año 2000 referidos a México muestran una cierta desaceleración, e incluso una incipiente disminución de la presencia femenina respecto de la masculina en este sector terciario. Ariza (2002) menciona que las proporciones relativas de mujeres en los servicios vienen descendiendo sistemáticamente desde al menos 1970 – 1991. Ello quiere decir que el balance relativo entre fuerza femenina y masculina en el sector ha experimentado cambios a favor de los hombres. Además, son los servicios personales los que expresan la variación más acentuada, pues en ellos el indicador ha descendido a la mitad entre 1970 y 2000. Esto es importante dado que los servicios personales han sido tradicionalmente el ámbito más feminizado del terciario. (Oliveira, Ariza y Eternod 2001)

Por lo que respecta al empleo público, donde finalmente se pueden ubicar a la ocupación de la enfermería, Blanco (1995) nos dice que ha sido uno de los mercados laborales más importantes y que más ha crecido en los últimos años manifestando, inclusive, un carácter anticíclico para aquellos momentos de crisis económica, como lo demuestra el hecho de que el total del personal ocupado se mantenga constante – alrededor de 17.5%- entre 1982 y 1992. Todavía más según García y Oliveira (1998), la disminución del peso relativo de los puestos de trabajo generados por las empresas públicas a partir de las reformas de Carlos Salinas de Gortari, lejos de desmentir los hallazgos de Blanco los confirman pues, en el último caso, nos dicen, tal reestructuración tuvo como contraparte que la importancia relativa del empleo en el gobierno propiamente dicho se incrementara. Todo ello resulta de particular interés para el caso del subsector salud, y dentro del mismo, para la enfermería pues al inscribirse dentro de este último, nos permite suponer una importancia permanente, por lo menos, en términos cuantitativos.

Consideramos relevante este análisis de las mujeres y el trabajo, debido a que en nuestro problema de investigación destacamos esta constante tarea de hacer visibles a las mujeres en la esfera laboral, desde sus narrativas, es decir, desde dentro de la situación del trabajo mismo. Decidimos orientar la investigación sólo hacia el trabajo extradoméstico, es decir al eje de la profesión, primero porque estamos analizando mujeres profesionistas por tanto nos enfocamos prioritariamente a los factores relacionados con su formación y prácticas profesionales, es sólo un deslinde analítico que permite profundizar en los aspectos educativos y profesionales, en este sentido y sólo por

razones estratégicas y de tiempo se dejó fuera el mundo doméstico. Además de que podemos percibir el mundo laboral es de vital importancia para las mujeres en relación a su construcción identitaria tanto de género como profesional. Si anteriormente el referente sociocultural de las identidades femeninas era principalmente la familia y el hogar, con el constante ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, el trabajo productivo se ha convertido en un espacio para la construcción de identidades personales y colectivas significativo para las mujeres.

II. 3. Panorama Laboral de la enfermería en México

El sector público en México está integrado por los organismos de la Administración Pública y Defensa, y de las empresas e instituciones paraestatales vinculadas a alguna actividad económica, hacia el año 2000 contaba con más de cuatro millones de ocupados, que representan el 11.2% de la población ocupada total y el 17.7% de la población ocupada asalariada. Es en este sector donde está incluido el más importante conglomerado humano de Servicios de Salud y Seguridad Social, que cuenta con un número aproximado de 630 mil trabajadores agrupados en tres organismos muy importantes: 1) la Secretaría de Salud y los organismos de Salud de las entidades federativas (130 mil médicos y enfermeras); el Instituto Mexicano del Seguro Social con 140 mil médicos y enfermeras, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado con 37 mil 210 médicos y enfermeras y cerca de 160 mil empleados. (Rojas, 2003).

3.1. Cómo están ubicadas las y los enfermeros en México

Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el 80% de los hombres que estudiaron para técnicos de enfermería (independientemente del grupo de edad en que se ubiquen) declararon tener una ocupación en este campo, mientras que en el grupo de mujeres el porcentaje es de 58%. Al observar la distribución de mujeres y hombres según el nivel de formación obtenido, aproximadamente el 70% de las enfermeras con licenciatura y posgrado trabajan, mientras que sólo lo hacen cerca del 80% de los hombres.

Del total de enfermeras técnicas que laboran, 62.8% aplican en su trabajo los conocimientos adquiridos en su formación; en tanto que las enfermeras con licenciatura alcanzan el 68.9%. Entre las primeras 27.2% se dedican al hogar, mientras que entre las segundas este porcentaje es menor (17.4%). En ambos niveles de estudio los hombres dedicados al hogar no alcanzan el uno por ciento. (Véase cuadro II-8)

Cuadro II-8
Actividades de enfermeras por sexo y porcentajes, 2000

Actividades	Técnicas		Licenciatura	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Trabajan	91	62.8	79.5	68.9
Estudian	3.3	2.4	12.9	5.8
Tienen trabajo pero no trabajó	3.6	6	5.6	6.4
Hogar	0.7	27.2	0.8	17.4
Busca trabajo	1.1	0.5	0.4	0.3
No específico	0	0.0	0.1	0.0
Jubilados o pensionados	0	0.52	0	0.5
Incapacitados	0.2	0.52	0.4	0.3
Total	100	100	100	100

Fuente: Datos generados por el Centro de Análisis Social y Económico y la Fundación Mexicana para la Salud a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000

Los ingresos de las enfermeras que laboran dentro del sistema de salud son en promedio inferiores a los de los hombres en las categorías de formación técnica y de licenciatura. El promedio de ingreso mensual de las enfermeras técnicas es de \$3,947 (5% menor al de los varones), y en el nivel licenciatura, el ingreso es de \$5,145 (2% inferior al de los hombres. (Véase cuadro II.9)

Cuadro. II.9
Promedio de ingresos mensuales según nivel de instrucción y sexo (\$MN), 2000

Nivel de instrucción	Hombres	Mujeres
Enfermería nivel técnico	4,157	3,947
Enfermería nivel licenciatura	5,242	5,145

Fuente: Datos generados por el centro de análisis Social y Económico y la Fundación Mexicana para la Salud a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU, 2000), un 32.5% de las enfermeras con estudios técnicos o básicos no trabajan, en la misma situación las personas con educación media llegan a 36.5% y un 28.3% de los que cursaron estudios superiores tampoco trabajan. (Véase cuadro II.10)

Cuadro II.10
Personal de enfermería según situación ocupacional y niveles de estudios terminados, 2000

Situación ocupacional	Técnicos		Medio superior		Superior	
	total	%	Total	%	Total	%
En contacto con pacientes	87,859	50.0	12,263	44.3	37,774	56.4
En otra ocupación	31,035	17.5	5,351	19.2	10,228	15.3
No trabajan	56,266	32.5	10,166	36.5	18,941	28.3
Total Nacional	175,160	100	27,780	100	66,943	100

Fuente: Datos generados por el centro de análisis Social y Económico y la Fundación Mexicana para la Salud a partir de la ENEU, 2000

Cuando la situación ocupacional del personal de enfermería se divide por niveles de escolaridad y sexo, las diferencias de género se hacen evidentes. Por ejemplo, de las personas que cursaron estudios básicos y no trabajan, 99.6% son mujeres. Además el porcentaje más alto entre las enfermeras que se dedican a actividades ajenas a su formación escolar se observa en el grupo de mujeres con estudios superiores, seguidas del nivel básico. (Véase cuadro II.11)

Cuadro. II.11
Personal de enfermería según actividad y niveles de estudios terminados por sexo, 2000

Situación ocupacional	Hombres		Mujeres	
	total	%	Total	%
Técnico o básico				
En contacto con pacientes	3,424	57.4	84,435	49.9
En otra ocupación diferente a su formación	2,340	39.2	28,695	17.0
No trabajan	199	3.3	56,067	33.1
Totales	5,963	100	169,197	100
Medio superior				
En contacto con pacientes	1,374	59.3	10,889	42.8
En otra ocupación diferente a su formación	835	36.0	4,516	17.7
No trabajan	109	4.7	10,057	39.5
Totales	2,318	100	25,462	100
Superior y Posgrado				
En contacto con pacientes	1,714	55.9	36,060	56.5
En otra ocupación diferente a su formación	1,262	41.2	8,966	14.0
No trabajan	90	2.9	18,851	29.5
Totales	3,066	100	63,877	100

Fuente: Datos generados por el centro de análisis Social y Económico y la Fundación Mexicana para la Salud a partir de la ENEU, 2000

A partir de datos generados por los boletines de información estadística de la Secretaría de Salud, tenemos que en el año de 2002, por cada 100 mil habitantes había 187.1 enfermeras en contacto directo con el paciente (Véase cuadro II.12)

Cuadro. II. 12
Principales indicadores de recursos para la salud, 1990-2002.

Año	Médicos en contacto directo con el paciente	Enfermeras en contacto directo con el paciente
1990	103.8	151.7
1993	101.7	175.0
1996	112.1	183.7
1999	117.0	187.8
2000	120.0	191.3
2001	120.5	190.1
2002	139.4	187.1

Fuente; SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I Núm. 10, 13, 16, 19, 20, 21 y 22. México, D. F.

Asimismo, a nivel nacional, la distribución geográfica del personal de enfermería del sector salud nos muestra una concentración inequitativa, pues mientras que para el año 2002, en el Distrito Federal se encuentra un total de 42,050 enfermeras, para Tlaxcala apenas tiene un total 1,613, Colima 1,309, Campeche 1,575, Baja California Sur 1,381, Quintana Roo 1,636 y Nayarit 1,957. La misma relación se mantiene si se desglosa por categoría, de tal manera que mientras el Distrito Federal tiene un total de 18,194 enfermeras generales, 6,777 especialistas, 11,961 auxiliares y 5,118 en otras categorías; por su parte, Tlaxcala tiene tan solo un total de 738; 118; 474 y 283 respectivamente. (Véase cuadro II.13)

Cuadro II.13
Total de enfermeras por entidad federativa, 2002

Entidad Federativa	Enfermeras				
	Nacional	General	Especialista	Auxiliares	Otras
Nacional	191,612	78,334	20,984	67,617	24,677
Aguascalientes	2,269	823	257	946	243
Baja California	4,561	2,059	514	1,549	439
Baja California Sur	1,381	658	101	521	101
Campeche	1,575	626	118	659	172
Coahuila	6,003	2,446	799	1,919	839
Colima	1,309	772	147	211	179
Chiapas	4,887	1,562	206	2,521	598
Chihuahua	5,593	1,975	522	2,512	584
Distrito Federal	42,050	18,194	6,777	11,961	5,118
Durango	3,129	1,256	332	1,144	397
Guanajuato	6,105	2,436	584	2,466	619
Guerrero	4,660	2,504	445	1,152	559
Hidalgo	3,712	1,247	295	1,629	541
Jalisco	12,911	5,519	1,395	4,559	1438
México	14,619	5,501	1,162	5,296	2,660
Michoacán	5,249	2,621	480	1,338	810
Morelos	2,723	1,371	293	619	440
Nayarit	1,957	999	238	574	146
Nuevo León	9,287	3,503	1,350	2,980	1,454
Oaxaca	4,153	1,218	342	1,865	728
Puebla	6,948	2,401	720	2,623	1204
Querétaro	2,474	896	281	1,067	230
Quintana Roo	1,636	671	127	682	156
San Luis Potosí	3,576	1,332	221	1,615	408
Sinaloa	5,131	2,225	423	1,739	744
Sonora	5,319	2,166	447	2,090	616
Tabasco	4,156	1,429	265	2,082	380
Tamaulipas	6,332	2,795	706	2,143	688
Tlaxcala	1,613	738	118	474	283
Veracruz	10,521	4,302	818	4,312	1089
Yucatán	3,656	1,150	359	1,603	544
Zacatecas	2,117	939	142	766	270

1/ Incluye información de hospitales universitarios, niño poblano y estatales y Sistema de Transporte Colectivo (Metro). No incluye sector privado.

Fuente: SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 21, 2001.

Estos números son muy significativos pues nos hablan de la calidad de atención dependiendo de la preparación del personal de enfermería. Así, aunque las enfermeras generales en cifras totales son la mayoría, apenas aventajan a las auxiliares e incluso hay entidades donde encontramos más auxiliares que generales como es el caso de Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Tabasco. Vemos también que de las auxiliares y generales a las especializadas hay un gran trecho, esto lo podemos ver en todas las entidades federativas del país.

También podemos observar como se encuentran ubicadas las enfermeras dependiendo del tipo de población que atienden. Las que están en contacto con el paciente de la población no derechohabiente son un total de 83 716, de ellas 76 137 son de la Secretaría de Salud. La diferencia en relación con las que atienden a población derechohabiente es significativa, éstas dan un total de 109,112 enfermeras. (Véase cuadro II.14)

Cuadro II.14. Enfermeras por Institución, Nivel nacional, 2002

ENFERMERAS	Total	Población no derechohabiente				Población derechohabiente						
		Total	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Universitarios	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Estatales
En contacto directo con el paciente												
Auxiliares	67 335	28 584	22 409	5 985	190	38 751	28 838	6 714	1 047	764	543	845
Generales	79 816	34 779	34 405	0	374	45 037	33 366	7 817	1 152	1 082	419	1 201
Especializadas	20 935	5 077	4 899	0	178	15 858	10 088	4 652	383	386	65	284
Otras	24 742	15 276	14 424	828	24	9 466	8 228	704	103	156	32	243
Total	192 828	83 716	76 137	6 813	766	109 112	80 520	19 887	2 685	2 388	1 059	2 573
Por tipo de unidad												
Unidades de consulta externa	43 467	29 208	25 724	3 484	0	14 259	10 842	2 539	312	0	146	420
Unidades de hospitalización general	99 935	34 631	30 898	3 323	410	65 304	50 130	11 422	673	1 216	710	1 153
Unidades de hospitalización especializada	48 588	19 820	19 515	0	305	28 768	19 367	5 926	1 700	1 172	203	400
No especificado	762	57	0	6	51	705	181	0	0	0	0	524
Total	192 752	83 716	76 137	6 813	766	109 036	80 520	19 887	2 685	2 388	1 059	2 497

Fuente: SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 21, 2001

La SSA es la institución que mayor incremento de enfermeras reporta en el periodo 1991 – 2001, al crecer en un poco más de 32 mil puestos de trabajo, seguida del IMSS con 13,388 nuevas plazas. Por su parte, a pesar de los vacíos de información que existen para algunos años, en el sector privado se aprecia también un crecimiento sostenido durante el periodo en cuestión. El número total de enfermeras empleadas en el país registró un aumentó de 64,209. (Véase cuadro II.15)

Cuadro II.15
Personal de enfermería por institución en México, 1991 – 2001*

Año	SSA	IMSS Sol	IMSS	ISSSTE	Pemex	Otras**	TOTAL
1991	41,875	5,660	66,327	16,758	3,340	7,444	141,404
1992	43,381	6,026	67,428	17,287	2,734	12,047	148,957
1993	44,782	6,092	69,223	17,490	2,934	14,331	154,852
1994	46,421	6,419	72,217	17,491	2,694	21,402	163,353
1995	50,189	6,726	72,787	18,063	2,736	17,669	168,170
1996	51,056	6,728	73,629	18,203	2,649	18,881	171,044
1997	60,872	6,693	74,681	18,460	2,656	8,932	172,294
1998	65,104	6,759	76,151	18,944	2,658	8,813	178,429
1999	69,678	6,847	76,502	19,235	2,652	9,350	184,264
2000	73,502	6,847	79,100	20,052	2,678	8,156	190,335
2001	74,475	6,847	79,715	19,899	2,673	8,437	192,046

Fuente: SSA., Boletín de información estadística. Vol. 1 Recursos y servicios 1991 a 2001

*Incluye auxiliares, generales, especializadas y otras.

**Públicas y de seguridad social

Durante el periodo analizado, el IMSS ha sido el mayor empleador. En 1997 contaba con el 43.3% de las enfermeras empleadas en México. En este sentido la participación del sector privado registra un incremento al pasar del 10.6% en 1991 al 13.6% en el año 2001.

Al analizar los datos podemos reafirmar uno de los aspectos que mencionamos como importantes en la introducción de este trabajo, me refiero al carácter totalmente confinado de la enfermería al sistema de salud, el ejercicio libre de la profesión es prácticamente imposible, por lo regular desempeñan sus actividades en alguna institución ya sea pública o privada.

3.2. Principales aspectos demográficos y profesionales de la enfermería en México

En México, la población ocupada dedicada a prestar servicios de cuidado y atención de enfermos asciende a 302 mil personas, y alrededor de nueve de cada diez son mujeres.

De las enfermeras (os), una quinta parte son profesionistas en enfermería que auxilian a médicos y cirujanos, aplican sus conocimientos médicos preventivos y curativos en la administración de medicamentos, preparación de instrumental quirúrgico y en el auxilio y cuidado de los pacientes. Las cuatro quintas partes restantes, son trabajadoras (es) que prestan sus servicios para aplicar tratamientos de primeros auxilios, ayudan a médicos, cirujanos y profesionistas de enfermería en la administración de medicamentos, cuidado de los enfermeros y tratamientos de los pacientes. Esto nos da indicios de porque estas actividades que realizan un número bastante considerable de mujeres se sigue considerando como subprofesión.

La edad promedio de las y los profesionales de enfermería es de 36 años, los hombres registran cuatro menos que las mujeres. Por otra parte, la de enfermeras (os) generales es de 38 años, 37 años la de los enfermeros por 38 años la de las enfermeras. Por sexo, seis de cada diez enfermeras tienen menos de 40 años: entre los enfermeros la proporción es siete de cada diez.

Cerca de una de cada dos personas que prestan servicios de enfermería está casada y dos de cada tres son solteras. Por sexo, 43.5% de las enfermeras son casadas, 34.5% son solteras, 6.3% viven en unión libre y el porcentaje restante es separada, divorciada o viuda; los enfermeros por su parte, de cada 100, alrededor de 27 son solteros, 64 casados, cerca de 4 viven en unión libre y el resto es separado, divorciado o viudo.

El promedio de hijos de las enfermeras es de 2.5. De cada 100, 27 no tienen hijos, cerca de 46 entre uno y dos, 23 de tres a cuatro y 4 cinco o más hijos. Asimismo, en la medida que la escolaridad de las enfermeras aumenta, el número de hijos es menor. Las que no tienen hijos registran un promedio de escolaridad de 12.9 años; con uno o dos,

12.4 años; entre tres y cuatro; 11.7 años y, en contraste aquellas con cinco o más hijos, 7.2 años de estudio.

El ejercicio de la enfermería es una ocupación predominantemente urbana, ya que siete de cada diez enfermeras y enfermeros residen en localidades de 100 mil y más habitantes y una de cada diez se encuentra en localidades rurales.

En relación al trabajo, de las más de 300 mil enfermeras y enfermeros, nueve de cada diez prestan su servicio a cambio de un sueldo o salario, la proporción restante trabaja en forma independiente. Las enfermeras que trabajan como asalariadas representan 93% del total de éstas por 82.2% de los enfermeros en la misma situación.

En promedio la jornada de trabajo de las enfermeras es de 39 horas a la semana por 42 de los enfermeros. Siete de cada diez enfermeros dedican al menos una hora a quehaceres del hogar, en contraste, 97 de cada 100 enfermeras realizan este tipo de labores. En promedio, los varones destinan 13 horas a las tareas domésticas por 25 de las mujeres. En conjunto, considerando las actividades domésticas y económicas, las enfermeras trabajan 64 horas a la semana por 54 de los enfermeros, nueve horas más.

Del total de personal de enfermería, tres de cada cuatro cuenta con prestaciones de salud como una prestación laboral. Asimismo, cuatro de cada cinco laboran en establecimientos medianos y grandes de salud y asistenciales; mientras que el porcentaje restante trabaja en locales de servicios profesionales o técnicos especializados; así como en su propio domicilio o en consultorios propiedad del empleador.

En materia de educación; el promedio de escolaridad de la población dedicada a la atención y cuidado de los enfermos es de 12.2 años de estudio; los enfermeros 12.6 años por 12.1 de las enfermeras.

La totalidad de los profesionistas en enfermería cuentan con estudios superiores. Las enfermeras y enfermeros generales tienen principalmente carrera técnica y estudios de preparatoria o carrera profesional técnica. Por sexo, de cada 100 enfermeras, 48 cursaron una carrera técnica, 22 preparatoria o carrera profesional técnica, 21 primaria y

secundaria y 9, estudios superiores. Los enfermeros por su parte, de cada 100, alrededor de 49 tiene estudios de preparatoria o carrera profesional técnica, 19 estudios superiores, 16 carrera técnica y 16, primaria y secundaria.

Cuadro II.16
Indicadores sobre la población ocupada como enfermeras (os) a nivel Nacional

Indicador	Valor
Población ocupada como enfermera (o)	302 034
Hombres	28 758
Mujeres	273 276
Edad promedio de las enfermeras y enfermeros	38.0
Hombres	37.0
Mujeres	38.0
Edad promedio de los profesionales en enfermería	36.0
Hombres	32.0
Mujeres	36.0
Distribución porcentual por grupos de edad y sexo	
Total	
Menos de 30 años	25.3
30 a 39 años	35.7
40 a 49 años	27.6
50 y más años	11.4
Hombres	
Menos de 30 años	31.2
30 a 39 años	41.6
40 a 49 años	13.2
50 y más años	14.0
Mujeres	
Menos de 30 años	24.7
30 a 39 años	35.1
40 a 49 años	29.1
50 y más años	11.1
Distribución porcentual por estado conyugal y sexo	
Total	
Solteras (os)	33.8
Casadas (os)	45.5
Unión libre	6.0
Separadas (os) divorciadas (os) y viudas (os)	14.7
Hombres	
Solteros	26.8
Casados	64.1
Unión libre	3.7
Separados, divorciados y viudos	5.4
Mujeres	
Solteras	34.5
Casadas	43.5
Unión libre	6.3
Separadas, divorciadas y viudas	15.7
Distribución porcentual de las enfermeras por número de hijos	
No tiene hijos	27.1
1 a 2 hijos	45.7
3 a 4 hijos	22.8
5 y más hijos	4.4
Promedio de escolaridad de las enfermeras según número de hijos	
No tiene hijos	12.9
1 a 2 hijos	12.4
3 a 4 hijos	11.7
5 y más hijos	7.2

Distribución porcentual por posición en el trabajo y sexo	
Total	
Empleadores	0.2
Trabajadores por su cuenta	6.7
Trabajadores asalariados	92.0
Trabajadores a destajo	0.4
Trabajadores sin pago	0.7
Hombres	
Empleadores	1.9
Trabajadores por su cuenta	13.9
Trabajadores asalariados	82.2
Trabajadores a destajo	1.7
Trabajadores sin pago	0.3
Mujeres	
Empleadores	0.0
Trabajadores por su cuenta	6.0
Trabajadores asalariados	93.0
Trabajadores a destajo	0.3
Trabajadores sin pago	0.7
Promedio de horas trabajadas a la semana por sexo	
Hombres	39.1
Mujeres	41.7
Tasa de participación doméstica por sexo	
Hombres	67.5
Mujeres	97.0
Promedio de horas de trabajo doméstico por sexo	
Hombres	24.3
Mujeres	12.6
Promedio de horas dedicadas al trabajo doméstico y económico por sexo	
Hombres	63.4
Mujeres	54.3
Distribución porcentual por tipo de local donde labora	
Establecimientos medianos y grandes	64.0
En su propio domicilio	84.5
En el domicilio del patrón	2.5
Locales de servicios profesionales	5.9
Otros	5.8
Distribución porcentual por nivel de instrucción y sexo	
Total	
Primaria y secundaria	20.9
Carrera técnica	44.4
Estudios de preparatoria o carrera profesional técnica	25.0
Estudios superiores	9.7
Hombres	
Primaria y secundaria	16.1
Carrera técnica	16.3
Estudios de preparatoria o carrera profesional técnica	48.4
Estudios superiores	19.2
Mujeres	
Primaria y secundaria	21.4
Carrera técnica	47.7
Estudios de preparatoria o carrera profesional técnica	22.3
Estudios superiores	8.6
Promedio de escolaridad de las enfermeras (os)	12.6
Hombres	12.1
Mujeres	12.2

Fuente: Estadísticas a propósito del día de la enfermera, INEGI, 2004. Datos elaborados a partir del XII censo general de población y vivienda 2000, Mujeres y hombres, 2003; Anuario de estadísticas por entidad federativa, 2003; Estadísticas del sector salud y seguridad social, 2002; estadísticas demográficas, 2002; Encuesta nacional de empleo trimestral, 2003.

Podemos concluir en este apartado que los resultados obtenidos en el censo y la ENEU permiten sostener que, en general, dentro de la categoría ocupacional de enfermería, las mujeres presentan mayor desempleo y menores ingresos, comparado con los hombres. Además, las mujeres enfermeras con menor educación son las que se encuentran en peores condiciones tanto frente a los hombres como a sus compañeras con más estudios. Esto lo vemos incluso en un sector ocupacional que es predominantemente femenino.

Por su parte, en lo referido a la información procesada de los boletines de la Secretaría de Salud, se puede destacar que la principal fuente de trabajo ha sido el sector público, y dentro de él sobresale el IMSS. Sin embargo, encontramos carencia en los datos en lo que se refiere a recursos humanos del sector salud, ya que no se proporciona información por grupos de edad y por género. Y finalmente los datos sociodemográficos que presenta INEGI a pesar de ser muy relevantes faltaría que se desglosara ese tipo de información dependiendo de la institución en la cual laboran.

Sin duda, desde un enfoque de género la formación de las enfermeras y su papel en el mercado tiene muchas vetas por explorar. La información disponible es aún muy escasa, por eso nosotros nos dimos a la tarea de aplicar una encuesta en el Instituto que tomamos como estudio de caso, en ella retomamos información relevante para nuestro objeto de análisis. Dicha información se analiza en el siguiente capítulo.

II. 4. Evolución de la formación de enfermería en México: estructura del sistema educativo

Para este apartado consideramos pertinente remitirnos de forma breve a la historia de la formación profesional de la enfermería a nivel mundial para así poder ubicar el caso mexicano. Es en 1860 que Florence Nightingale desarrolló el primer programa de formación para enfermería: La Nightingale training School for Nurses. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospitales y enfermeras capacitadas para formar a otras. Las graduadas de este programa estaban destinadas a convertirse en líderes de la enfermería a escala internacional. Con mucha frecuencia Nightingale era consultada para la planificación de nuevos hospitales no sólo en Inglaterra y Australia, sino Estados

Unidos y Canadá. La influencia que tuvo esta escuela en muchos otros países se puede confirmar a través de la creación en ese periodo de tiempo (1860-1910) de cerca de 30 escuelas de enfermería, alrededor del mundo, con este modelo. (Bravo, 1980)

En esa misma época, en la Guerra de Secesión de los Estados Unidos se planteó a los organismos gubernamentales la necesidad de contar con enfermeras capacitadas, lo que trajo como resultado las primeras reformas en la enfermería de ese país; de tal suerte que mientras Nightingale hacía sus reformas en el viejo continente, enfermeras como Dorotea Lybde Dix, Clara Barton, Louisa May Alcott, Mary Ann Madre Bickerdyke y Walt Whitman hacían lo propio en los Estados Unidos. (Bravo, 1980).

La llegada del siglo XX, los avances en la cirugía y la ciencias de la salud, permitió el mayor desarrollo de la enfermería. Las estudiantes no sólo mejoraban el servicio a los pacientes sino que reducían los gastos de este servicio mejorado para los hospitales, por lo que la mayoría de los hospitales abría sus propias escuelas de enfermería o se hacía cargo de las escuelas que se habían iniciado en forma independiente.

La diferencia que había entre las diversas escuelas llevó a que las líderes de enfermería comenzaran a organizarse –de hecho se formaron numerosas asociaciones de enfermeras, entre ellos el Consejo Internacional de Enfermeras (1899), la National League of Nursing Education, la National Organization for Public Health Nursing, la Sigma Theta Tau, la Association of Collegiate Schools of Nursing, entre otras– para controlar sus propios niveles de formación y mejorar la práctica de la enfermería.

Esta necesidad de un control profesional que mantuviera los estándares de enfermería llevó a las asociaciones a buscar la certificación y reconocimiento de las enfermeras tituladas y a que se distinguiera entre personal titulado y no titulado (Bravo, 1980).

Mientras todo esto ocurría en otros países, en México es a principios del siglo XX, en 1907, cuando se inaugura la primer Escuela de Enfermería, cuya sede se encontraba en el Hospital General de la Ciudad de México; En 1912 se incorpora a la Escuela de Medicina de la UNAM y en 1945 la escuela adquiere su independencia. No obstante, hasta el año de 1974, siempre estuvo dirigida por médicos, que si bien son conocedores

de su disciplina, no lo son de la profesión y las necesidades reales de la enfermera. (Ávila, S. F.)

Es así como la educación formal de la enfermería se inicia en México a principios del siglo pasado, cuando se empiezan a impartir cursos para preparar a las enfermeras que iban a encargarse de atender a los pacientes del Hospital General. Estos cursos desarrollados entre 1898 y 1907 representan el antecedente de la primera escuela de enfermería en el país, con reconocimiento de la Dirección General de la Beneficencia Pública e incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México en 1911, a través de la escuela de medicina¹⁵. De esta manera, los estudios se ofrecieron primero en hospitales, los médicos determinaban la duración del curso, así como los requisitos del plan de estudios y de ingreso. La organización académica se sujetó al modelo biomédico¹⁶ y al postulado *aprender haciendo*. La carrera se cursaba en dos años después de la primaria, hasta 1935, en que se exige como requisito de ingreso la secundaria y se amplían los estudios a tres años.

En 1928 se crea la Escuela de Enfermería y Obstetricia, dentro de la Escuela de Medicina Homeopática que en 1940 se incorpora al IPN. Se exigía estudios de primaria y secundaria para poder inscribirse, asimismo las alumnas debían hacer servicio social en el medio rural, con duración mínima de seis meses y presentar también una tesis que también servía como medio de información de los problemas sanitarios que se hubieran encontrado en los lugares en donde hubiesen hecho el servicio social. Se estipuló que la carrera de obstetricia fuera obligatoria después de terminar la de enfermería. En 1962 es cuando se constituyen las carreras de enfermería y obstetricia en Escuela del IPN con su edificio propio. (Peña, 1980)

Para el año de 1937 surge la Escuela Militar de Enfermeras. En esta escuela se exigía que previamente hubieran concluido sus estudios de Instrucción Primaria. En el año de 1940 se agregó un año de instrucción prevocacional al plan de estudios y después

¹⁵ También en 1907 se inaugura la escuela de enfermería de la Cruz Roja Mexicana.

¹⁶ El modelo médico es el enfoque dominante en la medicina, en la práctica médica y en la formación de recursos humanos para la salud. Este modelo privilegia el trabajo concerniente a la enfermedad por encima del relativo a la salud, al individuo sobre la colectividad, a las acciones curativas sobre las preventivas, y al enfoque biológico de salud enfermedad sobre una visión global que considere, además, los aspectos sociológicos y psicológicos del proceso salud-enfermedad. (Freeman, Howard (1998) *Manual de Sociología médica*, FCE, p. 28

de 6 años de trabajar en esa forma, se ampliaron y renovaron los programas, horarios y planes de estudio, inaugurándose también el internado; esta escuela, que depende de la dirección general de enseñanza de la defensa nacional, tiene los planes de estudio y programas de enseñanza muy semejantes a los universitarios. (Peña, 1980)

Como consecuencia de la creación del sistema de seguridad social, en 1943, la demanda de personal de enfermería creció para atender las necesidades de las instituciones de salud, situación que propicia la apertura de escuelas de enfermería que fueron incorporadas a las universidades estatales.

Como parte de este proceso, se da la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina; a partir de entonces se le llamó Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. En general los planes de estudio de otras escuelas estaban directa o indirectamente influenciadas por ésta, en cuanto a enfoque, organización y mapa curricular. (ENEO, 2000)

En esta época, el aún incipiente sistema educativo en enfermería favoreció el desarrollo de numerosas escuelas que se crearon para cumplir con las necesidades específicas de los hospitales de segundo y tercer nivel. La creciente demanda de personal de enfermería fue atendida mediante diferentes medidas: la SSA, inició un programa de formación de técnicas en enfermería con estudios de un año de duración y para el cual se requería secundaria; el IPN y el ISSSTE, iniciaron a partir de 1960, cursos posttécnicos para tituladas, los cuales se denominaban especialidades en: salud pública, administración, inhaloterapia, médico quirúrgico, y pediatría, entre otros. Representa el primer antecedente del programa de licenciatura en enfermería, el cual se dio por primera vez en la UNAM en el año de 1969, un año después en las escuelas de enfermería de la Universidad de Nuevo León, de Guanajuato, Guadalajara, Saltillo, Torreón, y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco. Todo este proceso coincide también con el Estado de Bienestar Mexicano (MPG, 2000)

El surgimiento de la licenciatura genera la necesidad de formar a los docentes de enfermería, cuyo nivel académico era técnico (enfermería general). De 1975 a 1978, en la facultad de enfermería de la Universidad de Guanajuato, se ofrecieron los primeros cursos

complementarios de licenciatura para enfermeras, con duración de un año. Las egresadas pertenecían tanto al personal docente de diversas universidades de la República, como a personal que laboraba en las Instituciones de Salud, situación que favoreció la nivelación académica de las enfermeras dedicadas a la docencia, y la realización de estudios de posgrado.

Resumiendo, podemos destacar en todo este trayecto dos elementos: por un lado, la formación de enfermeras en las universidades con requisitos de secundaria y tres años de estudio nivel técnico o bachillerato; por otro lado, la formación de auxiliares y técnicos de enfermería son reconocidos como parte de la profesión y eran fundamentalmente preparados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la Cruz Roja Mexicana y algunos hospitales privados que empiezan a formar sus propias enfermeras.

Las expectativas de mejorar la educación de las enfermeras en México, surgen en primera instancia, con la incorporación de la carrera de enfermería en las universidades, así como, la organización profesional del gremio de enfermeras.

La Asociación Mexicana de Enfermería (AME) se creó en 1947; uno de sus propósitos era procurar el progreso educacional de la enfermera para mejorar la atención de los enfermos. En 1966, la Asociación cambió su nombre a Colegio Nacional de Enfermeras (CNE), quien a solicitud de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM realizó la revisión de los planes de estudio de las escuelas de enfermería a nivel nacional. Más adelante en 1967, la creación de la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, se organizaba en asociaciones regionales, dado el incremento de escuelas de enfermería, tales asociaciones se unirían en 1980 como Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FENAFEE) con el propósito de contribuir a la superación cualitativa de la enseñanza de la enfermería en México. (Velásquez y C., 1998)

Ante la demanda de enfermeras requeridas para el segundo y tercer nivel de atención, proliferaron las escuelas de enfermería. Por un lado, las escuelas de las universidades e incorporadas y por otro, las creadas por dependencias del sector salud. Situación que propició algunos esfuerzos por normar la enseñanza de la enfermería, uno

de ellos fue la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), que por iniciativa presidencial en 1983, pretendía mayor vinculación entre las autoridades educativas y de salud para la formación de recursos para la salud, basada en el conocimiento objetivo de las necesidades de la población y los programas prioritarios del sistema Nacional de Salud. (MPG, 2002)

Los factores que influyeron para crear las Normas Básicas de Enfermería en 1988, son los siguientes: a) la modificación del Artículo 4º Constitucional, la protección de la salud como un derecho universal; b) el incremento en el nivel de educación básica de la población; c) La dotación insuficiente de personal de enfermería en términos de calidad y cantidad; d) el aumento en el número de escuelas de enfermería con planes de estudio y educadores no calificados y el predominio de los cursos técnicos sobre programas universitarios.

A su vez, el fortalecimiento de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) mediante la organización de diversos eventos académicos a nivel nacional, plantea la necesidad de difundir e implementar las Normas Básicas de la enseñanza en enfermería, proponiendo la preparatoria como requisito previo para la enseñanza de la enfermería general, la elaboración de mecanismos reguladores para la apertura y funcionamiento de escuelas de enfermería y del ingreso de estudiantes a la carrera. También la FEMAFEE, realiza estudios de investigación que evidencian la problemática de la educación en enfermería, sobre todo en lo relacionado a la evaluación curricular, formación disciplinaria y la incipiente investigación. (Femafee, 2003)

Para los años de 1992 a 1995 se da la aplicación del proyecto de evaluación de la educación de enfermería en México. Y para 1996 a 1998 se plantea la planeación, capacitación y validación de instrumentos para la aplicación del Sistema Nacional de Acreditación de los Programas de Formación de las (os) profesionales de Enfermería, con lo cual se inicia a finales del año de 1998 el Sistema Nacional de Acreditación de Programas de Formación de Licenciados en Enfermería (SNA-E). Finalmente en el 2001 se desarrolla en un Plan Nacional de Desarrollo del Postgrado en enfermería. (Femafee, 2003)

Los eventos que han sido determinantes en los cambios descritos, son el incremento en el nivel de educación básica y media de la población femenina y el desarrollo del sistema de salud en el país, sus instituciones y sus políticas. La formación de enfermeras que satisficiera necesidades básicas de los enfermos en el hospital, la formación de técnicos en enfermería, que respondían a las demandas de hospitales altamente tecnificados que funcionan bajo un modelo de atención médico – curativo como el del Seguridad Social, la Secretaria de Salud y a las instituciones de alta especialidad. Todos ellos a la vez, determinados en su estructura y funcionamiento por el sistema económico del país.

En resumen, los hechos más relevantes en la evolución de la formación de la enfermería en México son:

- 1900: Surge la capacitación institucional en enfermería en el Hospital de San Andrés.
- 1907: Se funda la primera escuela de enfermería en el Hospital General aprobada por la Beneficencia Pública
- 1912: Se incorpora la escuela de enfermería a la de medicina de la Universidad Nacional, se estructura su primer plan de estudios de dos años después de la primaria y se instituye como requisito para cursar la carrera de partera.
- 1935: Se crea el nivel técnico en enfermería con duración de tres años de estudios y continúa siendo un requisito para cursar la carrera de partera.
- 1945: Se independiza la escuela de enfermería de la Facultad de Medicina y se determina que la enfermera debe tener título y cedula profesional para ejercer.
- 1946: Se crean los primeros cursos posttécnicos en Anestesiología e instrumentación.
- 1968: Inicia la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y desaparece la carrera de partera.
- 1980: Se crean los primeros estudios de Posgrado con las especialidades en pediatría y cuidados intensivos.
- 1982: Inician estudios de maestría en enfermería con énfasis en enfermería comunitaria, en salud mental, psiquiatría y administración.
- 2003: Se crea el programa de doctorado en enfermería.

Se puede decir en términos generales que la estructura del sistema educativo en ciencias de la salud y enfermería está organizada en instituciones públicas, en donde se agrupan todas las escuelas universitarias o de dependencia directa de la Secretaría de Educación Pública y las escuelas privadas que pueden ser incorporadas a las universidades autónomas o estatales y las que requieren reconocimiento de validez oficial por parte de la SEP.

Por el nivel que ofrecen, se ubican tres grandes grupos: las que ofrecen el nivel superior, es decir, licenciatura, especialidad, maestría y doctorado; las de nivel medio superior en donde obtienen títulos de técnicas y el nivel de preparación que ofrecen instituciones gubernamentales de salud, mediante cursos de corta duración, son las auxiliares de enfermería.

Además de estos tres niveles básicos, existe una gran diversidad de modelos para la formación, entre los cuales se destacan los siguientes: licenciatura con cuatro años de estudio de enfermería, licenciatura por el año complementario después del nivel técnico y la preparatoria; nivel técnico de tres años después de la secundaria y nivel posttécnico o especialista de un año después de la carrera técnica.

Podemos notar entonces que a pesar del gran avance que se ha dado en cuanto a la profesionalización de la enfermería en México, siguen persistiendo una gran diversidad en los niveles de formación, lo cual debilita el carácter de la profesión y se ve reflejada en la jerarquización interna de la profesión.

4.1. Niveles educativos en Enfermería

Se puede decir que en México existen cinco niveles educativos en enfermería: los cursos de adiestramiento, que se refieren a la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades de comodidad e higiene; el nivel técnico, donde se enseña la ejecución de técnicas y procedimientos rutinarios para la satisfacción de necesidades básicas; nivel posttécnico en el cual ya hay una ejecución de procedimientos y técnicas especializadas; nivel licenciatura, allí se enseña la aplicación reflexiva del conocimiento en los procedimientos para la atención integral; finalmente el nivel Posgrado, donde la

enseñanza está dirigida a la utilización de la investigación para producir conocimientos y teorías disciplinarias. (Arroyo, 2004)

Según datos que presenta Arroyo (2004) tomados del Sistema de Información de Educación en Salud (SIES – CIFRHS) existen para el año 2004, 503 escuelas que imparten la carrera de enfermería. Y el número según el nivel académico es el siguiente: son 100 escuelas a nivel licenciatura, 7 de nivel técnico superior universitario y 480 a nivel técnico. De estas escuelas, 45% pertenecen al sector privado y 55% al público en el cual encontramos que un 15.5% son escuelas o facultades a nivel licenciatura, 24.5% son carreras que se estudian en la Dirección General de Educación Técnica Industrial y 15% en el Colegio Nacional de Educación Técnica Profesional.

Por otro lado, a nivel licenciatura los Estados que mayor número de escuelas de enfermería tienen son el Distrito Federal con 17 escuelas y/o facultades, Tamaulipas con 9, Veracruz con 6 y Guanajuato con 5 escuelas.

Los estudios que se ofrecen a nivel licenciatura son las carreras de licenciatura en enfermería que para el año 2004 eran 70 a nivel nacional y 30 de licenciatura en enfermería y obstetricia.

El porcentaje de escuelas según el sector al que pertenecen es el siguiente: de la licenciatura en enfermería el 80% es del sector público y 20% del privado. De la licenciatura en enfermería y obstetricia son 57% del sector público y 43% del sector privado.

Sobre la matrícula a nivel licenciatura, según datos de Arroyo (2004) tomados de la Secretaría de Educación Pública y del Sistema de Información de Educación en Salud, tenemos que en total había 20,867 alumnos distribuidos de la siguiente manera: 16,834 en la licenciatura en Enfermería y 3,923 de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

En la reunión panamericana de estudios de posgrado en enfermería que se celebró en octubre de 1995, se planeó la evolución del posgrado en México. Considerando que los posgrados en el área de la salud y en especial la médica, se ha

desarrollado a diferencia de otros en estrecha vinculación con las instituciones empleadoras, es decir, con las instituciones del sector salud, este aspecto ha influido en la organización de las especialidades de enfermería. De 1990 al presente, se han abierto aproximadamente 10 programas de posgrado (Femafee, 1999).

A nivel posgrado en los Estados de la República Mexicana se distribuyen en tres grados: especialidades que se pueden cursar en Puebla, Yucatán, Baja California, Nuevo León, Guanajuato, San Luis Potosí y Distrito Federal. Maestría en el Distrito Federal, Puebla, Estado de México, Guanajuato, Chihuahua, Nuevo León, San Luis Potosí y Querétaro y Doctorado en Nuevo León y Guanajuato.

Los estudios a nivel técnico se distribuyen de la siguiente manera: técnico básico que requiere de secundaria y son tres años de enfermería en el Dirección General de Educación Tecnológica e Industrial (DGETI); Bachillerato Tecnológico con Enfermería que se requiere secundaria, bachillerato y enfermería en el DGETI; Técnico profesional, con secundaria y tres años de enfermería en el CONALEP. Técnico Superior Universitario para el cual se requiere bachillerato y dos años de enfermería en Universidades tecnológicas; finalmente técnico en enfermería que requiere secundaria y tres años de enfermería en Universidades o escuelas privadas.

Los estados con mayor número de escuelas a nivel técnico son el Estado de México con 47, Veracruz con 35, Puebla con 34 y el Distrito Federal con 28 escuelas.

Para el año 2002, según Arroyo (2004), tomado del Comité de formación de personal técnico la matrícula de estudiantes de enfermería era de 18,096 distribuyéndose el 50.3% en instituciones públicas y privadas de la SEP (DGETI) 27.6% dependientes de la SEP (CONALEP) y 21.1% de universidades y escuelas incorporadas.

Como reflexión final a este aparatado podemos decir que hay una gran heterogeneidad en perfiles de egreso y planes de formación en las carreras de enfermería. La Dirección General de Profesiones expide 20 títulos diferentes. Además de que existe la carencia de investigación educativa que permita sustentar propuestas para definir políticas educativas en enfermería principalmente para precisar los niveles

educativos que se requieren en la formación del personal de enfermería y definir el tipo de documentos de acreditación de estudios según el nivel educativo.

II. 5. La escuela de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición¹⁷

A partir de la información proporcionada por el departamento de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición, alrededor del 80% de su plantilla de enfermeras la conforman las egresadas de la escuela de enfermería *María Elena Maza Brito* del mismo, por ello es que consideramos pertinente analizar como es el plan de estudios de esa escuela.

Como mencionamos en la introducción, el Instituto Nacional de Nutrición es un organismo público descentralizado y coordinado por la Secretaría de Salud, a través de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud. Es una institución médica de tercer nivel y tiene como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación, capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad.

La escuela de enfermería *María Elena Maza Brito* es parte integrante del Instituto de Nutrición y es una institución privada, incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente imparte la licenciatura en enfermería que comprende 4 años de carrera y uno de servicio social; también imparte el curso complementario de licenciatura¹⁸ en enfermería incorporado a la Universidad Nacional Autónoma de México, con duración de un año.

El objetivo de la Escuela es formar enfermeras profesionales que asuman una actitud responsable y comprometida en la población, que sean críticas e innovadoras capaces de contribuir al mejoramiento de la profesión a través de la investigación multidisciplinaria, característica esencial del plan de estudios de esta escuela.

¹⁷ Este apartado se realizó a partir de la información proporcionada por la Directora y la Coordinadora académica de la escuela de enfermería.

¹⁸ Uno de los mecanismos para la profesionalización de las enfermeras en México se refiere al grado de estudios. Cuando se cuenta con el nivel técnico, se da la opción de cursar el bachillerato y posteriormente el curso complementario de licenciatura. Esta modalidad permite a las enfermeras técnicas profesionalizarse y además tener acceso a otros cursos de especialización.

La misión es alcanzar la excelencia académica a través de la generación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos basados en un programa de estudio organizado y dinámico que satisfaga las necesidades de la Institución. Es decir, se busca crear un modelo de educación en enfermería que permita formar recursos humanos de calidad capaces de afrontar las exigencias de la Institución.

El título que se obtiene es de Licenciado en Enfermería y Obstetricia; la duración en períodos académicos de los estudios es de 8 semestres y el número total de créditos son 403.

El plan de estudios corresponde a una organización por áreas de conocimiento cuyo propósito fundamental es la integración. Las áreas que lo conforman son: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas y proceso salud-enfermedad en la reproducción humana.

El área enfermería y salud en México se compone de un conjunto de asignaturas de las disciplinas fundamentales, las cuales proporcionan los conocimientos básicos del área de la salud en general y de la enfermería en particular. El dominio de los aprendizajes de estas asignaturas permiten cubrir el prerrequisito para estudios más especializados y proporcionan los elementos teóricos-metodológicos y técnicos básicos para comprender el campo de la enfermería, tiene como objeto de estudio al hombre en su dimensión individual y social en interacción con su ambiente, considerando el entorno ecológico y social como un elemento determinante del proceso salud-enfermedad y particularizado en el campo de acción de enfermería en este proceso.

Las áreas proceso salud enfermedad en las diferentes etapas evolutivas y proceso salud enfermedad en la reproducción humana, incluyen las asignaturas que proporcionan los conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la práctica profesional. Tienen como objetivo de estudio el cuidado a la salud para la conservación, fomento y restauración de la misma, considerando las características propias en sus diferentes etapas de vida del ser humano, así como los riesgos a la salud y las enfermedades de mayor prevalencia en cada una de ellas; así como el cuidado a la persona en su salud

reproductiva en las etapas pregestacionales, gestacional y postgestacional desde la perspectiva del enfoque de riesgo.

En cada uno de los semestres, con fines de integración del conocimiento, han sido planteadas prácticas que pretenden articular los contenidos de las diversas asignaturas.

En los anteriores párrafos podemos notar cómo la enfermería en el Instituto Nacional de Nutrición no se limita al carácter técnico de la profesión, sino que se toman en cuenta todo un marco que comprende aspectos sociales, psicológicos, filosóficos, ecológicos y de salud en general, hay una visión integral del individuo, como objetivo general de la profesión.

5.1. El decálogo de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición

El decálogo realizado por el Dr. Zubirán, fundador del Instituto, es utilizado como juramento de las enfermeras egresadas de allí. Contiene una serie de características y valores que identifican a la enfermera del Instituto Nacional de Nutrición, tales como excelencia, dinamismo, organización, respeto, compromiso, calidad, honestidad, veracidad, vocación y puntualidad.

Los diez puntos que lo componen son:

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante el riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujetos de la atención de enfermería como para quienes conforman el equipo de salud.
- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- Fomentar la participación y espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Esta es la observancia del código de ética, donde se hacen explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Recordemos que actualmente una de las definiciones más difundidas a nivel mundial de enfermería es la que realizó el Consejo Internacional de Enfermería, la cual señala que “la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”. (<http://www.icn.ch/definitions.htm>)

Podemos concluir este apartado diciendo que el reconocimiento de la función única de enfermería abre las puertas al desarrollo teórico de la disciplina. Desde la segunda mitad del siglo XX se ha venido ampliando y profundizando en un cuerpo propio

de conocimientos, que se caracteriza por ser plural y multiparadigmático. Hoy en día conviven diversos enfoques, diversas metodologías y teorías de enfermería que muestran la riqueza de la práctica y la complejidad de la actividad de cuidar. No obstante, la esencia de la práctica de Enfermería no ha cambiado. Si bien el cuidado ha estado vinculado a la enfermería, sólo en los últimos años se ha conceptualizado sobre él. Desde el punto de vista de la disciplina se concibe el cuidar, como actividad dinámica, reflexiva, deliberada y basada en la interacción humana. El cuidado constituye el objeto del saber y del quehacer principal de enfermería. Incluye la generación y aplicación de conocimiento y su validación social. La disciplina de enfermería está conformada por el saber que la enfermería utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente, el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud.

Capítulo III

La construcción de la identidad genérico – profesional en la enfermería: Un estudio de caso con las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición

El destino femenino entra en una era de imprevisibilidad y de apertura (...) ¿Qué estudios realizar? ¿Con vistas a qué profesión? ¿Qué trayectoria profesional seguir? (...) ¿Qué número de hijos y en qué momento? (...) ¿Trabajar a tiempo parcial o tiempo completo? ¿Cómo conciliar la vida profesional y la vida maternal? Todo en la existencia femenina, es ahora objeto de elección, de interrogación y de arbitraje. Hoy cuando prácticamente ya ninguna actividad se haya vetada para las mujeres, nada establece de modo imperativo su lugar en el orden social; ahora las vemos (...) entregadas de definir e inventar su propia vida (...) supone una autocreación femenina. (Gilles Lipovetsky, 1999:219)

Introducción

Después de proponer los núcleos temáticos más importantes para el estudio de las identidades profesionales con enfoque de género y de haber analizado el contexto macro social del problema de investigación. En este capítulo presentamos la estrategia metodológica así como los hallazgos más importantes encontrados en el trabajo de campo.

El capítulo lo dividimos en tres apartados. En el primero proponemos la estrategia metodológica, nos enfocamos al diseño metodológico mixto que nos permite el estudio de las dimensiones estructurales y subjetivas en la investigación de la relación mujer y trabajo. El segundo apartado aborda la parte estructural del estudio de caso, me refiero a las características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición a partir de los resultados que nos arroja la aplicación de una encuesta con este grupo ocupacional. Finalmente, en el tercer apartado, analizamos los discursos de las enfermeras en relación a las orientaciones y significados sobre la carrera

de enfermería y como a partir de ello van formando su identidad profesional, institucional y de género.

III.1. El estudio de las dimensiones estructurales y subjetivas en la investigación de la relación mujer y trabajo: diseños metodológicos mixtos

En este apartado se presenta la propuesta y estrategias metodológicas que orientaron el problema de investigación.¹⁹ Recordemos que no tratamos de analizar el impacto macro-social de la inserción de las mujeres al mercado de trabajo, lo que buscamos es dar cuenta de sus expresiones micro, desde la experiencia de las propias mujeres, cómo ellas perciben, definen y significan su formación, orientación y práctica profesional, relacionada siempre con ciertas imágenes de género. El apartado está dividido en dos temas: 1) especificamos la validez de los diseños mixtos de investigación para los estudios de la relación mujer y trabajo, y 2) describimos la estrategia metodológica que se llevo a cabo en el desarrollo de esta investigación.

Al analizar las posibilidades sobre cómo acercarnos metodológicamente a los estudios de las identidades profesionales, llegamos a la conclusión de retomar el llamado continuum interactivo. Esta propuesta que viene de autores que proponen estrategias intermedias entre la investigación cualitativa y cuantitativa (Newman y Benz, 1998; Tashakkori y Teddlie, 1998, Guadarrama, 2003), supone una concepción de la ciencia plural, desde el punto de vista epistemológico, metodológico e instrumental, que en la práctica se traduce en distintas estrategias de combinación de métodos cuantitativos y cualitativos y de procedimientos de ida y vuelta entre la teoría y los datos; lo cual nos permite el uso de categorías teóricas para observar la realidad y a la vez el uso de información empírica en la redefinición de categorías teóricas.

Así, el continuum interactivo, trata de un enfoque relacionado con el uso de múltiples metodologías en la investigación social. En la práctica este proceso comprende,

¹⁹ La propuesta y estrategias metodológicas fueron discutidas colectivamente en el seminario permanente de culturas e identidades laborales y de género, integrado por profesores – investigadores y estudiantes del programa de posgrado en Estudios Sociales, Línea Estudios Laborales de la Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, ya que los proyectos de cada uno de ellos versan sobre la relación trabajo y género y se enfocan al análisis de las identidades ocupacionales y profesionales de mujeres en contextos laborales feminizados.

como mencionamos en el párrafo anterior, un movimiento de ida y vuelta entre la inducción y la deducción. En su forma más simple consiste en trabajar las hipótesis inductivamente desde la experiencia, las cuales son elaboradas deductivamente en sus implicaciones con base a las cuales ellas pueden ser probadas (Newman y Benz, 1998; Tashakkori y Teddlie, 1998). Es claro entonces que cada técnica añade algo a nuestro cuerpo de conocimiento para continuar edificando algo con la información derivada de la otra técnica.

La estrategia cuantitativa se diseña a partir de modelos conceptuales que el investigador construye desde las teorías con las cuales ya se ha entablado un debate, construyendo así un marco teórico del cual se desprenden las hipótesis, que son guías que orientan la observación del investigador sobre la realidad para recabar la información empírica. De ahí la necesidad de operacionalizar los conceptos dándoles una definición empírica. Los conceptos pasan a constituirse en variables de manera tal que las hipótesis iniciales o enunciados teóricos se convierten en hipótesis de trabajo o enunciados empíricos que se demuestran como falsas o verdaderas mediante el análisis estadístico. (Guadarrama y Torres, 2005)

En tanto que la estrategia cualitativa considera que a partir de la observación empírica se pueden construir nuevas propuestas teóricas (las llamadas teorías de base). Por ello, el proceso tiene como punto de partida la recopilación de información sobre un problema real específico. La estrategia de investigación parte de la selección de distintos procedimientos para recopilar información sobre el problema, que van desde la observación directa del problema, conversaciones informales, hasta las entrevistas individuales o grupales con personas clave. En este proceso la parte crucial se ubica en el análisis de la información. (Guadarrama y Torres, 2005)

A partir de las propuestas de Tashakkori, Teddlie, Guadarrama y Torres, en esta investigación decidimos utilizar una estrategia mixta de investigación, de manera tal que la indagación nos permitiera articular las dimensiones estructurales y subjetivas del problema de la identidad genérico – profesional de las enfermeras.

Recordemos que es a partir de las líneas teóricas que establecimos como los individuos definen su identidad a partir de su propia concepción, pero también de la concepción de los otros a partir de las interacciones en los diferentes espacios sociales (contextos estructurados socialmente). Por ello, se nos planteó la necesidad de buscar información sobre las características sociodemográficas y profesionales de la población de estudio, que nos permitiría obtener información estructural, objetiva, como un soporte contextual para el análisis de información relativa a las orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería. De ahí que inicialmente partimos del diseño de una encuesta que nos proporcionara esta información para posteriormente indagar sobre las percepciones y significados a partir de entrevistas.

En resumen, con la estrategia deductiva buscamos corroborar la presencia de rasgos estructurales que caracterizaran a la población de enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición a través de una encuesta que tenía como objetivo elaborar perfiles sociodemográficos y profesionales de la población. La información resultante se articuló con una estrategia inductiva más pertinente para el estudio de los significados y las percepciones, me refiero al uso de una guía de entrevista semiestructurada para delimitar el discurso que expresaban las mujeres en relación a su vida laboral.

También es importante aclarar que la vinculación entre las dimensiones estructural y subjetiva no están relacionadas de manera determinante. Es decir, que no en todo estudio con una perspectiva de diseño mixto cuantitativo – cualitativo sea necesario acudir a este tipo de estrategia; sino que ésta nos sirvió para conocer rasgos de las personas con las que íbamos a trabajar en un proceso de interacción más profunda.

Con estas construcciones elaboradas desde la estrategia cuantitativa se facilitó la definición de una muestra teórica intencional que recuperaba los tipos de enfermeras más relevantes que nos permitiera profundizar en el estudio de la heterogeneidad de situaciones que se dan en la construcción de la identidad genérico – profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.

La estrategia cuantitativa tuvo como punto de partida la definición conceptual de aquello que quiere ser observado a partir de un instrumento estructurado como es el

cuestionario de una encuesta. La estructura del cuestionario quedó de la siguiente manera:

- Un apartado de datos sociodemográficos y del contexto familiar. Con esta información se buscó caracterizar los distintos tipos sociodemográficos y familiares de las enfermeras con el fin de ubicarlas a ellas y en el contexto de su familia.
- El segundo apartado estuvo integrado por datos relacionado a su trayectoria escolar y profesional, lo que se buscaba era caracterizar los distintos tipos profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.
- Un tercer bloque estuvo conformado por una batería de preguntas relacionadas con su trayectoria laboral, el objetivo aquí era analizar ascensos y continuidad en su trabajo como enfermera.
- Un último bloque se refiere a un ejercicio de caracterización de “la imagen de la enfermera”. Se pidió que señalaran las tres características principales que debe tener una buena enfermera por orden de importancia. De esta manera nosotros podíamos jerarquizar y establecer una imagen del modelo de enfermeras que ellas tienen en mente.

La encuesta se realizó en los meses de julio y agosto de 2004. Antes de ello, se hizo una prueba piloto en el mes de abril de 2004 con enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social, todas ellas localizadas a partir de la técnica de “bola de nieve”, es decir, una entrevistada nos llevaba a otra y así. Esto se hizo mientras en el Instituto de Nutrición se realizaban los trámites pertinentes para tener acceso al personal de enfermería²⁰. Esta prueba nos sirvió para redefinir temáticas que no se habían contemplado, el mismo formato del cuestionario y el tiempo que se necesitaba para aplicarlo, datos que era preciso tener listos en el momento en que se obtuviera el ingreso al Instituto Nacional de Nutrición.

Una vez que el instrumento fue probado y corregido, se preparó el trabajo de campo, que inició con la aplicación de la Encuesta sobre características

²⁰ Dada la estructura burocrática del Instituto Nacional de Nutrición, fue necesario hacer varias presentaciones del proyecto tanto a la directora de la subdirección de enfermería como al comité de ética del Instituto quienes fueron los que evaluaron el proyecto y permitir el acceso a la Institución.

sociodemográficas, profesionales y laborales del las enfermeras del Instituto de Nutrición. Con el fin de diseñar una muestra que representará a las enfermeras que laboraban allí fue que recurrimos a la información proporcionada por la Subdirección de Enfermería del Instituto.

El criterio de selección para incluir en la muestra a las enfermeras fue a partir de la categoría ocupacional y el turno. Por las características de la población y por la orientación del estudio se decidió diseñar una muestra de tipo intencional sobre los criterios ya mencionados. En el caso de categorías con más elementos se tomó sólo el 10% y para las categorías pequeñas se tomó el total de la población. Finalmente estuvo conformada por 46 cuestionarios.

Como podemos observar en el siguiente cuadro III-1 que de un total de 673 trabajadores de la subdirección de enfermería el 86.8% son mujeres y el 13.2% son hombres. Sin embargo, incluye otro personal paramédico a parte de las enfermeras, como son las auxiliares, técnicos, apoyo administrativo, afanadoras y camilleros. Si sólo contamos a las enfermeras generales, especialistas, jefas de servicio y los altos mandos encontramos que de un total de 358, el 95.1% son mujeres. Dato importante ya que recordemos que a nivel nacional nueve de cada diez enfermeras son mujeres.

Cuadro III-1

Plantilla de trabajadores y trabajadoras de la Subdirección de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición

Categoría ocupacional	Hombres		Mujeres		Total	
	cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Personal de enfermería						
Enfermera General A	11	5.91	175	94.09	186	51.96
Enfermera General B	1	2.38	41	97.62	42	11.73
Enfermera Especialista A	3	4.05	71	95.95	74	20.67
Enfermera Especialista B	0	0.00	5	100.00	5	1.40
Enfermera Jefa de Servicios	0	0.00	47	100.00	47	13.13
Coordinadora de Enseñanza	0	0.00	1	100.00	1	0.28
Jefa del Departamento de Enfermería	0	0.00	1	100.00	1	0.28
Subdirectora de Enfermería	0	0.00	1	100.00	1	0.28
Directora de la Escuela de Enfermería	0	0.00	1	100.00	1	0.28
Subtotal 1	15	4.19	343	95.81	358	100.00
Otro personal paramédico						
Auxiliar de Enfermera A	22	21.15	82	78.85	104	33.02
Auxiliar de Enfermera B	2	3.70	52	96.30	54	17.14
Enfermera encargada Postgrado Enf.	0	0.00	1	100.00	1	0.32
Psicóloga Clínica	0	0.00	2	100.00	2	0.63
Técnico en Inhaloterapia	2	25.00	6	75.00	8	2.54
Afanadores	28	28.00	72	72.00	100	31.75
Apoyo Administrativo	1	3.70	26	96.30	27	8.57
Camilleros	19	100.00	0	0.00	19	6.03
Subtotal 2	74	23.49	241	76.51	315	100.00
Total	89	13.22	584	86.78	673	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el catálogo de puestos del departamento de enfermería del INCMNSZ, 2004.

Recordemos que el propósito de la encuesta fue el diseño de perfiles, cuando hablamos de perfiles, nos referimos a un tipo de análisis estadístico de nivel descriptivo que se basa en la construcción de variables compuestas de nivel nominal, mediante un proceso de ordenación de varias variables simples nominales por ejemplo, el sexo, la presencia o ausencia de hijos en el hogar, los grupos etarios, el máximo nivel de estudios y otras características individuales que se pueden expresar en forma dicotómica - es decir con valores 1 y 2 - cada una de ellas. Estas variables se transforman en un vector (una línea con una dirección determinada) en la que se establece de antemano qué lugar

ocupa cada una de ellas, y el resultado es lo que llamamos tipología o perfil, ya que no tienen ningún valor numérico, simplemente son asociaciones de características.

Construimos perfiles sociodemográficos y familiares con variables como: edad, estado civil, número de hijos y personas con las que vive; y de la trayectoria profesional con las siguientes variables: nivel educativo, si esta estudiando actualmente y si ha realizado cursos de capacitación y de especialización. Con lo cual buscamos caracterizar al grupo social estudiado y corroborar la presencia de ciertos rasgos que identificaran a este grupo profesional antes del diseño y aplicación de entrevistas.

Ahora bien, el perfil sociodemográfico y profesional, así como la trayectoria laboral nos permitió seleccionar la muestra teórica para las entrevistas en profundidad y descubrir que existen dos trayectorias profesionales bastante marcadas en el Instituto, las que realizan su trayectoria educativa y profesional dentro del Instituto de Nutrición y las que tienen una trayectoria educativa y laboral en otras instituciones ajenas al Instituto²¹, lo cual permitió modificar la guía de entrevista e indagar sobre ese aspecto de endogeneidad por parte de las enfermeras y analizar las diferentes biografías para recuperar experiencias en distintos contextos sobre su orientación y práctica profesional.

Por su parte, la caracterización del modelo ideal de la enfermera nos permitió indagar de forma profunda sobre los códigos de ética profesional sobre los que se sostiene la identidad profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.

El siguiente paso en la estrategia metodológica fue el diseño de la guía de entrevista, quedó conformada de la siguiente manera: se compone de ejes temáticos, preguntas básicas y preguntas complementarias, sin embargo, esta guía está creada para dirigir la entrevista por el camino consistente con los propósitos del estudio, aunque provee de ejes y áreas temáticas, el entrevistador tiene la libertad de construir una conversación dentro de un particular eje temático, formular preguntas espontáneamente y establecer un estilo libre de conversación.

²¹ Este eje de análisis sobre trayectoria profesional lo desarrollamos con profundidad en el siguiente apartado de este capítulo que tienen que ver precisamente con los resultados que arroja la Encuesta

Estos ejes son las dimensiones del trabajo y la formación profesional sobre las cuales podemos identificar el proceso de construcción de la identidad genérico-profesional de las enfermeras. Su diseño fue a partir de la revisión de los núcleos temáticos y de la definición a partir de la primer técnica utilizada en esta estrategia de investigación. El objetivo de esta guía semiestructurada en ejes temáticos es que nos permita integrar en un modelo conceptual el objetivo general del que parte esta investigación. Los ejes temáticos son los siguientes:

- Vida familiar. Se indago sobre la familia de origen y la familia actual
- Dinámica general de la trayectoria escolar. Indagación sobre su situación educativa por niveles: tipos de escuelas y percepción del ambiente escolar
- Dinámica de los estudios de enfermería. Se indago sobre la elección profesional, el ingreso a la carrera de enfermería, tipo de escuelas en las que realizo sus estudios, motivos para seguir o no estudiando (de nivel técnico a superior), ambiente y socialización en la carrera, conocimientos, experiencias y aprendizajes en la escuela
- Etapa de transición: Del aprendizaje en el aula al aprendizaje en la práctica. Se indago sobre las prácticas profesionales, servicio social, experiencias y conocimientos en esta etapa
- Cursos de capacitación y especialización: se indago sobre su participación en los cursos relacionados con la enfermería, número de cursos, requisitos, importancia de los cursos, beneficios personales y profesionales a partir de la capacitación y especialización.
- Trayectoria Laboral. Se indago sobre la trayectoria laboral previa a su trabajo en el Instituto de Nutrición, su experiencia laboral en el Instituto, su esquema de labores.
- Contexto Laboral. Se indago sobre las relaciones en el lugar de trabajo, la Ambigüedad – ambivalencia en las jerarquías profesionales, el ambiente de trabajo, la división sexual del trabajo, percepción de la profesión y mercado de trabajo.

La guía de entrevista se probó en dos ocasiones, la primera fue con dos enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó en el mes de abril de 2004. Esta prueba tuvo como objetivo una primera aproximación a la problemática sobre la identidad genérico – profesional de las enfermeras; se orientó principalmente a establecer temáticas de interés como el conocer un poco más, desde la narrativa de las

enfermeras, sobre su profesión, además de estimar tiempos y situaciones para poder entrevistar a estas mujeres, debido a que su ritmo de trabajo es demasiado intenso. Esta primera versión de la guía nos tomaba aproximadamente dos horas. Sobre esta experiencia, la guía de entrevista se redefinió.

La segunda prueba de la guía de entrevista se realizó en el mes de agosto de 2004 con una enfermera del Instituto de Nutrición. Nuevamente se tuvieron que hacer cambios a la guía en cuanto a temáticas, debido a que en este momento se tenía casi concluida la etapa del levantamiento de la encuesta y los primeros análisis empezaban a delinear algunas características de este grupo de enfermeras no previstas, por ejemplo: las enfermeras del instituto de Nutrición, a diferencia de las del IMSS, contaban con una trayectoria laboral dentro del mismo Instituto y muy pocas tenían experiencia fuera.

A partir de los resultados de esta prueba se rediseñó el instrumento, no fue necesario hacer muchas modificaciones, sólo se eliminaron algunas preguntas que redundaban y que alargaban el tiempo y otras fueron reubicadas y se redujo el tiempo de la entrevista a una hora treinta minutos.

Del 20 de septiembre al 18 de octubre de 2004 se realizaron las entrevistas en profundidad con diez enfermeras que estaban laborando en el Instituto Nacional de Nutrición. Recordemos que con la información recabada a través de la encuesta se lograron establecer los criterios de selección de casos específicos de enfermeras que integraron la muestra teórica a partir de la construcción de perfiles sociodemográficos y profesionales. La tipología incluyó los siguientes indicadores:

Eje temático	Indicador	Categoría
Trayectoria de vida	Edad	1. Hasta los 40 años 2. 41 años y más
Unión	Situación Conyugal	1. Unida 2. No unida
Maternidad	Tiene Hijos	1. Con hijos 2. Sin hijos
Profesionalización	Máximo Nivel de estudios	1. Nivel técnico 2. Nivel superior

Se mencionó en párrafos anteriores que por medio de la encuesta pudimos saber que existen dos trayectorias profesionales en el Instituto, las que realizan su trayectoria educativa y profesional dentro del Instituto de Nutrición y las que tienen una trayectoria educativa y laboral en otras instituciones ajenas al Instituto, lo cual nos obligó a considerarlo como un criterio para la selección de la muestra teórica. Es entonces como los casos fueron separados a partir de esta variables de control. Obtuvimos diez perfiles y se trató de entrevistar a una enfermera de cada perfil, dada la diversidad de los perfiles, recordando que no buscamos representatividad. Los perfiles quedaron de la siguiente forma:

Código	Perfil
1111	Menor de 40 años, unida, con hijos, nivel técnico
1112	Menor de 40 años, unida, con hijos, nivel superior
1121	Menor de 40 años, unida, sin hijos, nivel técnico
1211	Menor de 40 años, no unida, con hijos, nivel técnico
1212	Menor de 40 años, no unida, con hijos, nivel superior
1221	Menor de 40 años, no unida, sin hijos, nivel técnico
1222	Menor de 40 años, no unida, sin hijos, nivel superior
2111	Mayor de 41 años, unida, con hijos, nivel técnico
2121	Mayor de 41 años, unida, sin hijos, nivel técnico
2222	Mayor de 41 años, no unida, sin hijos, nivel superior

El análisis de las entrevistas siguió el método de codificación desde abajo que corresponde al camino inductivo del llamado *continuum interactivo*. Para poder capturar estas narraciones-interpretaciones en su complejidad expresiva, profundizar en sus significados y no diluir su fuerza interpretativa con nuestras propias interpretaciones, el camino seguido ha sido la llamada codificación abierta y axial²², que consiste primeramente en transformar trozos del texto de las entrevistas capturadas, en conceptos descriptivos (codificación abierta). Estos códigos son herramientas analíticas que tienen el doble propósito de ordenar y reducir las ideas posibles a significados de lo que se dice u observa. Con estos códigos navegamos por el texto de manera interactiva, buscando

²² Para esta tarea nos apoyamos en el programa de análisis de datos cualitativo de texto, imágenes, audio y materiales de video, denominado Atlas.ti (versión para Windows 4.2)

palabras, frases y oraciones que tuvieran el mismo significado o que nos llevaran a construir códigos nuevos. (Strauss y Corbin, 2002)

Pero, este procedimiento no se limitó a reducir los datos a una serie de códigos, sino que se derivó en un proceso más sutil de generación y vinculación de ideas que son el antecedente de la teoría (Coffey y Atkinson, 2003). A esta segunda forma de codificación, que consiste en expandir, transformar y reconceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas es lo que Strauss y Corbin (2002) denominan codificación axial.

En conclusión, ante la falta de investigaciones realizadas con las enfermeras de los Institutos de la Secretaría de Salud y en particular del Instituto Nacional de Nutrición que nos permitiera conocer sus principales rasgos estructurales y subjetivos, esta estrategia nos ayudó a explicar cómo estas mujeres construyen su identidad tanto de género como profesional, primero con la aplicación de una encuesta de la cual obtuvimos datos importantísimos sobre la trayectoria profesional de las enfermeras y con ello profundizar a partir de entrevistas semiestructuras sobre su orientación percepción y significado que dan a su profesión.

III.2. Características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.

En este apartado se presentan los resultados encontrados a partir de la información recabada en la Encuesta: “aspectos sociodemográficos, profesionales y trayectorias laborales de las enfermeras del Instituto Nacional Nutrición Salvador Zubirán”.

Recordemos que esta investigación se inscribe en el campo de estudio de las identidades laborales y profesionales. El objetivo general consiste en analizar el proceso de construcción de la identidad genérico – profesional de las enfermeras: cómo ellas perciben, definen y significan su formación y práctica profesional, relacionada siempre con ciertas imágenes de género.

En el plano metodológico, se nos planteo la necesidad de buscar información sobre las características sociodemográficas y profesionales de la población de estudio, que nos permitiría obtener información estructural, objetiva, como un soporte contextual para el análisis de información relativa a las orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería, así como establecer el marco poblacional sobre el cual se elegiría la muestra teórica o cualitativa.

Como mencionamos arriba, utilizamos como fuente de información la encuesta que se realizó en los meses de julio y agosto de 2004. Del análisis general que se hizo de los datos, el principal hallazgo fue que en el Instituto hay dos grupos de enfermeras, las que realizan su trayectoria educativa y laboral dentro del Instituto y las que habían tenido trayectorias educativas y experiencias profesionales y laborales externas al Instituto, a través del cual demostramos las diferencias en la formación profesional de las enfermeras.

A partir de esta diferenciación del grupo ocupacional estudiado establecimos una variable de control referida al eje temático de la profesionalización, en donde el indicador es el tipo de formación profesional, que, como ya mencionamos, denominamos formación profesional endógena y formación profesional exógena.

Bajo las anteriores consideraciones es que nos dimos a la tarea de elaborar perfiles sociodemográficos y profesionales de las enfermeras del Instituto de Nutrición, dado que estos perfiles nos permiten tener una aproximación inicial cuantitativa a nuestro problema de investigación, buscamos caracterizar al grupo social.

En este documento, cuando hablamos de perfiles, nos referimos a un tipo de análisis estadístico de nivel descriptivo que se basa en la construcción de variables compuestas de nivel nominal, mediante un proceso de ordenación de varias variables simples nominales como son el sexo, la presencia o ausencia de hijos en el hogar, los grupos etarios, el máximo nivel de estudios y otras características individuales que se pueden expresar en forma dicotómica - es decir con valores 1 y 2 - cada una de ellas. Estas variables se transforman en un vector (una línea con una dirección determinada) en la que se establece de antemano que lugar ocupa cada una de ellas, y el resultado es lo

que llamamos tipología o perfil, ya que no tienen ningún valor numérico, simplemente son asociaciones de características²³.

El apartado esta dividido en cuatro temas: el perfil sociodemográfico y el perfil profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición. El tercer tema tiene que ver con los resultados más relevantes sobre la trayectoria laboral de las enfermeras desde antes de entrar a laborar al Instituto hasta el actual puesto de trabajo. Finalmente, presentamos el tema referido al modelo ideal de la “Enfermera”, nos referimos a una serie de características que las enfermeras dicen se debe tener para llevar a cabo un mejor desempeño profesional. Es importante este tema debido a que es una caracterización elaborada por las propias enfermeras acerca de su profesión y de cómo deben ser ellas mismas en el desempeño del mismo.

2.1. Perfil sociodemográfico y familiar

Este perfil se refiere a determinados aspectos sociodemográficos y familiares de las enfermeras entrevistadas. La información que proporcionaron se analizó con el objetivo de crear un perfil personal y familiar que de cuenta de manera general sobre su situación actual y sus condiciones de vida. Se indaga en primer lugar acerca de sus particularidades personales como la edad, su situación conyugal y la presencia de hijos; después se exploran datos estructurales de su hogar actual, la ocupación y escolaridad del cónyuge, así como su ingreso personal mensual.

Sobre la edad de las entrevistadas, encontramos que en promedio las enfermeras con formación profesional endógena es de 36 años de edad. Y encontramos que las enfermeras con formación profesional exógena son más jóvenes pues su edad promedio es de 29 años. Si lo analizamos por grupos de edad nos podemos percatar de que hoy en día la mayoría tiene menos de 40 años, lo cual nos indica que las enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Nutrición son principalmente mujeres jóvenes. (Véase cuadros III-2 y III-3)

²³ Ver Babbie (1992), *The practice the social research*, Ed. Wads Worth, California

Con relación al estado civil, hay una diferencia muy notable según la formación profesional. Observamos que dos de cada tres enfermeras endógenas son solteras (63%) y ninguna de ellas declara haber estado casada o unida. Algo totalmente contrastante ocurre con las enfermeras exógenas pues entre las que declararon que en algún momento estuvieron unidas y las que están viviendo actualmente en pareja representan el 61% de la muestra, de ellas casi la mitad declaró tener hijos y en promedio tienen uno. (Véase cuadros III-4, III-5 y III-6).

Esta diferencia entre la situación conyugal de las enfermeras de uno y otro grupo, es realmente significativa, porque más adelante encontramos que se relaciona con la idea que se construye sobre la entrega a la profesión y las exigencias de la institución. Podemos suponer que el tipo de *formación de exigencias* en la práctica profesional dentro del Instituto hace que en las enfermeras con formación profesional endógena se interiorice un sentido de entrega profesional por encima del compromiso familiar. En cambio, las enfermeras con formación profesional exógena puede que tengan una formación profesional más permisiva. Entonces, podríamos suponer alguna relación entre la situación conyugal y la endogeneidad o no de la profesión de enfermería en el Instituto Nacional de Nutrición. En general, la mayoría de las enfermeras del Instituto, al momento de la encuesta, eran no unidas y sin hijos.

Tomando en cuenta la situación sociodemográfica de las enfermeras definida por la edad, la situación conyugal y la presencia o no de hijos, se elaboró un perfil sociodemográfico conformado por ocho tipos de enfermeras distribuidos en los dos grupos de formación profesional endógena y exógena. Entre las primeras, el grupo predominante es el de las menores de 40 años, solteras y sin hijos. En el caso de las que tienen formación profesional exógena, a excepción de las menores de 40 años, solteras y sin hijos que también forman un grupo bastante considerable, se encuentran de forma más diversificada en todos los perfiles. (Véase cuadro III-7)

Cuadro III-7
Distribución de las enfermeras según perfiles sociodemográficos

Perfil Sociodemográfico	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Hasta los 40 años, no unida, sin hijos	40.0	33.3	36.8
Hasta los 40 años, unida, con hijos	15.0	16.7	15.8
Hasta los 40 años, unida, sin hijos	5.0	16.7	10.5
Hasta los 40 años, no unida, con hijos	5.0	11.1	7.9
41 años y más, unida, con hijos	15.0	11.1	13.2
41 años y más, no unida, sin hijos	10.0	5.6	7.9
41 años y más, unida, sin hijos	5.0		2.6
41 años y más, no unida, con hijos	5.0	5.6	5.3
Total	100.0	100.0	100.0

Si analizamos los perfiles por la edad, vemos que el 65% de las enfermeras endógenas son jóvenes y en las exógenas el porcentaje es aún mayor, representan casi el 78% de la muestra, esto nos indica que sólo un 22% de las enfermeras exógenas son mayores de 41 años, y esto podría deberse a políticas de contratación de este hospital-escuela, es decir, las enfermeras exógenas se están jubilando y no han sido reemplazadas.

Por lo que se refiere a su estado civil, vemos que el 60% de las enfermeras con formación profesional endógena no está unidas al igual que el 55% de las enfermeras con formación profesional exógena, con la diferencia de que en este grupo encontramos algunas que ya en alguna ocasión estuvieron unidas; sin embargo, podemos suponer que hay una relación entre la situación conyugal con las exigencias del trabajo que nos lleva a pensar en que se trata de un perfil meramente institucional, un poco más marcado en las enfermeras con formación profesional endógena.

Finalmente, una primera conclusión sería que en la estructura al interior de cada grupo los perfiles sociodemográficos son muy similares, son más las menores de 40 años, no unidas y sin hijos, ya que constituyen una tercera parte del total de la muestra de enfermeras.

En otro orden de ideas, si profundizamos en la composición de los hogares actuales de las enfermeras encontramos una gran diversidad de formas en las que están compuestas las familias, expresadas en diecinueve tipos distintos, que podrían resumirse en siete modelos de organización familiar²⁴.

En el grupo de enfermeras con formación profesional endógena sobresalen cuatro modelos de familia: las enfermeras hijas de familia, las que viven en hogares extensos, las enfermeras que dicen haber constituido hogares nucleares y las parejas en hogares extensos. (véase cuadro III-8)

En cuanto a las enfermeras con formación profesional exógena los modelos de familia que mayor porcentaje muestran son: las enfermeras que viven solas o en hogares unipersonales -este tipo no lo encontramos en el anterior grupo-, las que forman hogares nucleares, las hijas de familia, las parejas en hogares extensos, las solteras que viven en hogares extensos y las jefas de hogar. (véase cuadro III-8).

Cuadro III-8
Tipos de hogares de las enfermeras

Tipos de hogares	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Hijas de familia	25.0	16.7	21.1
Hogares unipersonales		22.2	10.5
Hogares extensos	35.0	11.1	23.7
Jefas de hogar	5.0	11.1	7.9
Parejas en hogares extensos	10.0	16.7	13.2
Madres solteras en hogares extensos	5.0		2.6
Hogares nucleares	20.0	22.2	21.1
Total	100.0	100.0	100.0

Derivado de sus perfiles sociodemográficos y el tipo de hogar que conforman, lo importante es ver como en algunos casos las enfermeras con formación profesional

²⁴ Los tipos de familia son producto de las observaciones empíricas y los modelos son categorías conceptuales, es decir, cuando se construye una tipología es con los indicadores, los cuales se van reduciendo hasta llegar a modelos porque ya no son las características reales de las familias sino que se han ido agrupando en función de categorías conceptuales como la idea de familia nuclear, ese ya no es un indicador sino un modelo.

endógenas resuelven su vida familiar más ligadas a su familia de origen, es decir, dos de cada tres siguen siendo hijas de familia, no se unen y no tienen hijos. En cambio, las enfermeras con formación profesional exógena tienden a ser más autónomas, ejemplo de eso es que el 33% de ellas viven solas o son jefas de familia. Finalmente, otro dato que es interesante de mencionar es que en general las casadas forman hogares nucleares ya que aproximadamente el 20% de ellas vive con su pareja y sus hijos, esto para ambos grupos.

Un elemento complementario para caracterizar la situación familiar de las enfermeras se refiere a la ocupación y nivel educativo de los cónyuges. Recordemos que en general dos de cada tres enfermeras no están unidas y no tienen hijos, sin embargo, la proporción de enfermeras casadas o que viven en unión libre es importante.

Las ocupaciones de los cónyuges las ubicamos en seis actividades laborales: enfermería, profesionistas, empleados del sector público o privado, empresarios y comerciantes, oficios por cuenta propia y otros. Observamos que el 75% de los cónyuges de las enfermeras con formación profesional endógena es profesionista, empleado, empresario o comerciante. Y sólo un 12.5% están unidas con enfermeros. En el caso de los cónyuges de las enfermeras con formación profesional exógena, el 37.5% son empleados del sector público y privado y el resto se distribuye con un 12.5% respectivamente a las actividades de enfermería, profesionista, empresario y comerciante, oficios por cuenta propia y otros. (Véase cuadro III-9)

En cuanto al nivel académico de los cónyuges de las enfermeras con formación profesional endógena, destacamos que 62% tiene un nivel escolar universitario y el resto cuenta con carrera técnica, es decir la mayoría de las parejas de estas enfermeras cuentan con nivel superior universitario. (Véase cuadro III-10)

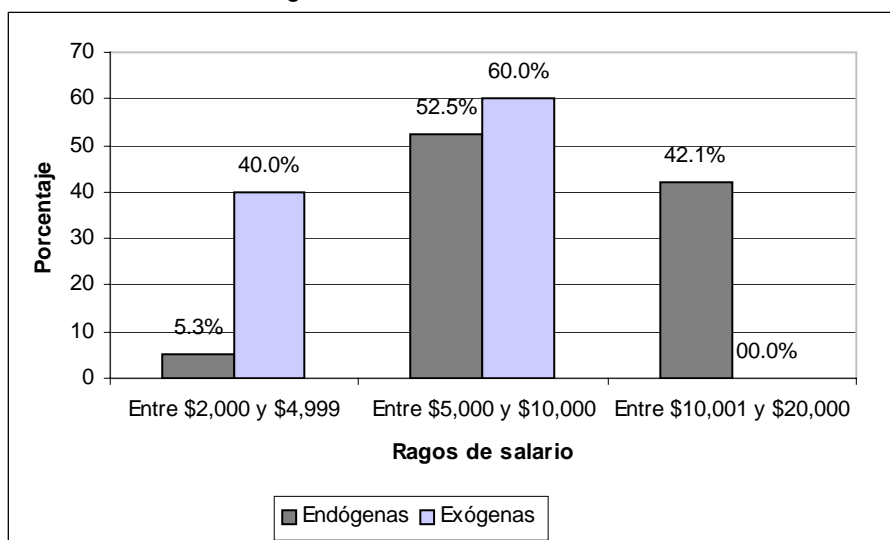
Por su parte, solo un 37% de los cónyuges de las enfermeras con formación profesional exógena, tienen un nivel académico universitario, el mayor porcentaje (50%) tiene nivel medio superior y encontramos un porcentaje representativo entre los que sólo tienen nivel secundaria. (Véase cuadro III-10)

2.2. Ingresos mensuales de las enfermeras

Al analizar el ingreso mensual de las enfermeras por grupo profesional, encontramos que la diferencia es muy fuerte. En el grupo de las enfermeras con formación profesional endógena el salario promedio mensual es de poco más de \$10,000 en cambio, el salario promedio mensual de las enfermeras con formación profesional exógena es apenas de \$6,000, ganan casi la mitad que las primeras. Este dato es de suma importancia dado que consideramos que existe en el instituto una segregación muy fuerte en el grupo de las enfermeras, las que tienen formación profesional exógena tienen menos oportunidades de profesionalización y ello se ve reflejado en los salarios que perciben. (Véase Cuadro III-11)

Si agrupamos la información en tres niveles salariales, casi el total de enfermeras endógenas ganan entre \$5,000 y \$20,000; mientras que las enfermeras exógenas se concentran en los dos rangos menores, es decir, una de cada tres gana entre \$2,000 y \$5,000 y dos de cada tres ganan más de \$5,000, pero su tope es de \$10,000. (Véase Gráfica III-1), así la distribución del ingreso nos indica que las enfermeras con formación profesional endógena tienen más oportunidades para acceder a los puestos más altos y mejor remunerados y esto podría interpretarse, más que como un problema salarial, como un problema de la estructura de oportunidades de ascenso.

Gráfica III-1
 Niveles de ingreso mensual de las enfermeras



2.3. Características educativas y de formación profesional: Los perfiles profesionales

Una de las características de la profesión de enfermería es lo heterogéneo de sus estudios. Al respecto hacemos una diferenciación en dos grandes grupos de acuerdo a su nivel profesional: las enfermeras que tienen el nivel superior (licenciatura, maestría y doctorado) y las que cuentan con un nivel medio superior (técnico en enfermería general y nivel posttécnico o especialidad). A partir de estos dos niveles encontramos una gran diversidad de combinaciones de niveles de estudio que podemos agrupar de la siguiente forma: nivel superior de cuatro años con bachillerato, nivel superior de un año complementario con carrera técnica y bachillerato, nivel técnico de tres años, nivel posttécnico de un año con carrera técnica, además de la constante capacitación con los cursos monográficos.

De ahí que sea imprescindible analizar determinados aspectos de la formación profesional de las enfermeras del Instituto, como son: el nivel educativo, si están estudiando actualmente, si han tomado cursos de especialización y si se capacitan constantemente con los cursos monográficos.

Recordemos que utilizamos una variable de control referida al eje de la profesionalización, esta variable es el tipo de formación profesional de las enfermeras que puede ser endógena o exógena. En la muestra tenemos que poco más de la mitad tienen una formación profesional endógena, (52.7%), es decir, son las enfermeras que han sido formadas en la escuela de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición, el resto (47.3%) son las exógenas, es decir, enfermeras con formación en otros institutos o escuelas de enfermería tanto a nivel técnico como nivel superior. (Véase gráfica III-2)

Sobre el nivel máximo de estudios de las enfermeras con formación profesional endógena, tenemos que el 75% tienen una formación de técnico en enfermería, pero de ellas, el 25% tiene una especialidad o nivel posttécnico y el 25% restante cuenta con nivel licenciatura. En el caso de las enfermeras con formación profesional exógena, el 83% tienen formación de nivel técnico, ninguna ha hecho un posttécnico y solo un 11% cuenta con el nivel de licenciatura, como caso excepcional encontramos un caso con nivel de postgrado (Véase gráfica III-3)

Considerando las que en este momento están realizando un tipo de estudios, lo que encontramos es que son pocas las que al momento de la encuesta realizaban algún tipo de estudios formales²⁵ al margen de los cursos monográficos que reciben por parte del Instituto o de otra Institución de Salud (26.3% en total). Si hacemos la diferencia entre la formación profesional vemos que en el caso de las endógenas, cuatro de cada diez se encuentra estudiando, en cambio en las exógenas es una de cada diez (Véase cuadro III-12).

En cuanto a cursos, un gran porcentaje del total de ellas ha asistido por lo menos a un curso monográfico en toda su vida profesional (81.6). En cambio en los cursos de especialización encontramos que la mitad de las enfermeras con formación profesional endógena han realizado al menos una especialización, mientras que las de formación profesional exógena solo una de cada tres han realizado especializaciones (Véase cuadros III-13 y III-14). Los cursos monográficos se imparten en las instituciones de salud, tienen una duración de tres días a tres meses y el propósito es actualizar a las enfermeras en el manejo de instrumentos, medicamentos y atención al paciente; en cambio, los cursos de especialización tienen una duración mínima de un año y sólo son impartidos a enfermeras especialistas en servicios como neurología, oncología, enfermería quirúrgica, terapia enterostomal, medicina transfusional, urgencias y administración de los servicios hospitalarios.

El número de especializaciones cursadas también es contrastante entre los grupos de enfermeras: las que tienen formación profesional endógena han cursado de una a tres especializaciones, en cambio las que tienen formación profesional exógena, las que llegan a tener especialidad cuentan sólo con una.

En resumen, aunque un poco más del 80% del total de las enfermeras de la muestra están constantemente actualizándose a través de cursos monográficos, la diferencia está en los cursos de especialización que son los que les permiten tener acceso a puestos de trabajo de mayor prestigio.

²⁵ Por lo general son cursos posttécnicos, diplomados, preparatoria, licenciatura y maestría

Con esta información construimos una tipología sobre los perfiles profesionales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, aglutinando el tipo de estudios que han llevado a cabo, si en la actualidad se encuentran estudiando y si han tomado cursos monográficos y de especialización. Distinguimos 11 tipos que agrupamos en las dos categorías de formación profesional.

En el grupo de las enfermeras endógenas encontramos que predominan cuatro tipos: las enfermeras con nivel técnico, que tienen cursos monográficos y especializaciones, las de nivel técnico que estudian y ha estado en cursos monográficos, las de nivel técnico con cursos monográficos y, las de nivel superior que estudian y tienen cursos monográficos. En cambio, en el grupo de las exógenas predominan tres tipos: las enfermeras que cuentan con nivel técnico y cursos monográficos, las que estudiaron nivel técnico y tienen cursos monográficos y de especialización y, las que solo tienen nivel técnico y no han tomado ningún curso monográfico o de especialización. (Véase Cuadro III-15)

Cuadro III-15
Perfiles profesionales de las enfermeras

Perfil de profesionalización	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Sólo Nivel técnico	5.0	22.2	13.2
Nivel técnico y cursos monográficos	15.0	33.3	23.7
Nivel técnico y especialización	5.0		2.6
Nivel técnico, cursos monográficos y especializaciones	30.0	22.2	26.3
Nivel técnico, estudia y cursos monográficos	15.0		7.9
Nivel técnico, estudia, cursos monográficos y especializaciones	5.0	5.6	5.3
Solo nivel superior		5.6	2.6
Nivel superior y cursos monográficos		5.6	2.6
Nivel superior, cursos monográficos y especializaciones	5.0		2.6
Nivel superior, estudia y cursos monográficos	15.0		7.9
Nivel superior, estudia, cursos monográficos y especializaciones	5.0	5.6	5.3
Total	100.0	100.0	100.0

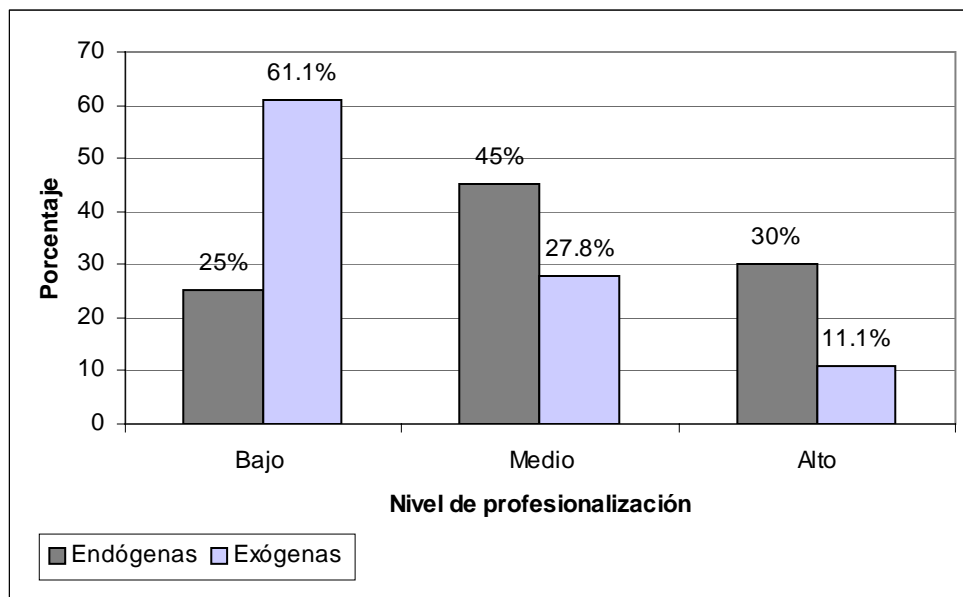
Podemos concluir entonces, que el grueso de las enfermeras con formación profesional endógena cuenta con nivel técnico y tiene una actualización permanente con

cursos y especializaciones. En cambio, entre las enfermeras con formación profesional exógena predominan las que sólo han tomado cursos monográficos o simplemente tienen el nivel técnico y no estudian.

A partir de estos perfiles definimos un índice de nivel de profesionalización de las enfermeras, para ello tomamos las cuatro variables que venimos manejando para este apartado: máximo nivel de estudios, actualización, si tiene cursos monográficos y si ha cursado alguna especialización. Con este propósito se les dio el valor de cero si contestaban que no y uno a la respuesta afirmativa, en el caso del máximo nivel de estudios el valor de cero representó el nivel técnico y el uno el nivel superior. Posteriormente se establecieron tres niveles de profesionalización: bajo, cuando la sumatoria de las cuatro variables daba el valor uno; medio, cuando nos daba el valor dos y alto a los valores tres o cuatro.

Al analizar la información, establecimos que en el grupo de las endógenas el 25% tiene un nivel de profesionalización bajo, y el 75% se encuentra en un nivel medio y alto. Mientras que el 90% de las enfermas exógenas se encuentra en un nivel bajo y medio y solo un 10% cuenta con un nivel alto de profesionalización. (Véase gráfica III-4).

Gráfica III-4.
 Distribución de las enfermeras según su nivel de profesionalización



Con esto concluimos que la formación profesional es un elementos indispensable en las enfermeras del Instituto, además son las enfermeras formadas educativamente en el Instituto las que cuenta con una mayor capacitación y especialización, dato que más adelante podremos analizar relacionándolo con las categorías ocupacionales y que nos van dibujando por qué ellas perciben un mayor salario en relación a las enfermeras con formación profesional exógena.

2.4. Trayectorias laborales

Presentamos a continuación los resultados más relevantes de la información proporcionada por las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición sobre su trayectoria laboral. Comenzamos con el trabajo realizado antes de ingresar al Instituto para después analizar la trayectoria laboral en el Instituto a partir de las categorías: el primer trabajo y el actual, así como actividades de enfermería en otras Instituciones de Salud o alguna actividad remunerada fuera del área de enfermería.

La edad promedio en que comenzaron a trabajar las enfermeras es de 19 años en un rango de 16 y 24 años, son enfermeras que comienzan su actividad inmediatamente al haber concluido sus estudios a nivel técnico. (Véase cuadro III-16)

Sobre la trayectoria laboral previa o ajena al Instituto existe una gran diferencia en cuanto al tipo de formación profesional, entre las enfermeras con formación profesional endógena son muy pocas las que tienen esta experiencia laboral, mientras que en el caso de las enfermeras exógenas es notorio ver que dos de cada tres si han tenido una trayectoria laboral previa o ajena al Instituto Nacional de Nutrición. (Véase cuadro III-17). Además el número de trabajos que han realizado anterior al Instituto o que son ajenos a la enfermería, en el caso de las enfermeras con formación profesional exógena va de uno a cuatro trabajos y principalmente en enfermería; por su parte, las enfermeras con formación profesional endógena no han realizado trabajos de enfermería en otra institución. (Véase cuadro III-17) Esto nos confirma el carácter endógeno de las enfermeras de Nutrición, son enfermeras que se forman y trabajan allí.

Ya en el Instituto Nacional de Nutrición, son tres los puestos de trabajo con que comienzan su trayectoria laboral: como auxiliar de enfermería, enfermera general A y enfermera general B. Al hacer la comparación entre los dos grupos de análisis, nos podemos percatar de que la mayoría de las enfermeras con formación profesional endógena comienzan siendo auxiliares de enfermería (85%), que puede explicarse por el hecho de que su vida laboral se inicia prácticamente con el servicio social. En términos de su vida laboral, sólo una pequeña parte de ellas comienza como enfermera general A ó B (15%).

En el caso de las enfermeras con formación profesional exógena y a pesar de contar ya con los estudios requeridos por la Institución, también inician su vida laboral como auxiliares de enfermería (66.7%). Sin embargo, encontramos que también pueden ingresar como enfermeras generales A en un alto porcentaje (33.3%), incluso más alto que las enfermeras con formación profesional endógena, aunque en este caso no encontramos ninguna que haya ingresado como enfermera general B. (Véase cuadro III-19)

Lo importante a destacar en estos datos es que la mayor parte de las enfermeras con formación profesional endógena comienzan su trayectoria laboral en el Instituto siendo aún estudiantes, es decir en el servicio social, colocándolas como auxiliares de enfermería. A diferencia, las enfermeras con formación profesional exógena, a pesar de ya contar con el grado académico, a la mayoría se les coloca también como auxiliares, con esto se les esta dando el mismo carácter de pasantes como a las endógenas, lo cual nos lleva a pensar que sus estudios no son tan reconocidos como iguales por el Instituto o incluso que la enorme heterogeneidad de las currículas escolares prevalecientes aún en este campo profesional lleva a que el Instituto no las reconozca de igual forma que a sus egresadas.

Por otro lado, los tipos de contrato de trabajo que existen en el Instituto Nacional de Nutrición son dos: los de base y por tiempo determinado que pueden ser por honorarios, por lista de raya (que están en nómina) y de servicio social. El contrato de servicio social es un tipo de contrato *sui generis* que existe en el Instituto, es por tiempo determinado de un año que inicia siempre el 30 de agosto para concluir el primero de

junio del siguiente año y que generalmente al termino de éste se transforma en un contrato de base.

Hecha esta aclaración, encontramos en la muestra estudiada que dos de cada tres enfermeras con formación profesional endógena comenzaron a laborar con un contrato de trabajo de base o de servicio social que al cabo de un año se convertirá en uno contrato de base, el resto tenía un contrato por honorarios o lista de raya (25% y 10% respectivamente). Caso contrario, dos de cada tres enfermeras con formación profesional exógena comenzaban con un contrato ya sea de lista de raya o por honorarios, son los contratos más inestables para ellas, ya que son por tiempo determinado y depende de su desempeño que las vuelvan a contratar o no. Sólo una de cada tres comenzaba con una contrato de base. (Véase cuadro III-20) Podemos inferir que las enfermeras con formación profesional endógena son las más favorecidas contractualmente hablando.

En cuanto al área de trabajo en el cual laboran las enfermeras tenemos que del primer al tercer piso es el área de hospitalización, ahí encontramos a las enfermeras generales A y B así como las jefas de servicio, sólo que en ellas su trabajo es de coordinación y no de atención al paciente como en las generales. En la planta baja y cuarto piso están la mayoría de las áreas de especialización, terapia intensiva, quirófano y urgencias que es dónde se encuentra la mayor parte de las enfermeras especialistas A y B. En el segundo piso es dónde esta el departamento de enfermería que incluye la subdirección de enfermería, la jefatura del departamento y la coordinación de enseñanza de la Licenciatura en Enfermería. Finalmente, tenemos la Escuela de Enfermería que depende del Departamento y allí encontramos a la Directora de la escuela y la coordinadora de la maestría.

Bajo la anterior consideración encontramos en las enfermeras encuestadas una clara diferencia, el 64% de enfermeras con formación profesional endógena entraron a las áreas especializadas del hospital: urgencias, cirugía, unidad de cuidados intensivos y unidad metabólica, y sólo un 36% se colocó en el primer y segundo piso de hospitalización. Mientras que el 73% de las enfermeras con formación profesional exógena comenzaron a laborar en el primer y segundo piso de hospitalización y solo un

27% de ellas pudo colocarse en las áreas especializadas que ya se mencionaron. (Véase cuadro III-21), es decir, hay una relación inversa dependiendo de su origen formativo.

Finalmente, los turnos de trabajo establecidos en el Instituto Nacional de Nutrición son: matutino, vespertino y nocturno, pero a las enfermeras se les asigna uno más que llaman variable, es decir, las están rotando por los tres primeros turnos. Cuando las enfermeras comienzan a laborar, por lo regular lo hacen en el turno variable, no importando si son con formación profesional endógena o exógena. Sin embargo, un alto porcentaje de exógenas comienza en el turno matutino y ninguna de ellas declara haber comenzado en el vespertino. Mientras que las endógenas se distribuyen un poco más entre los tres turnos. (Véase cuadro III-22)

En resumen, podemos ver como desde el inicio de su trayectoria laboral en el Instituto Nacional de Nutrición existe todo un proceso de segregación en cuanto a los espacios establecidos para su desempeño profesional. Las enfermeras con formación profesional endógena son colocadas en las áreas de especialidad y las que vienen de fuera se encuentran en el área operativa, desempeñándose en el área de atención y cuidado al paciente.

Para reafirmar la anterior idea es que analizamos su actual puesto, área y turno de trabajo, tratamos de ver también si las enfermeras han tenido una movilidad ascendente o nula.

Tenemos que el 50% de la muestra de enfermeras con formación profesional endógena ocupan los puestos más altos en el escalafón. Son puestos administrativos y de coordinación, que incluyen a la subdirectora del área de enfermería, la jefa del departamento de enfermería, la directora de la escuela de enfermería, la coordinadora de enseñanza y las jefas de servicio. Éstas últimas son las encargadas de coordinar el personal de enfermería de las diferentes áreas del hospital. Del 50% restante, la mitad de ellas, a pesar de estar en el área operativa, se encuentran en puestos de un alto grado de especialización, me refiero a las enfermeras especialistas y la otra mitad la ubicamos en los puestos más bajos como son las enfermeras generales A o B. Mientras que el total de las enfermeras con formación profesional exógena se encuentran laborando en los

puestos más bajos del área operativa, es decir, el 83% se ubica como enfermera general A o B. Encontramos un caso que aun sigue como auxiliar. Y sólo un bajo 11% es enfermera especialista. (Véase cuadro III-23).

Es importante hacer notar que la trayectoria laboral de las enfermeras endógenas del Instituto nacional de Nutrición ha sido ascendente, podemos decir que a pesar de comenzar como auxiliares, que sabemos es sólo por cuestiones administrativas, en este momento se encuentran laborando en los puestos más altos. A diferencia, las enfermeras exógenas continúan, si bien ya no como auxiliares, en los puestos más bajos del área operativa del hospital.

El tipo de contrato de trabajo de la enfermeras también ha cambiado, en general el 97% cuenta con un contrato de base. Sin embargo, del total de las enfermeras con formación profesional endógena, el 15% además de ser basificadas, en este momento es personal de confianza, que en este caso corresponden a los tres primeros puestos de trabajo mencionados en el párrafo anterior, en contraste, sólo hay un caso de una enfermera con formación profesional exógena que aún esta contratada por honorarios o en lista de raya. (Véase Cuadro III-24)

Las áreas de trabajo donde laboran las enfermeras son con relación al puesto que ocupan. En las enfermeras con formación profesional endógena encontramos que el 20% esta en el área de oficinas, ya sea en la escuela, en el departamento o en la subdirección de enfermería. Un 80% se concentra en áreas operativas del hospital: la mitad de ellas esta en áreas de especialidad y la otra mitad en los pisos de hospitalización. Todas las enfermeras con formación profesional exógena, por sus mismos puestos de trabajo, está en el área operativa del hospital, dos de cada tres están en los pisos de hospitalización y sólo una de cada tres está en alguna área de especialidad. (Véase cuadro III-25)

Cabe aclarar aquí que el porcentaje de enfermeras con formación profesional endógena que están en el área operativa parecería ser mayor en relación al puesto de trabajo que tienen, esto se debe a que las enfermeras jefas de servicio ocupan puestos administrativos.

Finalmente, sobre los turnos en que laboran las enfermeras de la muestra, tenemos que a pesar de que se les asigna un turno en el contrato de trabajo, es muy común que doblen turno o sean cambiadas según las necesidades del hospital. Sin embargo, al momento de la encuesta la mayor parte de ellas se encuentra laborando en el turno matutino (60.5%), le siguen las del turno vespertino (23.7%) y las del turno nocturno A y B²⁶ (15.8). (Véase cuadro III-26). Una explicación del por qué hay más personal en el turno matutino es que la mayor parte del trabajo se concentra en este turno como es toda el área administrativa, además el servicio en ciertas áreas del hospital es menor en el vespertino e incluso hay actividades que en el nocturno no se realizan.

Finalmente, las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, como ya vimos en apartados anteriores, muy pocas tienen experiencia laboral anterior o ajena al Instituto. Podemos ver que actualmente siguen la misma tendencia, es decir, al preguntar sobre si tienen un trabajo de enfermera en otra institución de salud o empresa, el 94.7% nos dice que no. De igual forma, al preguntar sobre si tienen otra ocupación remunerada además la de enfermera, en el caso de las enfermeras con formación profesional endógena el 100% nos dice que no; con las que tienen formación profesional exógena encontramos un pequeño porcentaje (11.1%) que dicen sí laborar en otra ocupación como comerciante y coordinadora de campos clínicos²⁷. (Véase cuadros III-27 y III-28)

2.5. *La Enfermera ideal*

El modelo ideal de la enfermera se refiere a una serie de características que ellas le atribuyen y son los rasgos con los que socialmente se ha definido a la “buena enfermera”. Es importante este tema debido a que es una caracterización elaborada por las propias enfermeras acerca de su profesión y de cómo deben ser ellas mismas en el desempeño de ésta. Recordemos que la identidad profesional de las enfermeras tiene que ver con la autodefinición y la definición que vienen de los otros y de alguna manera estas características están orientando su acción como enfermeras.

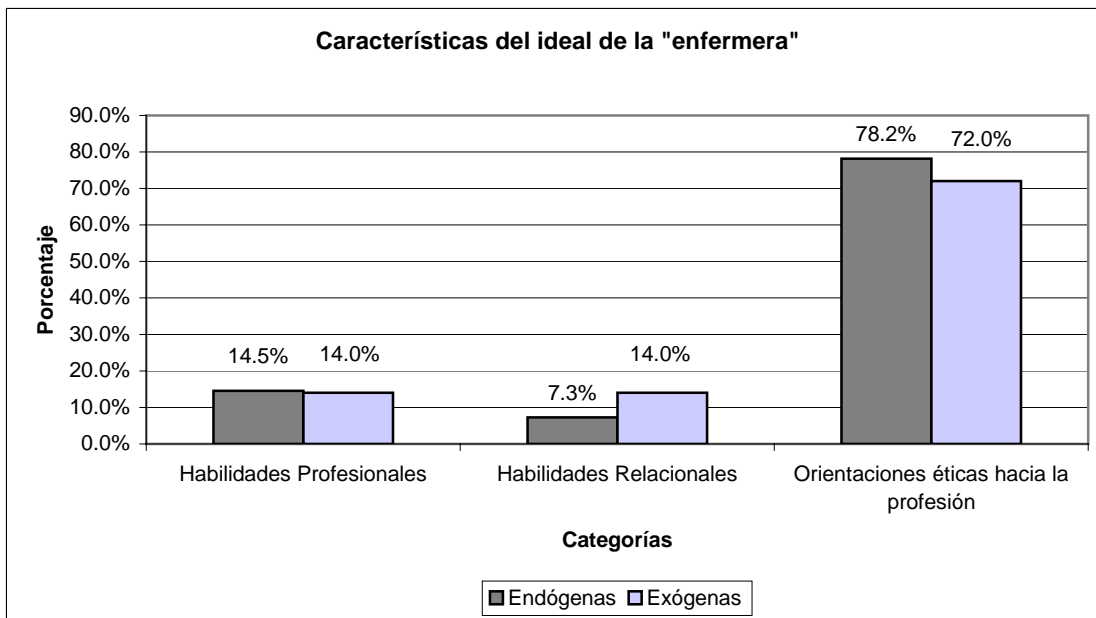
²⁶ Las enfermeras que trabajan el turno nocturno A van lunes, miércoles, viernes y domingo. Las del turno nocturno B, trabajan martes, jueves y sábado.

²⁷ Los campos clínicos se refieren al grupo de instituciones de salud donde las enfermeras estudiantes realizan su servicio social.

En el análisis del modelo ideal de lo que debe ser una “buena enfermera” encontramos una lista numerosa de características que las enfermeras del Instituto le atribuyen y que agrupamos en 20 categorías. Este acercamiento nos permitió distinguir tres bloques de categorías, uno se refiere a las “habilidades técnico-profesionales”, que se refiere al significado de tener conocimientos, actualizarse y lo que ello significa en el desempeño laboral; están también las “habilidades relacionales” que se dan en el entorno laboral y que se refieren a su relación con los pacientes y con sus compañeras y compañeros de trabajo. Finalmente, un conjunto más lo ubicamos en las “orientaciones éticas hacia la profesión”, es decir, la postura o disposición que las enfermeras consideran deseables en su quehacer laboral.

Es interesante observar que la característica que las enfermeras con formación profesional endógena destacan como el elemento más importante en relación al ideal de lo que debe ser una “buena enfermera” es “el ser humanitaria”. El 21.8% de las encuestadas señala esta orientación ética de preocupación y entrega por el bienestar humano como el rasgo más valioso, muy por encima de la responsabilidad en el trabajo (12.7%) y el compromiso con la profesión (10.9%) (Véase Cuadro III-29). También hallamos características trascendentes para las enfermeras como el estar actualizada en conocimientos, ser tolerante, contar con un criterio amplio, tener amor y respeto a la profesión, ser honesta y tener disposición y eficacia en el trabajo. En resumen, en el modelo ideal de lo que debe ser la “buena enfermera” en el imaginario social de las enfermeras con formación profesional endógena predominan las orientaciones éticas hacia la profesionalización, le siguen las habilidades técnico-profesionales y al final le dan una mínima importancia a algunas características de las habilidades relacionales. (Véase gráfica III-5)

Gráfica III-5.
 Distribución de las enfermeras según categorías de lo que debe ser una "Enfermera"



En el caso de las enfermeras con formación profesional exógena, encontramos algunas diferencias. A pesar de reconocer la importancia del “ser humanitarias”, se pronuncian por estas entregada completamente a su labor social (14%) y a ser responsables en el trabajo (14%). Estos porcentajes no están tan alejados de otras características como la actualización de conocimientos, la disposición y eficacia en el trabajo y ser tolerante (10.0% respectivamente) (Véase cuadro IV-28). De igual forma, hallamos características trascendentes para las enfermeras como el tener un trato amable con los pacientes y tener vocación. En resumen, en el grupo de enfermeras con formación profesional exógena, el modelo ideal se lo que es ser una “buena enfermera” se da –al igual que en las de formación profesional endógena- por el lado de las orientaciones éticas hacia la profesionalización, sin embargo en un porcentaje menor, igualando esta características con las habilidades técnico-profesionales e incluso un poco más a las habilidades relacionales en el trabajo.

Podemos decir que estos modelos ideales que hemos construido representan las aspiraciones y expectativas de las enfermeras con relación a su propia imagen; con lo que ellas creen que espera la comunidad de su labor y en consecuencia es lo que les da un sentido de identidad y conduce su desempeño laboral, en este sentido, la característica

más importante en ambos grupos de enfermeras tiene que ver con la orientación ética que tienen hacia la profesión.

Resumiendo este apartado tenemos que en el Instituto Nacional de Nutrición existen dos grupos con trayectoria laboral diferente, las que realizaron su trayectoria educativo-laboral en el instituto y las que lo realizan en otras instituciones educativas y de salud. Este hallazgo se convirtió en un eje para analizar el resto de la información.

Tenemos entonces que la mayoría de las enfermeras con formación profesional endógena, son mujeres con un promedio de edad de 36 años, solteras y sin hijos, se apoyan mucho más en redes familiares y principalmente son hijas de familia. Mientras que las enfermeras exógenas en promedio tienen 29 años, son mujeres que en su mayoría ya han formado su propia familia. De las mujeres unidas de ambos grupos, la mitad declaró tener en promedio un hijo.

Esto nos hace pensar en la importancia que tiene para las enfermeras con formación profesional endógena las exigencias institucionales, lo demás lo colocan en un segundo plano. En cambio las enfermeras con formación profesional exógena han seguido una trayectoria que podríamos calificar como menos exigente.

Fundamentamos lo anterior con el análisis de su perfil educativo y profesional. Encontramos que el grueso de las enfermeras con formación profesional endógenas cuenta con el nivel técnico, actualmente estudia, ha tomado cursos monográficos y especializaciones. En cambio, las enfermeras con formación profesional exógena, en su mayoría, sólo han tomado cursos monográficos o simplemente tienen la carrera técnica y no estudian. En cuanto al nivel de profesionalización, a las primeras las encontramos entre el nivel medio y alto y las segundas se ubican en el nivel bajo y medio de profesionalización.

Al analizar la primer y actual situación en el trabajo encontramos una tajante diferencia, las enfermeras con formación profesional endógena que comenzaron como auxiliares y enfermeras generales ahora se encuentra en los puestos más altos del escalafón, son los puestos de dirección, jefatura y coordinación, el resto lo encontramos

en su mayor parte en las áreas operativas de especialización. A diferencia, las enfermeras con formación profesional exógena, a pesar de ya no ser auxiliares, la mayoría trabaja como enfermera general, pocas son las especializadas y ninguna tiene un puesto alto de jefatura o coordinación.

Esta diferencia se refleja en el salario que perciben, en promedio las enfermeras endógenas ganan lo doble que las exógenas. Aclarando que no se debe a una desigualdad salarial en un mismo puesto de trabajo, sino que, como ya vimos, las endógenas son las que ocupan los puestos más altos.

Podemos pensar que hay un tipo de estructura coercitiva de la profesión mucho más fuerte en las enfermeras con formación profesional endógena, pues si bien las de formación profesional exógena tienen su código de ético o de honor bien definido, las endógenas internalizan desde su formación educativa la cuestión de la exigencia profesional, presente en todo el discurso del Instituto que las hace pensarse como profesionistas de alto nivel que están en un lugar de trabajo en el cual tienen que hacer honor a esa exigencia. Son enfermeras muy exigentes con su desempeño porque la profesión así lo exige. En cambio las enfermeras con formación profesional exógena tienen una visión menos exigente, más permisiva de lo que es la profesión.

Concluimos entonces que la formación profesional se convierte en un eje fundamental para adentrarnos en el análisis de los procesos de construcción de su identidad profesional. Estos modelos de formación profesional, que son un hallazgo que se obtuvo a partir de los datos generales del grupo de enfermeras encuestadas, nos permite ver que existen dos maneras de ser enfermera al interior del Instituto Nacional de Nutrición y que por lo tanto pueden ser los ejes en torno a los cuales seleccionamos la muestra teórica. Tendremos entonces dos formas de cómo se da el proceso de construcción de la identidad profesional y de género de estas enfermeras, dos formas diferentes de percibir y definir su formación y práctica profesional.

III.3. Orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería en el Instituto Nacional de Nutrición.

Comenzamos esta investigación considerando uno de los aspectos estructurales de gran importancia, me refiero al incremento de la participación de las mujeres en los mercados de trabajo en México. En el año 2000 la tasa de participación fue de 36.4% (ENE, 2000), magnitud que representa más del doble del valor exhibido en 1970 que fue de 17.6%. Sin embargo, lo hacen principalmente en las diversas ramas del sector servicios, desempeñando las ocupaciones y profesiones típicamente femeninas de secretaria, enfermera, maestra, mesera, etc. (Ariza y Oliveira; 2002; Blanco y Pacheco, 2002; Brígida y Oliveira, 1992; Blanco, 1995)

Este constante señalamiento sobre el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo es uno de los elementos cruciales en la tarea de hacer visibles a las mujeres en la esfera laboral y nos sugiere la importancia de estudiar las profesiones altamente feminizadas como la enfermería.

Sin embargo, aquí no tratamos de analizar el impacto macro-social de este fenómeno, lo que buscamos es dar cuenta de sus expresiones micro, desde la experiencia de las propias mujeres. Es por ello que en este apartado presentamos los resultados obtenidos en la segunda etapa de trabajo de campo que consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas, en las cuales buscamos investigar, desde la narrativa femenina, el proceso de construcción de su identificación profesional y de género de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, cómo perciben, definen y significan su formación, orientación y práctica profesional relacionada siempre con ciertas imágenes de género.

Con este propósito se tomaron las narraciones de diez enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición. Las entrevistas fueron realizadas en los meses de septiembre y octubre de 2004. Recordemos que con la información recabada a través de la encuesta se lograron establecer los criterios de selección de casos específicos de enfermeras que integraron la muestra teórica a partir de la construcción de perfiles sociodemográficos y

profesionales. La tipología incluyó indicadores como la edad, situación conyugal, presencia de hijos y el máximo nivel de estudios.

El resultado fue organizado a partir de una variable de control referida al eje temático de la profesionalización, que fue el principal hallazgo al analizar la información vertida en la encuesta sobre las características sociodemográficas, profesionales y trayectorias laborales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición. En esta encuesta encontramos que la formación profesional de las enfermeras se construye de manera diferente en la que tiene una *formación profesional endógena*, es decir las que realizan su trayectoria educativa y laboral dentro del Instituto Nacional de Nutrición, de las que tienen una *formación profesional exógena*, o con una trayectoria educativa y experiencia profesional y laboral externa al Instituto. (Véase anexo 4)

El análisis de las entrevistas siguió el método de codificación desde abajo que corresponde al camino inductivo del llamado *continuum interactivo*. Nos referimos a la propuesta más o menos compartida por quienes proponen estrategias intermedias entre la investigación cuantitativa y cualitativa (Newman y Benz, 1998; Tashakkori, 1998), es decir estrategias y procedimientos de ida y vuelta entre la teoría y los datos. (Guadarrama, 2003)*

La construcción inductiva desde los datos, en este caso desde la narrativa de las entrevistadas, debe considerarse como un momento del proceso más general de investigación en el cual emergen nuevos conceptos que se distinguen de los derivados de la teoría porque expresan directamente la profundidad de la experiencia de las personas, su significado y la fuerza interpretativa de sus representaciones simbólicas. Esta narrativa en la que el recuento no sigue un orden necesariamente cronológico y descriptivo, constituye la expresión del trabajo interpretativo de las mujeres trabajadoras de frente a su propia historia y a la de los otros. (Gaulejac, 2001, Guadarrama y Torres, 2004)

Ahora bien, para poder capturar estas narraciones-interpretaciones en su complejidad expresiva, profundizar en sus significados y no diluir su fuerza interpretativa

* El procedimiento de análisis de los datos de entrevistas fue discutido colectivamente en el seminario permanente de Identidades laborales y de Género. del posgrado en Estudios Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.

con nuestras propias interpretaciones, el camino seguido ha sido la llamada codificación abierta y axial²⁸, que consiste primeramente en transformar trozos del texto de las entrevistas capturadas, en conceptos descriptivos (codificación abierta). Estos códigos son herramientas analíticas que tienen el doble propósito de ordenar y reducir las ideas posibles a significados de lo que se dice u observa. Con estos códigos navegamos por el texto de manera interactiva, buscando palabras, frases y oraciones que tuvieran el mismo significado o que nos llevaran a construir códigos nuevos. (Strauss y Corbin, 2002)

Pero, este procedimiento no se limitó a reducir los datos a una serie de códigos, sino que se derivó en un proceso más sutil de generación y vinculación de ideas que son el antecedente de la teoría (Coffey y Atkinson, 2003). A esta segunda forma de codificación, que consiste en expandir, transformar y reconceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas es lo que Strauss y Corbin (2002) denominan codificación axial.

Algunos aspectos que encontramos al analizar la información nos llevaron a organizar los resultados en ocho categorías o ejes analíticos, de los cuales se compone este último capítulo y que describo a continuación:

La orientación profesional, en donde analizamos un conjunto de interacciones que se dan en la etapa de aprendizaje de la profesión, representa desde la elección profesional, la elección de la escuela y *las experiencias, conocimientos y aprendizajes que adquirieron las enfermeras en su estancia escolar*.

La práctica profesional: el puente entre ser estudiante y profesionista. Este apartado lo definimos así para representar todas aquellas experiencias que tuvieron que enfrentar las enfermeras en ese puente entre ser estudiante y profesionista a la vez, con todas las problemáticas que implica la primera experiencia profesional.

El ejercicio de la profesión. Analizamos la inserción, ascenso y continuidad de las enfermeras en el Instituto Nacional de Nutrición. Sus *relaciones en el lugar de trabajo e*

²⁸ Para esta tarea nos apoyamos en el programa de análisis de datos cualitativo de texto, imágenes, audio y materiales de video, denominado Atlas.ti (versión para Windows 4.2)

identidad subordinada, es decir, su trato con los médicos y médicas, así como con las compañeras de trabajo.

Además analizamos el significado que las enfermeras dan a la idea del cuidado como parte fundamental en su desempeño laboral, la identidad de género en la profesión para concluir con el prototipo de la buena enfermera en un eje que intitulamos: *Los trabajos de cuidado en enfermería: ser mujer, humanitaria, con conocimientos científicos, prácticos y experiencia*

Finalmente, *Profesionalización y profesionalismo en enfermería: las de élite y las de base*. Tocamos el tema del profesionalismo en las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición. Entendido como un conjunto de valores, trata de un discurso e ideología de autocontrol que justifica y enfatiza la importancia del trabajo ante sí mismas y ante los otros. Comenzamos el análisis con la profesionalización para concluir con la orientación y significado que ellas dan a su profesión.

3.1. Orientación profesional

El proceso de orientación profesional está relacionado con la elección de la carrera y la elección de la escuela en la cual se estudia, pero también se toman en cuenta otras dimensiones de análisis como las experiencias, conocimientos y aprendizajes en la escuela con lo cual se van definiendo las características que debe poseer una enfermera.

Una característica importante de la orientación profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición la representa la elección profesional. En el discurso de estas mujeres encontramos dos razones principales del por qué estudiaron enfermería. Las que eligieron la profesión a partir de un proceso de búsqueda de información y orientación vocacional previa y las que por una serie de razones ajenas a sus decisiones es como terminan estudiando enfermería.

Las enfermeras que tienen la oportunidad de elegir esta profesión lo hacen porque en un cierto momento ya habían tenido contacto con lo que eran las prácticas de enfermería, fuera por gusto, inclinación o participación en organizaciones de ayuda y

beneficencia. Al participar o tomar un curso previo se dan cuenta que es una profesión que les atrae, les gusta esta idea de poder atender y cuidar a otras personas:

...Ahí (en el Conalep) nos dan una introducción a la carrera 40 días antes de entrar, ahí te dicen si realmente tienes vocación, si no la tienes pues no entras a estudiar. Yo tomé ese curso y me gustó y me quede...

...me di esa oportunidad de trabajar con monjas en asistencia de salud, en cierta área rural, llevábamos el control de vacunas [...] esa monja me enseñó mucho la administración y trabajar en un área rural de la salud [...] no tengo antecedentes de enfermería... nada... y me puse a analizar: ¿qué es lo que quiero? yo me quiero independizar y bueno te voy a salir barata. Dije: pues enfermería.

Un papel importante en el proceso de selección de la profesión lo tiene la familia. Entre algunas de las mujeres entrevistadas, existía un ambiente familiar relacionado con los sistemas de salud, lo cual las llevaba a pensar que enfermería es una buena opción de trabajo. Vemos en estos casos que el ambiente familiar es proclive a las ciencias de la salud. El testimonio siguiente ilustra este argumento:

...toda la familia de mi mamá trabaja en un hospital diferente, entonces tengo un contacto en toda la zona de hospitales y mi mamá trabajaba en Neurología y una vez estando en este ambiente lo más lógico era que todo mundo te dijera: ¡Ay pues enfermería! Porque enfermería es una carrera que te va a servir hasta para la familia, te va a servir porque vas a encontrar trabajo rápido, te va a servir porque ya hay un contacto de la familia en todos los hospitales y va a ser fácil que tengas trabajo. Entonces cuando tienes la cantaleta de todos los días de: ¡Ya vas a salir y tienes que estudiar algo! ¡Algo como enfermería!

Otro argumento a favor de esta opción profesional está relacionado con el hecho de que se trata de una profesión que se puede estudiar a nivel técnico, en la cual sólo es necesario estudiar tres años e inmediatamente buscar empleo. Además no implica tantos gastos económicos por parte de la familia, por ello una opción de estudio, era una carrera corta, como ellas mismas lo expresan:

La situación en que se encontraba la familia... como mi mamá era el eje para mantenernos a las dos hijas, las dos estudiamos carreras técnicas, lo que ella nos pudo dar hasta ese momento, ya lo que tú quisieras hacer después ya corría por tu cuenta [...] Yo recuerdo que le decía a mi mamá: es que si yo no me quedo tú le vas a llorar al dinero que conseguiste para que estudiara.

...tenía mucho... mucho interés de hacer la preparatoria pero por problemas económicos tuve que irme a una carrera técnica, de la cual fueron tres años de la carrera en enfermería.

...alguna de mis primas estudió enfermería y si me llamaba mucho la atención, entonces me gustaba enfermería, pero a parte yo quería estudiar algo quizá como medicina, pero no tenía recursos, entonces tenía que estudiar y trabajar y era muy difícil para mi.

En esta última narrativa podemos ver que uno de los impedimentos que encuentran las mujeres para poder desarrollarse profesionalmente en ámbitos universitarios es la situación económica familiar. Podemos notar que entre algunas de ellas sus aspiraciones no eran hacia la carrera de enfermería:

...yo pedí de primera opción medicina [...] no me quedé en medicina, me mandaron a enfermería y dije bueno voy a probar un semestre, si de plano no me gusta renuncio.

... yo le decía(a su madre): es que a mi me gustaría ser maestra, pero no me gustan los niños, no quería ser maestra de niños chiquitos.

...yo quería ser en aquel entonces trabajadora social nivel técnico.

En resumen, existen tres características que definen la elección profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición: el ambiente familiar cercano a sectores de la salud, las restricciones económicas junto con la búsqueda de un acceso rápido al mercado de trabajo y que se trata de una profesión de servicio.

Por otro lado, la elección de la escuela resulta un elemento fundamental porque representa el tipo de formación, trayectoria e identidad profesional que adquieren las enfermeras. Esto se refleja en los dos grupos profesionales analizados: las enfermeras con formación profesional endógena y las que tienen una formación profesional exógena.

En el caso de las enfermeras que estudiaron en la escuela del Instituto Nacional de Nutrición, encontramos dos cuestiones importantes: las que tenían un familiar trabajando allí o en el área del sector salud y recomiendan la escuela como una de las de mayor prestigio a nivel nacional, y las que informándose de cuáles son las escuelas que imparten enfermería es como llegan a Nutrición. Algunas de ellas así lo recuerdan:

¿cómo me enteré de la escuela? porque mi hermana la mayor trabaja aquí [...] y me dijo de la escuela.

... estuve un año sin estudiar y luego entre a la escuela de enfermería de Cardiología, pero se me hicieron sumamente rígidas, militarizadas, dije: ¡No! a estas ¿Qué les pasa? Y en ese trance, después de que dejé Cardiología [...] dije en la ENEO, pero ahí yo investigué con varias gentes y se me hacía muy superficial el programa, porque yo revise los programas [...] empecé a investigar, casualmente una enfermera en una plática dice: si

quieres tener una buena preparación es Cardiología o Nutrición; dije: cardiología es muy militarezo, yo no estoy de acuerdo con esa formación; bueno entonces vete a Nutrición. Entonces vine a dar aquí.

Encontramos tres elementos importantes en el discurso, el prestigio que ellas y sus conocidos otorgan a la Escuela del Instituto, el conocimiento transmitido de generación en generación y las redes de información.

Por su parte, las enfermeras que estudiaron en otra escuela, manifiestan que no tuvieron la oportunidad de elegir escuela e incluso hablan de su estancia en ella como desagradable y como una mala elección. Dos de ellas rememoran al respecto:

desafortunadamente como yo no tenía a alguien mayor que me orientara entonces la única opción que conocí fue el CETIS, y ya como en el cuarto o quinto semestre empecé a conocer los planes de estudio de otras escuelas, pero pues ya estaba casi al final. Me gustaría haber estudiado en la ENEO por ejemplo.

como no me quedé en medicina, salí en la segunda opción y directamente me mandan a la ENEO, UNAM.

Podemos notar en las enfermeras con formación profesional exógena que no hay un elemento de reconocimiento hacia la institución educativa en la cual se formaron, diferencia muy notoria con respecto a las que ha tenido una trayectoria profesional endógena.

3.2. Experiencias, conocimientos y aprendizajes en la escuela de enfermería

Cuatro son los temas relevantes en este eje de análisis: la excelencia de los estudios cursados en el Instituto Nacional de Nutrición, el conocimiento informal en las escuelas de enfermería (valores éticos), el sentido práctico de la profesión y el carácter cautivo de la enfermería.

En el discurso de las enfermeras con formación profesional endógena existe la constante idea de que estudiar en la escuela del Instituto implica un alto grado de preparación que exige un gran esfuerzo y competitividad que llevan a la excelencia y la calidad. Al respecto una de ellas afirma:

fue una situación así... porque entrábamos a las siete de la mañana y salíamos hasta las siete de la noche, durante todas estas horas pues era de estudiarse y estudiarse y estudiarse... fue muy difícil para mí, y la metodología que nosotras teníamos en la formación era prácticamente como de nivel médico, estudiarse toda la anatomía y fisiología del cuerpo, que estudiarse los 208 huesos que tenemos y cosas así... fue un proceso difícil pero tampoco imposible.

Este tipo de educación que se imparte en el Instituto, hace que en las estudiantes haya una lucha por ver quién es la mejor. Esta competencia está reforzada por el mismo sistema educativo de *filtros* para poder seleccionar a las futuras enfermeras. En palabras de una de ellas: *se queda la más fuerte, la mejor.*

Otra característica de la escuela de enfermería del Instituto Nacional de Nutrición es la selección rigurosa de las aspirantes. Se aplican tres exámenes con los cuales se quieren ver las habilidades, destrezas y conocimientos y así determinar si son aptas para desempeñarse profesionalmente en esta carrera. Dos de ellas lo mencionan:

hay un examen psicométrico porque lo que nos interesa obviamente son las habilidades, las destrezas y las actitudes que podemos tener para la formación de enfermería.

...me hicieron entrevistas, me hicieron un examen psicológico, uno psicométrico y uno de conocimientos.

Finalmente, otro aspecto muy particular a la hora de seleccionar a las aspirantes a la escuela del Instituto, tiene que ver con sus características sociodemográficas. Tenían que ser solteras, sin hijos y de tiempo completo. Una de ellas así lo comenta:

Cuando yo ingresé debía ser soltera, sin bebés, de tiempo completo, porque los programas iban de siete de la mañana a siete de la tarde con prácticas sabatinas... el que no trabajara en ese tiempo... Había una edad límite, no recuerdo exactamente pero había una edad límite, era cien por ciento de tiempo porque el programa se modificaba de acuerdo a las oportunidades o las necesidades de la escuela.

A diferencia de todos estos requisitos como la exigencia y la competitividad, las enfermeras con formación profesional exógena manifiestan no haber tenido una preparación adecuada, carecer de conocimientos, lo cual en un futuro les afecta porque no son aceptadas tan fácilmente en los trabajos, en el mismo Instituto, como hemos visto hay diferencias muy notables entre ser preparada o no en la escuela del Instituto. Una enfermera exógena expresa su propia experiencia como sigue:

...como estudiante me faltaron muchas cosas, muchas bases de enfermería que si me hubiera gustado ver un poco más porque hay cosas en las que todavía no... si me gustaría por ejemplo que hubiera algo que regulara todas estas escuelas, un reglamento, algo que regulara el nivel de estudios, porque de plano si estas escuelas no existieran entonces no habría tantos problemas o si todas tuvieran los mismos planes de estudio entonces no habría tantos conflictos de que a ti no te quiero porque eres de esa escuela: ¡Como tu no me presentaste este plan del primero y segundo semestre, pues te falta, no puedes entrar! [...] me faltaron muchas cosas y así como que por eso no nos quieren en ningún lado.

Otro tema relacionado con el aprendizaje en la escuela, principalmente la del Instituto Nacional de Nutrición, tiene que ver con esta formación basada en la disciplina por el estudio. Los valores éticos que les son inculcados en su formación a partir de un código que se refiere a las características que debe poseer la enfermera que marca lo que ellas tienen que hacer como profesionistas y los principios que se deben de seguir. Así lo expresan dos de ellas:

...un código de ética de enfermeras [...] donde también debes de tener pues lo que es discreción, manejo de documentos de paciente, respetar la individualidad del paciente, fomentar su retorno a la vida cotidiana. Todas esas cosas son parte de la formación ética y moral de la enfermera.

... tenemos un código de ética en donde obviamente te marca lo que tú tienes que hacer como profesionista y también cuáles son los principios que tú tienes que seguir [...] tienes que socializarlos para poder aplicarlos en bien de tu práctica, por ejemplo el respeto al derecho ajeno, la individualidad y el respeto hacia tu paciente. No perder esa visión, son los principios de campo de la enfermería.

En la escuela del Instituto también existe el “decálogo de las enfermeras”, que es la observancia del código de ética, fue elaborado por el Doctor Salvador Zubirán, fundador del Instituto. Allí se plasma lo que debe ser una “enfermera ideal” y se le denomina *la mística del doctor Zubirán*. Habla de todos los principios y valores que rigen a la enfermería. Tan lo tienen presente que tres de ellas comentan:

El decálogo dice qué es amor a tu trabajo, el respeto a uno mismo y al paciente y la empatía que debemos de tener... el compromiso

Lo escribió el doctor Zubirán, donde dice que uno debe de ser limpia, honorable, respetar al paciente, es como una poesía donde él plasma lo que debe ser una enfermera ideal del Instituto.

El doctor Salvador Zubirán fue el fundador del Instituto y él tenía una consideración muy especial para las enfermeras... escribió un decálogo que le denominábamos: La mística del doctor Salvador Zubirán. Ese decálogo era lo que leíamos en las ceremonias de graduación y era lo que te infundían mucho... habla sobre todos los principios y valores. Decías este es mi valor, esta es mi camiseta, entonces te sentías muy orgullosa de decirlo el día de la ceremonia porque era la imagen que te había formado el doctor Zubirán.

Relacionado al código de ética y del decálogo de las enfermeras, encontramos una serie de valores que se inculcan a las estudiantes como el respeto, sobre todo en relación a la atención del paciente, la iniciativa, el interés, el compromiso, la responsabilidad, la honestidad y el ser humanitarias. Así lo expresan en sus narraciones la mayoría de ellas:

Lo más importante ante todo el compromiso, la responsabilidad, la honestidad y en especial la humanidad. Afortunadamente contábamos con profesoras que amaban la carrera y querían que nosotras como estudiantes también... y que finalmente teníamos el compromiso de lo que significaba ser una enfermera de Nutrición.

A mi algo que me inculcaron, es que cuando fuera a algún servicio tuviera iniciativa e interés. Sobre la base de esas dos palabritas aprendes mucho y colaboras y estás como en todo, ¡Ah! y ser muy observadora.

El respeto, el respeto ante todo hacia mi paciente, mi responsabilidad hacia él, el nunca darle la espalda cuando él me esta llamando, ver si realmente esta bien.

La disciplina que te da esta profesión, entender que estas trabajando con seres humanos y la responsabilidad que esto traía consigo. El hacerlo bien desde la primera vez.

Siguiendo en este mismo tema, las enfermeras mencionan lo importante que son las prácticas, descubrir que lo aprendido en la escuela a nivel teórico no basta para ser enfermera, sino que se va aprende en la práctica. Este es un tema que analizaremos más a fondo en el eje de análisis, ahora sólo nos gustaría mencionar que las prácticas fueron lo más significativo, lo que más les gustó y con lo cual se convencieron de que la enfermería era la profesión que realmente les satisfacía. Es decir, la vocación descubierta en la práctica. Dos de ellas lo mencionan:

Lo que más me gustaba en el nivel técnico era irme de prácticas, eso era lo padre porque era algo desconocido para mi.

En el primer año a mi lo que me gustó y me encanto y dije esto es mío, es cuando yo empecé a hacer mis prácticas [...] entonces de esa manera fue cuando ya me encantó y dije: ¡Esto es lo que yo quiero hacer! ¡Yo quiero ser enfermera!

Una característica muy importante de las escuelas de enfermería y principalmente la del Instituto Nacional de Nutrición es que se *forman para la institución*. Como sabemos, el mercado de trabajo de enfermería está cabalmente confinado por el sistema de salud público y privado. Dentro de éste existen instituciones de diverso carácter, pero todas

ellas establecen lineamientos que determinan el empleo de la enfermera y el ejercicio libre de la profesión es prácticamente imposible. Este es el caso de las enfermeras de Nutrición, son formadas para laborar en el Instituto. Una de ellas los expresa como: *nos forman para la institución... las de nutrición.*

En resumen, desde el momento de la elección profesional e institucional, las enfermeras denotan diferencias importantes: el inicio educativo profesional en las enfermeras con formación profesional exógena es más dificultoso y eso se verá reflejado en su capacitación, grado educativo y especialización.

3.3. La práctica profesional: el puente entre ser estudiante y profesionista

En cierto tipo de profesiones como la enfermería, la importancia de la práctica es fundamental. Las prácticas profesionales que ejercen las estudiantes antes de terminar la carrera son uno de los ejes articuladores en la identificación con la profesión. Es una parte importante, aunque no determinante de la identidad profesional de las enfermeras e implica la primera experiencia de trabajo.

Las prácticas profesionales en enfermería tienen un doble significado: por un lado, como práctica escolar son parte de la experiencia del aprendizaje de las estudiantes, por otro lado, las introduce de forma particular al trabajo mismo, al ejercicio de la profesión. Se da una conversión de las estudiantes en actores laborales, en palabras de ellas, es *un puente* entre ser estudiante y profesionista a la vez con todas las limitantes y problemáticas que ello implica. Al respecto una de ellas afirma:

cuando ya empiezas a hacer tu servicio social, tú estás en una etapa de crisis [...] es un puente por decirlo así... para poder decir: "soy enfermera" [...] tendrás mucho conocimiento, mucha teoría, pero a ver ¿Cómo la aplicas? ¡Aplicala en un paciente diabético! ¡Aplicala en un paciente de insuficiencia renal crónica terminal! A ver aplica eso que tu aprendiste en el aula y ahora trabájalo acá, ahí es donde tu empiezas con la crisis porque a veces te pierdes. Ahí si no hay enseñanza, ahí solo es práctica y experiencia [...] en esa etapa que tienes todavía ese papel de estudiante, pero ya estás también con el papel de enfermera.

A partir de las prácticas profesionales, se da una familiaridad de las estudiantes con el mundo del trabajo que esta envuelto en una serie de problemas que tienen que enfrentar en ese transito de la escuela al ejercicio de su profesión. Los problemas más

comunes, derivados de sus narraciones, fue la relación teoría – práctica, el temor frente a la responsabilidad que implica la atención del paciente y de las largas jornadas de estudio extracurriculares, es decir, la exigencia de la especialización. Sin embargo, lo ven como la adquisición de conocimientos y de habilidades. Así expresa su propia experiencia:

Realmente la teoría es muy diferente a la práctica... nos damos cuenta que no sabemos nada... que nos falta mucho que estudiar, pero que lo básico nos lo dieron y que de ahí podemos partir...yo era muy inexperta... era muy inmadura... sentía que una llamada de atención era una agresión y eso me limitaba, me hacía sentir peor... creo que eso... me costaba trabajo porque ya no estaba mi profesora a un lado, ya no estaba una compañera con quien yo me podía dirigir y era mi responsabilidad, creo que eso fue algo que marco y que me enseñó y que me ayudó a crecer como profesionalista, pero ¡claro! como todos tuve limitaciones, tuve deficiencias de conocimientos, desconocía cosas [...] solo nos dan las herramientas y lo demás con la experiencia [...] se nos presionaba más como estudiantes... más por ser gente del Instituto.

Para mí fue padre pero a la vez con mucho temor, a pesar de que tenía fundamentación, tenía mucho miedo... ¡Imagínate! Una mocosa frente a un paciente ¿Qué le vas a hacer? ... Es como que romper una barrera muy importante entre la enfermera y el paciente, porque no hay confianza, porque no te sientes segura, hay un miedo, un miedo muy importante, pero una vez que rompes ese miedo y que pasas esa barrera a las prácticas les tomas sabor [...] fue un proceso a veces de que decía: ¡Hijole es tan doloroso estar aquí! ¡Tan estresante! ¿Por qué tengo que estar aquí? Y a veces es una carrera tan... pues tan triste...

Es así como las prácticas profesionales sirven como una actividad con la cual se tendrá un mayor aprendizaje. En el caso de las enfermeras del Instituto de Nutrición es una oportunidad de acceder a espacios de mayor especialización en las áreas del hospital. Incluso comienzan con sus prácticas en áreas especializadas a nivel operativo, como lo expresa la siguiente enfermera especialista:

Pues al principio sí te cuesta porque se te vienen encima cuestiones... por ejemplo yo empecé en terapia intensiva... entré a un área de especialidad que no tienes, tú no sabes... sabes conocimientos generales, enfermería básica y de repente pues te tienes que poner a la altura de un especialista porque eso es lo que te dicen, eres general pero atiendes a un paciente crítico... sí es bastante el estrés porque... porque te dan dos semanas como de instrucción con otra persona y ya.

Estas prácticas profesionales en las cuales incluimos el año de servicio social es lo que nosotros consideramos como la *primer experiencia de trabajo*, en la cual la enfermera comienza su vida laboral o lo que llamamos el *ejercicio de la profesión*. Dos aspectos importantes que se derivan de este tema es lo relacionado con el estrés que provoca esta primer experiencia y las dificultades a las que se enfrentan cuando son enfermeras que no

fueron formadas en la escuela del Instituto. Una enfermera con formación profesional exógena rememora al respecto:

Yo lloré un día porque era muy difícil, me cansaba horrible de los pies, a veces no desayunaba, a veces no comía, saliendo de aquí me iba a la biblioteca a estudiar y llegaba a mi casa tarde y al otro día era muy difícil pararme porque era muy pesado para mí, era muy, muy pesado. Las compañeras son terribles cuando alguien es nuevo... [...] fue difícil, se ponían muy estrictas, me hacían examen en el departamento, me hacían examen en la oficina de enfermería, en la jefatura, examen, examen y examen. Yo creo que influía que era de otra escuela, por ejemplo, las que habíamos estudiado en otras escuelas si hacían examen y las que estudiaban aquí no les hacían examen en la jefatura [...] como discriminación por ser de otro lado, tuve que aprender muchas cosas...

Concluimos entonces que la aplicación de conocimientos en el campo de trabajo a través de las prácticas profesionales se convierte en una motivación para ser enfermera y les permite adquirir habilidades, destrezas, más conocimientos, y experiencia de trabajo. Es el momento en que se da su autoafirmación personal y profesional, de allí la necesidad de dominar un campo específico, aunque estos procesos suelen ser dolorosos para algunas de ellas, sobre todo entre las enfermeras con formación profesional endógena. Podemos decir que hay dos ejes de articulación entre estas dimensiones: la disciplina escolar y la disciplina laboral pues en ellos se temple el carácter de la enfermera.

3.4. El ejercicio de la profesión

En esta categoría analizamos una serie de características y situaciones de trabajo de las enfermeras así como el significado que le dan a su profesión, es decir, su trayectoria profesional y el conjunto de mecanismos y procesos propios de este grupo profesional. Identificamos estos puntos analíticos a partir de los siguientes ejes de construcción identitaria: la inserción, ascenso y continuidad en el Instituto Nacional de Nutrición; las relaciones en el lugar de trabajo, es decir, las interacciones entre el yo y los otros, la identidad subordinada de las enfermeras, la idea del cuidado y el prototipo de la buena enfermera. Todos ellos vistos como elementos del modelo identitario de las enfermeras. Vamos pues a adentrarnos en los aspectos que tienen que ver con la conformación de la identidad profesional de las enfermeras como fruto de su actividad laboral.

Como hemos vistos en apartados anteriores, existen dos vías de ingreso al Instituto Nacional de Nutrición, las enfermeras formadas académicamente en la escuela del Instituto, que realizan el servicio social allí mismo con la categoría de auxiliar de enfermería, y al término de éste, les dan la base como enfermera general.

La otra vía de ingreso es a través de la bolsa de trabajo. Las enfermeras postulantes hacen una serie de exámenes para poder entrar como auxiliares de enfermería. A partir de allí se inicia su carrera interna que tiene como categoría siguiente en el escalafón a las enfermeras generales.

Al señalar estas dos vías de inserción a su actividad laboral, comenzamos a distinguir que existe un mercado de trabajo segmentado para las enfermeras. Un aspecto importante en ello es el título profesional, ya que es imposible disociar este documento de la identidad profesional, dado que abre el acceso a un mercado de trabajo definido e identificado, pero con un rasgo aún más importante: la institución que proporciona dicho documento; ya que no es lo mismo si se obtiene de la escuela del Instituto de Nutrición a si se obtiene de otra Institución. Recordemos que las mismas enfermeras reconocen la escuela del Instituto Nacional de Nutrición como una “escuela de prestigio”, lo cual determina en su imaginario colectivo en una forma de construirse su identidad profesional, de tal forma que el rango y el prestigio de las enfermeras no es el mismo. Esto es determinante a la hora de las contrataciones, las categorías laborales que ocupan y las responsabilidades confiadas a cada una de ellas.

Un rasgo más que sobresale en las enfermeras con formación profesional endógena es que, de las que se entrevistaron, todas ellas tienen una función de dirección o una calificación profesional elevada, tienen una unión simbólica muy fuerte y todas sus miembros se reconocen con un cierto número de valores. Por ejemplo, se llega a esa posición por el trabajo y por el mérito personal. De aquí la importancia de los cursos, especializaciones, concursos, clasificaciones, etc. Así es como lo comenta una de las enfermeras con formación profesional endógena:

para empezar a escalafonar los rangos tienes que concursar, tienes que presentar un currículum actualizado, tienes que promoverte dentro de los estándares que manejan, que es un examen de conocimientos, una entrevista y tus habilidades y tu experiencia.

Este discurso no está presente en las enfermeras exógenas, ya que a pesar de haber cambiado de puesto de trabajo están en los más bajos del escalafón. Una de ellas lo comenta:

Empecé en urgencias como enfermera general, he estado en otras áreas pero por periodos chicos menos de un mes, continuo en urgencias.

Aunado a esto, están las aspiraciones a un mejor puesto de trabajo. En algunas de las enfermeras encontramos estas ganas de poder acceder a una mayor categoría. Regularmente viene de parte de las enfermeras que se formaron en el Instituto. Por ejemplo, una enfermera especialista dice: *Yo quiero ser Jefa de la dirección de enfermería.*

En otros casos, como el de una enfermera general egresada de la ENEO -UNAM, no hay aspiraciones de ascender a un mejor puesto, considera que estos puestos exigen mucha responsabilidad. Sin embargo, ahondando en el tema lo que surge es una inconformidad con su situación laboral y la falta de motivación institucional para que se sigan desarrollando profesionalmente. Lo que revela una cierta segregación a nivel institucional. En el discurso se observa:

Afortunadamente puedo decir que he ascendido muy pronto en el área de enfermería... tal vez por ser egresada.. pero es un requisito en forma interna... ser egresada... y creo que ir ascendiendo en forma rápida te obliga a estudiar, te obliga a que si tienes un puesto que es a nivel administrativo es mayor presión, más en el caso mío que es de coordinación en enseñanza [...] y que mi ascenso haya sido... yo puedo decir que rápido porque hay mucha gente que esta en el mismo lugar durante 20 años y no ha modificado... en mi caso pase de tener una plaza de auxiliar a pasar de inmediato de enfermera general A, enfermera general B y posteriormente ya como coordinadora de enseñanza en poco tiempo. (enfermera con formación profesional endógena)

Tengo ya casi cuatro años de estar en el tercer piso. Empecé en el primer piso y cinco años en terapia [...] siento que si estoy ignorante de muchas cosas... pero no me siento tan burra digamos... para decirte que me siento la de la esquinita ¡No! La verdad no... Pero lo que pasa es que no se siente motivación [...] desgraciadamente aquí me deprimieron mucho, yo venía muy animada, yo venía muy motivada, yo quería seguir haciendo cursos, yo quería hacer muchas cosas, pero aquí te cierran todas las puertas francamente. Y también, desgraciadamente aquí las jefes son muy estrictas, entonces como que no. En el sentido de seguir estudiando pues qué caso tiene, no te lo valoran, no, nada más a sus consentidas, entonces pues no. (Enfermera con formación profesional exógena)

Así, la pertenencia al grupo de las enfermeras con formación profesional endógena les confiere una identidad profesional muy fuerte y les da un status social muy particular a las que pertenecen a él. Según ellas mismas, tienen mejores puestos de trabajo y de hecho sus opiniones son más respetadas que las del resto de sus compañeras. Esto hace que haya una relación diferente entre las enfermeras que ocupan los puestos más altos en el Instituto y las que se encuentran en el área operativa. Analizamos esto a continuación.

3.5. Relaciones en el lugar de trabajo

El trabajo de enfermería en los servicios del Instituto Nacional de Nutrición es determinante en la aparición de lazos de identidad dentro del contexto hospitalario, en el cual encontramos situaciones diferentes entre las enfermeras ubicadas en los puestos más altos del escalafón y las del área operativa. Por lo regular las enfermeras que ocupan los más altos cargos dicen tener un trato amable y diplomático entre ellas, hay apoyo a los proyectos y hay un interés por tratar de mejorar la situación de la enfermera en el Instituto Nacional de Nutrición incluyendo el ámbito educativo en la escuela de enfermería, cabe resaltar que todas ellas son enfermeras formadas en la misma escuela del hospital e incluso se conocen desde su etapa de estudiantes. En el fondo hay una mayor coerción del grupo directivo, condición necesaria para el funcionamiento de la institución. Dos de ellas mencionan al respecto:

nos llevamos bien... somos un grupo pequeño entonces no podemos... se sentiría luego, luego un ambiente tenso siendo pocas. Si hay mucha tensión en ocasiones [...] te digo que nos conocemos porque llevamos trabajando juntas corridito dos años seguidos... nos respetamos mucho, hay confianza para poder platicar o comentar algún caso.

Como somos un grupo pequeño, entonces nos llevamos cordialmente, es una relación normal de trabajo, hacemos nuestras reuniones cada mes para ver asuntos particulares.

Destacamos también que la cohesión de los altos mandos es imposible en el área operativa, se tiene la percepción de que la enfermera es muy conflictiva y no muy buena compañera. Ellas así lo comentan:

Enfermería es muy conflictiva, cuando no las envidias, los chismes, la prepotencia, no nos toleramos unas a otras, somos tan iguales por eso no nos toleramos. (enfermera endógena)

Somos muy egoístas [...] o te ponen muchos pretextos... quizás un poco la barrera... (enfermera exógena)

Muchas veces tienes conflicto con las compañeras, entonces si tú te pones a pensar eso, llega un momento en que vas a aborrecer a la carrera [...] yo soy muy impulsiva [...] llega un momento de que te cansas y dices: ¡Ya no me voy a dejar! Finalmente dicen que la peor enemiga de la enfermera es la propia enfermera. (enfermera exógena)

Analizando la relación entre las enfermeras, notamos que en los altos mandos existe un alto grado de cohesión, se diferencian de las demás por una serie de características relacionadas con la forma en cómo se llegó a esos puestos: por el mérito personal, por su trabajo, su inteligencia y creatividad. El tiempo que le dedican a su trabajo no sabrían contabilizarlo, no miden sus esfuerzos, están listas a ir a dónde se necesite, en fin, tienen a sus ordenes a las demás categorías de enfermeras, son líderes y son las encargadas de encarar a la autoridad del Instituto mismo.

Esta particularidad de mando en los altos cargos de las enfermeras del Instituto, cambia cuando sus relaciones son con el personal médico. En relación con ellos encontramos un tipo de identidad subordinada que analizamos a continuación.

3.6. Identidad Subordinada

La enfermería a través de la historia siempre ha estado subordinada al saber médico. Desde sus orígenes y ya como carrera formal es propuesta, organizada y dirigida por los médicos. Además, por considerarse una profesión de naturaleza femenina, el médico percibe a la enfermería como un servicio indispensable de carácter meramente manual en la cual el comportamiento es dócil y disciplinado. El Instituto no es la excepción, las enfermeras entrevistadas comentan que muchos médicos se refieren a ellas de forma peyorativa como la muchacha del médico, el apéndice del médico, la secretaria del médico, la asistente del médico, la fiel compañera y colaboradora del médico.

No obstante, encontramos entre las enfermeras de los altos mandos la decisión de cambiar esta situación, se busca hacer de la enfermería una profesión autónoma y ejemplo de ello es que se ha peleado mucho para obtener una subdirección de enfermería en el Instituto, sin embargo, siguen subordinadas a la dirección de medicina. Una de las

enfermeras entrevistadas expresan claramente lo que nosotros podríamos llamar una identidad subordinada:

...falta mucho trabajar para poder decir nuestro gremio es una profesión autónoma. No es autónoma, dependemos de los médicos pero es por estas normas que nos rigen a nivel institucional [...] me enojan las políticas institucionales... por eso del dominio médico, eso me enoja, me irrita, no hablamos el mismo lenguaje, por supuesto que no.

En general, al cuestionarles la relación que llevan con los médicos, es de respeto, aunque sienten que ellos con frecuencia abusan, pero son solucionadas al momento:

Con médicos siempre trato de ser muy respetuosa, [...] pero también veo que el trato de muchos médicos es de prepotencia hacia las mujeres ¡son misóginos! Pero es también porque muchas veces uno lo fomenta... pero tenemos los mismos derechos tanto él que es médico como yo ¡Somos iguales! ¿Qué nos hace diferentes? [...] me llevo bien. Hay algunos cuscos pero esos los pongo en su lugar inmediatamente, los hay de todo, pero si he tenido mis fricciones con algunos de ellos precisamente porque son nuevos algunos y no conocen las rutinas y te quieren venir a enseñar.

Con los médicos lo más indispensable: sabe qué tengo una duda, las indicaciones y lo que ellos me pidan. Todo con respeto. Con ellos no... ni que te abracen, ni que te estén diciendo que te invitan un café ¡No! Yo nada de llevarme con ellos.

En cuanto al trato diferenciado entre médicos y médicas, comentan que si hay diferencia, ya sea porque sienten una mayor identificación con las médicas o porque dicen que ellas son siempre más celosas y conflictivas:

El trato con los médicos siempre es muy bueno... con las doctoras es mucho más... nos sentíamos más identificadas... más a diferencia que con los hombres.

Me llevo más con los hombres que con las mujeres, me llevó más pesado con ellos, pero porque dan la pauta [...] siempre prefieres trabajar con los hombres porque las mujeres siempre son más celosas, existe siempre algo así como un cierto conflicto [...] si me llevo bien con ellos, mientras no se pierda el respeto no hay problema.

Un aspecto más que recuperamos es el trato diferenciado hacia el paciente por parte de médicos o de enfermeras, es decir, las enfermeras marcan ciertas características que distinguen a su profesión como es la orientación ética de ser humanitaria y tener un contacto más cálido a diferencia del médico que sólo revisa y receta al paciente. Sin embargo, no es sólo un problema ético sino de competencia y “saberes”, en resumen, el médico diagnostica y prescribe. La enfermera aplica, supervisa y vigila. Así lo menciona una enfermera jefa de servicio:

... la enfermera es mejor que el médico porque la enfermera se pasa más tiempo con el enfermo a diferencia del médico que solo te ve y te receta. La enfermera te habla, te informa, te explica y te repite si no entiendes. La enfermera es mejor en ese sentido del contacto humano...

3.7. Los trabajos de cuidado en enfermería: Ser mujer, humanitaria, con conocimientos científicos, prácticos y experiencia

La enfermería diagnóstica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de atención es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.

Entre las profesiones del área de salud, la enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención. En el discurso se habla de que la enfermera tiene un ideal de servicio, un espíritu de ayuda a sus semejantes. Podríamos decir que el principal desempeño de la enfermera es el cuidado a los otros. Ellas mismas lo expresan así:

Cuidado significa hacer la recepción del paciente, valorarlo. Posteriormente la solicitud del material que se vaya a requerir, la solicitud de sus medicamentos, toma de signos vitales, baño en el caso de ser necesario, los cuidados generales que son desde vendaje y cambios de posición, apoyarlo a que se levante, preparación para un estudio... para una intervención quirúrgica [...] a partir de unos conocimientos proporcionar un cuidado de calidad...

Cuidados son las prácticas que tu realizas en el paciente, es decir... hacer la revisión de catéter, ese es un cuidado de enfermería, un procedimiento; pero... debe de complementarse atención y cuidado.

el cuidado es lo que tu has detectado que necesita el paciente independientemente de si está sano o está enfermo o esta gravemente enfermo, entonces lo que tu vas a detectar y vas a proporcionarle de acuerdo a tu fundamentación teórica, para que evolucione favorablemente o bien detener algún problema fisiológico que le pueda afectar, ese es el cuidado.

Tomando en cuenta la posición que tiene la enfermería en la sociedad bajo ciertas pautas de género, pensamos que se da una socialización del cuidado, vista como un proceso de construcción de la subjetividad de un modo afín a cierto sistema de relaciones

sociales preexistentes con el fin de garantizar su continuidad, así, el decir que las actividades designadas como femeninas van encaminadas a la satisfacción directa de las necesidades humanas, los bienes o servicios que producen tienen un valor que se manifiesta en el uso y se mide por la satisfacción que proporcionan, en la cual predomina la relación de las personas con las personas.

Lo anterior nos lleva a suponer que hay una conciencia casi generalizada en establecer una asociación estrecha entre el cuidado y el género; tanto por el hecho de que es “el tipo de trabajo que realizan las mujeres” como por el “tipo de cualidades que se tienen o se desarrollan con esta actividad”, lo cual nos da como resultado el prototipo de la buena enfermera.

Definimos a la enfermería como una profesión en la que se conjugan conocimiento, experiencia y ser humanitaria. Sin embargo también establecimos que la enfermería es entendida como el deber de cuidar y eso lleva a pensar que resulta difícil separar a la enfermería de su carácter femenino, ya que se dice que el cuidado es “innato” en la mujer.

Entonces, si las sociedades reconocen y elaboran diferencias entre los sexos, la enfermería y su adscripción cultural al sexo femenino por las supuestas cualidades que en ella se requieren ¿son las que la convierten en femenina?

Como bien sabemos a las mujeres se les ha conferido ser las principales dispensadoras de salud, jugando un papel fundamental como agentes de bienestar social tanto en la familia, en la comunidad como en los sistemas oficiales de salud. El fenómeno de feminización de la enfermería o encauzamiento selectivo de las mujeres hacia esta profesión, ha sido explicada como una resultante del proceso de tipificación sexual de los roles considerados “apropiados” cultural y socialmente, y transmitido a través del proceso de socialización. Desde esta perspectiva, se puede entender la enfermería como una prolongación de las actividades de cuidado y atención de salud que las mujeres han asumido históricamente en relación a sus familias y con la comunidad.

Esta imagen feminizada de la profesión de enfermería, entendemos se funda en estereotipos de género que están ligados con el supuesto sentido maternal y humanitario, así como a una serie de actividades que “caracterizan” a las mujeres. Algunas de las enfermeras opinan al respecto:

siempre se le ha asemejado que es una carrera de mujeres, yo creo que la misma sociedad lo ha encasillado y la misma gente pide que sea atendido por mujeres, por sinónimo a más maternal, [...] Yo creo que para ellos (los hombres) es mucho más difícil entrar a un ambiente de mujeres...

Desde el punto de vista cultural porque creen que el cuidado está sólo a cargo de las mujeres y desde el punto de vista histórico el cuidado de la familia se le dio a la mujer, el cuidado de los niños se le dio a la mujer, el cuidado de los enfermos se le dio a la mujer... esta en lo cultural...

(la carrera) socialmente esta identificada como femenina porque se decía que se requerían cuidados minuciosos, habilidades que supuestamente las mujeres nada más tienen, como destreza y habilidad con las manos, para movimientos finos, para cuidados estéticos. Entonces como que socialmente estaba identificada para mujeres.

Además de estos estereotipos marcados en las mujeres como las principales dispensadoras de cuidado. Existe en la enfermería, tanto en el discurso institucional como en ellas mismas, una serie de habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Asimismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Este conocimiento general – teórico y a la vez aplicado y particular es indispensable para ayudar a los pacientes.

Así es como se ha establecido que debe ser el prototipo de una buena enfermera, con determinadas características que engloban sus aspiraciones y expectativas en relación a su propia imagen, a lo que ellas consideran que espera la sociedad de su labor como profesionistas y que por tanto les da un sentido de identidad.

Existe por tanto una tensión entre el saber teórico y los saberes prácticos y “emocionales”, considerados “femeninos” y que son aprendidos en la educación familiar y reapropiados institucionalmente y regulados a través del código de ética.

En este sentido, “ser humanitaria” instituye el deber ser de la “Mujer – enfermera”. Detrás de un lenguaje neutro (lo humano) se esconde un lenguaje de género y prácticas de género (de cuidado).

De esta forma, el deber, la solidaridad y la fraternidad como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción de las enfermeras hacia los pacientes y entre ellas mismas. Entendemos, a partir de su discurso “ser humanitaria” a una persona que ayuda a otra con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por los otros, así como la disposición para responder a sus necesidades. Es una actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico sino por el desarrollo y bienestar de lo que el paciente es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

Al hablar de enfermería se asocia la relación que esta profesión tiene con los valores humanísticos y éticos, la enfermera los utiliza al proporcionar cuidados, así el cuidado tiene un significado humanitario ya que conlleva la sensibilidad más que la eficiencia técnica.

Sin embargo, los cambios que habidos con la profesionalización de la enfermería y principalmente con las enfermeras que han tenido una trayectoria profesional en el Instituto Nacional de Nutrición, priorizan a parte del ser humanitaria, características como tener conocimientos, estar preparadas, ser autocrítica, autodidacta y con experiencia. Con esto se infiere que no basta que la enfermera conozca los principios éticos en los cuales debe sustentar el ejercicio de su profesión, sino que resulta imprescindible que dedique sus mejores esfuerzos a toda una serie de conocimientos científicos y técnicos así como de experiencia para el buen desempeño de su profesión. Encontramos una mezcla de valores éticos, humanitarios y de exigencia científica. Ellas lo expresan de la siguiente forma:

Una enfermera debe tener muchos conocimientos, estar preparada, mucho amor a su carrera, a su persona [...] tener mucha ética, honestidad y el compromiso [...] el amor que se tiene hacia el ser humano, el respeto, la responsabilidad.

La enfermera debe ser autocrítica y autodidáctica [...] debe tener criterio propio, personal, y debe de tener principios en el sentido de respetabilidad.

Esta idea de tener conocimientos científicos –a diferencias de las enfermeras con trayectoria endógena al instituto- no la encontramos en las enfermeras con trayectoria laboral exógena, como ya explicábamos en el apartado anterior, está presente el principio ético de ser humanitaria, sin embargo, nos hablan más de ciertas *habilidades relacionales* como la calidez en atención, saber escuchar, etc. al respecto dos de ellas afirman:

Que sea humana, hábil e inteligente. A veces lo que a uno le falta es humanismo, porque somos unas maquinitas que saben todo y hacen todo pero tienen un carácter horrible, no atienden al paciente, van lo revisan pero no lo apoyan...

Pues que sea tenaz, responsable, iniciativa, ser muy espontánea, tener mucha calidez para los pacientes y calidad, principalmente eso, hacia los pacientes...

Así y con la transición que actualmente vive enfermería, de ser considerada una ocupación dedicada a la atención y el cuidado para pasar a una profesión que requiere de conocimientos y prácticas científicas. Los arquetipos que mayormente las definen son el *ser humanitaria* (honestidad, paciencia, lealtad, generosidad, solidaridad, etc.) y *una base de conocimientos científicos que debe estar acompañado con la práctica referida a la experiencia*. Así lo afirman:

Habilidad para un pensamiento crítico después de una metodología de trabajo, después de la enseñanza y la repetición... para tener una buena técnica en ciertos procedimientos que se requieren, tener la habilidad para la técnica. Pero más que todo, es esta cuestión humanística de ver al otro ser como uno mismo...

Nada más nos queda la parte práctica, la parte de lo técnico, de los procedimientos, del cuidado, de la educación que le tenemos que dar al paciente. Eso nos sale perfecto y somos de diez. Pero la parte humana, esa parte es muy difícil destaparla y claro que tenemos que pensar en ambas, son necesarias las dos para tener un buen desempeño del trabajo.

Estas características de mujer – enfermera humanitaria con conocimientos científicos, prácticos y con experiencia están orientando su acción y tienen un impacto esencial en la forma como ellas definen su profesión, tema desarrollado a continuación.

3.8. Profesionalización y profesionalismo en enfermería: Las de élite y las base

A partir de 1860 con la Nightingale Training School for Nurses (Inglaterra) es como se desarrolló el primer programa de formación para enfermería. La influencia que tuvo esta escuela en muchos otros países se puede confirmar a través de la creación en

esos años (1860-1910) de cerca de 30 escuelas de enfermería alrededor del mundo con el modelo establecido por Florence Nightingale, con ella se eleva la enfermería al rango de profesión. Las estudiantes de enfermería mejoraron el servicio a los pacientes, por lo que la mayoría de los hospitales abría sus propias escuelas de enfermería o se hacía cargo de las escuelas que se habían iniciado en forma independiente.

Ya en la década de los ochentas, la necesidad de un control profesional que mantuviera los estándares de enfermería llevó a crear en México asociaciones como la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería, que buscan la certificación y el reconocimiento de las enfermeras tituladas para que se distinguiera entre personal titulado y no titulado.

Desde esta perspectiva, la profesionalización de la enfermería consiste en los mecanismos de actualización de las enfermeras que se da a partir de una capacitación constante con los cursos monográficos y con la especialización en ciertas áreas de atención a la salud. En este sentido, la profesionalización está vinculada a aspectos como la productividad y el desempeño laboral de estas mujeres.

Ahora bien, este proceso de profesionalización es un distintivo esencial del Instituto Nacional de Nutrición que permite a las enfermeras entre otras cosas una mejor atención al paciente, una promoción escalafonaria, pero principalmente una identidad profesional muy fuerte. Sin embargo, veremos que no en todas las enfermeras se da este proceso de forma homogénea, existe una diferencia muy notable y tiene que ver precisamente con su formación profesional endógena o exógena al Instituto.

Recordemos que a pesar de que la mayoría de las enfermeras asiste a cursos monográficos con los cuales están constantemente actualizándose, son muy pocas las enfermeras que han realizado especializaciones, por lo regular son las que tienen una formación profesional endógena que llamaremos *las de élite*, las que cuentan con al menos una especialización, esto las hace tener un acceso a puestos de trabajo más altos. También los cursos suelen ser indispensables para el buen desempeño profesional, ya que al contar con ellos les permite su participación en un programa de estímulos económicos que otorga la Secretaría de Salud. Y a nivel personal se sienten más

satisfechas con los logros profesionales obtenidos en su trayectoria. Dos de ellas lo expresan como sigue:

Tengo dos diplomados [...] cada vez que voy a un curso me doy cuenta que ya hay una técnica y tratamiento diferente, el manejo de quipos, el manejo de medicamentos, eso es nuevo y eso es lo que de inmediato se lleva a la práctica.

Me han dado una base de conocimientos (Las especializaciones) ... un bagaje de conocimientos que a mí sí me satisface tenerlos [...] y otra es el desenvolvimiento, el trato con todo el entorno médico, me ha dado herramientas que me han servido toda mi vida después de haberlo estudiado [...] también, hice un curso de terapia enterostomal [...] hubo un programa de recategorización donde las personas que tuvieran diplomados o especialidades tenían la posibilidad de tener la categoría de especialista... me tocó ese programa, entonces por la especialidad (Curso de especialización) es que soy especialista. (Categoría ocupacional)

Para las enfermeras que no fueron formadas en el Instituto Nacional de Nutrición que llamaremos *de base*, la constante especialización no es un aspecto relevante, sin embargo esta relacionado con la segregación institucional que pudimos observar entre las enfermeras de élite y las de base, lo cual lleva a una serie de inconformidades con su situación laboral, dicen *no tener caso hacer especialidades*, se sienten rechazadas y poco consideradas e incluso hablan de preferencias con respecto a las otras enfermeras. Una de ellas afirma:

Los días que se ponen para los cursos esos días trabajas y si son cuatro días de curso, entonces tienes que pagar tú tus guardias para que puedas ir, y a parte del curso, dices pues no vale la pena finalmente, [...] también, desgraciadamente aquí las jefes son muy estrictas. En el sentido de seguir estudiando pues qué caso tiene, no te lo valoran, nada más a sus consentidas....

Una razón más a su falta de desarrollo profesional en un contexto segregado, tiene que ver con su situación socioeconómica y familiar, son mujeres casadas y con hijos, ellas mismas expresan no haber tomado cursos tanto por lo económico como por el tiempo, dado que necesitan atender las necesidades de su familia. Dos de ellas comentan al respecto:

...cuando los sacan (los cursos) las fechas no me quedan en el sentido de que, trato también de dedicarles a mis niños (tiempo): la escuela, la atención ... Hace dos años fue el (curso) de urgencias, en ese quería pero mi niña tenía dos años, estaba muy chiquita, a parte de que salió carísimo en \$12,000 y pagar una cantidad así y desatender a mis niños mejor no

...ahorita no puedo porque mis niñas están pequeñas... yo no tengo quién me las cuide como para hacer un curso... aquí no nos dan un estímulo ni de días, ni económico, entonces yo tendría que... desde mi punto de vista: dejar de trabajar y dedicarme al curso y que mi esposo me mantenga todo el curso y mis gastos y uniformes y demás... y no puedo porque no tengo quien me las cuide. Mi esposo o trabaja o me las cuida...

En otro orden de ideas, otro aspecto esencial de la profesionalización es la imagen social de la enfermera. A partir de su discurso sobre lo que ellas creen que la gente piensa de su actividad, es como se definen.

En el caso del Instituto Nacional de Nutrición destacan dos puntos de vista dependiendo del grupo profesional en el que se encuentren. El grupo de enfermeras de élite narra como positiva la imagen que representan en la sociedad, sin embargo rechazan la imagen de la enfermería como cuidadora. Ellas así lo expresan:

te ven como alguien que sana... que salva... que cura [...] yo creo que la gente nos ve como alguien que te cuida pero que es muy estricta [...] se sigue considerando a la enfermería como un oficio... ¡que es algo lamentable!

que las enfermeras hacen una labor importante para la sociedad, después era la palabra útil, somos útiles. Eso es lo que piensa la gente.

El otro grupo de enfermeras –las de base– manifiesta que la gente en general las ve con aspectos muy negativos, en ellas no existe esa pretensión por insistir en que es una profesión de gran importancia en la sociedad. Tienen una imagen negativa de si mismas:

generalmente las personas dicen que somos enojonas, que las enfermeras son de mal carácter, que tenemos muy poca paciencia, que no eres humana, que eres fea y eres gorda.

tiene muy mala imagen porque en mi experiencia... me han comentado los pacientes que somos inhumanas, que los tratamos mal, que no pensamos en su dolor, así se quejan siempre.

En este sentido, podemos decir que se van conformando dos grupos bastante diferenciados en cuanto a sus orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería, las enfermeras de élite le dan un significado más expresivo a su profesión, el valor es más alto, tanto en lo profesional como personal en cuanto a considerarse enfermeras. En cambio las enfermeras de base no le ven un valor en sí a la profesión sino que es sólo un medio que les permite desarrollarse en otros aspectos de su vida, como es el doméstico,

le dan más peso a su vida domestica y familiar que a una satisfacción personal con un posible desarrollo profesional exitoso.

Para las enfermeras de élite es interesante considerarse a sí mismas como profesionales, esto nos lleva al tema del profesionalismo: su discurso es utilizado como el esquema que organiza la identidad profesional y personal. Como lo Menciona Aldridge y Evetts (2003) Se trata de un discurso de autocontrol, un distintivo o símbolo profesional que da sentido al trabajo y les permite justificar y enfatizar la importancia de su trabajo ante sí mismas y ante los otros, es el significado que ellas dan a su profesión, ven a la enfermería como una profesión que se dedica al cuidado y atención del paciente siempre bajo un conocimiento científico adquirido en la educación formal, es una profesión muy humana y es una área de oportunidad para poder crecer:

un área en donde se nos permite la atención del paciente en todas sus esferas, tanto en lo físico que es lo básico, en lo emocional e incluso en lo espiritual. También la defino como un área de oportunidad para poder crecer.

como una profesión porque tienes que tener una fundamentación científica y tienes que retomar diferentes perspectivas para tener una concepción del hombre de manera integral. Entonces es una profesión humana. El objetivo es cuidar de la vida, no de la enfermedad solamente, sino de la vida en sus diferentes etapas, por eso es ver al hombre de manera integral para dignificación de este y del profesional mismo.

la enfermería no solamente es ir y aplicar medicamentos, ir y hacer algún procedimiento, la enfermería va más allá, es la relación que se tiene con el otro, y el otro es lo mismo que tú, es un ser humano con sus necesidades.

Vemos como las enfermeras de élite construyen su discurso equilibrando entre el humanitarismo y el cientificismo. Lo cual no encontramos en las narraciones de las enfermeras de base. Una explicación es que como ellas no son formadas desde estudiantes en el Instituto y como el profesionalismo, en tanto discurso de auto-control y de motivación, depende crucialmente de la existencia de mecanismos efectivos de socialización tanto educativa como ocupacional. Esa formación y mantenimiento de la identidad de ser enfermera del Instituto Nacional de Nutrición, no lo tienen arraigado. Esto lo podemos observar cuando nosotros cuestionábamos sobre si se sentían identificadas con la institución en la que laboran, obtuvimos dos tipos de respuestas: las enfermera de élite que dicen *soy hija de Nutrición... yo sí me pongo la camiseta* y las enfermeras de base que dicen *yo no me pongo la camiseta*. De aquí resulta una identidad institucional

que distingue a las enfermeras de élite. Las de base carecen de esta identidad. Veamos los siguientes discursos:

Finalmente tenemos el compromiso de lo que significaba ser una enfermera de Nutrición. Son de las cosas que más he querido contagiar a las compañeras estudiantes: ¡lo que es estar en la escuela María Elena Maza Brito! [...] ¡Claro! ¡Soy hija de nutrición! ¡Claro que sí! (Enfermera de élite)

Yo creo que.. ¡sí me pongo la camiseta! yo sí me preocupo porque las personas que se han formado aquí en esta Institución no solamente tengan la preparación de calidad, el ser paciente porque... porque parte de lo que un profesional es en su campo también radica en lo que son sus maestros en su área educativa [...] ¡Si me da orgullo cuando voy a otro lugar y dicen es de Nutrición! Pues sí ¡claro que soy de Nutrición! (Enfermera de élite)

¿Qué te agradece el instituto? El día de mañana te dan la patada por detrás y ni siquiera te dan un agradecimiento. A la mejor sí, pero eso no te llena como cuando tu hijo te dice mamá gracias te agradezco tu apoyo, tu atención, el que me haya titulado, el que haya hecho una carrera, eso sí te llena [...] yo soy enfermera y trabajo en una Institución como en cualquier otra pudiera trabajar y no por el nombre que lleva. A veces dicen: ¡Ay tú trabajas en Nutrición! pues que bien, pero no me siento así como que la gran cosa por el Instituto (Enfermera de base)

El profesionalismo también implica altos estándares profesionales, que necesitan ser logrados a través de una combinación de formas individualizadas de auto-control y de formas organizacionales y jerárquicas de supervisión, inspección y corrección. El cambio ocupacional es presentado a menudo, como la necesidad de profesionalizar a través de un aumento en los niveles de capacitación ocupacional y/o educación. Es perfectamente visible esto en las enfermeras de élite, ya que a pesar de haber comenzado con un nivel de técnica en enfermería, actualmente más de la mitad de ellas cuenta con una licenciatura y especialidades y/o se encuentran estudiando en este momento. Los motivos que ellas mismas expresan es porque pueden acceder a un mejor puesto de trabajo, les da satisfacción personal y por el prestigio que el mismo Instituto exige:

a parte he querido ascender y he visto que si tengo un mejor nivel académico ha sido mucho más fácil, realmente es lo que me ha movido y a parte me encanta... Por ejemplo, estoy luchando por ese puesto de jefa académica en el cual se pide un perfil de enfermera especialista o que tenga en este caso una maestría, por eso es que estoy llevando acabo una maestría, además porque la enfermería te lo exige... te lo exige la carrera... te lo exige la gente con quien tú estas trabajando [...] la de nosotros es una profesión y una profesión siempre te va a exigir más conocimientos, la especialidad más por ser este un Instituto de tercer nivel debe ser mayor la preparación (Enfermera de élite)

En cambio, las enfermeras de base, que la gran mayoría sólo tienen una formación a nivel técnico y no estudian; no cuentan con este discurso de estar en

constante actualización y especialización. Es más ellas hablan de poder desarrollarse en un ambiente que no es en el Instituto ni en enfermería, la identidad la construyen fuera de los espacios laborales:

Entonces si llego a seguir es con menos tiempo, si no me dedicaría a mis hijos y poner un negocio, para que este más con ellos, un negocio que lo pueda trabajar ahí. Y seguir en cosas por ejemplo de: se ponen sueros, se hacen curaciones, eso esporádicamente.

...a un negocio, a mi me gusta mucho vender. Ya vez que también soy comerciante, a veces vendo.

Estos procesos de formación de la identidad profesional implican en las enfermeras de élite que son preparadas y se preparan a sí mismas, toman decisiones juiciosas, eligen comportamientos correctos, explicados a través del discurso apropiado, realizan las expectativas de los y las jefes y algunas de ellas son, en consecuencia, recompensados con el progreso de sus carreras y con posiciones ocupacionales superiores. Una de ellas lo narra de la siguiente forma:

la anterior coordinadora no rendía como ella quería (La jefe de enfermería) porque no tenía el perfil de una enfermera de Nutrición, no conocía las necesidades, no conocía el personal, tenía otra mentalidad a diferencia de nosotras... (enfermera de élite)

La pertenencia a este grupo, como ya dijimos en algún momento confiere una identidad profesional muy fuerte y un estatus social muy particular a las mujeres que pertenecen a él.

En resumen, lo que encontramos fue un discurso diferenciado sobre la profesión de enfermería a partir de la distinción entre espacios formativos profesionales: las enfermeras con formación profesional endógena que posteriormente reconceptualizamos como enfermeras de élite y las de formación profesional exógena como las enfermeras de base.

A la hora de elegir profesión influye en ellas una serie de características e iniciativas tanto a nivel subjetivo como estructural. Encontramos que independientemente de los motivos, intereses y expectativas que ellas se planteaban a la hora de elegir una profesión, además de una serie de factores individuales como son la personalidad, la capacidad y las aptitudes, están presentes otros factores de tipo estructural que influyeron

también en su elección. Nos referimos al ambiente familiar, las condiciones socioeconómicas y la búsqueda de un rápido acceso al mercado de trabajo.

Un papel importante lo tiene la Institución donde realizaron sus estudios. Las enfermeras de élite manifiestan una alta satisfacción debido a que consideran que estudiar en el Instituto significa formarse en la excelencia y la calidad que les es requerida, por su parte, las enfermeras de base exteriorizan su descontento sobre la escuela en la cual se formaron, se refieren a ella como de mala calidad y que por ello no fácilmente encuentran trabajo en las Instituciones del sector salud.

Otra cuestión a mencionar en la formación de las enfermeras se refiere a las prácticas profesionales, las cuales tienen un doble significado, por un lado como práctica escolar son parte de la experiencia del aprendizaje de las estudiantes, por otro lado, las introduce de forma particular al trabajo mismo. Se da una conversión de las estudiantes en actores laborales envuelta en una serie de problemas que tienen que enfrentar en ese tránsito, problemas como la relación teoría – práctica, el temor frente a la responsabilidad que implica la atención al paciente y las largas jornadas de estudio extracurriculares. Es allí donde descubren la vocación. Esas prácticas se convierten en una motivación para ser enfermera y les permite adquirir habilidades, destrezas, más conocimientos y experiencia de trabajo. Es el momento en que se da su autoafirmación personal y profesional.

Ya en el ejercicio de su profesión, se analizaron una serie de características y situaciones de trabajo, a partir de la inserción, ascenso y continuidad en el trabajo, las relaciones o interacciones en el lugar, la identidad profesional subordinada de las enfermeras, su idea del “cuidado y el ser humanitaria” y el ser una “profesión femenina” con lo cual podemos afirmar que ellas definen y significan su profesión.

A partir de la formación profesional es que encontramos la existencia de un mercado de trabajo segmentado que depende del título profesional, pero con un rasgo aún más importante: la Institución que lo otorga. Recordemos que todas las enfermeras entrevistadas reconocen la escuela del Instituto Nacional de Nutrición como una “escuela de excelencia”, lo cual determina su imaginario social e identidad profesional, de tal forma

que el rango y el prestigio de las enfermeras no es el mismo y esto se ve reflejado en las contrataciones, en las categorías laborales y en las responsabilidades confiadas a cada grupo.

Desde el ingreso al campo de trabajo, se advierte la presencia de dos tipos de enfermeras: aquellas que tienen una calificación profesional elevada que, a pesar de ser un grupo muy heterogéneo, su cohesión como grupo de élite es muy fuerte y todas sus miembros se reconocen con un cierto número de valores y con un status social muy particular otorgado por su pertenencia institucional. Tienen los mejores puestos de trabajo y cargos de dirección. Las de base, que son las que forman el otro grupo, no tienen el mismo nivel de preparación ni las mismas aspiraciones y su identidad profesional es distinta. Carecen de identidad institucional. Su identidad de género se construye fuera del espacio laboral, en la familia.

Finalmente, las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición conforman dos grupos diferentes: las enfermeras de élite, que le dan un significado más expresivo a su profesión, el valor es más alto, tanto en lo profesional como personal, en cuanto a considerarse enfermeras. Ven su trabajo como carrera, es considerado como fundamental para el desarrollo profesional, su trabajo es su compromiso de vida.

En cambio las enfermeras de base, son enfermeras que no le ven un valor en sí a la profesión sino que es solo un medio que les permite desarrollarse en otros aspectos de su vida, como es el doméstico, le dan más peso a su vida doméstica y familiar que a una satisfacción personal con un posible desarrollo profesional exitoso. El trabajo es necesario para el bienestar y la educación de su familia, pero no como un compromiso de vida.

Conclusiones

De la Identidad Institucional a la figura de estatus en las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición

“El estatus de un individuo (...) le confiere un prestigio, un estima social (...) Un grupo de estatus se compone de una cierta cantidad de individuos que comparten la misma posición (...) casi siempre tienen conciencia de su propia posición... manifiestan singularidad siguiendo un estilo de vida particular e imponiendo restricciones a la manera en la que los demás pueden interactuar con ellos (Giddens, 1971, tomado de Lamas 2003:152)

Recordemos que el objetivo general de esta investigación es el estudio del proceso de construcción de la identidad genérico-profesional de las enfermeras: cómo ellas perciben, definen y significan su formación, orientación y práctica profesional, relacionada siempre con ciertas imágenes de género.

Bajo la anterior consideración se exponen las conclusiones generales donde trataremos de realizar una reflexión en torno a la propuesta teórica y metodológica planteada en el proyecto así como exponer las reflexiones finales en las cuales tratamos de relacionar entre sí los resultados empíricos obtenidos con las preguntas y el objetivo de esta investigación.

En este sentido, consideramos que al hablar de identidades profesionales y de género necesariamente teníamos que remitirnos al tema de cultura, vista como un proceso de producción, transmisión y apropiación de significados en contextos históricos y sociales específicos. Este marco reflexivo se erigió como un recurso de gran relevancia para interpretar cuestiones relativas al trabajo en tanto relación social, dado que esta relación se conforma y modifica en el seno de contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente.

A partir de esta definición estructural de la cultura, delimitamos el concepto más específico de cultura laboral, es decir, la cultura de un espacio social y sus actores o cualquier entorno en el que se experimentan relaciones de trabajo. Se refiere a un proceso en el que el sujeto es productor – producto de un proceso de significación y resignificación constante que se genera a partir de la práctica social vista como un todo.

También se retomó la concepción sobre orientaciones hacia el trabajo, el cual se constituye por un sistema de significados atribuidos por los individuos a su trabajo sobre las satisfacciones o ausencia de éstas. Esta orientación se relaciona con las trayectorias laborales de las personas. Además en este tipo de movimientos se desarrolla una determinada cultura laboral que se distingue por las experiencias vividas de los sujetos en el trabajo.

Esta pertinencia que tiene el concepto de cultura para el estudio de los sujetos laborales y la vigencia de la centralidad del trabajo como articulador de la vida social nos condujo al tema de las subjetividades de los trabajadores y trabajadoras, para lo cual consideramos la potencialidad del estudio de las identidades sociales en el análisis de los significados del trabajo, utilizamos básicamente la propuesta de Claude Dubar sobre la construcción de identificación del sujeto en dos ámbitos: el interior, personal, biográfico y el ámbito del contexto, a partir de los cuales podemos analizar el proceso mediante el cual el sujeto define desde si mismo y desde otros su identidad profesional y personal.

Una tercer línea teórica utilizada en esta investigación se refiere a los estudios del trabajo con enfoque de género, dado que consideramos que las propuestas acerca de las identidades sirven de manera general para todos los individuos, sin embargo, la identidad de las mujeres se construye de manera diferente y permite resaltar los ingredientes de género en la construcción de las identidades socio-profesionales.

Con este enfoque de género podemos ver que el valor del trabajo en tanto fuente de sentido para la constitución de identidades personales, sociales, profesionales remiten fundamentalmente al mundo masculino y el referente sociocultural de las identidades femeninas esta principalmente en la familia y el hogar. Situación que ha cambiado, ya que encontramos que el trabajo productivo se ha convertido en un espacio para la

construcción de identidades personales, colectivas y profesionales significativo para las mujeres.

Estas líneas teóricas nos fueron de gran relevancia dado que nos permitió enmarcar la reflexión en torno a la identidad genérico – profesional de las enfermeras en el campo socio – cultural de los estudios laborales con un enfoque de género.

Con este ejercicio teórico pudimos establecer que el estudio de las identidades profesionales de las enfermeras se sitúa en los análisis referidos a la subjetividad de los actores laborales y que el punto común de estos estudios se circunscribe a la relación entre los factores estructurales y subjetivos que orientan a los individuos hacia dentro y fuera del trabajo, así como el significado que dan a éste.

Con esta perspectiva es que se definió la estrategia metodológica utilizada, me refiero a la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, lo cual nos permitió el uso de categorías teóricas para observar la realidad y a la vez el uso de información empírica en la definición de categorías teóricas.

Esta estrategia nos ayudó a explicar cómo estas mujeres construyen su identidad. En un primer momento obtuvimos información descriptiva a partir de la cual construimos perfiles sociodemográficos y profesionales de la población estudiada, que nos sirvió de soporte contextual para la definición de criterios de selección de la muestra teórica con la que se trabajó de forma cualitativa cuestiones referidas a su orientación, práctica y significado profesional. Con esto llegamos a las siguientes reflexiones finales:

Ya es conocido el hecho de que desde hace varias décadas la mujer se ha insertado de manera constante al mercado de trabajo y que esto ha significado un cambio importante en sus vidas, en el sentido de darle una concepción distinta a su identidad, distinta a la identidad asignada como el ser esposa o madre. A lo anterior es que en los estudios sobre las identidades de las mujeres tenemos que tomar en cuenta el ámbito productivo y en el caso concreto de nuestra investigación su desarrollo profesional.

Como bien menciona Tarrés (2006) la investigación se restringe a explicar la subordinación, la pasividad y los obstáculos que encuentran las mujeres para una incorporación plena a la sociedad y esto enfrenta al investigador a un problema, pues un actor o sujeto social por definición no se puede conceptualizar a partir de lo que no tiene o de lo que carece. Se tiene entonces que definir a partir de rasgos positivos, con ello no queremos decir que el ser esposa y madre sean rasgos negativos en las mujeres, sino que con su constante inserción al mundo productivo nos permite pensar en una identidad profesional de las mujeres como un proceso que se construye y se elabora desde su vida cotidiana.

Creemos que uno de los momentos más importantes para que las mujeres tengan una identidad más positiva que la asignada es a partir de su inserción a la educación y al trabajo remunerado que hace que las mujeres ya no estén en una situación de subordinación y dependencia económica que era prevaleciente hasta hace poco más de tres décadas en México. Esta *adquisición colectiva* (a la idea de Tarrés, 2006) de educación y el acceso a un empleo reconocido le proporciona recursos para constituirse como una sujeto en igualdad de condiciones que los del género masculino.

Y si la educación y el acceso a un empleo son aspectos importantes en la vida de las mujeres, es por ello que en este trabajo nos dimos a la tarea de analizar la identidad profesional de un grupo de mujeres insertas en una profesión altamente feminizada como es la enfermería, a partir de un estudio de caso: las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición.

Bajo la anterior consideración, lo que observamos en el Instituto Nacional de Nutrición son dos grupos de enfermeras con formación profesional diferente: definimos dentro de una formación profesional endógena a todas aquellas enfermeras que han realizado su trayectoria educativo – laboral en el Instituto Nacional de Nutrición, y una formación profesional exógena se refiere a todas las enfermeras que han tenido trayectorias educativas y experiencias profesionales tanto en el Instituto como externas a él.

Esta idea se tomó como una clave de lectura más que como modelos completamente excluyentes que nos permite apreciar la existencia de dos formas de identificación con la profesión de enfermería: una identidad profesional general conformada por valores éticos compartidos por el grupo profesional, tanto de enfermeras de élite (antes llamadas endógenas) con las de base (antes llamadas exógenas). Esta identidad está marcada por una etiqueta social que se interioriza a partir de los mecanismos de formación que es donde las identidades se comienzan a construir y se transmiten.

Una segunda identidad profesional más específica, esta marcada por su pertenencia al Instituto Nacional de Nutrición. Dentro de las enfermeras de élite encontramos una identidad que llamaremos *Identidad de Institución o Identidad de estatus*²⁹. Esta marca constituye la diferencia entre las enfermeras de élite y las de base, y tiene que ver precisamente con su distinta formación profesional.

La identidad de institución la tienen las enfermeras endógenas, para ellas la pertenencia al Instituto representa un atributo importante en su identidad, implica un desarrollo de su carrera profesional dentro del Instituto, quienes comparten esta concepción tienen una cierta *Figura de estatus*³⁰ porque supone una fuerte dependencia con el estatus que se les otorga.

Esta situación en el trabajo de las enfermeras que las lleva a considerarse como de estatus determina sus formas de identificación, la cual a su vez se convierten en maneras de ser, de definirse como parte de, por eso es que consideramos importante preguntarnos ¿Cuál es el lugar que ocupa el trabajo en la vida de estas mujeres?

Lo anterior nos lleva al tema de la centralidad del trabajo en la vida de estas enfermeras. Como veremos más adelante, este lugar que se le asigna al trabajo adquiere diferentes matices de acuerdo a su formación profesional, es decir, si hablamos de las enfermeras de élite con una cierta figura de estatus que si hablamos de las enfermeras de base.

²⁹ término retomado de Dubar (2002) donde se refiere principalmente a *Identidad de empresa o de organización*.

³⁰ Término retomado de Dubar (2002) y se refiere al tipo de identidad de empresa.

Aunque en ambos grupos de enfermeras, el trabajo productivo ocupa un lugar relevante en sus proyectos de vida, en las enfermeras de élite es más marcado. Entre estas enfermeras el trabajo es determinante, constituye una experiencia altamente exigente, un soporte identitario que le permite la realización de proyectos personales y posibilita, como mencionamos, la construcción de una imagen positiva frente a sí misma y a los demás. El trabajo les permite crecer y aprender además de que constituye una fuente de dignidad para ellas. Su trabajo es el ámbito propicio para proyectarse a largo plazo. Hay una autorrealización, por tanto su profesión aparece como un poderoso referente identitario para ellas.

El trabajo en el sentido instrumental del término (como medio de subsistencia) no es muy importante, ya que es una condición que dan por hecha, recordemos que se trata de enfermeras con niveles ocupacionales más calificados y bien remunerados donde predominan las funciones expresivas del trabajar. Ellas significan su trabajo como una actividad que les otorga independencia y les permite la realización personal y profesional.

Otro elemento que caracteriza a las enfermeras de élite como enfermeras con una cierta figura de estatus se relaciona con las capacitaciones y las especializaciones que las lleva a unos niveles altos de formación y calificación que dan origen a este estatus profesional.

Por su parte, la trayectoria de las enfermeras de base es dificultosa desde sus inicios porque su capacitación y especialización no les proporciona los mismos elementos que a las otras, lo cual las lleva a una identidad profesional poco reconocida, ya que el no ser formadas en el Instituto aparece como una deficiencia. Estas dificultades posteriormente se traducen en categorías ocupacionales bajas y por tanto salarios bajos.

En este sentido, ellas sólo le dan valor a la acción de trabajar y no hay la pertenencia a una Institución en particular, su mirada está más en el mercado de trabajo y no en el Instituto en el que laboran. El trabajo es visto más en el sentido instrumental, más como medio de subsistencia, es decir, el trabajo hace posible el sustento familiar y es fundamental entregarle a los hijos una educación y una mejor calidad de vida, esto da una

escasa probabilidad de ascender en su trabajo, tiene una especie de techo que para traspasarlo requiere invertir en mayores niveles de formación, lo que es muy difícil a falta de recursos y tiempo.

Al final lo que podemos con esta investigación es que ante las bajas posibilidades educativas de las mujeres en contextos de vida menos favorables, el ámbito de la salud es una buena opción, las carreras que en un inicio se consideraron como “carrera corta” o “carrera técnica” de carácter meramente instrumental como es la enfermería ha tenido una serie de transformaciones que han llevado a hablar de un proceso de profesionalización y de mayor autonomía en la profesión. Lo cual, como es el caso de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, lleva a un mejor reconocimiento social y personal de lo que es “ser una enfermera”.. Su trabajo se contempla ya como una exigencia individual e identitaria, una condición para realizarse en la existencia, un medio de autoafirmación tanto individual como profesional.

Bibliografía

- Abramo, Laís y Rosalba, Todaro (1998) "Género y trabajo en las decisiones empresariales", en *Revista latino-americana de Estudios do trabalho*, (7), pp. 77-96.
- Aldridge, Merly y Evetts, Julia (2003) "Rethinking the concept of professionalism: The case of Journalism", en *British Journal of Sociology*, 54 (4), pp. 547-564.
- Ariza, Marina (2002) "Sector terciario: composición por sexo. La creciente presencia masculina en los servicios personales" en *Demos*, enero-diciembre, no. 15.
- Ariza, Marina y Oliveira, Orlandina (2002) Cambios y continuidades en el trabajo, la familia y la condición de las mujeres en *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, El Colegio de México, México, pp. 43-86.
- _____ (1999) "Inequidades de género y clase. Algunas condiciones analíticas", en *Nueva Sociedad*, (164), pp. 70-81.
- Arriagada, Irma (1990) "La participación desigual de la mujer en el mundo del trabajo", en *Revista de la Cepal*, (40), pp. 87-104.
- Avila, R. (s.f.) Situación académica y ejercicio profesional de la enfermería en México en *Enfermería: ¿cadena o camino?*, AAPA UNAM, México, pp. 81-101.
- Babbie (1992) *The practice of social research*, ed. Wads Worth, California.
- Beck, Ulrich (1998) Individualización de la desigualdad social: la destradicionalización de las formas de vida de la sociedad industrial en *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós, México, pp. 93-195.
- Berger, Peter y Luckman, Thomas (1967) *La construcción social de la realidad*, Amorrortu Editores, Bueno Aires.
- Béraud, André (2005) *Feminización e identidades profesionales: el caso de los ingenieros en Francia*, Ponencia presentada en el Taller internacional Trabajo, Identidad y Vínculo Social. 27 y 28 de abril, Santiago, Chile.
- Blanco, Mercedes (1995) *Empleo público en la administración central mexicana. Evolución y tendencias (1929-1988)*, Ciesas, México.
- _____y Pacheco, Edith (2002) La mujer y el trabajo en México en *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México*, El Colegio de México, México, pp. 121-164.

- Bendle F. M. (2002) "The crisis of 'identity' in high modernity", en *The British Journal of Sociology*, 53 (1), pp. 1-18.
- Borderías, Cristina (1993) *Entre líneas, trabajo e identidad femenina en la España contemporánea, la compañía telefónica 1924-1980*, Icaria, Barcelona, España.
- _____ (1994) Introducción. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas en *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*, ICARIA, FUHEM, Barcelona, pp. 15-109.
- _____ (1996a) Identidad femenina y recomposición del trabajo en *El futuro del trabajo. Reorganizar y repartir desde la perspectiva de las mujeres.*, Centro de Documentación y Estudios de la Mujer, Bilbao, España, pp. 45-65.
- _____ (1996b), *Repensar el trabajo de las mujeres, Primer Congreso Internacional Mujer, trabajo y salud: "Vivir con Salud, haciendo visibles las diferencias"*, Madrid, España, Abril, 1996.
- Braidotti, Rosi (1999) "Diferencia sexual, incardinamiento y devenir", en *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género*, (5), pp. 8-19
- _____ (2004) El sujeto en el feminismo en *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*, Gedisa, España, pp. 9-31.
- Bravo, Peña Federico (1980) *Nociones de historia de la enfermería*, Porrúa, México, D. F. 191 p.
- Brígida, García y Oliveira, Orlandina De (1992) "La participación femenina en los mercados de trabajo", en *Trabajo*, (1), pp. 139-153.
- Carrasco, Cristina (1999) Introducción: Hacia una economía feminista en *Mujeres y economía*, Icaria, Barcelona.
- Castells, Manuel (1998) *La era de la Información, Economía Sociedad y Cultura. Vol. 2. El poder de la Identidad*, Alianza, Madrid.
- Cervantes, Alejandro (1994) "Identidad de género de la mujer" en *frontera Norte*, 6 (12)
- Coffey y Atkinson (2003) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, Medellín, Colombia, Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería.
- Collins, Randall (1996) La tradición microinteraccionista en *Cuatro tradiciones sociológicas*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 256-304.
- Da Silva Blass, Leila María (1995) Género y trabajo: trayectoria de una problemática en *Sociología del Trabajo*, Madrid, pp. 55-69.
- De Gaulejac V. (2001) "Sociologues en quete d'identit'e", en *Cahiers internationaux de sociologie*, CXI, pp. 355-362.

_____ (2002) "Lo irreductible social y lo irreductible psíquico", en *Perfiles Latinoamericanos*, 10 (21149-71).

De La Garza, Enrique, De La O, María Eugenia y Melgoza, Javier (1997) I. Cultura obrera: la construcción teórica de un objeto de estudio en *Los estudios sobre la cultura obrera en México*, CONACULTA UAM, México, pp.

De Oliveira, Orlandina (1999) "familia, ingreso y desarrollo", en *Demos*, pp. 32-33.

_____ y Ariza, Marina (1997) "División Sexual del Trabajo y Exclusión Social", en *Revista latinoamericana de Estudios do trabajo*, (5), pp. 183-202.

_____ (1998) "Terciarización, feminización de la fuerza de trabajo y precariedad laboral en México", en *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*, (26), pp. 111-120.

_____ (2000) Trabajo femenino en América Latina: un recuento de los principales enfoques analíticos en *Tratado Latinoamericano de sociología del trabajo*, El Colegio de México, FLACSO, UAM-I, FCE, México, pp. 644-663.

_____ (1999) *Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias*. Ponencia presentada en el Taller Género y Desarrollo, Montevideo, 6 y 7 de septiembre, Oficina Regional para América Latina y el Caribe CIID/IDRC.

_____ Y Eternod (2000) La fuerza de trabajo en México. Un siglo de cambios en *Cien años de demografía en México*, Fondo de Cultura económica, México.

_____ Marcela M y López, Ma. De La Paz (1999) V. Familia y género en el análisis sociodemográfico en *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México, CEDDU, SOMEDE, México, D. F., pp. 211-271.

Dirección General de Estadística y de Informática de la Secretaría de Salud (1996) *Anuario Estadístico de la Secretaria de Salud*, Secretaria de Salud, México.

Dubar, Claude (1991) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles Cap. I, V y VI.*, Armand Colin Éditeur, París.

_____ (2001) "El trabajo y las identidades profesionales y personales" en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, año 7, núm. 13, Buenos Aires.

_____ (2002) *La crisis de las identidades: la interpretación de una mutación*. Bella Terra, Barcelona.

Femafee (1996) *Evaluación de la educación de enfermería en México*.

Femafee (1999) *Plan para el desarrollo del postgrado en enfermería en México*.

- Frau Linares, Ma. José (1998) 1.1 El carácter dual del trabajo femenino: entre la producción y la reproducción en *Mujer y trabajo. Entre la producción y la reproducción*, Alicante, pp. 15 a 40.
- García, Brígida (1999) "Los problemas laborales de México a principios del siglo XXI", en *Papeles de población*, 5 (21), pp. 9-20.
- _____ y Oliveira, Orlandina De (1994) *Trabajo femenino y vida familiar en México*, El Colegio de México, México.
- _____ (1998) "La participación femenina en los mercados de trabajo", en *Trabajo*, (1).
- Geertz, Clifford (1993) *La interpretación de las culturas*, Gedisa, México.
- Giddens, Anthony (1991) Introducción y Capítulo 3. la trayectoria del Yo en *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*, Ediciones Península, Barcelona, pp. 9-19, 93-139.
- Godoy, Lorena, et. al. (2004) *Trabajo, identidad y vínculo social. Relaciones de producción y relaciones de género en un mundo en transformación*. Ponencia presentada en la Reunión de la Latin American Studies Association, Las Vegas, Nevada. Octubre 7- 9 de 2004.
- Goffman, Irving (1994) Prólogo, Introducción, Cap. I. Actuaciones en *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires, pp. 11-87.
- Goldsmith, Mary (1997) "Género y trabajo: una mirada desde México", en *Géneros*, 11 (11).
- Guadarrama, Olivera Rocío (1998) Introducción. El debate sobre las culturas laborales: viejos dilemas y nuevos desafíos en *Cultura y trabajo en México. Estereotipos, prácticas y representaciones*, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Juan Pablos editores, Fundación Friedrich Ebert, México, pp. 15-54.
- _____ (2000) La cultura laboral en *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, El Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 213-242.
- _____ (2003) Las paradojas actuales de la investigación cualitativa en ciencias sociales" en *desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, Universidad de Guadalajara, El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía., México, pp. 162-176.
- _____ y Torres Franco, José Luis, (2004), *Familia, trabajo y profesión en dos grupos de mujeres: costureras y maestras de primaria en Costa Rica y México*, Reunión 2004 de la Latin American Studies Association, La vegas, Nevada, 7 al 9 de octubre de 2004.

_____ (2005) *Taller sobre identidades socio-profesionales y de género en América Latina*, UAM-I y FLACSO Costa Rica.

Hernández Tezoquipa, Isabel (s. f.) Ideología de la enfermería en *Enfermería: ¿cadena o camino?*, AAPAUNAM, México, pp. 49-80.

Hualde, Alfaro Alfredo (1998) Aprendizaje e identidad profesional entre los ingenieros de la frontera. ¿Hacia una profesionalización de la maquila? en *Cultura y trabajo en México. Estereotipos, prácticas y representaciones*, Ed. UAM - Fundación Ebert - Juan Pablos, México.

_____ (1999) *Aprendizaje industrial en la frontera norte de México: la articulación entre el sistema educativo y el sistema productivo maquilador*, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, México. 215 p.

_____ (2000) La sociología de las profesiones: Asignatura pendiente en América Latina en *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, Universidad Autónoma Metropolitana, El Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 664-679.

INEGI – STPS *Encuesta Nacional de Empleo: 1999 y 2000*

INEGI *Estadísticas de trabajo doméstico y extradoméstico (1995 –1999)*

_____ (2004) *Estadísticas a propósito del día de la enfermera*

Inmujeres, Unifem, Unicef, Inegi, Fnuap, Ops/Oms y Pnud (2001) *El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre el trabajo en México: una guía para el uso y una referencia para la producción de información.*, INMUJERES, México. 66 p.

Jeffrey, Alexander (2000) El interaccionismo simbólico: El pragmatismo y el legado de George H. Mead en *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial; análisis multidimensional*, Gedisa, España, pp. 161-175.

_____ (2000) El interaccionismo simbólico: el individualismo y la obra de Blumer y Goffman en *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial; análisis multidimensional*, Gedisa, España, pp. 176-193.

Jenkins R. (2000) "Categorization: identity, social process and epistemology", en *Current Sociology*, 48 (3), pp. 7-25.

Lamas, Martha (2002) *Cuerpo: diferencia sexual y género*, Taurus, México.

Lamas, Martha (1997) Introducción en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, M.A. Porrúa, PUEG - UNAM, México.

- Lange, Ita, Et. Al (2000) *La práctica de enfermería en América Latina*, Escuela de enfermería Pontificia, Universidad Católica de Chile, Chile.
- Lerda, Sandra Y Rosalba Todaro (1997) ¿Cuánto cuestan las mujeres? Un análisis de los costos laborales por sexo en *Sociología del trabajo*, Madrid, pp. 97-120.
- María Eugenia de la O y Rocío Guadarrama (2005) *Cultura e identidades laborales y de género en América Latina. Apuntes para una discusión*, Ponencia preparada para el taller "Trabajo, Identidad y Vínculo Social" organizado por el Centro de Estudios de la Mujer y la Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.
- Martínez Benítez, Matilde, Et. Al. (1993) *Sociología de una profesión: el caso de enfermería*, Centro de Estudios Educativos, A. C., México. 325 p.
- MPG, (2002), *La licenciatura en enfermería y mercado de trabajo, contradicciones entre formación e inserción laboral*, Querétaro, México,
- Nájera, Rosa María y Agudelo, María Consuelo Castrillón (S/F) *La enfermería en América Latina, situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo*.
- Newman, Isadora y Benz, Carolyn (1998) *Qualitative-Quantitative Research Methodology. Exploring the Interactive Continuum*, Southern Illinois University Press, Estados Unidos. pp.13-108.
- Newman, Janet (1995) Gender and culture change en *Gender, Culture and Organizational Change*, Routledge, Londres, Inglaterra, pp. 11-29.
- Pacheco, Edith y Blanco, Mercedes (1998) "Tres ejes de análisis en la incorporación de la perspectiva de género en los estudios demográficos sobre trabajo urbano en México", en *Papeles de población*, 4 (15), pp. 73-94.
- Pedrero, Mercedes (1990) "Evolución de la participación económica femenina en los ochenta", en *Revista Mexicana de Sociología*, LII (1), pp. 133-149.
- Pérez Gil, Sara (1993) "Atención Primaria a la Salud y la enfermera", en *Enfermera al día*, pp. 7-12.
- Pries, Ludger (1997) Conceptos de trabajo, mercados de trabajo y proyectos biográfico-laborales en *Los estudios sobre la cultura obrera en México*, México, pp. 141-187.
- Rendon, Teresa (1990) Trabajo femenino remunerado en el siglo XX. Cambios, tendencias y perspectivas en *Trabajo femenino y crisis en México. Tendencias y transformaciones actuales*, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México, pp. 29-51.
- _____ (2003) Empleo, segregación y salarios por género en *La situación del trabajo en México, 2003*, Centro Americano para la Solidaridad Sindical Internacional (AFL-

CIO), Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto de Estudios del Trabajo, Plaza y Valdés, México, pp. 129-150.

Reygadas, Luis (1997) V. La dimensión desconocida: el mundo simbólico del trabajo en *Los estudios sobre la cultura obrera en México: enfoques, balance y perspectivas*, CONACULTA, México.

Reygadas (2002) "Producción simbólica y producción material. Metáforas y conceptos en torno a la cultura del trabajo" en *Nueva Antropología*. no. 60.

Rojas, Nieto José Antonio; Adolfo Cimadevilla (2003) "Empleo y remuneraciones en el sector público", en *La situación del trabajo en México, 2003*. México: Plaza y Valdés. pp 177-201

Salles, Vania (2002) Sociología de la cultura, relaciones de género y feminismo en *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, El Colegio de México, México, pp. 435-457.

_____ (2003), *El trabajo, el no trabajo, un ejercicio teórico analítico desde la sociología de la cultura, Nuevas perspectivas teóricas y metodológicas en los estudios laborales*, México, Distrito Federal, 26-28 junio, 22 p.

Secretaría De Salud (1993) *Directorio Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería*, Dirección de Postgrado y Servicio Social, SSA, México.

_____ (2003) *Los Institutos Nacionales de Salud: Reseña historiográfica de 60 años de logros*, Secretaría de Salud, México. 242 p.

_____ Boletín de información estadística, recursos y servicios vol. 1

Serret, Estela (2002) *Identidad femenina y proyecto ético*, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, UAM-A, Miguel Ángel Porrúa, México. 301 p.

Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Medellín, Colombia. 341 p.

Tarrés, María Luisa (2006) *Las identidades (de género) como proceso social: rupturas, campos de acción y construcción de sujetos*. Ponencia presentada en el seminario – taller internacional Trabajo, Identidad y Género. Las identidades ocupacionales y profesionales de las mujeres en contextos laborales en crisis. Ciudad de México, 23-25 de enero.

Tashakkori, Abbas Y Charles Teddlie (1998) *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*, Sage Publications, Thousand Oaks, California. pp. 40-136.

- Thompson, John B. (1993) *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Torres Franco José Luis (2005) *La identidad profesional de las profesoras de educación primaria en México: Un estudio sobre transacciones objetivas y subjetivas en contextos socialmente estructurados*, tesis de doctorado presentada en el Posgrado en Estudios Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.
- Touraine, Alain (2001) Capítulo II. El Sujeto, Capítulo III. Los movimientos sociales en *¿Podremos vivir juntos? iguales y diferentes*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 61-162.
- Trice, Harrison M (1993) *Occupational Subcultures in The Workplace*, Ithaca, Nueva York. pp. 20-45
- Urrutia, Elena (Ed.) (2002) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, El Colegio de México; Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.
- Velásquez, Gallegos y C., Gómez (1998) *Normas para la enseñanza de la enfermería*, México.
- Watson, Tony J. (1987) Capítulo 4 Work: meaning, opportunity and experience en *Sociology, Work & Industry*, Routledge, Londres y Nueva York, pp. 82-121.



Anexo 1

Instrumentos para la recolección de la información

- 1) Cuestionario**
- 2) Guía de entrevista**





PRESENTACIÓN: Estamos realizando una investigación sobre “la identidad genérico-profesional de las enfermeras y los enfermeros del sector público en México”. Nos interesa conocer algunos aspectos sociodemográficos, de su experiencia personal y profesional como enfermer@s que trabajan en este Instituto de Salud Pública. La información que proporcione es anónima y confidencial, y será utilizada exclusivamente con fines académicos.

1. Nombre: _____
2. Edad: _____ años cumplidos
3. Sexo: () Femenino () Masculino
4. ¿En dónde nació usted?: (Estado / Ciudad) _____
5. Estado civil: () Solter@ () Divorciad@
() Casad@ () Separad@
() Unión libre () Viud@
6. ¿A qué se dedica su cónyuge?: _____
7. ¿Qué nivel escolar tiene su cónyuge?: _____
8. ¿Cuántos hijos tiene?: _____
9. ¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____
10. ¿Cuál es el ingreso mensual familiar aproximado en su hogar?: \$ _____
11. ¿Qué parte o porcentaje de su ingreso personal aporta al gasto familiar?: _____ %
12. ¿Qué tanta carga de trabajo doméstico tiene?: _____ %
13. ¿Quiénes de las siguientes personas viven con Usted?
() Padre () Hermanos ¿cuántos? _____
() Madre () Otros familiares ¿cuántos? _____
() Cónyuge () Otros no familiares ¿cuántos? _____
() Hijos ¿cuántos? _____

14. ¿Dónde realizó sus estudios? Especifique los siguientes datos:

Nivel educativo	Nombre de la Institución	Ciudad donde se encuentra	Tipo de Institución		Fecha	
			Pública	Privada	Ingreso	Egreso
Carrera Técnica						
Preparatoria						
Universidad						
Postgrado						

15. En su ultimo grado en enfermería ¿cuál es el Título obtenido?
() Técnico en enfermería
() Licenciatura en enfermería
() Maestría, ¿Cuál? _____
() Otro _____
16. ¿Actualmente está realizando algún tipo de estudios?: () Sí () No
17. ¿Qué está estudiando?: _____

18. ¿Ha tomado cursos relacionados con la enfermería?

() Sí, ¿Cuántos? _____

() No (Pase a la pregunta 20)

19. Podría indicarme el nombre de los últimos tres cursos, el periodo y la institución donde los tomó:

	Nombre de curso	Fecha		Institución
		Ingreso	Egreso	
1.				
2.				
3.				

20. ¿Ha cursado alguna especialización en enfermería?

() Sí, ¿Cuántos? _____

() No, (Pasé a la pregunta 23)

21. Podría indicarme el nombre de las tres últimas especializaciones que ha cursado, el periodo y la institución donde los tomó:

	Nombre de la especialización	Fecha		Institución
		Ingreso	Egreso	
1.				
2.				
3.				

22. ¿Esos cursos y especializaciones están relacionados con el área en la cuál labora en este momento? () Sí () No

23. ¿Ha qué edad comenzó a trabajar?: _____

24. Podría indicarme su experiencia laboral desde su primer trabajo hasta antes de entrar a laborar al Instituto de Nutrición:

	Puesto de trabajo	Empresa, Institución	Tipo de tareas que realizaba	Periodo	
				Ingreso	Salida
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

7.				
----	--	--	--	--

25. Fecha de ingreso al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” _____

26. En el siguiente cuadro, señale por favor los distintos puestos que ha ocupado desde que ingresó al Instituto hasta el puesto anterior al actual, mencionando el tipo de contratación, área, turno, fecha de ingreso y cambio, tipo de tareas que realizaba, y razones por las cuales cambió.

Puesto de trabajo	Tipo de contratación	área	Turno	Fecha		Tipo de tareas que realizaba	Razones por las cuales cambió
				Ingreso	Cambio		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

27. ¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene ahora en el instituto?:
 De base
 Honorarios
 Lista de raya

28. Qué puesto de trabajo ocupa actualmente:
 Subdirectora de enfermería
 Jefa de departamento de enfermería
 Jefa de servicio
 Especialista A
 Especialista B
 Enfermera general A
 Enfermera general B

29. En qué área se encuentra asignada actualmente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primer piso hospitalización | <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos |
| <input type="checkbox"/> Segundo piso hospitalización | <input type="checkbox"/> Estancia corta ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Tercer piso hospitalización | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Cuarto piso hospitalización | <input type="checkbox"/> Consulta externa |
| <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Ceye |

30. En qué turno al que se encuentra asignada actualmente:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matutino | <input type="checkbox"/> Nocturno A |
| <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Nocturno B |
| <input type="checkbox"/> Fines de semana | |

31. Me podría describir cuáles son las actividades que realiza en su puesto actual _____

32. Además de su trabajo como enfermera en este instituto ¿Trabaja en otro Instituto de Salud?

- Sí No (Pase a la pregunta 34)

33. Si trabaja en otro lugar, por favor indique el tipo de institución:

- Pública
 Privada
 De Asistencia Social

34. Además de su trabajo como enfermera ¿tiene otra ocupación remunerada?

- Sí No (Pasé a la pregunta 36)

35. Si tiene otra ocupación, por favor indique qué ocupación es: _____

36. En su opinión ¿cuáles serían las tres características principales que debe tener un (a) buen (a) enfermera?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

37. Si usted pudiera escoger nuevamente una profesión ¿elegiría enfermería?

- Sí
 No
 No sé

¡Muchas Gracias!



Guía de entrevista: identidad genérico-profesional de las enfermeras del sector público en México

El objetivo de esta entrevista es obtener información sobre las trayectorias laborales y de formación profesional de las enfermeras del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La información que nos proporcioné será estrictamente confidencial y anónima, y será utilizada exclusivamente para fines académicos.

Entrevista número: _____	Fecha de entrevista: _____
Hora de inicio de entrevista: _____	Hora de fin de entrevista: _____
Número de visitas realizadas _____	
Nombre de la entrevistada _____	
Perfil _____	

Vida familiar

Tema	Preguntas básicas	Preguntas complementarias y comentarios
Familia de origen	En el cuestionario me decía que usted nació en _____ ¿Vivió siempre allí o hubo cambios de lugar de residencia? ¿Por qué razones? ¿Con quiénes vivía cuando era chica y durante su adolescencia? ¿Cuál es la escolaridad de sus padres? ¿A qué se dedicaban sus padres? ¿Tiene Hermanos? ¿A qué se dedican sus hermanos?	
Familia actual	Usted vive con su pareja, dígame: ¿Qué edad tenía cuando se casó o unió? ¿Qué cambios implicó tanto en su vida personal y profesional el matrimonio? ¿Cómo organiza su vida familiar y su vida de trabajo? ¿Considera que es compatible su matrimonio y su trabajo de enfermera? ¿Las responsabilidades familiares y domésticas influyen en su trabajo?	Cambios que implico al unirse como: Dejar de trabajar Dejar de estudiar Empezar a trabajar, etc Opinión del compañero sobre su trabajo sobre todo las del turno nocturno.

Dinámica general de la trayectoria escolar

Trayectoria escolar	Retomando la tabla de la pregunta 14 sobre la trayectoria escolar. A partir de las fechas de ingreso y egreso indagar sobre: Interrupción de sus estudios, momentos y razones de la o las interrupciones. Razones por las que decidió retomar sus estudios.	Completar algunos de los datos de la tabla sobre trayectoria educativa del cuestionario si estuviese incompleta
----------------------------	---	---

Dinámica de los estudios de enfermería

Elección de la profesión de enfermería	<p>¿Por qué estudió la carrera de enfermería? ¿Es lo que deseaba estudiar? ¿Alguien influyó para que usted estudiara esta carrera? En el cuestionario le hice la pregunta sobre si tuviera la posibilidad de escoger nuevamente una profesión si elegiría enfermería, me contestó que _____ ¿Por qué?</p>	Indagar sobre las causas y motivos por los que estudió enfermería. Las transacciones que realizó con los otros (padres, hermanos, amigos, otros familiares) y consigo misma (reflexiones en torno a la conveniencia, gusto, aceptación, rechazo sobre la carrera de enfermería y sus justificaciones)
Ingreso a la carrera de enfermería	<p>En el cuestionario que contestó, usted señaló que estudio la carrera de enfermería a nivel _____ ¿Cuáles fueron los requisitos que le pidieron para ingresar a estudiar enfermería? Y ¿Cuáles fueron los requisitos para titularse en cada uno de los niveles educativos que ha cursado?</p>	Señalar los requisitos para los distintos niveles educativos que haya cursado.
Si estudió enfermería a nivel técnico y posteriormente el posttécnico o licenciatura	<p>¿Por qué decidió continuar con sus estudios de enfermería? ¿Esperaba obtener algún beneficio por seguir estudiando? ¿De qué tipo? (Personal, laboral, mejor salario, ascenso, realización de otro tipo de tareas o funciones) Cuando tomó la decisión de seguir estudiando ¿ya estaba trabajando? ¿dejó de trabajar? ¿cuál era su ocupación en ese momento? ¿Cuáles fueron los principales problemas, tanto en el ámbito laboral como personal, que enfrentó usted al seguir estudiando? ¿Qué ha significado para usted continuar o haber continuado sus estudios de enfermería? Además de sus estudios de enfermería ¿ha realizado otro tipo de estudios no vinculados con su profesión? ¿Por qué sí o por qué no ha realizado ese otro tipo de estudios?</p>	<p>Para las que si trabajaban: ¿Tuvo algún tipo de apoyo económico por parte de la institución donde labora (laboraba) para seguir estudiando? Si no tiene ayuda económica preguntar: ¿por qué? Indagar sobre las razones (causas y motivos que la llevaron a continuar con su formación profesional como enfermera)</p>
Si no estudia y solo tiene el nivel técnico	<p>¿Por qué no siguió estudiando después de terminar el nivel técnico? ¿Le gustaría continuar con sus estudios? ¿Por qué?</p>	

<p>Ambiente y socialización en la carrera de enfermería</p>	<p>En el cuestionario me comentó que estudio en la escuela _____ ¿Por qué decidió ingresar a esa escuela de enfermería?</p> <p>¿Cuándo usted estudio la carrera había también estudiantes hombres? ¿Eran muchos o pocos? ¿Por qué razones cree usted que sus compañeros hombres estudiaban enfermería?</p> <p>Cuando era estudiante ¿Cómo se llevaba con sus compañeros? ¿Cómo se llevaba con sus compañeras?</p> <p>¿Cómo era su relación con los profesores? ¿cómo era su relación con las profesoras?</p> <p>¿Alguna vez sintió que sus profesoras (y profesores) la trataban a usted y a sus compañeras de modo diferente que a los varones o no notó diferencia?</p> <p>¿Cómo se sintió en sus relaciones con profesores médicos y profesoras médicas?</p> <p>Cuando era estudiante ¿usted con quienes prefería estudiar: con sus compañeros hombres o con sus compañeras mujeres?</p> <p>¿Qué es lo que más recuerda de su experiencia como estudiante en la escuela o las escuelas en las que ha realizado su formación como enfermera?</p> <p>¿Qué es lo que le gusto más de sus estudios de enfermería?</p> <p>¿Qué fue o era lo que más le disgustaba de sus estudios?</p>	<p>Indagar sobre las acciones interacciones que sostuvo en la o las escuelas en las que ha realizado su formación profesional, distinguiendo los distintos niveles (técnico, especialización, licenciatura, y postgrados)</p> <p>La entrevistada tiene que describir la relaciones con sus profesores médicos y profesoras médicas.</p> <p>¿Cómo es la relación entre médico-profesor y enfermera-alumna?</p>
<p>Conocimientos, experiencias y aprendizajes en la escuela de enfermería</p>	<p>En general ¿cuáles han sido las cosas más importantes que aprendió en esa escuela? Además de los conocimientos técnicos de la enfermería ¿Qué otros conocimientos le inculcaron en la escuela de enfermería (Valores, disciplina, trato a los pacientes, etc.)?</p> <p>¿Le enseñaron algún “código de honor” de la profesión de enfermería? ¿en qué consistía?</p> <p>¿Cuáles serían los valores que incorporaría dentro de un código de conducta de la profesión?</p> <p>Según lo que aprendió en sus primeros años de estudiante de enfermería ¿Cómo debería ser una buena enfermera?</p> <p>Mientras estudiaba la carrera ¿Alguna vez consideró la posibilidad de estudiar otra profesión por ejemplo la de médico?</p> <p>¿Cuáles piensa que son las actitudes y habilidades que caracterizan a la profesión de enfermera?</p> <p>¿Cree que esas habilidades y aptitudes la hacen diferente a otras profesionistas como maestras o secretarias, por ejemplo?</p> <p>De acuerdo a su experiencia, ¿cuál es la imagen que la gente tiene sobre la carrera de enfermería? (imagen positiva, negativa, etc.)</p> <p>En resumen ¿usted cómo definiría la profesión de enfermería?</p>	<p>Indagar sobre el currículo oculto de la carrera de enfermería: aceptación de jerarquías, disciplina y valores ético profesionales.</p> <p>Indagar distinguiendo los niveles definidos en la escuela por los ejes de la identidad femenina (unión, maternidad y trabajo)</p> <p>“Código de honor” = los valores éticos y morales de una asociación o congregación.</p>

<p>La etapa de transición: Del aprendizaje en el aula al aprendizaje en la práctica.</p>	<p>Sabemos que en la carrera de enfermería se comienzan a realizar prácticas profesionales cuando aún se esta estudiando:</p> <p>¿En qué etapa de sus estudios comenzó con sus prácticas profesionales?</p> <p>¿En qué tipo de institución realizó sus prácticas?</p> <p>¿Quién y cómo decidió el lugar en el que usted realizó sus prácticas?</p> <p>¿Recibió algún tipo de apoyo económico? (Beca por parte de la escuela, un salario por parte de la institución de salud, etc.)</p> <p>Describa las actividades que realizaba durante sus prácticas</p> <p>¿Dónde realizó su servicio social? (entidad e institución)</p> <p>¿Quién y cómo decidió el lugar en que realizaría el servicio social?</p> <p>Describa las actividades que realizaba</p> <p>¿Qué aprendió durante esas prácticas profesionales y el servicio social?</p> <p>¿Le sirvieron para desempeñar su trabajo posteriormente?</p> <p>¿Cree que con esas prácticas y el servicio social, las enfermeras están mayormente capacitadas para el trabajo? ¿Por qué?</p> <p>¿esas experiencias le ayudaron a conseguir trabajo al concluir sus estudios?</p>	<p>Indagar sobre las acciones interacciones que realizó durante sus prácticas profesionales y prestación del servicio social, así como los contenidos del aprendizaje (distinguiendo entre los conocimientos prácticos que recibió en estos espacios y su vinculación con los conocimientos teóricos que recibió en el aula)</p>
---	--	--

Cursos Monográficos y Especializaciones

<p>Participación en cursos relacionados con la enfermería (Cursos monográficos)</p>	<p>Retomando los datos de la pregunta 19 del cuestionario que se refiere a los cursos monográficos:</p> <p>Describame los requisitos para ingresar a esos cursos</p> <p>¿La mandaron por parte de su trabajo o usted decidió tomar el curso? ¿Por qué?</p> <p>¿Ha tenido cambios o ascenso en su puesto de trabajo a partir de que tomó cursos monográficos?</p> <p>¿Qué beneficios personales y profesionales le han representado esos cursos?</p> <p>¿En que aspectos le han sido útiles?</p> <p>En su opinión ¿estos cursos son de buena o de mala calidad? ¿por qué?</p>	<p>Completar los datos que se refieren a los cursos monográficos de la pregunta 19 del cuestionario</p> <p>Indagar sobre la pertinencia y relevancia que pueden tener los cursos monográficos en su desempeño laboral, ya que se trata de cursos que toman siendo ya enfermeras y que además son básicamente profesionalizantes.</p>
<p>Especializaciones</p>	<p>Nuevamente, retomando los datos de la pregunta 21 del cuestionario que se refiere a las especializaciones que ha cursado</p> <p>Describame los requisitos para ingresar alguna de las especializaciones</p> <p>¿La mandaron por parte de su trabajo o usted decidió estudiarla por su cuenta? ¿Por qué?</p> <p>¿Ha tenido cambios o ascenso en su puesto de trabajo a partir de que cursó alguna especialización?</p> <p>¿Qué beneficios personales y profesionales le han representado haber estudiado una</p>	<p>Completar los datos que se refieren a las especializaciones de la pregunta 21 del cuestionario</p>



	<p>especialización?</p> <p>¿Qué tan importante es para las enfermeras actualizarse constantemente?</p> <p>¿Siente que su desempeño profesional ha mejorado después de tomar estos cursos?</p>	
--	---	--

Trayectoria Laboral: Revisar los cuadros de trayectoria laboral del cuestionario (preguntas 24 y 26) complementar los datos que faltan

Otras actividades remuneradas	<p>Regresando a la pregunta 34 del cuestionario sobre si además de su trabajo como enfermera tiene otra ocupación remunerada, quisiera que me explicara un poco más:</p> <p>¿Por qué se dedica a otras actividades además de trabajar como enfermera?</p> <p>¿Estas actividades le ayudaron para mantenerse económicamente y a desarrollarse profesionalmente?</p> <p>¿Le ha creado problemas tener dos trabajos a la vez tanto a nivel familiar como en su trabajo como enfermera del instituto?</p> <p>¿Qué le gusta más, su trabajo como enfermera o esa otra actividad que realiza?</p>	
--------------------------------------	---	--

Experiencia laboral como Enfermera

Primer experiencia como enfermera	<p>¿Qué tan fácil o difícil fue encontrar su primer trabajo como enfermera?</p> <p>Platíqueme ¿Cómo fue su primer experiencia de trabajo como enfermera?</p> <p>¿Qué actividades realizaba?</p> <p>¿Cómo era su relación con sus superiores, con sus compañeras enfermeras y con los médicos y médicas?</p> <p>¿Estaba en contacto con pacientes?</p> <p>¿Cómo era el trato con los pacientes?</p> <p>¿Qué problemas tuvo que enfrentar en su primer trabajo como enfermera?</p> <p>En ese entonces ¿consideraba que el trabajo de enfermería era fácil o difícil? ¿por qué?</p> <p>¿Sentía que le faltaban conocimientos o creía que lo que sabía estaba bien? ¿Por qué? En su primer experiencia ya como enfermera ¿qué tan útil fue lo que aprendió en la escuela? ¿qué tanto los aplicaba?</p> <p>Después de su primer trabajo como enfermera ¿Ha tenido salidas y reingresos en su trabajo? ¿Por qué razones? ¿Cuándo y cómo le hizo para regresar a trabajar?</p>	Indagar sobre la concepción inicial de la enfermera como una profesional de la salud
Experiencia laboral en el INCMNSZ	<p>La fecha de ingreso a laborar al INCMNSZ me dice que fue en _____</p> <p>Describe cómo ingresó al INCMNSZ</p> <p>¿Cómo llegó a trabajar en su actual puesto?</p> <p>¿Cuáles fueron las razones?</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este puesto?</p> <p>¿Qué ha sido lo más importante para usted en su experiencia como enfermera del INCMNSZ?</p>	



Desempeño actual como enfermera del INCMNSZ	<p>¿Cuál es su esquema de labores? Es decir ¿Cuál es su horario de trabajo? ¿Cuántos días trabaja a la semana? ¿Cuáles son sus días de descanso a la semana? ¿Cómo se asignan los días de descanso? ¿Tiene cambios de turnos o de áreas o se mantiene sólo en una? ¿Por qué? ¿Cubre turnos de otras enfermeras?</p> <p>Podría describirme de principio a fin todo un día de jornada laboral, la más típica que realice, la actual En general, ¿usted cree que lo que ha aprendido en la práctica es muy distinto a lo que aprendió en su primer escuela de enfermería? ¿por qué?</p>	Si trabaja menos de cinco días a la semana, ¿Por qué?
--	--	---

Contexto laboral

Relaciones en el lugar de trabajo	<p>¿Cómo se lleva usted con sus compañeras (os) de trabajo? ¿Sus compañeras (os) respetan su trabajo? ¿la apoyan? ¿Alguna vez le han faltado al respeto sus compañeras y/o compañeros? ¿Ha tenido conflictos con alguna de ellas o ellos? ¿Cómo los ha enfrentado?</p> <p>Describa como es su relación de trabajo y personal como los médicos y las médicas ¿Es diferente? ¿La apoyan en su trabajo? ¿Cómo la tratan? ¿Alguna vez alguna de ellas o ellos le han faltado al respeto? ¿Ha tenido conflictos con ellas o ellos? ¿Cómo los ha enfrentado? ¿Usted ha sentido que ellos y ellas traten de manera distinta a los enfermeros? Sinceramente ¿con quién prefiere trabajar, con médicas o con médicos? ¿Usted cree que los médicos enseñan a las enfermeras? ¿Cree que en la relación entre médicos y enfermeras intervienen elementos de tipo sexual como de atracción-rechazo, seducción, etc.?</p> <p>¿Cómo es el trato con los pacientes? ¿Cómo se siente con ellos? ¿Qué tareas le gusta realizar con los/las pacientes? ¿Qué tareas le disgusta realizar con los/las pacientes? ¿por qué? Según su consideración ¿los pacientes prefieren a una enfermera o un enfermero? ¿Con quiénes tiene más problemas, con los pacientes o con los familiares de ellos? ¿Qué</p>	Queremos saber si las enfermeras piensas que hay una relación de autoridad en el saber de los médicos con respecto a ellas.
--	---	---

	<p>tipo de problemas? ¿Existe diferencia en el trato a los pacientes según sean hombres o mujeres? ¿A quién prefiere atender, a los hombres o las mujeres? ¿por qué? ¿Para usted qué significa la atención o el “cuidado” del enfermo?</p> <p>En el tiempo que lleva trabajando como enfermera (o) ¿Usted cree que si fuera varón sería tratada de manera diferentes por sus compañeras, por la (el) jefa (e) de enfermería, por los (as) médicos (as), por los camilleros, por los pacientes? ¿por qué?</p>	
Ambigüedad y ambivalencia en las jerarquías profesionales	<p>¿Qué diferencias existen entre las enfermeras generales, las especialistas y las jefas de servicio?</p> <p>¿Cómo calificaría a su jefa (e) inmediata superior? ¿por qué? ¿En general como calificaría las relaciones con sus superiores? ¿por qué? ¿En general prefiere tener jefes o jefas o le da lo mismo? ¿Por qué? ¿A usted le gustaría ascender de puesto? ¿Por qué le gustaría o por qué no le gustaría? Si le gustara ascender: ¿Qué tendría que hacer para lograrlo?</p>	
Ambiente de trabajo	<p>¿Tiene usted algún tipo de pausa o descanso durante la jornada de trabajo? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Tienen algún espacio o sala especial para tomar su descanso? ¿Qué hace durante el descanso? ¿Tienen alguna forma de organizarse para tomar el descanso?</p> <p>¿Tiene derecho a comedor? ¿Cuánto tiempo le dan para realizar sus comidas, desayunos o cenas?</p> <p>¿Podría describirme las características de su lugar de trabajo? ¿Usted qué opina de sus condiciones de trabajo? (son buenas, malas, son las apropiadas)</p> <p>Dígame ¿De qué se enferma más? ¿le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con su trabajo? ¿Ha sentido cambios en su carácter desde que esta trabajando en el INCMNSZ, como irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio (neurosis ocupacional)? ¿Frente a estos síntomas qué medidas ha tomado?</p>	<p>Si no tienen descanso: Diga las razones</p> <p>Si no tiene derecho a comedor: Diga las razones</p> <p>TURNO NOCTURNO: ¿Le gusta trabajar en el turno nocturno? ¿Por qué decidió ese turno? ¿Qué efectos tiene en su salud el trabajar en la noche? ¿En su vida familiar?</p>
División sexual del trabajo en el INCMNSZ	<p>¿Los enfermeros tienen los mismos puestos de trabajo que las enfermeras? Cuando tienen el mismo puesto ¿enfermeros y enfermeras realizan las mismas tareas? ¿por qué sí o por qué no? Cuándo alguien de ustedes falta por un imprevisto ¿Cómo se decide quién cubrirá ese turno?</p>	<p>En caso de que realicen distintas tareas ¿por qué realizan tareas diferentes? Y ¿cuál es la diferencia entre las tareas de hombres y mujeres? (que las describa)</p>

	<p>¿Lo tiene que cubrir alguien que tenga su mismo nivel laboral? Si usted pudiera seleccionar el personal con el cual trabajaría ¿qué características buscaría que tuvieran? ¿prefiere trabajar con varones o con mujeres?</p>	
Valoración y significado de su profesión de enfermera	<p>¿Qué cosas son las que le gustan más de su profesión y por qué? ¿Qué cosas le disgustan más de su profesión? Y ¿por qué no le gustan? Si pudiera ¿cambiaría de profesión? ¿por cuál otra? ¿A qué le gustaría dedicarse? ¿Qué satisfacciones le ha proporcionado el ser enfermera? ¿Para usted qué sentido tiene ser enfermera? En general, ¿qué ha significado el trabajo de enfermera en su vida personal? ¿Qué ha logrado con su trabajo de enfermera? (independencia, prestigio, realización personal, etc.) ¿Ha sido buena o mala su experiencia en el trabajo? ¿Por qué? ¿Le gustaría trabajar como enfermera lo que resta de su vida laboral? ¿A qué edad le gustaría jubilarse? ¿A qué le gustaría dedicarse al jubilarse?</p>	<p>Queremos que las enfermeras enumeren los aspectos que más le gustan de su carrera y que los describa. Preguntar lo que significa la idea de ser “enfermera por convicción” o ser enfermera por “vocación”.</p>
Valoración y significado de su profesión de enfermera en el INCMNSZ	<p>¿Se siente identificada con la institución en la que labora? ¿por qué razones? ¿Le gustaría trabajar en otra institución? ¿Por qué? ¿El tiempo que lleva trabajando en este instituto ha mejorado su formación profesional? ¿Por qué? ¿Se siente más capacitada para aspirar a un mejor trabajo dentro de la misma institución o en otras instituciones de salud?</p>	
Percepción de la profesión y mercado de trabajo	<p>De acuerdo a usted, ¿En qué tipo de institución es mejor trabajar en públicas o privadas? ¿Qué diferencias hay entre las enfermeras de instituciones públicas y las privadas? ¿Usted considera que su trabajo esta bien retribuido salarialmente?</p>	

¡Muchas gracias!

Anexo 2

Cuadros estadísticos y graficas del capítulo III



Cuadro III-2
Estadísticos descriptivos de la edad de las enfermeras

Formación profesional	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
Endógena	22	52	36.47	8.07
Exógena	24	44	29.47	5.59

Cuadro III-3
Distribución de las enfermeras por grupos de edad

Grupos de Edad	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Hasta los 40 años	65.0	77.8	71.1
41 años y más	35.0	22.2	28.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-4
Distribución de las enfermeras por Estado Civil

Estado civil	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Soltera	60.0	38.9	50.0
Casada	25.0	38.9	31.6
Unión libre	15.0	5.6	10.5
Separada		16.7	7.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-5.
Distribución de las enfermeras según si tiene hijos o no

Tienen Hijos	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Si	40.0	44.4	42.1
No	60.0	55.6	57.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-6
Estadísticos descriptivos del número de hijos de las enfermeras

Formación profesional	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
Endógena	0	3	.80	1.15
Exógena	0	3	.83	1.10

Cuadro III-9
Ocupación de los cónyuges de las enfermeras

Ocupación del cónyuge	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Enfermería	12.5	12.5	12.5
Profesionistas	25.0	12.5	18.8
Empleados del sector público o privado	25.0	37.5	31.3
Empresarios y comerciantes		12.5	6.3
Oficios por cuenta propia	25.0	12.5	18.8
Otros	12.5	12.5	12.5
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-10
Nivel académico de los cónyuges de las enfermeras

Nivel escolar del cónyuge	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Secundaria		12.5	6.3
Carrera Técnica	37.5	12.5	25.0
Bachillerato		37.5	18.8
Universidad	62.5	37.5	50.0
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-11
Estadísticos descriptivos del ingreso mensual de las enfermeras

Formación profesional	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Endógena	\$3,800	\$20,000	\$10,342.11	\$4,495.84
Exógena	\$2,000	\$10,000	\$5,933.33	\$2,467.70

Cuadro III-12
Condición de estudios actuales de las enfermeras

Actualmente realiza algún tipo de estudios	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Sí	40.0	11.1	26.3
No	60.0	88.9	73.7
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-13

Distribución de las enfermeras según si han realizado cursos monográficos

Ha realizado algún curso monográfico	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Sí	90.0	72.2	81.6
No	10.0	27.8	18.4
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-14

Distribución de las enfermeras según si han realizado cursos de especialización

Ha realizado algún curso de especialización	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Sí	50.0	33.3	42.1
No	50.0	66.7	57.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-16

Estadísticos descriptivos de la edad en que comenzaron a trabajar las enfermeras

Formación profesional	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
Endógena	17	24	19.11	1.71
Exógena	16	23	19.61	2.12

Cuadro III-17

Distribución de las enfermeras según si han tenido trabajos anteriores o ajenos al Instituto

Trabajos anteriores o ajenos al Instituto de Nutrición	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Si	20.0	66.7	42.1
No	80.0	33.3	57.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-18

Distribución de las enfermeras por primer y último puesto de trabajo anterior o ajeno al Instituto

Puesto de trabajo	Primer puesto de trabajo			Último puesto de trabajo		
	formación Profesional		% Total	Formación profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena		% Endógena	% Exógena	
Auxiliar de enfermera	25.0	41.7	37.5	72.2	72.2	
Enfermera general	50.0	50.0	50.0	22.2	22.2	
Obreras y trabajadoras de servicios	25.0	8.3	12.5	5.6	5.6	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Cuadro III-19
Distribución de las enfermeras por primer puesto de trabajo en el INCMNSZ

Primer puesto de trabajo en el INCMNSZ	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Enfermera general B	5.0		3.1
Enfermera general A	10.0	33.3	18.8
Auxiliar de enfermería	85.0	66.7	78.1
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-20
Distribución de las enfermeras por primer tipo de contrato de trabajo en el INCMNSZ

Primer tipo de contrato de trabajo en el INCMNSZ	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
De base	30.0	36.4	32.3
Honorarios	25.0	27.3	25.8
Lista de raya	10.0	36.4	19.4
Servicio social	30.0		19.4
Otro	5.0		3.2
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-21
Distribución de las enfermeras por primer área de trabajo en el Instituto

Primer área de trabajo en el Instituto	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Primer piso hospitalización	23.5	45.5	32.1
Segundo piso hospitalización	11.8	27.3	17.9
Urgencias	23.5	9.1	17.9
Cirugía	17.6	9.1	14.3
Unidad de Cuidados intensivos	17.6	9.1	14.3
Unidad Metabólica	5.9		3.6
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-22
Distribución de las enfermeras por primer turno de trabajo en el Instituto

Primer turno de trabajo en el Instituto	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Matutino	29.4	40.0	33.3
Vespertino	11.8		7.4
Nocturno	11.9	10.0	11.1
Variable	47.1	50.0	48.1
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-23
Distribución de las enfermeras por actual puesto de trabajo

Actual puesto de trabajo en el Instituto de Nutrición	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Subdirectora del área de enfermería	5.0		2.6
Jefa de departamento de enfermería	5.0		2.6
Directora de la escuela de enfermería	5.0		2.6
Coordinadora de enseñanza	5.0		2.6
Jefa de Servicio	30.0		15.8
Enfermera especialista A	25.0	11.1	18.4
Enfermera general B	10.0	16.7	13.2
Enfermera general A	15.0	66.7	39.5
Auxiliar de enfermería		5.6	2.6
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-24
Distribución de las enfermeras por actual tipo de contrato de trabajo

Actual tipo de contrato de trabajo en el Instituto	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
De base	85.0	94.0	89.5
Lista de raya		5.6	2.6
De confianza	15.0		7.9
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-25
Distribución de las enfermeras por actual área de trabajo en el Instituto de Nutrición

Actual área de trabajo en el INCMNSZ	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Primer piso hospitalización	20.0	16.7	18.4
Segundo piso hospitalización	10.0	5.6	7.9
Tercer piso hospitalización	10.0	38.9	23.7
Urgencias	5.0	11.1	7.9
Cirugía	20.0	16.7	18.4
Unidad de cuidados intensivos	5.0	11.1	7.9
Unidad metabólica	10.0		5.3
Escuela de enfermería	10.0		5.3
Departamento de enfermería	5.0		2.6
Subdirección de enfermería	5.0		2.6
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-26
Distribución de las enfermeras por actual turno de trabajo en el Instituto de Nutrición

Actual turno de trabajo en el Instituto de Nutrición	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Matutino	60.0	61.1	60.5
Vespertino	30.0	16.7	23.7
Nocturno A	10.0	16.7	13.2
Nocturno B		5.6	2.6
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-27
Distribución de las enfermeras según si tienen otro trabajo de enfermería en otra institución

Tiene trabajo de enfermera en otra institución o empresa	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Si	5.0	5.6	5.3
No	95.0	94.4	94.7
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-28
Distribución de las enfermeras según si tienen alguna otra ocupación remunerada

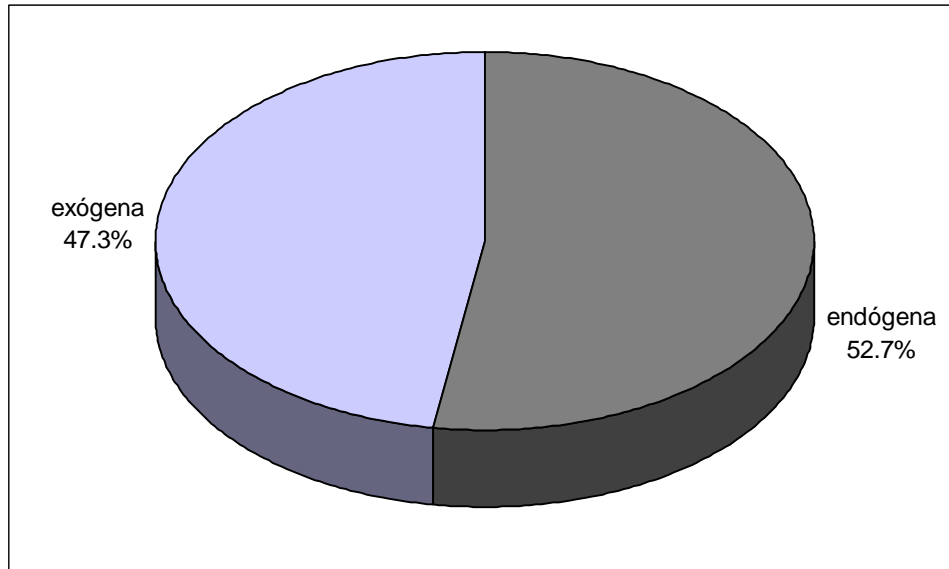
Tiene otra ocupación remunerada	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Si		11.1	5.3
No	100.0	88.9	94.7
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro III-29
Principales características del modelo ideal de la “Enfermera”

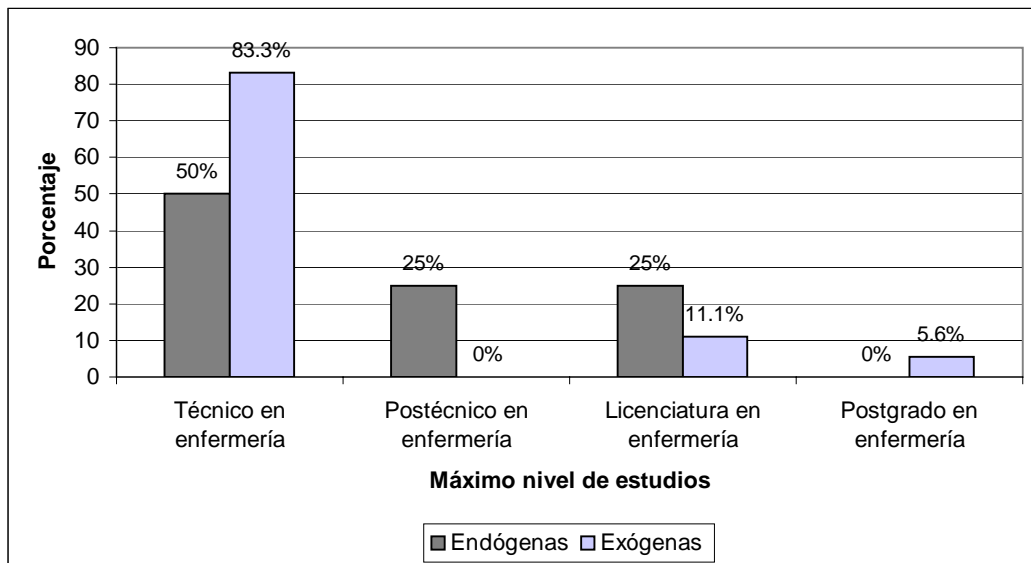
Características	% Endógenas	% Exógenas	% Total
HABILIDADES TÉCNICO- PROFESIONALES			
Actualización de conocimientos	7.3	10.0	8.7
Tener conocimientos	3.6	2.0	2.9
Ser profesional	3.6	2.0	2.9
SUBTOTAL DE HABILIDADES PROFESIONALES	14.5	14.0	14.4
HABILIDADES RELACIONALES			
Tener un trato amable	0.0	6.0	2.9
Contar con un criterio amplio	5.5	2.0	3.8
tener iniciativa	1.8	2.0	1.9
Ser inteligente	0.0	4.0	1.9
SUBTOTAL DE HABILIDADES RELACIONALES	7.3	14.0	10.6
ORIENTACIONES ÉTICAS HACIA LA PROFESIÓN			
Responsabilidad en el trabajo	12.7	14.0	13.5
Gusto, amor y respeto por la profesión	5.5	2.0	3.8
Sentido de compañerismo	1.8	0.0	1.0
Compromiso con la profesión	10.9	0.0	5.8
Atención y respeto al paciente, familiares y equipo	1.8	4.0	2.9
Disposición y eficacia en el trabajo	5.5	10.0	7.7
Ser honesta	5.5	2.0	3.8
Ser humanitaria	21.8	14.0	18.3
Ser humilde y sencilla en el desempeño laboral	1.8	2.0	1.9
Ser tolerante	7.3	10.0	8.7
tener buena presentación	1.8	4.0	2.9
Tener vocación	1.8	6.0	3.8
Ser discreta	0.0	4.0	1.0
SUBTOTAL ORIENTACIONES ÉTICAS HACIA LA PROFESIÓN	78.2	72.0	75.0
Total	100.0	100.0	100.0

GRÁFICAS

Gráfica III-2.
Distribución de las enfermeras por tipo de formación profesional



Gráfica III-3
Niveles máximos de estudios alcanzados por las enfermeras



Anexo 3

Cuadro resumen de las enfermeras entrevistadas



Número	Puesto Actual	Formación Profesional	Perfil sociodemográfico
1	Subdirectora de enfermería	Endógena	Mayor de 41 años, soltera, sin hijos, nivel licenciatura
2	Jefa del departamento de enfermería	Endógena	Mayor de 41 años, soltera, sin hijos, nivel licenciatura
3	Directora de la Escuela de enfermería	Endógena	Menor de 40 años, soltera, sin hijos, nivel licenciatura
4	Coordinadora de enseñanza, licenciatura en enfermería	Endógena	Menor de 40 años, soltera, con hijos, nivel licenciatura
5	Jefa de Servicios, Urgencias	Endógena	Menor de 40 años, soltera, sin hijos, nivel licenciatura
6	Jefa de Servicios, primer piso	Endógena	Mayor de 41 años, unida, sin hijos, nivel técnico
7	Enfermera especialista A, Unidad Metabólica	Endógena	Menor de 40 años, unida, con hijos y nivel licenciatura
8	Enfermera general A, Urgencias	Exógena	Menor de 40 años, soltera, sin hijos, nivel técnico
9	Enfermera General A, tercer piso	Exógena	Menor de 40 años, unida, con hijos, nivel licenciatura
10	Enfermera General A, tercer piso	Exógena	Menor de 40 años, unida, con hijos, nivel técnico





Anexo 4.

Sistema de codificación de las entrevistas semiestructuradas



Unidad hermenéutica: identidad profesional de las enfermeras del instituto de nutrición

CODIGO	COMENTARIO	CITAS
A veces me pongo la camiseta a veces me la quito	Se refiere a la valoración y significado que las enfermeras le dan a su carrera profesional en el Instituto de Nutrición. En su discurso del profesionalismo, el autocontrol en ocasiones es cuestionado. Para algunas de ellas, el papel que en ocasiones desempeñan en el instituto no es satisfactorio, ciertas políticas institucionales también produce enojo.	P10: E06 – Paula: Pues a veces sí a veces no. A veces sí porque pues me forme aquí yo soy hija de Nutrición... siento que a veces me pongo la camiseta... a veces me la quito y la aviento porque me enoja... me enojan las políticas institucionales... por eso del dominio médico, eso me enoja, me irrita, no hablamos el mismo lenguaje, por su puesto que no porque si nosotras fuéramos autónomas tendríamos una dirección de enfermería, sin embargo no la hay, es subdirección, por tanto pues a veces como que esta situación si me molesta, nosotras hemos trabajado mucho para obtener una subdirección de enfermería.
Ambigüedad sobre la posibilidad de volver a estudiar enfermería	La ambigüedad de volver a estudiar enfermería se refiere a esta indecisión de algunas de las enfermeras frente a los múltiples conflictos que se les presentan durante su trayectoria profesional.	P 6: E02 - Carmen: No sé porque yo realmente en enfermería lo que es en el área personal como profesional considero que no creces mucho en el ámbito de jerarquías, como es de mujeres, más de femenino, entre nosotras mismas nos vamos bloqueando, lejos de empujarte y decirte: No Carmen Juan tú que tienes licenciatura en psicología y en enfermería te vamos a apoyar para que estudies esto y nos ayudes con un programa ¡nel! ¡no! tú te quedas abajo porque eres una amenaza para las que están arriba [...] te puse que no sé porque realmente pues he pasado por situaciones que no me gustaría volver a pasar [...] entonces el no sé es porque si tuviera una oportunidad mejor creo que estudiaría otra cosa, y lo cual no quiere decir que no me agrade lo que hago.
Aspiraciones a un mejor puesto de trabajo	Algunas de las enfermeras tienen aspiraciones de poder acceder a un puesto de trabajo de mayor categoría. Por ejemplo Carmen dice: “Yo quiero ser jefa de la dirección de enfermería”. En otros casos no hay aspiraciones de ascender a un mejor puesto, la explicación que dan es: “...pero es mucha responsabilidad”	P 5: E01 – Cata: me gustaría ascender más, pero no en cuanto al área de jefatura sino un área de enseñanza, que se obtuviera la jefatura de... ya no como coordinación sino como jefatura de enseñanza... pero no hay... en el organigrama no entra ese cargo. P 6: E02 - Carmen: pero yo quiero ser jefa de la dirección de enfermería [...] ¡Sí! Si me gustaría ser jefe ¿por qué no? creo que tengo la capacidad para serlo. P 7: E03 - Maru: me sé capaz y me sé también con algunas capacidades que otra gente no tiene... cuando yo estuve en el área operativa, yo decía: esta no sabe yo puedo estar ahí también. P 8: E04 – Paty: ¡Sí claro! Que haya una plaza y que haga el examen, porque como son muy pocas plazas y ya no ha habido recodificación, entonces en cuanto salga hago mi examen y ya.

		<p>P11: E08 - Edith: compañeras que también me han dicho que por qué no me propongo para jefe, pero es mucha responsabilidad [...] y no he preguntado si en realidad necesito tener la cuestión de administración, no sé.</p> <p>P12: E09 - Iris: Sí me gustaría. Yo soy muy ambiciosa, a la mejor hasta llegar a ser jefa de enfermeras.</p>
Autonomía de la profesión	Son importantes las declaraciones que algunas de las enfermeras hacen sobre lo importante que es ver a la enfermería como una profesión autónoma, sin la constante relación de subordinación al saber médico.	P10: E06 – Paula: Enfermería tiene una función muy importante en la vida social y ese es el desarrollo y la autonomía que debemos de tener para la toma de decisiones.
Como se llegó al actual puesto de trabajo	Las enfermeras narran el proceso que tuvieron que seguir para llegar al puesto en el que se encuentran laborando actualmente. En algunos casos fue por influencia, en otros por aprender algo nuevo o por problemas con las anteriores jefes. Y encontramos las que no han tenido un ascenso desde que llegaron al hospital.	<p>P 5: E01 – Cata: la persona que ascendió como jefe de departamento ya me conocía... habíamos tenido oportunidad de trabajar juntas en el otra área de hospitalización... entonces cuando ella llego a ese puesto... la anterior coordinadora no rendía como ella quería porque no tenía el perfil de una enfermera de nutrición, no conocía las necesidades, no conocía el personal, era una enfermera egresada de cardiología, tenía otra mentalidad a diferencia de nosotras... a parte mi compañera, ella quería que toda la gente que llegara a su departamento fuera gente de su confianza, gente joven que apenas... que no estuviera tan maleada... me solicitó el apoyo, entonces ella me mandó llamar y haber si deseaba yo ese puesto, para mi fue muy difícil... que realmente lo acepte en un principio por el... el cariño que le tenía y realmente quería estar allí para apoyarla... posteriormente ya le fui tomando cariño a esto, pero si fue por una influencia.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: necesitaban una enfermera para la unidad metabólica, entonces nadie quería porque le tienen miedo a la hemodiálisis... les da... les impone la máquina. Me dicen Carmen Juan ¿no quieres pasarte al servicio? y digo claro... voy a aprender algo nuevo... perfecto... y ya con eso cambias.</p> <p>P 7: E03 - Maru: tenía ciertas fricciones con la jefe de aquél entonces y cómo era muy cuadrada y no aguantaba ese tipo de gentes me dijeron: pues te vamos a cambiar, pues sí cámbienme ¿A dónde? A donde quieras, y me fui a rayos X, fui la primera enfermera que estuvo en rayos X y la que estableció la dinámica y la que de alguna manera organizó, me integré bien con mis compañeros, eran dos hombres de rayos X,</p>

		<p>yo veía y preparaba los pacientes, yo les indicaba a los pacientes, yo canalizaba y ellos hacían los estudios bonitos, después tuve el puesto de coordinador paramédico, con la finalidad de que te integres al trabajo de supervisión... si no me aviento ahorita, en el sentido de conocer otra gama, otra área, pues yo le voy a entrar, aunque no gane, y ya toda loca, y ya me aventé y así me tuvieron como dos años hasta que dije: sabes qué pues ya aprendí lo que tenía que aprender ahora ya me quiero regresar como estaba, como enfermera general... entonces ya después se dio el cambio de jefes y ya que hacía todas las actividades de supervisora pues ya me mandaron de jefe de servicios.</p> <p>P 8: E04 – Paty: Empecé en urgencias, he estado en otras áreas pero por periodos chicos menos de un mes (Siempre ha sido enfermera general)</p> <p>P10: E06 – Paula: para empezar a escalar los rangos tienes que concursar, tienes que presentar un currículo actualizado, tienes que promoverte dentro de los estándares que manejan, que es un examen de conocimientos, una entrevista y tus habilidades y tu experiencia. Entonces para llegar aquí pues también concursamos siete jefes de servicio. Empezamos por ese proceso: entregamos el currículo, presentamos el examen y la entrevista.</p> <p>P11: E08 - Edith: Presente un examen para recategorización y luego, luego me cambiaron. Cuando ya era enfermera me pasaron al segundo como dos o tres semanas y ya de ahí para el tercero y aquí he estado, si he subido al cuarto, o he bajado a rayos pero nada más es para cubrir cuando falta alguna de las compañeras (siempre ha sido enfermera general).</p>
<p>Código de ética de enfermería</p>	<p>Las enfermeras tienen un código de ética, que es a nivel Secretaria de Salud y es inculcado a las enfermeras desde su etapa de estudiante. Pero en algunos casos no se conoce, por ejemplo Paty dice haber conocido el código hasta el momento en que se titula. El código de ética se refiere a una serie de características que debe poseer la enfermera, y son parte de su formación ética y moral, marca lo que ellas tienen que hacer como profesionistas y los</p>	<p>P 5: E01 – Cata: yo conocí el código de enfermería el día que me gradué, realmente no era necesario enseñarlo porque con el ejemplo nos lo íbamos aprendiendo</p> <p>P 6: E02 - Carmen: un código de ética de enfermeras que es a nivel Secretaria de Salud donde también debes de tener pues lo que es discreción, manejo de documentos de paciente, respetar la individualidad del paciente, fomentar su retorno a la vida cotidiana. Todas esas cosas son parte de la formación ética y moral de la enfermera</p> <p>P 8: E04 – Paty: cuando te titulas si te dan algo así de la enfermera... el juramento, pero como aquí que existe un decálogo establecido no.</p> <p>P10: E06 – Paula: Tenemos un código de ética en donde obviamente te marca lo que tú</p>

	principios que se deben de seguir.	tienes que hacer como profesionista y también cuáles son los principios que tú tienes que seguir [...] tienes que socializarlos para poder aplicarlos en bien de tu práctica, por ejemplo el respeto al derecho ajeno, la individualidad y el respeto hacia tu paciente, no perder esa visión, son los principios de campo de la enfermería.
Decálogo de las enfermeras del Instituto	El decálogo de la enfermera del Instituto de Nutrición, es la observancia del código de ética. Fue elaborado por el Dr. Salvador Zubirán, fundador del Instituto de Nutrición. Este decálogo se debe de inculcar desde la etapa de estudiante. Se plasma lo que debe ser una enfermera ideal del Instituto y se le denomina: “La mística del Dr. Zubirán” y habla de todos los principios y valores que rigen a la enfermería.	<p>P 5: E01 – Cata: Es amor a tu trabajo, el respeto a uno mismo y al paciente y la empatía que debemos de tener... el compromiso.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Ese lo escribió el doctor Zubirán, donde dice que uno debe de ser limpia, honorable, respetar al paciente, es como una poesía donde él plasma lo que debe ser una enfermera ideal del Instituto.</p> <p>P 9: E05 - Oli: el doctor Salvador Zubirán fue el fundador del Instituto y él tenía una consideración muy especial para las enfermeras... escribió un decálogo que le denominábamos: La mística del doctor Salvador Zubirán. Ese decálogo era lo que leíamos en las ceremonias de graduación y era lo que te infundían mucho... habla sobre todos los principios y valores. Decías este es mi valor, esta es mi camiseta, entonces te sentías muy orgullosa de decirlo el día de la ceremonia porque era la imagen que te habían formado el doctor Zubirán.</p>
Del aprendizaje en el aula al aprendizaje en la práctica	<p>Las narraciones de las enfermeras sobre la primer experiencia las remite al primer contacto con los pacientes en el servicio social.</p> <p>Es aplicar lo aprendido en el aula a su práctica profesional. Analizan su situación en cuanto a problemas que tuvieron que enfrentar en ese transito de la escuela al ejercicio de su profesión.</p> <p>Los problemas más comunes son, la de falta de conocimientos, de temor al paciente, de largas jornadas de estudio extracurriculares, la falta de ayuda de las compañeras, asociado a ser una enfermera que viene de otra institución educativa. También lo ven como novedoso e impactante. Hablan de un puente entre</p>	<p>P 5: E01 - Cata: realmente la teoría es muy diferente a la práctica... cuando llega uno a servicio social nos damos cuenta que no sabemos nada... que nos falta mucho que estudiar, pero que lo básico nos lo dieron y que de ahí podemos partir...yo era muy inexperta... era muy inmadura... sentía que una llamada de atención era una agresión y eso me limitaba en lugar de hacerme más fuerte me hacía sentir peor... creo que eso... hubo muchas llamadas de atención pues porque sentía que no, no tenía todavía la idea de priorizar, a jerarquizar necesidades que es algo que me costaba trabajo porque ya no estaba mi profesora a un lado, ya no estaba una compañera con quien yo me podía dirigir y era mi responsabilidad, creo que eso fue algo que marco y que me enseñó y que me ayudo a crecer como profesionista, pero ¡claro! como todos tuve limitaciones, tuve deficiencias de conocimientos, desconocía cosas [...] solo nos dan las herramientas y lo demás con la experiencia [...] se nos presionaba más como estudiantes... más por ser gente del Instituto</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Estarte metiendo en los libros porque de repente te dicen... tú eres pasante de la carrera... y te dicen qué es un Sangay y tú: ¡ay mamá! Entonces tienes que ponerte a leer qué es y para qué sirve, sus diferentes vías, como funcionan, que</p>

	<p>el ser estudiante y el ser enfermera.</p>	<p>presiones miden</p> <p>P 7: E03 - Maru: para mi fue padre pero a la vez con mucho temor, a pesar de que tenía fundamentación, tenía mucho miedo de cómo... o sea ¡Imaginate! una mocosas frente a un paciente ¿Qué le vas a hacer? ... Es así como que romper una barrera muy importante entre la enfermera y el paciente porque no hay confianza, porque no te sientes segura, hay un miedo, un miedo muy importante, pero una vez que rompes ese miedo y que pasas esa barrera a las prácticas les tomas sabor [...] fue un proceso a veces de que decía: ¡Hijole es tan doloroso estar aquí! ¡Tan estresante! ¿Por qué tengo que estar aquí? y a veces es una carrera tan... pues tan triste...</p> <p>P 8: E04 - Paty: sentía que me faltaban conocimientos y se me hacía muy difícil porque las personas no te ayudaban mucho... sólo te preguntaban pero no te decían donde podías buscar la información</p> <p>P 9: E05 - Oli: era algo novedoso e impactante que a los 15 años no te esperas enfrentar [...] yo sabía que en algún lado de mi cabeza, de mi memoria había algo que yo había visto, pero el estar en contacto con el paciente era lo que te hacía que fueran aflorando, decías: ¡Ah sí es cierto yo vi parte de eso!</p> <p>P10: E06 - Paula: cuando ya empiezas a hacer tu servicio social, tú estás en una etapa de crisis porque durante la fase teórica y práctica todo lo vez así y te metes en el papel de estudiante... entonces no tienes esa responsabilidad cuando ya estas inserta en lo que ya va a ser tu práctica profesional. Es un puente por decirlo así... no fue difícil recorrerlo porque a mí me gustaba, entonces ahí es donde tú te das cuenta que tan importante es la parte teórica y que esto te va a reconocer y te va a dar ese estatus para poder decir: “soy enfermera” [...] tendrás mucho conocimiento, mucha teoría, pero a ver como la aplicas, ¡Aplicala en un paciente diabético! ¡Aplicala en un paciente de insuficiencia renal crónica terminal! ¡Aplicala en un paciente con las enfermedades inmunodeprimidas! Haber aplica eso que tu aprendiste en el aula y ahora trabájalo acá, ahí es donde tu empiezas con la crisis porque a veces te pierdes, ahí si no hay enseñanza, ahí solo es práctica y experiencia.</p>
<p>El mejor camino es la educación</p>	<p>Paula, una de las enfermeras del Instituto que se formó allí, nos dice que uno de los aspectos más importantes para que se pueda dar un cambio en la forma de</p>	<p>P10: E06 - Paula: el camino está en la educación, en el aspecto educativo que es donde tenemos que insertar estas ideas y decirles que enfermería puede crecer pero a través de compartir el aprendizaje, la experiencia. Y apoyar a la compañera que se está superando académicamente.</p>

	<p>pensamiento y de práctica en enfermería es el educativo, se tiene que comenzar con la educación en el aula y con la constante capacitación.</p>	
<p>El médico nos arrebató el ser parteras</p>	<p>Una de las entrevistadas narra que a partir de las especializaciones en la Medicina General, se arrebató a las enfermeras el “ser parteras”. Y lo asocia con la subordinación de la enfermera al quehacer médico.</p>	<p>P10: E06 - Paula: antes las que tuvieron un estatus social muy importante fueron las parteras, pero a partir de las especializaciones, de la medicina general, como que esa parte la arrebataron los médicos y se la apropiaron y no hizo nada enfermería. Entonces la enfermería otra vez quedó a la disposición de lo que el sector médico decía y autorizaba. Esto quizás ha sido lo más lastimoso para el crecimiento y el desarrollo de la enfermera. Después de esos cambios la enfermera volvió a quedar insertada dentro las decisiones de la medicina aquí en México.</p>
<p>El sentido de la profesión de enfermera</p>	<p>El sentido de la profesión es el significado que le dan a su trabajo como enfermera. Se van por el lado de las valoraciones éticas, de apoyar a la gente, ese sentido altruista de ser humanitaria. Pero también de ser unas personas más concientes en cuanto a salud se refiere.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: a significado que en el aspecto espiritual haya apoyado a la mejor a que una gente tenga un buen vivir o morir... es más en el aspecto espiritual.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Me ha significado ¡hijole! una formación como persona más realista porque he tenido problemas con familiares enfermos... yo pienso que cuando eres la enfermera de la familia todos los problemas de salud se caen contigo...</p> <p>P 8: E04 - Paty: Yo creo que si te gusta pues es una profesión muy agradable, que te hace sentir bien como persona porque puedes ayudar a alguien y le puedes cambiar la vida a alguien [...] la enfermería es parte de mi, es lo que yo soy... esa es mi vida.</p>
<p>El significado de cuidar y atender</p>	<p>Uno de los discursos que se manejan a nivel secretaria de salud y que esta muy introyectado en las enfermeras es la idea del cuidado y atención que implica su profesión.</p> <p>En algunas enfermeras queda bastante claro la diferencia que hay entre “cuidado” y la “atención”. El cuidado, nos dicen ellas, se da a partir de los conocimientos, ellas proporcionan un cuidado de calidad, son las prácticas que se realizan en el paciente. Y atención es lo que el paciente te esta demandando. Sin embargo, se</p>	<p>P 5: E01 - Cata: Cuidado significa hacer la recepción del paciente, valorarlo, posteriormente solicitud del material que se vaya a requerir, la solicitud de sus medicamentos, toma de signos vitales, baño en el caso de ser necesario, los cuidados generales que son desde vendaje y cambios de posición, apoyarlo a que se levante, preparación para un estudio... para una intervención quirúrgica [...] a partir de unos conocimientos proporcionar un cuidado de calidad</p> <p>P 6: E02 - Carmen: atención puede ser lo que te esta demandando el paciente: ¡atiéndame! ¡escúcheme! [...] cuidados son las prácticas que tu realizas en el paciente, es decir, te voy a hacer la revisión de tu catéter, ese es un cuidado de enfermería, un procedimiento; si tu le haces un procedimiento y le dices: mira ¿cómo te has sentido? ahí estas dando atención y cuidado y si tu nada más llegas y lo tratas como una X más en tu expediente de cuidados a los pacientes, pues tu nada más les haces el</p>

	<p>debe de complementar atención y cuidado. En otros casos se confunden ambos términos, no definen como una de sus funciones el cuidado integral del paciente, solo dicen que son prestadoras de un servicio.</p>	<p>procedimiento y ya con permiso y hasta luego y ¡no! debe de complementarse atención y cuidado.</p> <p>P 7: E03 - Maru: el cuidado es lo que tu has detectado que necesita el paciente independientemente de si esta sano o esta enfermo o esta gravemente enfermo, entonces lo que tu vas a detectar y vas a proporcionarle de acuerdo a tu fundamentación teórica, para que evolucione favorablemente o bien detener algún problema fisiológico que le pueda afectar, ese es el cuidado. Y la atención es esa capacidad de interactuar con el paciente, porque yo seré una muy buena enfermera en cuanto a los cuidados, pero si yo no pelo al paciente como una persona, ahí se devalúa mi capacidad personal</p> <p>P 8: E04 - Paty: puedes cuidar a alguien que no se caiga, que no se golpee, que no se le caiga la comida, pero no es lo mismo a que estés atento a sus necesidades, yo creo que eso es atención, porque además las enfermeras no somos cuidadoras, pero esta dentro de esa función de ser enfermera, podemos cuidar de alguien pero no somos cuidadoras como tal, somos prestadoras de un servicio.</p> <p>P12: E09 - Iris: Atender para mí es asistirle en sus necesidades [...] el cuidar, en cuestión de que no se golpe, en que no tenga algún accidente.</p>
<p>El significado de la profesión</p>	<p>Un aspecto importante para analizar la identidad profesional de las enfermeras es el significado que ellas le dan a su profesión.</p> <p>Mencionan tres aspectos importantes en su definición:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) se dedican al cuidado y atención del paciente (2) es una profesión muy humana, en el sentido de humanitaria, y (3) es una profesión y un área de oportunidad para poder crecer. 	<p>P 5: E01 - Cata: un área en donde se nos permite la atención del paciente en todas sus esferas, tanto en lo físico que es lo básico, en lo emocional e incluso en lo espiritual. También la defino como un área de oportunidad para poder crecer</p> <p>P 7: E03 - Maru: como una profesión porque tienes que tener una fundamentación científica y tienes que retomar diferentes perspectivas para tener una concepción del hombre de manera integral. Entonces es una profesión humana. El objetivo es cuidar de la vida, no de la enfermedad solamente, sino de la vida en sus diferentes etapas, por eso es ver al hombre de manera integral para dignificación de este y del profesional mismo</p> <p>P 8: E04 - Paty: La defino como una profesión muy humana que tiene valores.</p> <p>P 9: E05 - Oli: Pues ha significado de que de ahí crecí, de ahí madure, de ahí comí, de ahí todo.</p> <p>P10: E06 - Paula: la enfermería no solamente es ir y aplicar medicamentos, ir y hacer</p>

		algún procedimiento, la enfermería va más allá, es la relación que se tiene con el otro, y el otro es lo mismo que tú, es un ser humano con sus necesidades.
Enfermera – medico	La práctica de enfermería a través de la historia siempre ha estado subordinada al saber médico. Este caso no es la excepción, las enfermeras entrevistadas hablan de esta subordinación como diferentes formas peyorativas de llamarles: la achichinle del médico, la muchacha del médico, el apéndice del médico, la secretaria del médico, la asistente del médico, la fiel compañera y colaboradora atrás del médico.	<p>P 5: E01 - Cata: se piensa que la enfermera sigue siendo la asistente del médico cuando hoy en día yo creo que ya se tiene que estar quitando ese atributo o esa característica, que sigue habiendo ¡Claro que sigue existiendo! ¿cuándo se va a terminar? No sabemos, depende de nosotras las enfermeras.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: ¡No doctor tranquilo usted no me grite! porque para empezar yo soy la enfermera no soy su muchacha... [...] a veces como enfermeras la subordinación a la que estamos expuestas por lo mismo de que la enfermera es la achichinle del médico, se sigue creyendo que tú eres la sirvienta del médico o cómo ellos te llaman el apéndice del médico y en realidad no, tú eres tan profesional como él.</p> <p>P 7: E03 - Maru: les da miedo, no los cuestionan, y si tienen dudas no les preguntan tampoco</p> <p>P 8: E04 - Paty: hacer algo para que se separe más de ser la secretaria del doctor, o todo lo que dice el doctor la enfermera lo hace</p> <p>P 9: E05 - Oli: se sigue manejando la enfermería como la fiel compañera del médico y la colaboradora atrás del médico.</p>
Enfermera por cuestiones de azar	Una de las entrevistadas nos dice que su elección profesional fue cuestión de azar, ella solo quería estudiar, pero no sabía qué, se le dio la oportunidad en el Instituto y la aprovecho.	P 6: E02 - Carmen: pero te voy a decir sinceramente que fue algo del azar no fue algo que yo dijera ¡eso quiero! desde chiquita quiero ser enfermera ¡no! yo no soy de ese grupo.
Enfermería como segunda opción en la Universidad	Encontramos casos, como el de Edith que no deseaba estudiar enfermería, ella solicito entrar a medicina pero no se quedó y su segunda opción fue enfermería.	P11: E08 - Edith: No me quedé en medicina, me quedé en enfermería y dije bueno voy a probar un semestre, si de plano no me gusta renuncio. Pues me fascino, me encantó, ya no renuncié, al contrario le seguí.
Enfermería: profesión para mujeres	Una de las características de la enfermería es que se trata de una profesión feminizada. Y una forma de ver esto es en	P 5: E01 - Cata: ¡No! los tres años que yo estuve no... no deja si ya me acorde había un hombre en tercer año

	la matricula escolar de las escuelas de enfermería, como lo comentan las enfermeras.	P 7: E03 - Maru: Ninguno, éramos doce mujeres P11: E08 - Edith: Hombres y mujeres, pero éramos más mujeres que hombres, yo creo que éramos como 20 mujeres y eran cinco hombres.
Estudiante y enfermera en el servicio social	En el servicio social se tienen ese doble papel, el de ser la estudiante y todo lo que ello implica y a la vez comenzar a identificarte como enfermera.	P10: E06 - Paula: en esa etapa del servicio social que tienes todavía ese papel de estudiante, pero ya estás también con el papel de enfermera.
Estudiar enfermería a los 15 años ¡No!	Una de las enfermeras comenta que no se debe de estudiar enfermería a nivel técnico porque no sabes realmente a qué te vas a enfrentar, preferible que se estudie a nivel licenciatura donde ya estás más conciente de lo que implica esa carrera.	P 9: E05 - Oli: ¡A los quince años no! No porque no se sabe realmente qué es lo que quieres y el contacto que vas a tener o la formación que vas a tener con los pacientes. Con los seres humanos si se requiere de una madurez emocional y de una madurez física, entonces a veces hay compañeras que todavía quieren la muñeca y la mamila para jugar y ya tiene que estar cambiando y moviendo y no, ahí si no. Pero si lo haces cuando ya pasaste un bachillerato y tienes la oportunidad de tener una orientación vocacional y como ahora que las selecciones son más minuciosas.
Estudiar enfermería era un reto	Cuando no se tiene definido que profesión elegir, una de las opciones es acudir a cursos de orientación vocacional, en ese momento, comenta una de las enfermeras. se interesa por la profesión y lo ve como un reto.	P12: E09 - Iris: entonces ahí (Conalep) nos dan una introducción a la carrera 40 días antes de entrar, ahí te dicen si realmente tienes vocación, si no la tienes no pues no entras a estudiar. Yo tomé ese curso y me gustó y me quede. Pero si fue decisión mía porque yo era muy penosa, era muy tímida, muy insegura, entonces a mí se me hizo un reto.
Estudie enfermería porque no sabía que estudiar	Una de las entrevistadas platica que a pesar de tener deseos de seguir estudiando, no definía cual profesión elegir, entonces ella estudió enfermería por influencia de su madre y por la indecisión de no saber elegir.	P 9: E05 - Oli: Porque no sabía que estudiar: ¡Esa es la realidad!
Falta autonomía y decisión para decidir qué estudiar	Paula nos comenta que, a partir de su experiencia en la carrera de enfermería, se da cuenta que a la mayoría de las enfermeras les falta decisión para poder elegir una profesión, entonces eligen enfermería principalmente por influencia	P10: E06 - Paula: ¡No! Yo digo que no ¿Por qué? ¿Por qué tenemos que tener esa base? Decir que soy enfermera por mi abuela o mi parentesco o qué se yo ¡No! Yo pienso que enfermería... debemos de tener esa autonomía de decidirlo.

	de otras personas, ya sea familiares o no.	
Imagen de la profesión feminizada	La imagen de la enfermería como una profesión feminizada se funda en un estereotipo de género que separa a los hombres del mundo de lo afectivo en su desempeño profesional. También esta imagen esta relacionada con el supuesto sentido maternal y humanitario, así como una serie de actividades que “caracterizan” a las mujeres.	<p>P 5: E01 - Cata: siempre se le ha asemejado que es una carrera de mujeres, yo creo que la misma sociedad lo ha encasillado y la misma gente pide que sea atendido por mujeres, por sinónimo a más maternal, más no sé [...] yo creo que para ellos (los hombres) es mucho más difícil entrar a un ambiente de mujeres... se necesita ser muy simpático, atractivo... desafortunadamente es algo que no debería de ser, sino solo que tuviera conocimientos... entras en un círculo de mujeres y si no lo eres te acaban</p> <p>P 7: E03 - Maru: Desde el punto de vista cultural porque creen que el cuidado esta solo a cargo de las mujeres y si lo ves desde el punto de vista histórico el cuidado de la familia se le dio la mujer, el cuidado de los niños se le dio a la mujer, el cuidado de los enfermos se le dio a la mujer, entonces es como un... llamémosle una carga genética porque no esta solamente en lo cultural...</p> <p>P 8: E04 - Paty: ves más a una mujer enfermera, son creo que cuestiones como de cultura, porque es así: ¡Como eso solo lo hacen las mujeres!</p> <p>P 9: E05 - Oli: pues más socialmente identificada la carrera como una carrera femenina porque se decía que se requerían cuidados minuciosos, habilidades que supuestamente las mujeres nada más tienen, como destreza y habilidad con las manos, para movimientos finos, para cuidados estéticos. Entonces como que socialmente estaba identificada para mujeres.</p> <p>P10: E06 - Paula: No hay hombres en enfermería porque es una carrera por decirlo así propia de la mujer. De hecho los antecedentes históricos así lo señalan: Quien da el cuidado, en un principio fueron las monjas, después surgió la historia de Florencia Nightingale en la campaña de la guerra de Crimea, donde ella empezó lo que es el concepto de la profesión de enfermería, pero siguió siendo de mujeres.</p> <p>P11: E08 - supongo que también se ha de pensar que enfermería nada más es para puras mujeres y que ellos (los hombres) no tienen la idea de ser... de atender un paciente... ellos van a dar indicaciones, no tienen ese sentido, delicadeza de poder atender directamente al paciente y manejarlo con calidez, ellos son un poquito más fríos... no digo que a la mejor si hay gente que tiene mucha delicadeza, pero siento que la mujer tiene más de eso que el hombre. El hombre se da más a lo técnico, a lo administrativo, no al calor humano que le pudiese brindar a otra persona.</p>

		P12: E09 - Iris: se tienen la idea de que es una carrera para mujeres, en teoría.
Imagen de los médicos	La imagen que las enfermeras tienen de los médicos va desde el que son puros hombres, que son misóginos, prepotentes y que aún se sigue teniendo un papel de sumisión ante ellos.	<p>P 6: E02 - Carmen: el área médica como que son puros hombres y ellos están viendo haber qué [...] había unos muy prepotentes [...] ellos empieza: oye la enfermera fulana de tal esta bien buena verdad, yo los oigo y hasta ellos me platican entonces imagínate y que a fulano le gusta perengana y que sultano le anda echando los perros a sultana y son casados.</p> <p>P 7: E03 - Maru: Al doctor nada más le dicen: aquí me duele y entonces él se cree sabedor de todo... de lo biológico únicamente... y dejan a un lado lo psicológico, lo social, lo cultural... se burlan de la gente... yo sí he visto.</p> <p>P 8: E04 - Paty: algunos que tienen recursos y tienen mala educación entonces creen que pueden hacer menos a la gente</p>
Imagen social de la enfermera	A partir del discurso de las enfermeras sobre lo que ellas notan que la gente piensa y cree que es su actividad, es como podemos definir la imagen social de las enfermeras.	<p>P 5: E01 - Cata: te ven como alguien que sana... que salva... que cura... pero cuando les preguntas cómo le gustaría que fuera la enfermera: que fuera menos ruda... que fuera menos enojona... que fuera menos agresiva... que tuviera más humanidad... que tuviera más contacto con nosotros... y dices bueno se contradicen realmente yo creo que la gente nos ve como alguien que te cuida pero que es muy estricta y ven que somos poco humanos, es triste pero así nos ven [...] se sigue considerando a la enfermería como un oficio... ¡que es algo lamentable!</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Que a ti nada más te enseñan a inyectar ¡no! Que eres solamente la ayudante del médico que no piensa y que no sabe bien. Esa es la imagen que tienen los paciente y yo lo sé porque me han dicho: mi hija estudió un curso como usted, le enseñaron a inyectar y ahora es enfermera; le digo: ¡no señora! yo soy licenciada en enfermería, tengo una carrera de tres años de preparatoria y cuatro años de universidad con un año de servicio, y dice: ¡ah! ¿qué no es lo mismo? ¡no señora claro que no! a mí me hicieron examen profesional y a su hija no [...] la gente sigue creyendo que tu eres la sirvienta del médico o como ellos te llaman el apéndice del médico y en realidad no, tú eres tan profesional como ellos.</p> <p>P 7: E03 - Maru: Aquí adentro somos una imagen chiquita porque te dicen: ¡no! llame al doctor con usted no tengo nada que ver.</p>

		<p>P 8: E04 - Paty: generalmente las personas dicen que somos enojonas, que las enfermeras son de mal carácter, que tenemos muy poca paciencia, que no eres humana, que eres fea y eres gorda.</p> <p>P 9: E05 - Oli: que las enfermeras hacen una labor importante para la sociedad, después era la palabra útil, somos útiles. Eso es lo que piensa la gente.</p> <p>P12: E09 - Iris: Tiene muy mala imagen porque en mi experiencia... me han comentado los pacientes que somos inhumanas, que los tratamos mal, que no pensamos en su dolor, así se quejan siempre.</p>
<p>Ingreso a laborar al Instituto de Nutrición</p>	<p>La búsqueda de empleo para la mayor parte de las enfermeras no es un aspecto importante en su vida profesional, ya que al ser formadas en el Instituto de Nutrición, desde el servicio social ya estaban inmersas en el campo laboral. Por su parte, las enfermeras que no estudiaron en el instituto comentan que no fue difícil el ingreso al Instituto de Nutrición.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: afortunadamente había como un convenio en donde todo pasante del Instituto que cubría servicio social al siguiente mes podía ser contratado y al titularnos otorgarnos la base... ya era garantizado quedarnos aquí...</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Pues yo no tuve que buscar trabajo... no porque me este fanfarroneando sino que como soy de la escuela de aquí... mira mi generación fue la última en la que todos nos quedamos a trabajar aquí [...] tú tienes una trayectoria durante el servicio.. con un promedio... con un examen profesional... cuando yo hice mi examen profesional, me dieron la base de enfermera general A, como le llaman aquí. Terminando el servicio yo ya tenía trabajo, ya no tenía que salir a buscar, me evitaron la pena.</p> <p>P 7: E03 - Maru: Yo acabe el servicio social, me quedé como dos meses más y como no me daban la base que me voy, yo muy digna me fui a Médica Sur, después, al mes que entre a Médica Sur me vuelven a llamar de aquí para que regrese</p> <p>P 8: E04 - Paty: Me titule y empecé a buscar y me quedé aquí, hice un examen, me fue bien y ya me quedé a trabajar [...] En el 97 yo terminé el servicio social, estuve trabajando una temporada, como dos meses como enfermera y entre a un curso de computación pensando en que me podría ayudar en la carrera, entonces estuve estudiando en computación y después entre a trabajar como un año de capturista de datos y en cuanto me titule entre aquí, cuando me titule de técnico en 1998, me titule en el 98 pero encontré trabajo aquí en el 99.</p> <p>P 9: E05 - Oli: de hecho me quede aquí inmediatamente después del servicio social, me dieron la base.</p>

		<p>P11: E08 - Edith: concluí la universidad y después haciendo mi servicio social que lo hice aquí en Nutrición, en educación para la Salud. Se me hizo fácil un día venir a preguntar a ver que requisitos pedían. Hice un examen y resulta que me quedó, me llamaron y me dijeron que iba a entrar como auxiliar, que me aceptaban y así fue como entre.</p> <p>P12: E09 - Iris: mi amiga me dice: Sabes qué vamos a Nutrición, ahí hay bolsa de trabajo. Le dije: no, yo no voy porque yo quiero descansar un año, pero me convenció y venimos en el mes de septiembre. Entonces venimos en ese tiempo y nos dijeron que no había plaza de general, que íbamos a ser auxiliares, y pues no importa, ya después pasé a ser enfermera general.</p>
<p>La competencia en la escuela de enfermería del Instituto</p>	<p>En la escuela de enfermería, al igual que otras profesiones, existe una competencia de ver quién es la más fuerte, además de existir varios filtros en el trayecto de su educación, una de ellas nos dice: “se queda la mejor”</p>	<p>P10: E06 - Paula: sí había mucha, hay mucha competencia igual que en medicina, se queda el más fuerte, así es aquí la enfermería, quien se queda es porque realmente le gusta y porque puede</p>
<p>La elección de la escuela</p>	<p>En la dinámica de los estudios de enfermería encontramos en primer término la elección de la escuela. En algunas enfermeras la elección de la escuela es una cuestión que no está en sus manos. En otros casos hay desconocimiento total de qué es lo que se va a estudiar a la escuela de Nutrición. Están también las que son llevadas al instituto por algún familiar que labora o conoce el Instituto.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: realmente yo no supe de la escuela, nadie me recomendó, nadie me dijo: ¡Es la escuela María Elena Maza Brito y tiene este prestigio y el Instituto tiene este prestigio! ¡no! Yo no sabía de todo lo que era nutrición hasta que llegue y estuve aquí... realmente cuando llegue me mandaron directamente a la escuela</p> <p>P 6: E02 - Carmen: ¿cómo me enteré de la escuela? porque mi hermana la mayor trabaja aquí en el área de costura, ella es supervisor de esa área y me dijo de la escuela</p> <p>P 7: E03 - Maru: estuve un año sin estudiar y luego entre a la escuela de enfermería de Cardiología, pero se me hicieron sumamente rígidas, militarizadas, dije: ¡no! a estas ¿qué les pasa? Y en ese trance, después de que deje Cardiología [...] dije en la ENEO, pero ahí yo investigué con varias gentes y se me hacía muy superficial el programa, porque yo revise los programas [...] empecé a investigar con la gente que escuelas me recomendaban, casualmente una enfermera en una plática dice: si quieres tener una buena preparación es Cardiología o Nutrición; Dije: no, cardiología es muy militarezco, yo no estoy de acuerdo con esa formación; Bueno entonces vete a Nutrición. Entonces</p>

		<p>vine a dar aquí</p> <p>P 8: E04 - Paty: desafortunadamente como yo no tenía a alguien mayor que me orientara entonces la única opción que conocí fue el Cetis, y ya como en el cuarto o quinto semestre empecé a conocer los planes de estudio de otras escuelas, pero pues ya estaba casi al final. Me gustaría haber estudiado en la ENEO por ejemplo</p> <p>P 9: E05 - Oli: yo entre aquí a la escuela de enfermería del Instituto [...] preguntando por las escuelas de enfermería venimos a dar a esta.</p> <p>P10: E06 - Paula: Yo hice la carrera técnica aquí en la escuela María Elena Maza Brito</p> <p>P11: E08 - Edith: como no me quedé en medicina, salí en la segunda opción y directamente me mandan a la ENEO.</p>
La enfermera es más humanista que el médico	Uno de los discursos de las enfermeras en cuanto al trato de los pacientes y el médico, se refiere a que ellas tienen más esa orientación ética de ser humanista, a comparación de los médicos, ellas están más en contacto con los pacientes.	P 9: E05 - Oli: la enfermera es mejor que el médico porque la enfermera se pasa más tiempo con el enfermo a diferencia del médico que solo te ve y te receta. La enfermera te habla, te informa, te explica y te repite si no entiendes. La enfermera es mejor en ese sentido del contacto humano.
La experiencia como parte fundamental de ser enfermera	Las enfermeras mencionan que a pesar de tener los conocimientos necesarios para desarrollarse en su profesión, un aspecto fundamental y necesario para desempeñar eficientemente su trabajo es la experiencia que van adquiriendo a través de su trayectoria laboral.	P10: E06 - Paula: ahora aplica ahí tus teorías y tus conocimientos ¡Aplicalo! Es así como que la experiencia, esa parte fundamental de tu formación, entonces aquí en enfermería cuenta mucho y considero que vale mucho la experiencia que va adquiriendo uno a través de ese recorrido.
La experiencia del servicio social	El servicio social sirve como un espacio de mayor aprendizaje. Y en el caso del Instituto de Nutrición es una oportunidad de ir accediendo a espacios de mayor especialización en las áreas del hospital.	<p>P 5: E01 - Cata: Ya la responsabilidad era directamente de pacientes, se nos capacitaba dos semanas y a la tercera semana nos quedábamos al cuidado integral del paciente, ya tú tenías que ser la responsable del paciente, ya no eres la estudiante que estaba aprendiendo</p> <p>P 6: E02 - Carmen: En el servicio social pues tenías que cumplir con un turno de trabajo y a parte los trabajos complementarios que te podían pedir las jefas de servicio,</p>

		<p>las maestras, tenías que estarte metiendo en los libros.</p> <p>P 7: E03 - Maru: empecé el servicio social lo hice en terapia intensiva. Durante los tres primeros meses del servicio estuve bajo supervisión, el primer mes con una enfermera, el segundo mes me dejaron, no sola, pero si con un paciente y a cargo de una enfermera y al tercer mes me dejaron ya con dos pacientes graves.</p> <p>P 9: E05 - Oli: obviamente que también el servicio social es traumático porque de lleno te dejan como que si ya supieras todo y pudieras todo y estuvieras pero bien hecha en todas las habilidades.</p> <p>P10: E06 - Paula: No te metes de lleno directamente, de la escuela a la práctica no, de la escuela pasas por un periodo corto de transición en dónde a ti te ponen como una tutora, y esa tutora esa enfermera, esa compañera es la que te va a hacer ciertas observaciones durante tu introducción a lo que es tu practica profesional</p> <p>P11: E08 - En educación para la salud prácticamente ibas a preparar proyectos y como ya había estado en prácticas de enfermería, dije: ahora quiero descansar y haber si se me hace, quiero ver cómo se hace un proyecto.</p> <p>P12: E09 - Iris: Y me fui a hacer mi servicio social a Querétaro, participamos en campañas de vacunación, en cursos, en todo lo que implica el servicio social.</p>
<p>La función de las especializaciones y los cursos monográficos</p>	<p>Los cursos monográficos y las especializaciones hacen que una enfermera este mejor capacitada y le sea más fácil su trabajo y el ascenso a un puesto de trabajo de más categoría en el escalafón. También, suelen ser indispensables para el buen desempeño profesional. Y también es un requisito para el programa que existe de estímulo económico por parte de la secretaria de salud. Finalmente algunas de las enfermeras nos dicen que los cursos les sirven para tener más conocimiento y con esto ellas se sienten</p>	<p>P 5: E01 - Cata: Tengo dos diplomados, uno que fue metodología de la investigación que fue un requisito que se me solicitó cuando hubo cambio de autoridades de enfermería por estar un área de enseñanza y por iniciativa tomé el de cuidados hospitalarios que me encanta [...] cada vez que voy a un curso me doy cuenta que ya hay una patología diferente o mejor dicho una técnica y tratamiento diferente, el manejo de quipos, el manejo de medicamentos, eso es nuevo y eso es lo que de inmediato se lleva a la práctica.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: me han dado una base de conocimientos ... un bagaje de conocimientos que a mí si me satisface tenerlos [...] y otra es el desenvolvimiento, el trato con todo el entorno médico, me ha dado herramientas que me han servido toda mi vida después de haberlo estudiado [...] también, hice el curso de terapia enterostomal hubo un programa de recategorización donde las personas que tuvieran diplomados o especialidades tenían la posibilidad de tener la categoría de especialista... me tocó ese</p>

	<p>más satisfechas personal y profesionalmente.</p>	<p>programa, entonces por la especialidad es que soy especialista.</p> <p>P 8: E04 - Paty: nadie te manda, es por iniciativa propia, [...] yo he tomado de arritmias, por ejemplo a mi me gusta mucho cardiología y me hace falta mucho en ese tema.</p> <p>P 9: E05 - Oli: a parte de que te piden que estés actualizada constantemente, ha habido un sin número de estímulos económico y te pedían que estuvieras actualizada en un año entonces pues siempre por el poco estímulo o por el curso pero siempre estas haciendo algo.</p>
<p>La función de las prácticas profesionales y el servicio social</p>	<p>La aplicación de conocimientos en el campo de trabajo a través de las prácticas profesionales se convierte en una motivación para ser enfermera y les permite tener experiencia en el trabajo.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: aprendí a que si hay mucho trabajo lo tomes con calma porque de todos modos lo tienes que hacer [...] no callarme ante un médico si tengo algo que decirle se lo digo, si tengo una duda se la pregunto, si tengo un comentario se lo hago y si la regué también voy y les digo.</p> <p>P 7: E03 - Maru: En primera aprendí a ser independiente, de decir yo puedo sola [...] Sales con mayor habilidad porque el medio te orilla a hacerlo.</p> <p>P 8: E04 - Paty: me hacía falta conocer todavía mucho más... porque había muchas más cosas que hacer como enfermera: más cuidados y las especialidades [...] ahí aprendí el manejo de muchas cosas que aquí no son igual pero si más o menos se parecen</p> <p>P 9: E05 - Oli: obviamente las bases que vas adquiriendo en ese momento nos han servido para después</p> <p>P10: E06 - Paula: Ahí tú realmente te vas a dar cuenta si vas a aplicar tus conocimientos y proceso de atención enfermería que ese es el objeto de la profesión, ahí es donde empiezas a arreglar limitantes, a identificarlos,</p> <p>P11: E08 - Edith: para mi fue más importante porque me permití emplear mis conocimiento teóricos, llevarlos a la practica</p> <p>P12: E09 - Iris: te ayuda mucho, adquieres práctica.</p>
<p>La primer experiencia de trabajo</p>	<p>Las enfermeras narran las dificultades y aprendizajes que obtuvieron en esa primer</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: Pues al principio si te cuesta porque se te vienen encima cuestiones... por ejemplo yo empecé en terapia intensiva... entre a un área de</p>

	<p>experiencia de trabajo en la cual da comienzo su vida laboral, o lo que llamamos el ejercicio de la profesión. Esta primer experiencia de trabajo, por lo regular comienza con el servicio social. Ellas se remiten mucho a las dificultades que tuvieron que enfrentar. Este código esta muy relacionado al que nos habla del “aprendizaje en el aula al aprendizaje en la práctica”. Finalmente, dos aspectos importantes que se derivan de este tema es lo relacionado con el estrés que provoca esta primer experiencia, y las dificultades a las que se enfrentan cuando son enfermera que no fueron formadas en la escuela del Instituto.</p>	<p>especialidad que no tienes, tú no sabes... sabes conocimientos generales, enfermería básica y de repente pues te tienes que poner a la altura de un especialista porque eso es lo que te dicen, eres general pero atiendes a un paciente crítico... si es bastante el estrés porque... porque te dan dos semanas como de instrucción con otra persona y ya.</p> <p>P 8: E04 - Paty: yo lloré un día porque era muy difícil, me cansaba horrible de los pies, a veces no desayunaba, a veces no comía, saliendo de aquí me iba a la biblioteca a estudiar y llegaba a mi casa tarde y al otro día era muy difícil pararme porque era muy pesado para mí, era muy, muy pesado. Las compañeras son terribles cuando alguien es nuevo... [...] fue difícil, se ponían muy estrictas, me hacían examen en el departamento, me hacían examen en la oficina de enfermería, en la jefatura, examen, examen y examen. Yo creo que influía que era de otra escuela, por ejemplo las que habíamos estudiado en otras escuelas si hacían examen y las que estudiaban aquí no les hacían examen en la jefatura [...] como discriminación por ser de otro lado, tuve que aprender muchas cosas</p> <p>P11: E08 - Edith: Yo no tuve problemas [...] yo sentí que había cosas aquí que no las vi a nivel teóricos, por decir el guayaco, no sabía qué era un guayaco y el por qué se tenía que sacar y me di a la tarea de investigar qué era.</p> <p>P12: E09 - Iris: Me fue fácil en el sentido de que era un clínica particular pues eran pocos pacientes y que tenía que atenderlos, pero lo que había que hacerles pues ya llevamos los conocimientos, entonces no me fue difícil. Lo que se me hacía más difícil era desenvolverme con los hombres, pero porque yo era muy penosa.</p>
<p>La Satisfacción profesional en el Instituto de Nutrición</p>	<p>Otra de las características de la valoración que le dan a la carrera de enfermería se basa en la satisfacción que sienten estas mujeres con ser enfermeras del Instituto de Nutrición.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: lo más importante a sido en mi crecimiento a nivel como persona... creo que aquí en nutrición... he trabajado, se nos ha permitido... es una casa abierta... quien sigue estudiando lo puede hacer, quien se quiere seguir preparando lo puede hacer, ya que es a nivel iniciativa, no se nos ha presionado, es como persona</p> <p>P 6: E02 - Carmen: siento que mi esfuerzo ha valido la pena, he tenido el carácter para salir adelante</p> <p>P 7: E03 - Maru: la forma de ser independiente, aprendes a ser independiente</p>
<p>La enfermera muy técnica solo ve al ser humano como</p>	<p>Cuando la enfermera esta inmersa en su rutina de trabajo y no interactúa más con</p>	<p>P10: E06 - Paula: adquieres una especie de cotidianidad que a veces te metes tanto en él que te rutinizas y pierdes esa esencia con el otro. Y ahí pierdes todo lo que es el</p>

herramienta de trabajo	el paciente, suele llegar el momento en que se vuelven tan técnicas que al ser humano solo lo ven como su herramienta de trabajo.	código, alteras tus principios y ya no aplicas como tal la práctica profesional sino que e... te metes a lo práctico, a nivel técnico nada más, a nivel de la rutina se puede decir, y ya no vez al ser humanos como ese sujeto que depende de ti, sino vez a ese ser humano como objeto o como herramienta de trabajo
La utilidad de la profesión	La profesión de enfermeras en algunas mujeres llega a ser útil en el aspecto de que no solo les da satisfacciones, sino que les permite tener por ejemplo comodidades económicas que tal vez no hubiesen obtenido si se dedicaran a otra actividad.	P 5: E01 - Cata: También la defino como un área de oportunidad para poder crecer [...] es una carrera que puedes estar en un buen estatus a pesar de que mucha gente se queja del salario creo que es una de las más beneficiadas, en lo económico porque me permite tener las comodidades que a mi me gustan [...] y a partir de todo esto he obtenido... he comprado mi casa...
Las becas para poder continuar los estudios	La escuela de enfermería del Instituto, a pesar de ser particular, lo cual implica pagar colegiaturas, es una buena opción para las enfermeras con escasos recursos porque se les otorga una beca, lo único que deben de tener como requisito es mantener un promedio de calificación por arriba del 8.5	P 5: E01 - Cata: era conservar una beca, era que en el nivel técnico tenía que buscar una beca si quería continuar con la carrera [...] como estudiante podíamos a partir del segundo semestre obtener la beca que es estar exentas en pago de colegiaturas con un promedio mayor de 8.5. Era lo que teníamos como apoyo económico: la beca. P 9: E05 - Oli: inicie la carrera y me la pasé becada, era un compromiso con mi mamá porque lo que me daba no era de darlo así tan fácilmente, tenía que mantener a las dos
Las enfermeras que se niegan al cambio	A pesar de la actualización con la impartición de cursos y especialidades, encontramos enfermeras que no asiste y que se niegan a dar ese cambio en la atención y cuidado del paciente.	P 9: E05 - Oli: hay mucha gente que todavía se niega al cambio de que al paciente y al familiar hay que informarles todo lo que pida, si te dice: ¿cuánto tengo de presión? ¿cuánto tengo de temperatura? Es información que a él le compete porque es su cuerpo entonces hay gente cerrada y aferrada de que: esa información no se la puedo dar porque va al informe médico, pero si lo estas sacando del cuerpo del otro, lo más privado, lo más importante es el individuo al que le estás aplicando esto y se ponen con esas actitudes de que esa información no la pueden dar, por ejemplo eso lo entiendes a partir de la actualización con cursos, antes no se hacía, ahora si.
Lo aprendido en la escuela	Un elemento del aprendizaje en la escuela lo constituye la formación de valores como el respeto, sobre todo en relación a la atención del paciente. También adoptar una serie de características como la iniciativa, el interés, el compromiso, la	P 5: E01 - Cata: Lo más importante ante todo el compromiso, la responsabilidad, la honestidad y en especial la humanidad. afortunadamente contábamos con profesoras que amaban la carrera y querían que nosotras como estudiantes también... y que finalmente teníamos el compromiso de lo que significaba ser una enfermera de nutrición.

	<p>responsabilidad, la honestidad y la humanidad.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: A mi algo que me inculcaron la maestra Araceli, la Maestra Florita, Esther, es que cuando fuera a algún servicio tuviera iniciativa e interés, entonces sobre la base de esas dos palabritas aprendes mucho y colaboras y estás como en todo, ¡ah! y ser muy observadora.</p> <p>P 7: E03 - Maru: Pues valorar mi esfuerzo como persona, la importancia que los profesores tienen como trascienden en tu formación y en tus decisiones como profesional</p> <p>P11: E08 - Edith: El respeto. El respeto ante todo hacia mi paciente, mi responsabilidad hacia él, el nunca darle la espalda cuando él me esta llamando, ver si realmente esta bien</p> <p>P 9: E05 - Oli: La disciplina que te da esta profesión, es disciplina de entender que estas trabajando con seres humanos y la responsabilidad que esto traía consigo. El hacerlo bien desde la primera vez.</p>
<p>Una buena enfermera: Ser práctica y ser humanitaria</p>	<p>A partir del discurso de algunas de las enfermeras entrevistadas, para poder ser una buena enfermeras se necesita la práctica, que es lo más técnico en cuanto a cuestiones de cuidados de enfermería, pero también es muy indispensable tener esta parte humanitaria que tanto las caracteriza.</p>	<p>P 9: E05 - Oli: Habilidad para un pensamiento crítico después de una metodología de trabajo, después de la enseñanza y la repetición de técnicas para tener una buena técnica en ciertos procedimientos que se requieren, tener la habilidad para la técnica. Pero más que todo, es esta cuestión humanística de ver al otro ser como uno mismo y si quiero ayudar y querer al otro y que no le pase nada malo.</p> <p>P10: E06 - Paula: nada más nos queda la parte práctica, la parte de lo técnico, de los procedimientos, del cuidado, de la educación que le tenemos que dar al paciente, eso nos sale perfecto y somos de diez. Pero la parte humana, que te mueve el tapete, esa parte es muy difícil destaparla y claro que tenemos que pensar en eso.</p>
<p>Lo que caracteriza a una enfermera</p>	<p>Se refiere a la autopercepción de una serie de características que como enfermeras se tienen y se deberían tener.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: Una enfermera tiene que estar convencida de lo que quiere, de la carrera que ha seleccionado. En donde esta y que es una gente que debe tener muchos conocimientos, preparada, mucho amor a su carrera, a su persona [...] tener mucha ética, honestidad y el compromiso [...] el amor que se tiene hacia el ser humano, el respeto, la responsabilidad.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: La enfermera debe ser autocrítica y autodidáctica porque como que llega un momento en que nos rutinizamos tanto [...] debe tener criterio propio, personal, y debe de tener principios en el sentido de respetabilidad.</p>

		<p>P 7: E03 - Maru: ser independientes, emprendedora, muy activas y críticas.</p> <p>P 8: E04 - Paty: Que sea humana, hábil e inteligente. A veces lo que a uno le falta es humanismo, porque somos unas maquinitas que saben todo y hacen todo pero tienen un carácter horrible, no atienden al paciente, van lo revisan pero no lo apoyan. Inteligente, yo creo que inteligente porque algo que le dices a alguien y no lo capta a la primera y más en este ambiente esta perdida, entonces tiene que ser una persona inteligente. Hábil, porque debemos de tener mucha destreza, tienes que hacerlo todo rápido.</p> <p>P10: E06 - Paula: experiencia y capacidad de decisión, porque ahí es de decisión y decisiones fuertes, nada de que espérame primero le pienso ¡No! En ese momento de la etapa crítica de tu paciente tienes que decidir y ahí las compañeras aplican sus conocimientos.</p> <p>P11: E08 - Edith: Pues que sea tenaz, responsable, iniciativa, ser muy espontánea, tener mucha calidez para los pacientes y calidad, principalmente eso, hacia los pacientes.</p> <p>P12: E09 - Iris: Yo pienso que debe ser muy observadora y saber escuchar. Observadora porque de repente manejan los pacientes muy mecánicamente.</p>
Lo que incorporaría al código de ética	Algunas de las características que las enfermeras no encuentran en el código de ética y que ellas consideran indispensable inculcar desde la etapa de estudiante son más de carácter profesional, como el ser un profesional independiente.	<p>P 6: E02 - Carmen: yo creo que incorporaría el hecho de que te debes de ver como un profesional libre... independiente.</p> <p>P 9: E05 - Oli: yo le agregaría la independencia del pensamiento enfermero, porque se sigue manejando la enfermería como la fiel compañera del médico y la colaboradora atrás del médico. En ese sentido yo le quitaría eso y le agregaría lo de la independencia de pensamientos de nuestros cuidados y de nuestra profesión</p>
Lo que más gustó en la escuela de enfermería	Las entrevistadas nos mencionan qué fue lo que más le gusto de su etapa de estudiante en la escuela de enfermería.	<p>P 5: E01 – Cata: lo que más me gustaba en el nivel técnico era irme de prácticas, eso era lo padre porque era algo desconocido para mi.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: pues yo creo que me gustó... me gustaron algunos programas... me gustó como me trataron algunas maestras...</p> <p>P 8: E04 - Paty: Lo que más me gustó fueron las prácticas porque en los hospitales</p>

		generales, te dejaban hacer muchas cosas, lo que tú quisieras.
Lo que más me gusta de mi profesión	Una de los elementos que son importantes para entender la valoración que las enfermeras le dan a su profesión es lo que más les gusta de su profesión, por lo regular es la atención y el cuidado al paciente lo que más les agrada; además la satisfacción que les da cuando un paciente es dado de alta y se acercan a ellas para agradecer el buen trato.	<p>P 5: E01 - Cata: me gusta el trato con el paciente, me gusta el poderme desempeñar en cuanto a las actividades más humanísticas,</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Me gusta cuando un paciente me dice: ¡gracias por haberme atendido! ¡por sus atenciones! Pero soy de la idea de que... si un paciente te dice... lo viste muy mal, pero muy mal, muy grave, al borde de la muerte, y dices: ¡mira se va caminando que gusto! Y te dicen: ¡gracias señorita que amable! Te sientes bien, sientes muy bien.</p> <p>P 7: E03 - Maru: Lo más importante para mi como persona, es saber... estar en urgencias, en consultorios y trabajar con los médicos... eso para mi es más trascendente</p> <p>P 8: E04 - Paty: Lo que más me gusta es conocer al paciente, conocerlo como ser humano y el entorno que tiene ese ser humano</p> <p>P 9: E05 - Oli: Lo más importante ha sido precisamente el contacto con el paciente, esta relación estrecha de comunicación, a veces hasta de afecto porque los pacientes a veces duran mucho tiempo [...] me han gustado precisamente cuando he podido incidir en el cambio en alguien, ya sea un cambio en el paciente, en el familiar o en mis compañeras.</p> <p>P11: E08 - Edith: Pues me gusta todo, me llena mucho el tener el contacto directo con el paciente, el llegar al día siguiente, saludarlo si tengo más tiempo con él, ver su evolución, ver que amaneció muy bien, su tratamiento y más alegría y más satisfacción me da que todos los cuidados que tú le diste sirvieron porque ya se va de alta y más cuando me toca de días corridos y que me tocan desde que llegan hasta que se van de alta. Eso me agrada y me llena. Cuando el paciente te agradece, que no tiene forma ni palabras para poderte agradecerte sus atenciones, la manera en que te lo dicen, es donde me ha dejado muchas satisfacciones para poder seguir siendo así.</p>
Lo que no me gusta de mi profesión	También encontramos aspectos que les son desagradables a las enfermeras en el desempeño de su profesión. Se remiten a la actitud que en ocasiones toman algunos	P 5: E01 - Cata: me disgusta, que me cambiaran de turno, creo que yo estoy acoplada a lo que es mañana y tarde y venir en la noche no me gusta, ni venir a laborar a lo que llaman jornada acumulada que es el fin de semana.

	<p>pacientes, de prepotencia. Otra de las cosas desagradables para ellas es ver al paciente sufrir y no poder hacer nada para ayudarlo. También el disgusto esta en la forma de ver la enfermería como la sometida ante el médico.</p>	<p>P 7: E03 - Maru: lo que no me gusta es estar oyendo, o sea que se me imponga de cierta manera, es decir: ¡Hazlo y ya! o que haya muchas inequidades eso no me gusta</p> <p>P 8: E04 - Paty: Me disgusta cuando yo creo que no soy capaz de darle tranquilidad al paciente, me desespero y me doy la media vuelta y eso no me gusta, pero a veces no se como, eso me disgusta a veces porque a veces me considero... creo que soy muy egoísta</p> <p>P 9: E05 - Oli: Y las cosas que menos me han gustado en enfermería es que no terminamos de crecer parejo, siempre hay estos brotecitos de ¡Estas son las extraterrestres! Las que todo pueden... las que nada se les dificulta.. las que todo saben... y... estas son las totalmente apáticas que no quieren saber nada y que no quieren crecer para nada. Eso es lo que te desanima, dices: nadie las trajo a fuerzas aquí, por qué no se despabilan o por qué no dicen esto no es lo mío y me voy</p> <p>P10: E06 - Paula: me disgusta que enfermería esta bien sometida, muy sometida, si no actuamos no podemos avanzar y no podemos tener ese cambio.</p> <p>P11: E08 - Edith: lo que me disgusta en mi profesión es ver a alguien postrado, o sea el paciente y que ni el médico puede hacer algo por levantarlo. Me disgusta y me da tristeza.</p>
<p>Lo que no me gusta de un paciente</p>	<p>Lo que no les gusta de un paciente es cuando llegan con una actitud de prepotencia y exigen la atención.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: Lo que tal vez no me gusta es que un paciente llegue así de entrada exigente ¡atiéndame! No me gusta que los pacientes que llegan y ¡atiéndeme! y arman un arguende y te regañan eso es lo que no me gusta</p> <p>P10: E06 - Paula: Lo que no me gustaba de mis pacientes, y eran pocos, que había algunos muy demandantes, ya le había dado su tiempo, su espacio, pero me buscaban mucho, no sé si por la platica que entablaba con ellos o la forma en cómo demandaban la atención.</p>
<p>Lo que significa el ascenso en el puesto de trabajo</p>	<p>En el proceso de construcción de la identidad profesional aparece como elemento importante la percepción que tienen ellas sobre su ascenso en los puestos de trabajo y describen de qué forma fue.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: Afortunadamente puedo decir que he ascendido muy pronto en el área de enfermería no por ser egresada... pero es un requisito en forma interna... ser egresada... y creo que ir ascendiendo en forma rápida te obliga a estudiar, te obliga a que si tienes un puesto que es a nivel administrativo es mayor presión, más en el caso mío que es de coordinación en enseñanza [...] y que mi ascenso haya sido... yo puedo decir que rápido porque hay mucha gente que esta en el mismo lugar durante 20 años y</p>

		<p>no ha modificado... en mi caso pase de tener una plaza de auxiliar, a pesar de que ya era titulada, a pasar de inmediato de enfermera general A enfermera general B y posteriormente ya como coordinadora de enseñanza en poco tiempo</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Si, has de cuenta que cuando era enfermera general A hice un examen de escalafón y lo pasé y sigue la B, de ahí cuando hice el curso de terapia enterostomal hubo un programa de recategorización donde las personas que tuvieran diplomados o especialidades tenían la posibilidad de tener la categoría de especialista... me tocó ese programa... no hice examen te voy a ser sincera... entonces por la especialidad de terapia enterostomal es que soy especialista.</p> <p>P 9: E05 - Oli: En este hospital estuve de enfermera general, después hubo promociones y estuve como jefe de servicio. Una vez estando como jefe de servicio pude estar en diferentes áreas del hospital incluyendo la coordinación de enseñanza. En la coordinación de enseñanza fue el escape en el que se me permitió hacer muchas cosas para la enseñanza, la educación. Hice cursos, organización.</p> <p>P10: E06 - Paula: si me dicen las jefes te tienes que preparar para futura jefa de servicio, por tanto le voy a dar el nombramiento de coordinadora de quirófano; yo decía ¡Ay no! Yo no quiero ser coordinadora, yo quiero estar adentro en la cirugía, le dije mi punto de vista, le dije: bueno yo me fui a preparar pero para estar ahí, con la batalla, y me dijo: no, usted es de las otras, es de batalla pero para dirigir los grupos [...] entonces así como que me lavaron el cerebro y dije: ¡Bueno! Esta bien, me voy a quedar como coordinadora, me quedé como coordinadora en el quirófano y después por razones de cambio de algunas compañeras de categoría jefas de servicio, yo concurse también y me quede también como jefe de servicio [...] pero para empezar a escalafonar los rangos tienes que concursar, tienes que promoverte, tienes que presentar un currículo actualizado, tienes que promoverte dentro de los estándares que manejan. Entonces para llegar aquí pues también concursamos. Empezamos por ese proceso: entregamos el currículo, presentamos el examen y la entrevista.</p> <p>P11: E08 - Edith: Entre como auxiliar y a los pocos meses me dieron mi base y al año me hicieron mi cambio de categoría a Enfermera General.</p>
Lo útil del aprendizaje en el aula	Se refiere a la utilidad de todos los conocimientos obtenidos en la escuela de enfermería para aplicarlos a la práctica laboral	P 6: E02 - Carmen: Tan útil me fue que digo no creo haber fallado en las instrucciones de enfermera ya que no me han cambiado de los servicios... no porque no funcioné sino porque me necesitan en otro.

<p>Los cursos no garantizan un mayor conocimiento</p>	<p>En la experiencia de algunas de las enfermeras, se dan cuenta que a pesar de tomar cursos, eso no garantiza que van a saber más o que están más preparadas. Una de ellas nos dice que si se va a tomar un curso es para que realmente se aplique lo que se esta viendo y que no sea solo por obtener más puntos en el curriculum.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: mira yo he visto en mi experiencia personal... he observado que hay compañeras que tienen infinidad de cursos pero yo les pregunto y no saben</p>
<p>Los cursos solo para los estímulos</p>	<p>Algunas de las enfermeras mencionan que al existir un programa de estímulos a enfermería por parte de la secretaria de salud y que en este, uno de los requisitos sea estar constantemente actualizadas, hace que las enfermeras tomen los cursos no tanto para aplicar los conocimientos a su trabajo diario, sino que el fin es aumentar sus puntos y obtener el estímulo económico.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: Sabes yo pienso que se ha fomentado eso de que van a muchos cursos y muchas constancias y todo porque como hay un programa de estímulos a enfermería, concursas por horas curso, has de cuenta si tú tienes 100 horas de curso, pues si entras al programa, a parte se complementa con la asistencia al trabajo, la puntualidad, el currículum, entonces ¡ah pues si tengo más cursos tengo más horas! [...] yo digo que si vas a tomar un curso... pero un curso que te sirva, que asimiles, que no vayas para hacer relleno y por tener tu currículum gordo.</p>
<p>Los exámenes para poder estudiar enfermería</p>	<p>Para poder estudiar enfermería, al menos en el Instituto de Nutrición se realizan una serie de exámenes con los cuales se quiere ver las habilidades y destrezas de las aspirantes, y así determinar si son aptas para desempeñarse profesionalmente en esta carrera.</p>	<p>P 9: E05 - Oli: hay un examen psicométrico porque lo que nos interesa obviamente son las habilidades, las destrezas y las actitudes que puede tener para la formación de enfermería</p> <p>P10: E06 - Paula: El ingreso fue... que me hicieron entrevistas, me hicieron un examen psicológico, uno psicomético y uno de conocimientos</p>
<p>Manejo del estrés en el trabajo</p>	<p>Algunas de las enfermeras narran la forma en como ellas han prendido a manejar el estrés en el trabajo y también los talleres que se han implementado para ayudarles al manejo del estrés</p>	<p>P 5: E01 - Cata: también tenemos nuestro talleres de psicología... que si estamos hasta la punta y no sabemos como manejar ese estrés... hay ocasiones que... meses... inicios del segundo semestre la fricción es muy alta, afortunadamente cada dos meses tenemos nuestro taller de psicoanálisis. Todas lo tomamos porque sabemos que todas lo requerimos</p> <p>P 6: E02 - Carmen: cuando hice el servicio social sentía que me estresaba mucho, pero después de un tiempo aprendí que por qué me desgastaba fisiológicamente si las cosas iban a fluir como el agua del río de todas manera, entonces dije ¡no tengo por qué estresarme! si no llego pues ni modo... porque me tocó el tiempo que construyeron</p>

		<p>el puente de vaqueritos y el tráfico era horrible y llegaba tarde por lo mismo y eso me estresaba demasiado, llego el momento en que dije ¡no! ¡alto! ¡stop! no puedo seguirme estresando, enfermándome del estomago, yo creo que fue eso.</p> <p>P10: E06 - Paula: me considero una persona de carácter fuerte, muy fuerte y explosivo, pero que a través de un proceso de apoyo creo que he sabido ubicarme en mi realidad y poder trabajar con el grupo que manejo [...] Ya no podíamos con toda esta carga emocional, fue duro, incluso yo estoy en un proceso psicoterapéutico porque si es una situación difícil de entender y por la carga emocional que uno arrastra desde los orígenes de la formación, de la historia de vida de cada una de nosotras</p>
Me decido a hacer la licenciatura	Las enfermeras explican por qué se decidieron a estudiar una licenciatura en enfermería	<p>P 9: E05 - Oli: yo que decía que diez años aquí no me la pasaba, pero ya cuando pienso así en retrospectiva todo el tiempo que paso y digo: ¿Qué voy a hacer? Y digo: pues ya de aquí no me muevo, si yo me pongo a estudiar otra carrera, cuando salga ya voy a tener una edad en la que ya no me van a contratar en otros lado. Aquí ya voy a tener más antigüedad, sería muy mal cambiarla o perderla, para que le hago al tonto, entonces veo mejor las opciones de licenciatura en el sistema abierto: la inicio, la termino, me titulo a los dos meses de haber terminado la licenciatura y de ahí me continuo con un sin fin de actividades. La licenciatura fue de un año complementario, que lo que haces es cursar el séptimo y octavo semestre de la licenciatura</p> <p>P10: E06 - Paula: me decidí a hacer la licenciatura y para esto fue en la Universidad Autónoma de Morelos con sede aquí en Nutrición, ahí estuve un año para hacer el séptimo y el octavo semestre de la carrera de la enfermería.</p>
Me enoja el dominio médico	Una de las enfermeras nos menciona que por políticas institucionales, actualmente siguen viviendo bajo la supervisión del área médica.	P10: E06 - Paula: me enojan las políticas institucionales... por eso del dominio médico, eso me enoja, me irrita, no hablamos el mismo lenguaje, por su puesto que no
Me faltaron muchas cosas por aprender	Se refiere a su experiencia como estudiante de una escuela técnica que es el cetis. Paty habla de una mala preparación profesional. Incluso llega a decir que ese tipo de escuelas no deberían de existir.	P 8: E04 - Paty: Cómo estudiante me faltaron muchas cosas, muchas bases de enfermería que si me hubiera gustado ver un poco más porque hay cosas en las que todavía no... como son las bases [...] si me gustaría por ejemplo que hubiera algo, no sé, que regulara todas estas escuelas, un reglamento, algo que regulara el nivel de estudios, porque de plano si estas escuelas no existieran entonces no habría tantos problemas o si todas tuvieran los mismos planes de estudio entonces no habría tantos conflictos de que a ti no te quiero porque eres de esa escuela: ¡Como tu no me

		presentaste este plan del primero y segundo semestre, pues te falta, no puedes entrar! Creo que no deberían de existir esas escuelas o haber algo que las regule, que todas tuvieran lo mismo [...] me faltaron muchas cosas y así como que por eso no nos quieren en ningún lado.
Me gustó la carrera cuando comencé con las prácticas	Algunas de las enfermeras se convencieron de su profesión al comenzar sus prácticas profesionales, que es cuando se van al área operativa de los hospitales.	P10: E06 - Paula: en el primer año a mi lo que me gustó y me encanto y dije esto es mío, es cuando yo empecé a hacer mis prácticas [...] entonces de esa manera fue cuando ya me encantó y dije: ¡Esto es lo que yo quiero hacer! ¡Yo quiero ser enfermera!
Mi mamá me decía: Estudia enfermería	Es el caso de una de las enfermeras que narra como fue que se decidió por la profesión de enfermería. Fue por la influencia que tuvo su mamá y la familia de su mamá que a pesar de no ser nadie de ellas enfermeras, se encuentran laborando en el área de la salud.	P 9: E05 - Oli: toda la familia de mi mamá trabaja en un hospital diferente, entonces tengo un contacto en toda la zona de hospitales, y mi mamá trabajaba en Neurología y una vez estando en este ambiente y en contacto con la gente que estaba en cada uno de los hospitales, lo más lógico era que todo mundo te dijera: ¡Ay pues enfermería! Porque enfermería es una carrera que te va a servir hasta para la familia, te va a servir porque vas a encontrar trabajo rápido, te va a servir porque ya hay un contacto de la familia en todos los hospitales y va a ser fácil que tengas trabajo. Entonces cuando tienes la cantaleta de todos los días de: ¡Ya vas a salir y tienes que estudiar algo! ¡Algo como enfermería!
Mi mamá me dijo: vas a estudiar enfermería	En este caso, paula no tuvo ninguna decisión sobre su elección escolar, estaba sometida a las ordenes de la mamá y ella le dijo: “vas a estudiar enfermería”	P10: E06 - Paula: cuando se da cuenta mi mamá que a mi me gustaba (ser socorrista dela cruz roja), tengo una hermana que trabaja aquí en el Instituto, entonces mi mamá le comentó a mi hermana: sabes qué Emma que tú hermana Paula como que le ha dado mucho esto del rescatar los heridos, entonces que te parece si te la llevas allá a donde tu trabajas, tú me has platicado que hay una escuela de enfermería, entonces por qué no te la llevas. ¡Fíjate nada más lo que mi mamá! Mi mamá así como que manejaba la vida de todas nosotras, entonces mi hermana dice: bueno pues si me la llevo y allá que entre a la escuela [...] yo me acuerdo que mi hermana y mi mamá estaban empecinadas en que yo tenía que ser enfermera
Motivos para no ascender de puesto	Algunas de las enfermeras un tanto inconformes con su situación laboral en el Instituto de Nutrición, nos comenta sus motivos del por qué aun, después de ya varios años de labor, sigue en el mismo puesto de trabajo con el que entro.	P12: E09 - Iris: Tengo ya casi cuatro años de estar en el tercer piso. Empecé en el primer piso y cinco años en terapia [...] no me siento tan... siento que si estoy ignorante de muchas cosas... pero no me siento tan burra digamos... para decirte que me siento la de la esquinita ¡No! La verdad no... Pero lo que pasa es que no se siente motivación.

<p>Motivos para ser enfermera</p>	<p>Algunos de los motivos para estudiar enfermería, se refiere a ese gusto del quehacer de la enfermera. Pero en algunos casos aparece hasta el momento de las prácticas profesionales, de hecho, por ejemplo en el caso de Edith, ella había solicitado su ingreso a Medicina. Otro de los motivos por los cuales se quería ser enfermera es la idea de independizarse del hogar y que mejor que con una carrera corta como enfermería.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: realmente yo no nací siendo enfermera, no pensé que iba a ser enfermera, no soy de vocación, soy de convicción, estoy convencida de esta área, pero tuve que conocer antes para poderme convencer...</p> <p>P 6: E02 - Carmen: realmente no soy de esas que ¡ay! yo soñaba con ser enfermera ¡no! yo soñaba con tener estudios realmente, viendo toda la dinámica familiar, no quería más que estudiar algo, no estar ahí en el rincón como escopeta.</p> <p>P 7: E03 - Maru: No tengo antecedentes de enfermería... nada... y me puse a analizar: ¿qué es lo que quiero? yo me quiero independizar y bueno te voy a salir barata. Dije: pues enfermería; lo hago rápido, relativamente fácil y luego ya continuo en lo que bien me decido</p> <p>P 8: E04 - Paty: alguna de mis primas estudió enfermería y si me llamaba mucho la atención, entonces me gustaba enfermería, pero a parte yo quería estudiar algo quizá como medicina, pero no tenía recursos, entonces tenía que estudiar y trabajar y era muy difícil para mi. [...] Me gustan mucho las relaciones. Como niña o ya como adolescente, que ves qué es la que toma la presión y la temperatura entonces me gusta. Me gusta el poder dar, es más como las relaciones, soy una persona que se relacional mucho, eso me gusta</p> <p>P11: E08 - Edith: yo pedí primera opción medicina porque a mi me gusta mucho el estar atendiendo a la gente, el ver por qué si se enfermó cómo poder ayudar. Y más creció el sentido de... de seguir atendiendo a los pacientes cuando ya estaba en enfermería y hacia las prácticas y veía como la gente se movía por hacer algo por esa gente que llegaba por urgencias y que la atendían, luego el abordar al paciente me llamó más la atención, eso me gusta.</p>
<p>Motivos por los cuales se tiene una menor profesionalización</p>	<p>Algunos de los motivos por los cuales unas de las enfermeras no han tomado cursos monográficos ni especializaciones se debe por ejemplo a lo económico, algunas manifiestan que los cursos son demasiado costosos. Otros de los impedimentos para tomar algún curso es el tiempo, no les alcanza el tiempo para</p>	<p>P11: E08 - Edith: Los han sacado pero a nivel técnico (los cursos monográficos y especializaciones) y realmente no me conviene a mí irme como para atrás, y si vas a gastar, porque de hecho están caros los cursos o los diplomados. [...] Además cuando los sacan las fechas no me quedan en el sentido de que, trato también dedicarles a mis niños: la escuela, la atención es más con ellos en mis vacaciones. Hace dos años fue el de urgencias, en ese quería pero mi niña tenía dos años, estaban muy chiquitos, a parte de que salió carísimo en \$12,000 y pagar una cantidad así y desatender a mis niños mejor no.</p>

	cuidar a sus hijos y su hogar y a la vez estar tomando un curso. También las enfermeras cuestionan que el tomar un curso a nivel técnico, teniendo ellas ya la licenciatura es como ir para atrás en los estudios.	P12: E09 - Iris: Porque no puedo... mira sí quiero y lo tengo pensado, pero ahorita no puedo porque mis niñas están pequeñas, en el sentido de que yo no tengo quién me las cuide como para hacer un curso. Mi esposo me apoya, pero viniéndome yo al curso quiero aprovecharlo al 100% Pero aquí no nos dan un estímulo ni de días ni económico, entonces yo tendría que... desde mi punto de vista: dejar de trabajar y dedicarme al curso y que mi esposo me mantenga todo el curso y mis gastos y uniformes y demás. Entonces yo quiero algo bien, no a medias y no puedo porque no tengo quien me las cuide. Mi esposo o trabaja o me las cuida. Ese es el principal problema.
No me gusta la forma de trabajo y el trato de las jefes	La inconformidad que existe por parte una enfermera en cuanto al trato y la forma de trabajar de sus superiores.	P12: E09 - Iris: Con estas jefes que tenemos, llega un momento en que si te contaminas, de que dices... a veces es tanto el rencor de la misma gente que yo creo que trae... que tú dices bueno ya me cansé que me haga, me haga, me haga, pues ahora yo le hago. Entonces llega un momento en que dices: ¡Ay a la mejor ya estoy igual que ellas! Pero he aprendido mucho a luchar contra algo negativo que hay aquí. Porque es muy difícil... llega un momento de que te cansas y dices: ¡Ya no me voy a dejar! Finalmente dicen que la peor enemiga de la enfermera es la propia enfermera.
No me gustan las jefes	La inconformidad que existe por parte una enfermera en cuanto al trato y la forma de trabajar de sus superiores.	P12: E09 - Iris: No me gusta las Jefes que hay, no me gusta que sean solteras, sobre todo eso, porque yo siento, yo he observado que es uno de los principales motivos por lo cual están amargadas.
No sabía lo que era enfermería	La mayoría de las enfermeras entran a la escuela con un desconocimiento total de lo que es la enfermería.	P 6: E02 - Carmen: no tenía una idea general de lo que era enfermería porque nadie me platico y yo ni había investigado P 9: E05 - Oli: yo le decía a mi mamá: Es que no me agrada mucho enfermería, pero no sabía ni que iba a ver, ni que iba a encontrar en enfermería
No somos una profesión autónoma	Al decir que no son una profesión autónoma, Paula se refiere a la situación que vive enfermería en el Instituto de Nutrición, ya que han peleado mucho para obtener una subdirección de enfermería, pero no tienen la dirección. Están subordinadas a la dirección médica.	P10: E06 - Paula: si nosotras fuéramos autónomas tendríamos una dirección de enfermería, sin embargo no la hay, es subdirección [...] nosotras hemos trabajado mucho para obtener una subdirección de enfermería y ser un poco, un poco más autónomas en este aspecto, pero falta mucho trabajar para poder decir nuestro gremio es una profesión autónoma. No es autónoma, dependemos de los médicos pero es por estas normas que nos rigen a nivel institucional.
No teníamos dinero para	Algunas de las causas por las cuales estas	P 9: E05 - Oli: Yo recuerdo que le decía a mi mamá: es que si yo no me quedo tú le

<p>estudiar una carrera</p>	<p>mujeres estudiaron enfermería es porque es una carrera técnica que implica menos gastos que estudiar por ejemplo una licenciatura.</p>	<p>vas a llorar al dinero que conseguiste para que estudiara</p>
<p>No tiene caso hacer especialidades</p>	<p>Existen ciertas enfermeras inconformes con su situación en el Instituto que llegan a decir que no tiene caso hacer especialidades porque de todos modos los ascensos solo se dan a las personas preferidas por las jefes.</p>	<p>P12: E09 - Iris: Los días que se ponen para los cursos esos días trabajas y si son cuatro días de curso, entonces tienes que pagar tú tus guardias para que puedas ir, y a parte del curso, dices pues no vale la pena finalmente, lo peor de todo de lo que yo me he dado cuenta es de que tu haces una especialidad y no te dan tu base de especialista. [...] también, desgraciadamente aquí las jefes son muy estrictas, entonces como que no. En el sentido de seguir estudiando pues qué caso tiene, no te lo valoran, no, nada más a sus consentidas, entonces pues no.</p>
<p>Otras opciones de estudio</p>	<p>Algunas de las enfermeras comentan sobre otras opciones de estudio que tuvieron después de haber estudiado enfermería, por ejemplo Carmen también es Licenciada en Psicología, Paula estudió un año de medicina y Olimpia un semestre de Ciencias de la Comunicación.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: hice un examen a la UNAM, no me quedé y después lo hice a la UAM y me quedé en mi primera opción en psicología,</p> <p>P 9: E05 - Oli: había escogido otra carrera, porque como todas las historias de las enfermeras, uno dice: ¿Cómo que esto? Enfermería no va a ser para mi para toda la vida, yo diez años aquí no me paso; entonces le voy a ir buscando, voy a ir viendo que otras cosas estudios. Pero bien dicen los dichos: Nunca hay que decir lo que no vas a cumplir porque veme aquí me quede y ¡Contentota! Pero bueno así pasaba en ese entonces al terminar el CCH yo dije: bueno otra carrera entonces me fui a Ciencias de la Comunicación.</p> <p>P10: E06 - Paula: Cuando terminé el CCH salí con un promedio de 9.6. Los tres años fui alumna sobresaliente y me dijeron: tú como tu promedio es de excelencia tienes el pase automático a la universidad ¿Qué carrera vas a estudiar? Entonces yo dije: ¿yo carrera? No, yo no, yo quiero seguir con lo de enfermería. Pero si tengo un buen promedio y tengo pase automático me voy a medicina. ¡Me fui a medicina! Un año estuve en medicina, pero ahí era la muerte.</p>
<p>Percepción de la carga escolar del instituto</p>	<p>Así como es de estresante el trabajo de enfermera por la constante presión de llevar a cabo un trabajo excelente, de calidad y al menor tiempo posible. Esto se va desarrollando desde la etapa de estudiantes en el Instituto.</p>	<p>P10: E06 - Paula: fue una situación así como que sí me adapto o no me adapto porque entrábamos a las siete de la mañana y salíamos hasta las siete de la noche, durante todas esas horas pues era de estúdiale y estúdiale y estúdiale... fue muy difícil para mi, y la metodología que nosotras teníamos en la formación era prácticamente como de nivel médico, estúdiate toda la anatomía y fisiología del cuerpo, que estúdiate los 208 huesos que tenemos y cosas así, entonces todos estos cambios en el aprendizaje para</p>

		mi fueron como que muy difíciles, pero bueno fue un proceso difícil pero tampoco imposible.
Percepción de la historia de la enfermería	Paula nos narra la historia de la enfermería para dar a entender que a pesar de seguir siendo una profesión un tanto sometida en el área de la salud. Si ha tenido cambios, principalmente en el aspecto educativo.	P10: E06 - Paula: se da el florecimiento de la enfermería a través de la historia de Florencia Nightingale que es una precursora de lo que es la formación, de lo que es la identidad de la enfermería [...] en el Hospital General se dio la autorización para que ya se formalizara más el currículo de la enfermería, de la profesión de enfermería... Bueno esto fue la base existente de lo que es en sí la carrera de enfermería y posteriormente a esos antecedentes históricos viene todo lo que es la formación curricular ya más formalizada como ahora.
Planes futuros para una mayor profesionalización	Las entrevistadas mencionan los planes a futuro para una mayor profesionalización, como hacer un postgrado o un diplomado.	P 6: E02 - Carmen: quiero tener posibilidades en ambas áreas o hacer una maestría en ciencias de la enfermería o en psicoterapia o algo que me guste encaminado a psicología. P11: E08 - Edith: Me gustaría hacer un postgrado en instrumentista, o anestesióloga o de lleno ir con todo a lo que es obstetricia.
Planes profesionales a futuro	Los planes que se tienen a futuro ya sea en enfermería o en otra profesión siempre es relacionada con el área de la salud. Pero también encontramos enfermeras que no tienen planes de seguir en su profesión en un futuro próximo, deciden irse por el lado familiar, en la crianza y cuidado de sus hijos y ayudarse económicamente con algún negocio.	P 5: E01 - Cata: Es una carrera muy hermosa... muy buena... pero creo que todo tiene un tiempo y mis planes a futuro no es continuar como enfermera en el área operativa, a la mejor en el área de docencia, en la formación, que es algo que si me interesaría... pero toda mi vida en el área operativa no... creo que es un proceso y todo tiene un tiempo y el tiempo de enfermería se tiene que cumplir cuando uno ya este capacitado para llevar a cabo otras cosas P 6: E02 - Carmen: yo quiero hacer mi maestría, pero la quiero hacer en el área psicológica porque quiero como futuro tener un consultorio, atender a mis pacientes, tener una actividad que no sea de institución, que no dependa de fulano, sultano y perengano [...] como soy psicóloga yo quiero... tengo en mente te digo hacer una maestría y poner mi consultorio porque la vida de la enfermera pues finalmente tiene un límite [...] yo pienso que cuando uno llega a su jubilación todavía sigue siendo productivo para la sociedad entonces es el área que todavía me permitiría seguir siendo productivo hasta determinada edad. P 9: E05 - Oli: Me gustaría poder seguir dedicándome a la docencia [...] me gustaría trabajar por ejemplo en universidades, en el área de docencia

		<p>P11: E08 - Edith: Entonces si llego a seguir es con menos tiempo, si no llego a seguir me dedicaría a mis hijos y poner un negocio, para que este más con ellos, un negocio que lo pueda trabajar ahí. Y seguir en cosas por ejemplo de: se ponen sueros, se hacen curaciones, eso esporádicamente</p> <p>P12: E09 - Iris: A un negocio, a mi me gusta mucho vender. Ya vez que también soy comerciante, a veces vendo.</p>
<p>Por qué cursar especializaciones y cursos monográficos</p>	<p>Nos explican porque es importante tomar los cursos monográficos y las especializaciones, por lo regular se remiten a que es necesario para desempeñar un mejor trabajo y como requisito para acceder a algunos puestos.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: En su mayoría es por iniciativa propia, uno si se me marco obligatorio, porque realmente viéndolo si es obligatorio para mi porque es en el área en la que estoy y lo lleve a cabo</p>
<p>Por qué es importante seguir estudiando y capacitarse</p>	<p>Los motivos que las enfermeras expresan del por qué es importante seguir estudiando esta relacionado con acceder a un mejor puesto de trabajo, por satisfacción personal y porque el prestigio que el mismo Instituto exige.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: a parte he querido ascender y he visto que si tengo un mejor nivel académico ha sido mucho más fácil, realmente es lo que me ha movido y a parte me encanta... me encanta estar en la escuela... me encanta estar estudiando, por ejemplo, se esta luchando por ese puesto de jefa académica en el cual se pide un perfil de enfermera especialista o que tenga en este caso una maestría, por eso es que estoy llevando acabo una maestría, además porque la enfermería te lo exige... te lo exige la carrera... te lo exige la gente que con quien tú estas trabajando [...] la de nosotros es una profesión y una profesión siempre te va a exigir más conocimientos, la especialidad, más por ser este un instituto de tercer nivel debe ser mayor la preparación, claro cuando yo terminé la carrera dije: aquí necesito estudiar más</p> <p>P 6: E02 - Carmen: si yo tengo una carrera básica ya con ¿cuantos años de experiencia? tengo como 10 años ya casi, el hacer el año complementario a mi me sirve porque tengo posibilidades de, en el camino, de preparación</p> <p>P 7: E03 - Maru: Yo estoy inmersa en esto y gran parte de mi vida la he invertido en esto, entonces pues lo tengo que hacer bien y es por eso que decido retomar enfermería, porque mi visión era retomar otra carrera con las miras a reforzar enfermería, pero desde otra perspectiva</p> <p>P 8: E04 - Paty: Es una satisfacción personal, finalmente no creo haber cambiado. Es solo una satisfacción personal [...] aprendí muchas cosas y también he aprendido que</p>

		<p>cada día que pasa te tienes que superar, dices bueno me falta esto y ahora tengo que estudiar esto y ahora esto y ahora esto, es algo que no se te da escrito pero si se te inculca, nunca debes de estar conforme con algo porque siempre hay alguien que esta sabiendo más y porque siempre hay algo nuevo, es esa visión de que siempre debo de estar actualizándome</p> <p>P 9: E05 - Oli: ahorita estoy estudiando la maestría en ciencias de enfermería. Esa es como una necesidad por el puesto en el que ahorita estoy. Porque por procedimientos que se están llevando a cabo en cuanto a la certificación de escuelas, entonces es un requisito, ahorita se esta solicitando que por lo menos un porcentaje del personal que esta laborando en las escuelas de base tengan la maestría en ciencias de enfermería. [...] y pues yo creo que si es muy importante porque si uno se estanca o se queda nada más con lo que aprendió en la carrera, lo básico, pues no. Has de cuenta que te quedas en la prehistoria porque si no haces un curso de actualización, si no acudes en el mismo servicio a la capacitación dentro del servicio, pues la tecnología, los avances y las complicaciones del paciente te van a dejar fuera.</p>
<p>Primer contacto con la profesión de enfermería</p>	<p>Muchas veces la elección de la profesión esta de alguna forma vinculada a experiencias de atención a la salud en otros momentos de la vida de las mujeres, fuera del ámbito laboral. Como ser socorrista en la Cruz Roja Mexicana o participar en asistencia social con un grupo de monjas.</p>	<p>P 7: E03 - Maru: me di esa oportunidad de trabajar con las monjas en asistencia de salud; entonces trabaje con una monja en cierta área rural con mestizos, llevábamos el control de vacunas, de diarreas ¡Pero por familia! No creas que por estadísticas, íbamos, identificando las familias y los integrantes de cada familia, esa monja me enseñó mucho la administración y trabajar en un área rural de la salud.</p> <p>P10: E06 - Paula: en ese tiempo me acuerdo que yo me metí a un curso de socorrista, algo así como de primeros auxilios en la Cruz Roja de allá de Pachuca. Entonces yo me iba de socorristas y a mi me gustó mucho eso, yo creo que de ahí nació el que yo fuera a ser enfermera, como que ya empecé a definirme más por ese lado de la carrera, pero todavía no lo tenía yo bien mentalizado, o más bien identificado. [...] y me acuerdo que fue un año... yo me acuerdo que ya me iba a rescatar heridos y toda la cosa y a mi eso me encantaba, me encantaba canalizar y todo eso.</p>
<p>Quería estudiar otra profesión</p>	<p>Algunas de las enfermeras si estaban más concientes a la hora de elegir alguna profesión, y en un inicio no era la enfermería.</p>	<p>P 9: E05 - Oli: yo le decía: es que a mi me gustaría ser maestra, pero no me gustan los niños, no quería ser maestra de niños chiquitos.</p> <p>P10: E06 - Paula: yo quería ser en aquel entonces trabajadora social nivel técnico</p>

		P11: E08 - Edith: yo pedí primera opción medicina
Razones por las cuales no volvería a ser enfermera	Algunas de las enfermeras dan sus razones del porque, si tuvieran la posibilidad de estudiar nuevamente una profesión no volvería a ser enfermería.	P 7: E03 - Maru: Honestamente no volvería a estudiar, te voy a decir por qué: mira después cuando yo veo esta situación y la analizas, no tengo fundamentos ni sociológicos ni económicos ni psicológicos, pero yo creo que enfermería en general estamos muy enfermas por la situación cultural, entonces es así como que un... una pregunta ¿Qué tanto vale la pena el continuar? El ir contra corriente, porque vas contracorriente, mira mis ideales, mi forma de pensar, yo siento que voy en contra corriente ¡Pero cañón eh! No creas que porque soy conflictiva o algo, yo ya lo descarte porque no me causa bronca estar con la gente; lo que yo veo es que la mayoría de las enfermeras es indiferente a lo que hace, y la trascendencia del cuidado que tu des, o la atención, y cuando te digo atención me refiero a la capacidad de escuchar y ver a la persona, no sabes que trascendencia tan cañona tiene.
Razones por las cuales volvería a estudiar enfermería	Los argumentos de las enfermeras que dicen que volverían a estudiar enfermería si tuvieran la oportunidad de volver a elegir profesión nos dicen que es una profesión que las llena en todos los aspectos y más en lo emotivo.	P 5: E01 - Cata: Enfermería lo volvería a estudiar, realmente es una carrera que me ha llenado en todos los aspectos más en lo emotivo. P 8: E04 - Paty: Pues me da muchas satisfacción, realmente yo si me siento enfermera, yo si te puedo decir... cuando alguien te esta interrogando: ¡Si yo soy enfermera! Y si lo estudiaría nuevamente P 9: E05 - Oli: Si ahorita me preguntan volverías a estudiar, con razón y saber qué es la enfermería: ¡Sí! Pero la volvería a estudiar a los 15 años: ¡No! No porque a los 15 años no sabes qué estudiar, no sabes qué quieres ser [...] Te digo si me dices a los quince años si cambiaría, pero si me preguntas ahorita con razón de todo lo que tengo ¡No! Yo creo que la enfermería hay que estudiarla de los 18 para arriba. P10: E06 - Paula: si, porque considero que enfermería es una carrera joven, es una carrera a la que le podemos sacar mucho jugo, es una carrera en crecimiento, es una carrera que también puede formar su gremio y puede consolidarse más... P12: E09 - Iris: Porque a mí me gusta mucho mi carrera, mucho, mucho, yo cuando vengo a trabajar vengo con gusto, yo vengo realmente a servir a los pacientes
Relación con los compañeros (as) en la escuela	El ambiente escolar como parte importante de la formación profesional de las enfermeras, esta marcado principalmente	P 5: E01 - Cata: él era el líder y todas lo seguíamos no sé porque a parte era una gente muy accesible, muy amiguelero, con él siempre me lleve muy bien, con mis compañeras... yo siempre en un principio era muy tímida... fui muy introvertida entonces

	<p>por la relación con los compañeros y las compañeras en la escuela. Por ejemplo Cata nos comenta que el único compañero varón que tenían era el líder y todas lo seguían.</p>	<p>a la vez me costaba, pero ya sabes cuando la gente te jala pues yo me dejaba jalar.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: (con los hombres) De ¡Hola! ¿Como éstas? por cierto uno esta en segundo piso y el otro esta en cirugía, [...] (con las mujeres) No me llevaba así de tener problemas ni de migas ¡no! Sino cordial en el sentido de compañeros nada más, no amistad, pero no les caía bien para empezar, porque para empezar una chica que esta en urgencias que fue mi compañera y ahora platicamos y ¡Huí no! ella el primer día que yo llegue a clases, pues yo llegue sin cuadernos, sin útiles, sin nada, porque venía a una entrevista nada más y me quede y la maestra Florita me dio un cuaderno, me dio plumas para: ya, ya, ten, entonces ella me dijo al otro día: me caíste gorda por qué yo dije esa güera me cae gorda, pero ¿por qué? no sé, le digo: esta bien que soy de provincia pero ¿por qué? y tuve problemas con las compañeras por compatibilidad de carácter, es decir, más bien porque ellas eran más chicas que yo porque yo tenía ya 18 años y ellas apenas andaban en los 15, entonces varias de ellas eran como muy infantiles</p> <p>P 9: E05 - Oli: Eran dos grupos de 35 alumnas, entonces empezaban las rivalidades, pero a los tres primeros meses había un filtro, se hacía un examen preclínico que le llamaban, en el que antes de entrar a la practica te hacían el examen y si no pasabas ya no continuabas, entonces con ese preclínico se hizo un solo grupo... pero existía esa rivalidad de que tú eres del otro grupo y yo soy del grupo bueno. Entonces en esas circunstancias yo era muy neutral porque yo me llevaba bien con las del otro grupo y con las de mi grupo y trataba de que no se hicieran rencillas, porque si había gente que pintaba la raya.</p> <p>P10: E06 - Paula: la relación con las compañeras fue buena, fue gratificante porque éramos un grupo de alumnas de la misma generación se puede decir teníamos el rango de los mismos años, estábamos entre los 16 y 20 años, entonces la relación era buena porque teníamos las mismas dificultades</p> <p>P11: E08 - Edith: no dejo de sonreír y a la fecha me lo han dicho. No sé si sea eso lo que me ayudó que con mis compañeros nos lleváramos bien en general.</p> <p>P12: E09 - Iris: En enfermería, había varias aulas, pero en el salón eran como unos seis hombres y como unas veinte mujeres. Yo me llevaba muy bien con todos mis compañeros, siempre he sido muy alegre pero con responsabilidad entonces pues estudiábamos y todo pero también nos divertíamos.</p>
--	---	---

<p>Relación con los profesores de la escuela</p>	<p>En el ambiente escolar encontramos las relaciones con los profesores. En algunos casos están muy jerarquizadas, es limitado y de respeto. Pero también tenemos los casos en donde las alumnas pueden tener un trato más abierto con sus profesoras y profesores.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: siempre fueron muy amables, creo que es un requisito que lleva a cabo la escuela.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: En general siempre he sido como que muy abierta a platicar con los maestros</p> <p>P 7: E03 - Maru: había ocasiones que yo no les entendía y les decía: ¡No entiendo! ¿Por qué dices esto? O no entiendo ¿por qué?, por ejemplo en el segundo año que ya vimos fisiopatología, a mi me encantaba, entonces yo refutaba al médico, me encantaba y ¿Por qué esto? y ¿Por qué lo otro? Le cuestionaba los temas, laboratorios y aprendí mucho, aprendí mucho de ellos y fueron los que más me compartieron cosas en el saber</p> <p>P11: E08 - Edith: Con los maestros, mis respetos, sólo lo más indispensable, en dudas, aclaraciones, trabajos, pero eso de llevarme con ellos jamás, siempre era el respeto con ellos.</p> <p>P12: E09 - Iris: De mis maestros también fue muy buena relación, excepto el de psicología que se enamoró de mi, bueno él me decía, y a mí me traumó mucho porque yo era muy ingenua, entonces él me hablaba y yo sentía que me acosaba y eso me dio mucho miedo porque pensaba que me podía hacer otra cosa, él me decía que estaba enamorado de mí que tuviéramos una relación, pero ¡No!</p>
<p>Se busca un cambio educativo</p>	<p>Una de las entrevistadas esta convencida en su diálogo que la única manera de lograr un cambio a la carrera de enfermería es por medio de la educación, pero con modificaciones en los planes de estudios.</p>	<p>P10: E06 - Paula: estamos buscando eso, es un cambio educativo, un cambio de formación en la carrera de enfermería, un cambio de lenguaje, porque desde el mismo lenguaje esta como que inserto el aspecto biologicista... pero nosotros podemos romper ese paradigma... ya no queremos ser parte de ese complemento medico... parte de esa historia</p>
<p>Segregación en la selección escolar</p>	<p>Existen ciertas características sociodemográficas exclusivas de la escuela María Elena Maza Brito del Instituto de Nutrición que son requisitos para poder ingresar a la escuela. Además hay una serie de exámenes filtro para que</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: Cuando yo ingresé debía ser soltera, sin bebés, de tiempo completo, porque los programas iban de siete de la mañana a seis de la tarde con prácticas sabatinas.</p> <p>P10: E06 - Paula: el proceso de selección es muy intensivo, es muy difícil porque ahí te vas a dar cuenta si realmente te gusta la enfermería o no. Realmente te vas a dar</p>

	únicamente se reciban las estudiantes que realmente son aptas para la profesión.	cuenta si vas a poder con las materias, porque las materias son un tanto así como la medicina... entonces así como que es un proceso muy selectivo.
Ser humanitaria es ser buena enfermera	La principal características que las enfermeras deben de tener para desempeñar adecuadamente su trabajo es esta orientación ética hacia la profesionalización de ser humanitaria, ese altruismo tan marcado en el discurso y actuar de las enfermeras.	<p>P 9: E05 - Oli: tienes que tener amor a si misma, porque si no se ama uno no puede dar amor al otro. En la medida en que nosotras reconozcamos, en que nosotras nos veamos reconocidas como un ser humano integral pues en esa medida vamos a poder ver que el otro es un ser humano integral y que le voy a proporcionar lo que este necesitando en el momento, ya sea educación, asistencia o sustitución de algo [...] Yo me iría primero por actitudes humanísticas, tenemos que tener un sentido del otro, esa empatía y ese... pues ese sentimiento de estar poniéndome en el lugar del otro para poder entender y a la mejor más que entender para poder identificar que en la medida en que yo pueda tener esa empatía con el otro voy a poder identificar qué es lo que necesita.</p> <p>P10: E06 - Paula: es importante conocer en el aspecto emocional, entra ahí esa parte humana que determina si tu realmente vas a ser una buena enfermera o de plano nada más vienes y sacas el trabajo así</p> <p>P12: E09 - Iris: debes de ser humana, sentir su problema para poderlo atender</p>
Si tiene sentido estudiar enfermería	Una de las enfermeras nos comenta que cuando se estudia enfermería, después de haber cursado un bachillerato, sí tiene sentido la carrera, ya que de lo contrario se vive mucha incertidumbre y no se sabe elegir.	P 9: E05 - Oli: Yo creo que si tiene mucho sentido ser enfermera pero desde esa orientación, con bachillerato, a nivel licenciatura y con un perfil bien definido.
Situación de estrés en el trabajo	El estrés en el trabajo son las reacciones emocionales y físicas perjudiciales que se producen en las interacciones entre el trabajador y su entorno de trabajo. Las principales fuentes de estrés para las enfermeras son: el tratar con la muerte y con moribundos, los conflictos con las compañeras, incluidos los mandos superiores y otros profesionales de atención a la salud, la preparación	<p>P 5: E01 - Cata: Se maneja mucho estrés que hasta el momento... creo que soy una persona que sabe manejar su estrés... pero también soy muy explosiva... siempre creo mucho en la gente, que es algo que aquí no se puede permitir mucho porque la gente abusa... [...] Cuando estoy más estresada... te bajan yo creo que más las defensas y cuando me... anteriormente ya no sufría tanto de gripa... a veces me duraban como dos o tres días era como alergia... pero ahora me dura una semana y va acompañada de tos, ya la reconozco cuando ya me siento muy presionada</p> <p>P 6: E02 - Carmen: yo antes me estresaba mucho, pero en el servicio social baje mucho de peso por el estrés [...] si es bastante el estrés porque... porque te dan dos</p>

	<p>inadecuada para tratar las necesidades emocionales de los pacientes, falta de apoyo del personal, carga de trabajo e incertidumbre en cuanto a los tratamientos clínicos.</p>	<p>semanas como de instrucción con otra persona y ya [...] actualmente, nos empezamos a quejar porque decíamos que eran jornadas muy largas, llegaba el momento en el séptimo día que ya estabas harta, ni salud mental tienes porque a veces tu sales de trabajar y vas a cuidar a tu familia, no tienes un esparcimiento, entonces ya en el séptimo día estaba... ya como que te dopabas... como que te auto dopabas... el cuerpo... como que se iba adaptando el organismo y decías... ya llegábamos al noveno día y ya sentías como que era el primero... como que ya estabas mal de verás y pues si te cansas, te cansas mucho porque andas para arriba y para abajo caminando, si tuvieras que sentarte alguna vez es poco, si te toca un paciente que llora, que se queja [...] hay un choque emocional entre el sentir físico y sentir emocional y bueno se enferma la gente</p> <p>P10: E06 - Paula: me di cuenta que estaba ocupando mucho, me estaba desgastando física y mentalmente porque tenía dos turnos y era un desgaste físico y emocionalmente afectable para mí.</p>
<p>Solo podía estudiar carrera técnica</p>	<p>Algo que comentan mucho algunas de las enfermeras del Instituto es la falta de recursos económicos en sus familias, entonces una opción de estudió solo era la carrera técnica, que solo son tres años de estudio, para posteriormente comenzar a trabajar en el menor tiempo posible.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: tenía mucho... mucho interés de hacer la preparatoria pero por problemas económicos tuve que irme a una carrera técnica de la cual fueron tres años de la carrera en enfermería</p> <p>P 9: E05 - Oli: la situación en que se encontraba la familia... como mi mamá era el eje para mantenernos a las dos hijas, las dos estudiamos carreras técnicas, lo que ella nos pudo dar hasta ese momento, ya lo que tú quisieras hacer después ya corría por tu cuenta.</p>
<p>Talleres para el manejo del estrés</p>	<p>El estrés constante con el que viven las enfermeras, ya sea por su carga de trabajo, la dinámica misma y otras cuestiones de índole familiar o personal, ha hecho que se implemente un programa de talleres de apoyo. A estos talleres acude todo el personal de enfermería, en distintas sesiones, ello les ha ayudado a tener un mejor rendimiento en el trabajo.</p>	<p>P10: E06 - Paula: la enfermera no tiene un proceso de duelo, la enfermera se enfrenta continuamente con la muerte, entonces esas son cosas muy fuertes para el personal de enfermería. Que la enfermera no tiene un desarrollo profesional por sus triples trabajos que le consumen. Que la enfermera no tiene esa comunicación con el paciente, porque tiene todos esos problemas en mente. No identifica bien el aspecto profesional. La enfermera es vulnerable y se hace dependiente del grupo médico. Cuando nosotras nos dimos cuenta de esto, desarrollamos un taller de género y autoestima.</p>
<p>Tareas que disgusta realizar a los pacientes</p>	<p>Las enfermeras mencionan algunas de las actividades que les son molestas en</p>	<p>P 8: E04 - Paty: Pues antes no me gustaba bañarlos, pero ahora ya me gusta, es que sabes ¿cuál es el problema? Que no me gusta sudar... es como si me echaran agua</p>

	<p>relación a la atención y cuidado del paciente. Por ejemplo el bañar a los pacientes, el darles de comer o hacerles ciertos cambios que implican olores demasiado desagradables.</p>	<p>entonces no me gusta... por eso no me gustaba bañarlos, pero ahora pues si ya me gusta, porque lo hago rapidísimo.</p> <p>P11: E08 - Edith: Bueno no hacerles nada cuando tienen colestomía, que son las bolsitas que tienen aquí y que tienen el intestino así... porque hay unos... unos no huelen tanto. Yo digo que todos tenemos esa necesidad, pero hay diferentes maneras de excretar y ya sabemos que es un olor no muy bueno, pero hay algunos que dices ¡Ay! Te sacan... hasta te hacen ver estrellitas... te sientes mareada... hasta con ganas de vomitar encima de ellos.</p> <p>P12: E09 - Iris: Mira la verdad no me gusta ayudarles a dar de comer. No me gusta porque soy muy desesperada y siento que ya se me fue el tiempo, me estresa estar ahí porque yo puedo hacer algo más... si es importante el alimento y que coman y de más, pero no me gusta por el tiempo... siento que me quita mucho tiempo eso.</p>
<p>Tareas que más le gusta realizar con el paciente</p>	<p>Una característica de las enfermeras es ser humanitaria y algunos aspectos de este humanitarismo es ser atenta y saber escuchar al paciente. Las enfermeras lo manifiestan como las tareas que más les gusta realizar con los pacientes.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: Me gusta por ejemplo darles la clase, pero a veces es muy desgastante porque de repente hay pacientes que de plano no te entienden porque vienen de provincia y hablan un dialecto, medio hablan castellano y también porque les tienes que enseñar una técnica [...] me gusta... realmente como en mi servicio no hacemos nada que implique sobre baños y todo eso, pues todo lo que hago ahorita en el servicio me gusta</p> <p>P 8: E04 - Paty: Generalmente cuando voy con los pacientes lo que me gusta es escucharlos y algo que he aprendido es que se debe de escuchar, que se desahoguen.</p> <p>P10: E06 - Paula: de mis pacientes a mi me gusta platicar con ellos porque de esa manera te vas a dar cuenta cómo está en el aspecto emocional, en el aspecto de su padecimiento, de su enfermedad y en el aspecto de sus emociones. A veces los pacientes están más insertos en sus emociones que en su enfermedad.</p>
<p>Te forman para una institución</p>	<p>El mercado de trabajo de enfermería está cabalmente confinado por el sistema de salud. Dentro de este existen instituciones de diverso carácter, pero todas ellas establecen lineamientos que determinan el empleo de la enfermera y el ejercicio libre de la profesión es prácticamente</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: tú podrías ser también una persona en comunidad 100% aprovechable y no estar esperando que una institución te llame, aquí no sé, no tengo idea, pero me ha llegado información de que sí hay consultorios de enfermería, muy pocos, como en otros países si los hay, que si una enfermera tiene permiso de establecer su consultorio y sobre eso formar su propio negocio. Aquí no, aquí nos forman para la institución, o sea "las de Nutrición".</p>

	<p>imposible. Este es el caso de las enfermeras de Nutrición, son formadas para laborar en el Instituto.</p>	
<p>Trato con las compañeras</p>	<p>Por lo regular las enfermeras tienen un trato amable y diplomático con sus compañeras, solo en un caso, y digo uno aunque se trate de dos entrevistas porque el caso se da en el mismo piso, si hay molestia de todas las compañeras hacia una de ellas que, según el discurso, molesta a todas las demás.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: Creo que nos llevamos bien... somos un grupo pequeño entonces no podemos... se sentiría luego, luego un ambiente tenso siendo pocas. Si hay mucha tensión en ocasiones... lo bueno aquí es que todos nos conocemos y si vemos que una persona esta enojada o esta de malas mejor la dejamos y ya... te digo que nos conocemos porque llevamos trabajando juntas corridito dos años seguidos, entonces ya es algo que... nos respetamos mucho, hay confianza para poder platicar o comentar algún caso.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: me llevo bien con todas, no te voy a decir que no hay a quien no le caigo bien, si hay a quien le caigo mal, no me lo han dicho pero tu lo vez... se siente... pero el problema creo que radica, no sé si es defecto o virtud, en que yo les digo lo que pienso y se los digo en su momento [...] entonces quieras que no... me llevo bien procuro decir lo que pienso... lo que siento... incluso con mi jefa, dicen que soy su consentida pero yo no veo el por qué, no creo que sea la consentida más bien siento que me tiene confianza, y como me tiene confianza me encarga las cosas y yo tengo que hacer más trabajo. Empezaron a decir en un tiempo que yo era la consentida de Jose.</p> <p>P 7: E03 - Maru: enfermería es muy conflictiva, cuando no las envidias, los chismes, la prepotencia, no nos toleramos unas a otras, somos tan iguales por eso no nos toleramos [...] pues las compañeras de trabajo en realidad es llevadero, no te voy a decir: ¡Que excelente nos llevamos! Yo te pudiera hablar bien, pero cuando eres supervisora no puedes tomar las cosas como decir: Sí van bien, porque pues en realidad como no esta la gente... si las pones de frente siempre hay algo... entonces relativamente bien. Yo considero que no hay mucho conflicto</p> <p>P 8: E04 - Paty: somos muy egoístas... como tenía que salir temprano... en cuestión de algunas compañeras... que les dices bueno te puedo dejar esto pendiente porque ya me voy porque salgo a tal hora y te dicen ¡No! o te ponen muchos pretextos... quizás un poco la barrera... [...] pero bien... con la mayoría bien... he tenido uno que otro percance con algunas compañeras pero son muy raros, generalmente ha sido porque no atienden bien su trabajo</p>

		<p>P 9: E05 - Oli: Aquí en la escuela como somos un grupo pequeño, somos seis en total las docentes de base más las dos secretarias y las dos compañeras de los postécnicos, realmente es un grupo muy pequeño entonces nos llevamos cordialmente, es una relación normal de trabajo, hacemos nuestras reuniones cada mes para ver asuntos particulares de los docentes, cada una de las maestras coordina un grupo entonces a su vez coordina a los profesores de ese grupo</p> <p>P11: E08 - Edith: Con todas bien... ahorita en la actualidad estamos batallando... digo estamos porque todas ya hemos tenido roce con alguna compañera... es muy sociable sí, pero así como es muy sociable es muy mal hablada, yo no estoy acostumbrada a estar en relación con gente que para todo utiliza las malas palabras, en ella no se ve mal, pero lo que me da pena es donde las dice, porque estamos en un hospital y a veces ahí en el pasillo y ya esta diciendo así las palabrotas que hasta pena me da.</p> <p>P12: E09 - Iris: muchas veces tienes conflicto con las compañeras, entonces si tú te pones a pensar eso llega un momento en que vas a aborrecer a la carrera [...] yo soy muy impulsiva, pero por lo mismo, te generan cosas, pero yo digo mejor voy a hablar con la persona, también dependiendo con quien sea, porque hay personas que son... tenemos una que es muy agresiva y muy llevada, muy pesada.</p>
<p>Trato con los médicos y médicas</p>	<p>La relación que llevan las enfermeras con los médicos es de respeto, en ocasiones se llegan a dar algunas diferencias, pero son solucionadas al momento. Manifiestan el sentido de respeto.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: El trato con los médicos siempre fue muy buena porque era mucho trabajo en equipo a diferencia de ahora... con las doctoras era mucho más... nos sentíamos más identificadas... más a diferencia que con los hombres [...] en ocasiones solicito el apoyo de un doctor para una plática. Ese es más que nada mi trato con ellos: en solicitud para clases, para pláticas, para conferencias, ya así más directo como la atención para el paciente ya no, pero para el ámbito académico si.</p> <p>P 6: E02 - Carmen: Con médicos siempre trate de ser muy respetuosa, tengo conocidos médicos que ellos desde que eran internos de pregrado ahorita están como especialistas y me siguen conociendo: ¡hola Carmen! ¿cómo estás? ¿cómo te ha ido? [...] entonces veo que el trato de muchos médicos es de prepotencia hacia las mujeres ¡son misóginos! Pero es también porque muchas veces uno lo fomenta, yo lo veo con mi jefe... yo veo que con mi jefe ¡ay doctor! ¿cómo esta usted? y tu dices ¿eso qué? le digo ¡no! ¡no jose! tenemos los mismos derechos tanto él que es médico como yo ¡somos iguales! ¿qué nos hace diferentes? [...] sólo con un médico si tenía problemas pero era porque él era muy... como no sé... no me gustaba porque siempre se estaba burlando de los demás y un día si le dije sus cositas porque pues ya me tenía harta y</p>

		<p>ahorita mira ¡hola Carmen! ¿cómo estás? amor y paz pero si hay diferencias. [...] me llevo bien fíjate. Hay algunos cuscos pero esos los pongo en su lugar inmediatamente, me llevo bien porque yo siento que... bueno hay los fresas... los que venían de la UNAM... hay los más o menos tranquilones... los hay de todo, pero si he tenido mis fricciones con algunos de ellos precisamente porque son nuevos algunos y no conocen las rutinas y te quieren venir a enseñar...</p> <p>P 7: E03 - Maru: con los médicos, con algunos me llevo bien y les puedo hacer hasta bromas, pero con otros son muy secos, muy cerrados, a esos ni los pelo, bueno sí los pelo pero de: ¿haber doctor qué pasa con este paciente? Si hay algún pendiente llevo y les digo este paciente viene al estudio, necesitamos esto y esto y esto.</p> <p>P 8: E04 - Paty: Bien con la mayoría, muy bien con ambos. Por ejemplo los saludo de beso a hombres y mujeres. Me llevo más con los hombres que con las mujeres, me llevó más pesado con ellos, pero porque dan la pauta por ejemplo: A ver sí como no joven... según el modismo de que dices: ¡No te pases! o te dan dos o tres manazos o as [...] siempre prefieres trabajar con los hombres porque las mujeres siempre son más celosas, existe siempre algo así como un cierto conflicto [...] si me llevo bien con ellos, mientras no se pierda el respeto no hay problema.</p> <p>P 9: E05 - Oli: Con los profesores médicos que vienen a dar clases nada más. La relación es cordial, casi siempre los contactamos aquí en hospitalización. Déjame decirte que me ven llegar y dicen ya va a buscar clases para algo, antes era en la coordinación de enseñanza ahora es aquí pero siempre los buscaba para cursos.</p> <p>P10: E06 - Paula: Con los médicos sí, pero es una relación también de funcionamiento del Instituto o de las áreas, es prácticamente administrativo también, no es con los médicos que están en las áreas operativas sino que son médicos que ya están en las partes administrativas.</p> <p>P11: E08 - Edith: Con los médicos lo más indispensable: sabe qué tengo una duda, las indicaciones y lo que ellos me pidan. Todo con respeto. Con ellos no... ni que te abracen, ni que te estén diciendo que te invitan un café ¡No! Yo nada de llevarme con ellos, Cuando son mujeres médicas el trato hacia nosotras es igual,</p> <p>P12: E09 - Iris: Pues nada más cuestión de trabajo, no me gusta ni llevarme, ni que se tengan confiancitas ni nada, únicamente en relación al paciente y nada más. Pero la</p>
--	--	---

		<p>verdad aquí el médico es muy respetuoso, te respetan mucho y nosotras a ellos también. Y no se prestan ellos, están bien dedicados a su carrera, nada de que se anden llevando, no. Si habrá que les gustes, te das cuenta, pero nunca te faltan al respeto.</p>
Trato con los pacientes	<p>En trato enfermera – paciente por lo regular suele ser de atención y cuidados de ellas, algunos si conversan más, pero por lo general no les causa problema.</p>	<p>P 6: E02 - Carmen: los pacientes son muy dicharacheros, hay los que están ensimismados que es obvio que están pasando por un proceso de duelo y tienen que irlo viviendo poco a poco, los que son bromistas a 100%, los viejitos cuscos porque si los hay ¡señorita que bonita esta usted! a ¿qué hora va por pan? Entonces pues tú nada más les sonrías y ¡ay si señor haber cuando vamos por el pan! son bromas que si no se vivieran en ese momento yo no sé a donde fuéramos a parar porque finalmente sacarle la sonrisa a alguien pues te cuesta más que otra cosa [...] Y a nosotras lo mismo, nos sale lo maternal con algunos pacientes y lo chiqueteamos y le decimos chiquito, bonito, precioso y lo trabajamos como si fuera un bebé</p> <p>P 7: E03 - Maru: con los pacientes tampoco me creo conflicto, como que siento que esa parte no me es problemática para relacionarme.</p>
Yo elegí enfermería por equivocación	<p>Una de las enfermeras erró a la hora de elegir escuela para cursar sus estudios, entro a Nutrición pensando que ella quería ser nutrióloga. No recibió la orientación adecuada.</p>	<p>P 5: E01 - Cata: realmente yo elegí enfermería por equivocación, más que nada porque yo quería estudiar nutriología, siempre me llamó mucho la atención nutriología y una de mis maestras me envió acá, entonces cuando yo dije que venía a estudiar la escuela... yo salí de 16 años... nunca había salido de mi casa... la verdad nunca pregunté</p>
Yo no me pongo la camiseta	<p>Se refiere a la valoración y significado que las enfermeras le dan a su carrera profesional en el Instituto de Nutrición. Algunas de ellas, por lo regular las que no estudiaron enfermería en el Instituto, no se sienten identificadas como enfermeras de Nutrición, incluso en el ambiente social, no dicen que son enfermeras de nutrición, que eso les trae problemas.</p>	<p>P 7: E03 - Maru: Para mi Nutrición era según yo mi segunda casa, hoy ya no porque tengo que concebir a la institución como... que la institución son la gente no las paredes, entonces el depender de una institución para sentirte bien para mi no es válido, para mí, en su momento lo fue, hoy ya no, y no porque no me interese sino porque todo tiene que partir de tu compromiso contigo y con los demás</p> <p>P11: E08 - Edith: ¿qué te agradece el instituto? el día de mañana te dan la patada por detrás y ni siquiera te dan un agradecimiento. A la mejor si, pero eso no te llena como cuando tu hijo te dice mamá gracias te agradezco tu apoyo, tu atención, el que me haya titulado, el que haya hecho una carrera, eso si te llena [...] ¡Ah No! Yo soy enfermera y trabajo en una Institución como en cualquier otra pudiera trabajar y no por el nombre que lleva. A veces dicen: ¡Ay tú trabajas en Nutrición! Pero no por trabajar en una buena institución te hace ser una muy buena enfermera, porque no... de que yo sienta</p>

		<p>que he dado mucho para poderle brindar al paciente una mejor calidad y calidez, pues que bien. Pero no me siento así como que la gran cosa por el instituto ¡No!</p> <p>P12: E09 - Iris: no me gusta decir en donde trabajo porque mucha gente sabe que el Instituto tiene muy buen prestigio, tiene un muy buen nombre. Entonces digo que solo soy enfermera y ya. Pero si te acarrea problemas si dices en donde trabajas, la gente dice que te crees mucho por que trabajas aquí.</p>
Yo no quería estudiar enfermería		P10: E06 - Paula: No yo no quiero estudiar enfermería yo quiero seguir con lo que tengo aquí en Pachuca
Yo si me pongo la camiseta	Se refiere a la valoración y significado que las enfermeras le dan a su carrera profesional en el Instituto de Nutrición. Son las razones del por qué se sienten identificadas con la institución en la que laboran.	<p>P 5: E01 - Cata: finalmente teníamos el compromiso de lo que significaba ser una enfermera de nutrición. Son de las cosas que más he querido contagiar a los compañeros estudiantes: lo que es estar en la escuela María Elena Maza Brito [...] ¡Claro! ¡Soy hija de nutrición! ¡Claro que si!</p> <p>P 6: E02 - Carmen: yo creo que ¡si me pongo la camiseta! yo si me preocupo porque las personas que se han formado aquí en esta institución no solamente tengan la preparación de calidad, el ser paciente porque... porque parte de lo que un profesional es en su campo también radica en lo que son sus maestros en su área educativa [...] ¡Si me da orgullo cuando voy a otro lugar y dicen es de nutrición! pues ¡sí claro que soy de nutrición!</p> <p>P 9: E05 - Oli: Si, Sí mira... es mi alma mater, es la casa que me vio crecer, desarrollarme, desenvolverme y la prueba es que estoy aquí.</p>