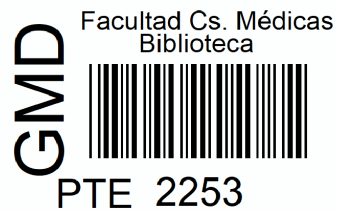


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Actitudes de género, estereotipos de enfermería y la elección de la carrera en
estudiantes de primer y quinto año de una universidad pública de la ciudad de Rosario**

Por: Enf. Magrini, Jesica Paola

Directora: Ps. Romero Bucca, Carla Ayelen

Docente Asesor: Lic en Enf. Acosta, Simón

Rosario, 17 de febrero 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

A LA MEMORIA DE MI PADRE, HECTOR

Agradezco el asesoramiento brindado por el profesor Lic. Acosta, Simón, a mi directora y compañera en éste proceso Ps. Romero Bucca, Carla Ayelen, a mi madre y mi padre por haberme forjado como la persona que soy, siempre en libertad. Motivándome a realizar mis anhelos. Muchos de mis logros fueron el resultado de esa motivación y las/os amigas/os por el apoyo incondicional y el acompañamiento durante la realización del siguiente proyecto.

Resumen

La elección de una carrera dependerá de muchos factores, entre ellos, la información, la influencia de otros actores sociales como los medios de comunicación y los imaginarios sociales. Éstos cumplen un rol importante ya que son generadores de actitudes de género y estereotipos en torno a la enfermería.

El objetivo general de este trabajo será describir la relación que existe entre las actitudes de género, estereotipos de enfermería y la elección de la carrera en estudiantes de primer y quinto año según edad y sexo, que acuden a una universidad pública de la Ciudad de Rosario.

Se tratará de una investigación cuyo abordaje es cuantitativo, según el tipo de diseño será descriptivo, transversal, prospectivo. La recolección de datos se realizará mediante la técnica de encuesta, utilizando como instrumento de medición un cuestionario en el cual se realizarán preguntas cerradas con una opción de respuesta. Contendrá 12 ítems que siguen un esquema tipo Likert, donde encerrará con un círculo la respuesta elegida.

La población de estudio estará conformada por todos los estudiantes de primer año y de quinto año de la carrera de licenciado en enfermería perteneciente a la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

Se utilizará estadística descriptiva y los datos analizados serán presentados en gráficos de barra adosados, gráficos de barras simples y sectores circulares.

Palabras Claves: actitudes de género, estereotipos en enfermería, elección de la carrera, estudiantes de enfermería.

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Resumen y palabras claves	3
ÍNDICE GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
MARCO TEÓRICO	12
MATERIAL Y MÉTODOS	39
Tipo de estudio o diseño	39
Sitio o contexto de la investigación	39
Población y muestra	39
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
Personal a cargo de la recolección de datos	43
Plan de análisis	43
Plan de trabajo y Cronograma	47
ANEXOS	48
Anexo I: Guía de convalidación de sitio o exploratorio	49
Anexo II: Instrumentos de recolección de datos	50
Anexo III: Resultados de la exploración de sitio	53
Anexo IV: Resultados de la prueba piloto del instrumento	54
BIBLIOGRAFÍA	55

INTRODUCCIÓN:

Todas las personas tienen ideas acerca de las carreras profesionales, sobre qué actividades se realizan, el prestigio que tienen, sobre cómo es el lugar de trabajo, las posibilidades de encontrar

empleo. Las decisiones que toman quienes deciden emprender un desarrollo profesional involucran estas ideas, conceptos, creencias y valores que se construyen de manera colectiva a través de los insumos culturales a los que las personas se exponen y a las reflexiones y conversaciones que generan en sus relaciones cotidianas. (Weiss, 2009)

Los intereses que se crean sobre una profesión dependen de las preferencias de cada persona, pero también se forman a través de la información y de la influencia de otros actores sociales como la escuela, los amigos, la familia y los medios de comunicación; es decir, a través de los significados compartidos que se configuran mediante procesos de comunicación interpersonales y mediáticos.

Son varios los determinantes de la elección de una carrera: la vocación, la utilidad, el prestigio social y los estereotipos. A su vez, múltiples variables participan de los imaginarios sociales de una profesión: su origen, el prestigio histórico, el valor de su función, la independencia, autonomía, su desarrollo científico y la remuneración. A ellas se les agregan las variables propias del contexto cultural.

El reconocimiento social de Enfermería, fundamentalmente en América Latina, es escaso y como categoría profesional tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad. La misma ha tenido que enfrentar a numerosos retos a lo largo de la historia, incluida su imagen de cara a la sociedad.

La enfermería, si bien es muy antigua como actividad, no lo es tanto como profesión. En Argentina, aunque ya se han cumplido casi treinta años desde que se estableciera el nivel profesional de ejercicio de la enfermería, todavía muchas personas, dentro y fuera de las organizaciones de salud, aún no la reconocen como una profesión.

En el caso de quienes eligen estudiar enfermería, ¿qué apreciación y opinión poseen sobre la carrera? ¿Cómo actúa la imagen que la sociedad posee de enfermería al momento de elegir la profesión?

La imagen de enfermería puede ser interpretada desde distintas perspectivas, ya sea por parte de la sociedad, de las/os propias/os enfermeras/os tanto a nivel colectivo como individual (autoimagen) y aquella que corresponde a su imagen pública, propiciada por los medios de comunicación. Es importante destacar que todos estos aspectos, se encuentran interrelacionados. (Varaei, Vaismoradi, Asper, & Faghihzadeh, 2012)

En un análisis y revisión de la literatura es posible observar que características vinculadas al origen de los cuidados, y de la profesión, a los roles de géneros establecidos socialmente a la

mujer y a los estereotipos se ven claramente reflejadas en el desarrollo de la profesión de enfermería, y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen. El trabajo de atención de las/os enfermeras/os ha sido imperceptible y minimizado bajo un discurso servil, pseudo militar-religioso que ha dejado una marca negativa para la profesión.

Si se toma como partida, que la práctica profesional de enfermería ha sido tradicionalmente función de las mujeres y que, el rol de las mujeres ha tenido históricamente una condición de reclusión, invisibilidad, subordinación, escaso prestigio y poder social, se puede evidenciar que la enfermería ha sido representada por estereotipos y reconocida con poca valoración a pesar de su importancia social. No se puede olvidar que, en diferentes épocas, prácticamente siempre, la profesión enfermera “propia de mujeres”, ha estado subordinada a la profesión médica más “propia de hombres”.

A pesar de su evolución llevada a cabo en las últimas décadas se puede observar y percibir que su imagen pública sigue estática en el pasado. (Calvo, 2013)

Revisando la literatura científica respecto a las elecciones académicas de mujeres y hombres, es posible advertir numerosos estudios que señalan la existencia de barreras o limitaciones relacionadas con el género. El siguiente artículo expone con respecto a la elección de estudios, que la causa a la hora de decidirse por una carrera u otra se debe a que las profesiones están estereotipadas y el alumnado correlaciona ese estereotipo con las asignaturas de dicha carrera. En dicho artículo presentan un estudio exploratorio sobre los intereses académicos y profesionales de mujeres que terminan la escolaridad obligatoria. Partiendo del supuesto de que, desde finales del siglo XIX, la enseñanza y la enfermería se han mostrado como los dos espacios laborales eminentemente femeninos. El objetivo ha sido conocer si se ha ampliado el campo de intereses profesionales de las mujeres y, si ha sido así, qué nuevos ámbitos son los elegidos, contrastando las aspiraciones académicas con el nivel de cualificación profesional de sus progenitores. El muestreo utilizado ha sido por cuotas, para la recogida de los datos se utilizó una entrevista estructurada. Los datos reflejan que casi un tercio de las mujeres opta por cursar un Ciclo Formativo y que más de dos tercios optan por el Bachillerato. Tres ámbitos profesionales han sido los escogidos por casi el 50% de la muestra: bio-sanitario, psico-pedagógico y administrativo. Junto a estos resultados se incluyen otros que permiten profundizar más en este tema, al concretar qué puesto de trabajo específico les gustaría desempeñar, así como las razones que esgrimen para justificarlo. Se han evidenciado diferencias notables en los datos aportados por las mujeres según las localidades de origen. Apenas se atisba la tendencia a diversificar las elecciones profesionales, aunque es destacable el interés por proseguir estudios,

lo cual marca una gran diferencia en relación a la situación de sus madres. (Garcia, Padilla, & Suarez, 2009)

Por su parte, un estudio descriptivo y transversal de Verde Josefina y Garcia Sebastian analizan a un grupo de estudiantes de Bachillerato, en el que se pretendía identificar los imaginarios sociales de la profesión de enfermería, llegando a la conclusión de la existencia persistente de una fuerte asociación entre la profesión y el género, considerándola eminentemente femenina. Este vínculo se basa en las características de los inicios de la profesión enfermera, debido al papel preponderante de la mujer en el cuidado de los enfermos, pero reforzado actualmente por las imágenes proyectadas de la profesión, ya sea a través de fotografías, películas y otros medios de divulgación. Se administró una encuesta sobre variables que caracterizan el rol del enfermero a 870 estudiantes de 8 instituciones, los resultados fueron que el 38.4% considera que es una profesión para mujeres, el 82.4% la vincula a procedimientos, el 73.3% no identifica niveles y solo el 50.3% conoce el nivel universitario. El 83.1% la valora “muy importante”, el 81.8% expresan admiración y respeto pero solo el 9% eligió como vocación. El conocimiento de la disciplina es directo en el 81% de los casos. (Verde & Garcia, 2015)

Por otro lado, una revista española publicó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio acerca de los factores que influyeron en los estudiantes de primer año en la elección de los estudios de enfermería. Utilizaron una entrevista en profundidad semiestructurada, la población de estudio fueron los estudiantes en primer año, dando como resultados que los factores que han influido en la elección de la carrera de enfermería son diversos, no apareciendo ninguno de ellos como un claro determinante. Sin embargo, aspectos como las experiencias personales de contacto con el mundo sanitario, la duración de los estudios y las expectativas del mercado laboral son considerados como motivadores para la elección. El contacto con el contenido teórico de la carrera ha servido para cambiar positivamente la percepción de los estudiantes respecto al rol profesional. (San Rafael-Gutiérrez, Arceado-Marañón, Bernaus-Poch, & Vers-Prat, 2010)

Otro aporte relacionado a los motivos de la elección de enfermería como profesión es un estudio descriptivo, de corte transversal cuyos objetivos fueron definir las cualidades que son condición para ejercer la profesión y definir la percepción de los estudiantes sobre la imagen social y laboral de las enfermeras. El método utilizado fue una encuesta anónima a 172 alumnos de la carrera de enfermería profesional del Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laborar de la Sanidad. El resultado fue que el 49% de la población eligió la carrera por vocación y considera la cualidad humana y responsable. Opinan que la imagen del enfermero es

equivocada y subestimada. Concluyendo que la vocación es el motivo de elección de la carrera y la imagen del enfermero profesional esta subestimada, ya que la sociedad mendocina no siempre reconoce a la carrera de enfermería con el debido conocimiento de su causa, su función de ser y su rol dentro de la sociedad. (Giai, Baigorria, Montecinos, Fernandez, & Garcia villamil, 2013)

En cuanto a la imagen social de enfermería una revista científica expone un estudio descriptivo y transversal sobre la percepción de la imagen social de enfermería entre los estudiantes del programa, se incluyeron 143 estudiantes a los cuales se les aplicó un cuestionario estructurado de 10 ítems sobre la imagen de dicha profesión. De los resultados se obtiene, a diferencia del trabajo de Verde y García, que la elección en alto número es por vocación. La imagen social evidenció un respeto y admiración por las/os enfermeras/os. La imagen laboral se consideró buena. Los cuidados de enfermería adecuados y la función asistencial concerniente a la ayuda a las/os enfermeras/os y prevención de enfermedades fueron considerados como importantes. (Restrepo, Roberti, & Zambrano, 2010)

Continuando con los antecedentes de otras investigaciones acerca de los imaginarios sociales en relación a enfermería se halló en una revista de enfermería un artículo que desarrolla como el progresivo proceso de profesionalización de la enfermería actual no se presenta adecuadamente a los usuarios de nuestros servicios de salud incidiendo en el problema de invisibilidad del cuidado que vive la profesión enfermera. La imagen social configurada de la enfermería se debe, en parte, a la representación que los medios de comunicación proyectan. El objetivo fue describir cómo se valoran diferentes aspectos de enfermería desde dos perspectivas: el profesional y el usuario. El método elegido fue un estudio analítico descriptivo, observacional. Las variables incluidas para profesionales fueron: sexo, edad, comunidad autónoma de procedencia y ámbito profesional; para usuarios: sexo, edad, frecuencia anual de visitas a consulta de enfermería e identificación de enfermera de referencia. El mismo concluye en que al parecer, y a falta de nuevos estudios confirmatorios para sus hallazgos, la población valora mejor a las enfermeras de lo que éstas mismas creen. (García Moreno, Brito Brito, Fernández Gutiérrez, Reyero Ortega, & Ruiznavarro Menéndez, 2015)

Al indagar sobre los imaginarios sociales relacionados con la profesión de enfermería, se hace necesario citar los estereotipos asociados, ésta investigación se realizó en el periodo de octubre a noviembre de 2012, e investiga los estereotipos y sesgos sexistas que transmiten los medios de comunicación sobre la mujer enfermera. Se clasifica que dicho estereotipos sexistas son androcéntricos y de doble moral, ya que en las publicidades se trasmite, sobre todo, el modelo de enfermera seductora, caracterizado como mujer joven, sensual y desafiante, con presencia

simplemente decorativa. Entendiendo que el fenómeno publicitario ha entrado de lleno en la vida de millones de personas, con discursos inscriptos en contextos emotivos y seductores, para atraer la atención de esos receptores hacia los productos enunciados. Pero también la publicidad es capaz de proyectar estereotipos y sesgos negativos sobre aspectos socioculturales diversos a casi toda la población mundial. Por eso esta investigación está basada en averiguar los estereotipos y sesgos que son proyectados por la publicidad sobre la mujer enfermera, dado que éstos influyen de manera importante en la construcción de la imagen de las enfermeras en la mente de los públicos. Se tiene poca información sobre la imagen que tiene la sociedad de la enfermería y el estatus social que le asigna. Este problema afecta al personal de esta especialidad, pues no tiene un conocimiento real de su posición en la sociedad, y esta a su vez, puede no tener una valoración cierta de la profesión. (Calvo, 2013)

La brecha de género en determinadas profesiones es una realidad constatada. Así, en los escenarios laborales, las creencias y los estereotipos sexistas actúan como mandatos que prescriben el acceso a la práctica del empleo, provocando la existencia de profesiones históricamente asociadas a hombres, y por tanto, típicamente “masculinas” y otras asociadas a las mujeres o mayoritariamente “femeninas”. El objetivo de este trabajo consultado fue explorar las ideas sexistas y aportar un instrumento para su registro y medida. En el mismo, se estudiaron 20 participantes distribuidos entre cuatro condiciones experimentales, dos para la variable sexo (hombre-mujer) y dos para el nivel de estudios (universitario-no universitario). Para ello, se diseñó y aplicó un instrumento denominado escala laboral no sexista que permite un análisis de la construcción del género en escenarios profesionales de tipo multinivel: sociocultural, relacional e individual. Los resultados indican una presencia moderada de estereotipos de género vinculados al puesto de trabajo. En general, se observan más presencia en mujeres y personas universitarias. (Arias & Bascón, 2012)

En cuanto a los motivos que han llevado tanto a mujeres y hombres a escoger una carrera, algunas investigaciones constatan que mientras las mujeres indican que han tomado esa decisión porque les gusta, tienen interés y vocación, por su deseo de ayudar a otras personas, e incluso, por los consejos que han obtenido por parte de sus familias y el profesorado, los hombres explican que lo hacen por aspectos económicos y de remuneración. De esta manera, se observa que ellas hacen referencia a motivos intrínsecos (autorrealización personal), mientras que ellos manifiestan motivos extrínsecos (retribución económica) como ser el caso de la siguiente investigación, cuyo objetivo fue explorar las metas y los motivos de los estudiantes que inician sus estudios en la universidad. Se elaboró un cuestionario que incluía metas personales, metas y

motivos sociales-interpersonales y metas de aprendizaje. El cuestionario se pasó a un grupo de 513 estudiantes de primer curso de derecho, biología y psicología, 170 hombres y 343 mujeres. (Gámez & Marrero, 2003)

En este estudio descriptivo la finalidad del mismo fue identificar las representaciones culturales (estereotipos) de género interiorizadas por los jóvenes y adolescentes que cursan enseñanza secundaria entre 14 y 18 años. Para el estudio se abarcaron 25 centros de enseñanzas secundarias de Sevilla y una muestra de 455 alumnos, representada por un 48,2% de alumnos y un 51,8% de alumnas. El instrumento evaluativo contenía seis dimensiones: corporal, comportamiento social, competencias y capacidades, emocional, expresión afectiva y responsabilidad social. Los resultados obtenidos indican una alta interiorización de los estereotipos culturales de género en los jóvenes y adolescentes. Estas autoras concluyen su investigación afirmando que existen diferencias de género en cuanto a la presencia de roles y estereotipos en el alumnado, aunque no muy marcadas. Sí destacan que los alumnos tienen más arraigados y consolidados los estereotipos que las alumnas. Respecto a las competencias y capacidades, señalan que ambos tienen la creencia de que ellas tienen una mayor capacitación para carreras de humanidades y ciencias sociales y ellos para carreras técnicas. Este hallazgo se subraya como muy significativo por su capacidad para condicionar la orientación académica y profesional del alumnado en estas edades. (Colás & Villaciervos, 2007)

El problema de investigación es: ¿Qué relación existe entre las actitudes de género, los estereotipos de enfermería y la elección de la carrera, en estudiantes de primer y quinto año según edad y sexo, de la escuela de enfermería de la UNR de la Ciudad de Rosario en el período de abril y mayo del 2020?

Atendiendo a lo antes mencionado, la hipótesis es: los estudiantes de quinto año de enfermería presentan actitudes de género y estereotipos de enfermería negativos al igual que los estudiantes de primer año.

Objetivo general:

Describir la relación que existe entre las actitudes de género, estereotipos de enfermería y la elección de la carrera en estudiantes de primer y quinto año según edad y sexo, de la escuela de enfermería de la UNR de la Ciudad de Rosario en el período de abril y mayo del 2020.

Objetivos específicos:

- Describir los estereotipos de género que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Describir actitudes de enfermería como profesión femenina que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Identificar estereotipos de enfermería femeninos que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Identificar estereotipos de la enfermería masculina que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Describir el uniforme de las enfermeras y su influencia en los estereotipos que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Identificar discriminación de género en la enfermería que poseen los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Describir edad y sexo de los estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
- Describir si la elección de la carrera es de primer o segunda opción en estudiantes de primer y quinto año de enfermería.
-

El propósito del presente proyecto será utilizar los conocimientos obtenidos a través de los resultados de la investigación, más específicamente, conocer los estereotipos de género sobre la profesión que se proyectan en el ámbito de la enfermería, con el fin de facilitar el posicionamiento y las herramientas necesarias para desarrollar diferentes actividades como talleres, jornadas y cursos extracurriculares sobre la importancia de la igualdad de género, las actitudes y estereotipos de género en enfermería.

MARCO TEÓRICO

Elegir una carrera universitaria se configura como un momento crucial, que marca el rumbo de la trayectoria de cada estudiante, esta selección está cargada de dudas e incertidumbre.

Como refiere Weiss, una de las decisiones más importantes a la que ha de enfrentarse todo ser humano es la de elegir una profesión, esta elección determina, en gran medida el rumbo de nuestra vida. Marca a qué dedicaremos la mayoría de nuestro tiempo y cuál será nuestra función en la sociedad (Weiss, 2009).

Como se menciona previamente, la elección profesional es un fenómeno muy complejo, que depende de muchas decisiones y elementos coyunturales como las decisiones y procesos individuales, la vocación, los intereses, las aspiraciones, las habilidades y aptitudes, las evaluaciones y los costos de oportunidad; el sistema escolar y la familia son también determinantes en la elección de una carrera, así como el contexto sociocultural.

Es importante elucidar los elementos que conforman la elección vocacional de los jóvenes, entendiendo la elección profesional como la concreción de preferencias de la persona en una ocupación elegida a la que se atribuyen características personales y se llega después de múltiples decisiones, que están influidas por distintos determinantes. Pero ¿Cuáles son estos determinantes que influyen en la elección de una profesión? (Cepero, 2009).

Tres aspectos tienen trascendencia al momento de la elección: el sistema educativo con sus planes y programas de estudio vincula lo escolar con lo profesional; la familia que provee las primeras imágenes de las carreras profesionales; y el contexto sociocultural donde se crean representaciones y se asignan valores a las carreras.

Como se afirma en el párrafo anterior, son varios los factores que determinan la elección de una carrera, desde diversas perspectivas se han desarrollado múltiples teorías sobre la elección vocacional que tienen la intención de explicar cómo las personas eligen una carrera profesional o una ocupación. Sin adentrarnos se pueden identificar dos tipos de teorías, las teorías de la elección vocacional relacionadas con la psicología y las teorías socioculturales pero no hay que tomar estas teorías como deterministas, pues cada una se dedica a explicar un fragmento del complejo fenómeno que es la elección vocacional. Y tampoco hay que pensarlas como independientes unas de otras, porque todas poseen aspectos relacionados entre sí (Nava, 2000).

En este proyecto se parte del supuesto que todos estos fragmentos que exponen las teorías sobre la elección vocacional se pueden ver reflejados también en los imaginarios sociales que los

jóvenes van configurando sobre la carrera que eligieron y que éstos fueron los que orientaron el proceso de su elección profesional.

Actualmente uno de los retos radica en la dificultad para definir o explicitar la imagen social de la profesión en enfermería, con todas las consecuencias que acarrea este déficit en su devenir profesional y científico.

Para realizar una completa contextualización del tema a abordar, se citan diferentes autores que han permitido un abordaje más amplio y complejo sobre la relación de los imaginarios sociales con los estereotipos y actitudes de género, vinculándolos con la historia del origen de la enfermería y la historia de la enfermería argentina.

Los imaginarios no pueden ser definidos en términos de un concepto preciso y unívoco. Si bien la noción de imaginarios ha comenzado a ser usada frecuentemente, pocas veces es utilizada con pertinencia y rigor, con lo cual sigue siendo una noción al uso, que de alguna forma se puede intuir, pero que difícilmente se logra explicar (Coca, Valero, Randazzo, & Pintos, 2011).

Según Castoradis se entiende por imaginación la facultad originaria que tiene el hombre de poner o de darse a modo de representación (o de significación) algo que no existe, que no se ha dado en la percepción y cuyos productos muestran la tendencia de irse autonomizando del individuo o de la sociedad que los engendra, a irse consolidado e institucionalizando, hasta que finalmente este ya no los reconoce como tales productos sino como entidades independientes, y se les imponen dominándoles. De este modo la imaginación se presenta como base de construcciones sociales, interiorizando en los sujetos sentidos y significados sobre la realidad que es captada, manteniendo profundas conexiones con la carga social y cultural transmitida en los diversos procesos de socialización, en los cuales se producen, reproducen y se estructuran los imaginarios como reales y reconocidos (Castoriadis, 2003).

En este sentido, debe establecerse una diferencia entre imaginación e imaginario. Ambos términos difieren entre sí a pesar de su proximidad etimológica. Puede resumirse que la imaginación es una capacidad individual, que parte de la realidad social para imitarla o recrearla, y que remite al uso de imágenes como vehículos de su manifestación y está socialmente reconocida. Su primordial diferencia con el imaginario social es que éste no es una facultad humana, en tanto proceso cognitivo y emocional. El imaginario social constituye una “gramática”, un esquema referencial para interpretar la realidad socialmente legitimada construido intersubjetivamente e históricamente determinado. La imaginación es representativa, el imaginario interpretativo. A fin de precisar aún más esta diferencia se asume el planteamiento de Ugas, quien señala que la imaginación es una actividad mental que se manifiesta mediante

imágenes en las cuales distinguimos el contenido de un acto, vale decir representar, o sea, generar contenidos de conciencia. También plantea esa diferencia al señalar que el imaginario es la codificación que elaboran las sociedades para nombrar una realidad; en esa medida el imaginario se constituye como elemento de cultura y matriz que ordena y expresa la memoria colectiva, mediada por valoraciones ideológicas, auto-representaciones e imágenes identitarias. En otras palabras, la imaginación reproduce y recrea la realidad a partir de imágenes; mientras que el imaginario debe asumirse como una matriz de significados que orienta los sentidos asignados a determinadas nociones vitales (amor, el mal, el bien) y nociones ideológicamente compartidas (la nación, lo político, el arte, etc.) por los miembros de una sociedad. En conclusión, la diferencia fundamental entre una y otra definición, es que la imaginación es una innata facultad humana y el imaginario social, una condición o regulación externa como característica propia de la vida en sociedad (Ugas, 2007).

De este modo, el imaginario surge de las interpretaciones que el sujeto realiza de su mundo exterior, tiene un carácter dinámico y cambiante según el contexto en que se desarrolla, es creador de sentido y otorga significados que tienden a ser compartidos en significaciones sociales comunes que estructuran lo percibido como real, institucionalizando una determinada vivencia del tiempo. En consecuencia, el imaginario materializado en significados y la realidad se retroalimentan y modifican continuamente.

También Castoriadis expone que el imaginario como alteridad, es creación de imágenes traducidas en figuraciones de sentido, y a su vez distingue entre el imaginario radical y el imaginario social. El imaginario radical, es referido a la posición y creación de figuras que dan sentido como representación, además de dar existencia a la psique/soma; por su parte el imaginario social es creación de significaciones imaginarias sociales generando la existencia de lo histórico-social como significación instituida; en este punto es fundamental mencionar que todo lo que hace parte del ser humano es producto de la creación continua de lo histórico social.

Nada puede entrar en una psique singular sino con la condición de ser metabolizado por ella. Y nada puede entrar en una sociedad que no sea reinterpretado, pero de hecho recreado, reconstruido, para tomar el sentido que esta sociedad le da a todo lo que se presenta para ella (Castoriadis, 2003).

En sí, las significaciones refieren un modo de ser de las cosas, por eso mismo las instituciones imaginarias nos ponen en presencia de un modo de ser primero, originario e irreducible. Dichas significaciones componen lo simbólico y presupone la capacidad de otorgar a determinada cosa atributos que no son, y de ver en otra lo que es; por ejemplo, esta situación puede reflejarse en

las significaciones que atribuyen a la profesión de enfermería, componentes simbólicos que se ajustan o no a las realidades. Los símbolos contienen tres elementos: el significado, el significante y su vínculo los cuales mantienen una relación intrínseca, a pesar de sus diferencias configuran una relación firme, flexible y simbólica, quedando en el lugar en que surgió en lo imaginario efectivo (Reigadas, 2006). Lo anterior denota que el simbolismo forma un vínculo constante, permitiendo que uno represente a otro.

Para Castoriadis la forma instituida de pensar no establece un cierre de lo social, sino que es posible individual y socialmente cambiar ese pensamiento instituido en nosotros mediante la praxis.

El imaginario social, los dioses, las reglas de comportamiento, el amor, no es ni visible ni siquiera audible, es significante. La sociedad es histórica y adquiere formas particulares que se vinculan a su organización, ésta se mantiene unida por la institución entendida como las normas, costumbres, valores y el lenguaje propio de la cultura; de este modo la institución como un todo coherente y basada en las significaciones imaginarias configura los sujetos, los diferentes objetos como creaciones sociales, además define las categorías esenciales que regulan nuestros pensamientos, los argumentos y las referencias con que vivimos e interpretamos en la cotidianidad.

Lo cierto es que nunca se aprehende la realidad de forma directa, puesto que siempre se hace a través de un canal simbólico, que refiere una elaboración subjetiva, interpretación y selección; esto conlleva a afirmar que el universo de los seres humanos es de orden simbólico. Es así como la interpretación está mediada por el lenguaje, siendo este el canal simbólico que crea realidad entre el significado y significante.

Las significaciones imaginarias generan un orden de sentido, conforman una manera de estructurar la realidad y orientan el mundo de la vida. De este modo el imaginario se convierte en un punto de partida para recrear y vivenciar el futuro, ya que, al relacionar la imaginación con diversos espacios de la vida social, es posible construir nuevas formas de vivir. En este sentido, el imaginario no se reduce a la imagen de, refiere un proceso que crea constantemente entidades que no existían anteriormente, por ejemplo, en el caso de la investigación la producción social de imágenes que interfiere en la visión que crean los estudiantes profesionales sobre la profesión de enfermería (Castoriadis, 2003).

Según Orozco, una imagen social está formada por la apariencia material y espiritual (características propias) que es proyectada por una persona o grupo hacia los demás, hacia la sociedad en su conjunto. Es como una figura que se forman las personas acerca de otra o acerca

de un grupo y que sirve para identificarla y visualizarla, reuniendo en esa imagen o figura las características que distinguen a esa población determinada. La imagen social es, básicamente, la identidad de una colectividad (Orozco, 2015).

Un imaginario social es un conjunto de significaciones por las cuales un colectivo, grupo, institución, sociedad se instituye como tal. Esta idea, tomada de Castoriadis, no tiene otra fundamentación que el carácter creativo de lo social y el carácter social del ser humano: los hombres no pueden existir más que en la sociedad y por la sociedad (Castoriadis, 2003).

Los imaginarios sociales, forman una sociedad a partir de diferentes factores; determinados por la época en la que se presenten, aunque la cotidianidad viene heredada como creaciones conscientes. Todas estas imágenes sirven en diferentes aspectos de la sociedad de manera colectiva, es por ello que el “imaginario social” es el fundamento indeterminado y enigmático en el cual descansa toda sociedad; así mismo es el conjunto de significaciones que no tiene por objeto representar “otra cosa”, sino que es la articulación última de la sociedad, de su mundo y de sus necesidades, es decir, un conjunto de esquemas organizadores como condición de representabilidad de todo lo que en una sociedad puede darse.

El tema del imaginario no tiene el sentido de imagen sino de capacidad imaginante, como invención o creación incesante, social, histórica, psíquica de figuras, formas, imágenes, es decir, de producción de significaciones colectivas. Esa capacidad imaginante de inventar lo nuevo; es social porque la capacidad imaginativa, propia del ser humano, es una facultad que se despliega en la vida histórica de las sociedades; es histórica porque el hombre es consciente de su tiempo, porque se construye en el tiempo, porque configura su historia; es psíquica porque es fuente de representaciones que no obedecen a una lógica ortodoxa. Lo imaginario es siempre simbólico y está referido a la capacidad de inventar e imaginar significaciones, con lo cual se constituye en el modo de ser.

Las imágenes que surgen de las fantasías inconscientes están influenciadas desde la realidad, no son fijas, se modifican a través de la experiencia que se tiene de ellas, de esta manera las imágenes que construyan dependerán del grado de gratificación o frustración. De esta forma, al hacer referencia a la elección de una carrera, esta dependerá de las imágenes que se establezcan en torno a las profesiones que desean con un sentido ético, lo cual será influenciado desde las variedades colectivas, pese a que el imaginario particular, solo se manifiesta en imaginarios locales, históricos y concretos.

Al mismo tiempo los imaginarios operan como un filtro prácticamente invisible que preconfigura “la realidad social”. Frente a grandes cantidades de información que no se pueden manejar

fácilmente, los imaginarios funcionan de forma de invención, permitiendo tomar decisiones complejas o hacer inferencias rápidamente. Son capaces de influir en las maneras de pensar, decidir y orientar las acciones sociales, especialmente al ser formulados, legitimados, institucionalizados.

Desde este punto de vista los imaginarios sociales estructuran el edificio social en base a esquemas mentales socialmente construidos, que funcionan como sistema de interpretación, donde las significaciones imaginarias institucionalizadas cristalizan una percepción natural del mundo. Configuradores y estructuradores de lo real, determinan y crean una percepción de lo que es aceptado como tal, asegurando la repetición de las mismas formas que regulan la vida en sociedad. Pero los imaginarios no sólo se construyen y legitiman lo social, también lo deslegitiman y transforman (Morelbis, 2015).

Por su parte, Shotter considera que los imaginarios tienen un carácter dinámico, incompleto y móvil; tienen además la capacidad de tener atributos “reales” a pesar de que no son localizables ni en el espacio, ni en el tiempo. Así mismo su poder para operar en las acciones de las personas a partir de procedimientos socialmente compartibles los constituyen en elementos coadyuvantes en la interpretación de la realidad social. Su comprensión nos pone en la necesidad de indagar las prácticas de la gente, los intersticios, brechas, zonas y límites donde lo imaginario existe y el papel que en el discurso de las personas pueden desempeñar. Así como también, en el reconocimiento del sujeto activo que a través del imaginario como fuentes de creatividad y novedad hace posible una forma de vida, unos modos de ser humano.

El imaginario social es una matriz de sentido determinado que hegemónicamente se impone como lectura de la vida social. El sujeto simplemente “lo padece” por encima de sus propias experiencias vitales. Esto no quiere significar que los imaginarios sociales sean inmodificables o históricamente permanentes, por el contrario, cada época histórica a través de los grupos sociales construye o resignifica los sentidos que desea socialmente transmitir. De allí que se hable de imaginarios sociales dominantes y dominados, pero en esencia, son esquemas interpretativos para el sentido social hegemónicamente impuestos haciendo posible la vida cotidiana (Shotter, 2002).

Baczko señala puntualmente que una sociedad sólo podría existir y mantenerse, asegurando un mínimo de cohesión y consenso. Por supuesto, esto únicamente se lograría a través de símbolos, exteriores a los actos de conciencia del individuo, pero asumidos como realidades. El hecho social es fundamentalmente simbólico. Este imaginario elegido más o menos arbitrario puede significar unas cosas e impulsar otras prácticas sociales. Aquí reposa el carácter del imaginario

como “esquema interpretativo” que hace plausible la realidad social. Añade: “La vida social, de este modo, es productora de valores y de normas y, por consiguiente, de sistemas de representación que los fijan y los traducen” (Baczko, 1991, pág. 22). Expone además, que con los imaginarios la colectividad define su identidad construyendo su propio sistema de referencias. Así el imaginario regula la acción social. Designar esa “identidad colectiva” implica consiguientemente “marcar su territorio, y las fronteras de éste, definir sus relaciones con los otros, formar imágenes de amigos y enemigos, de rivales y aliados; del mismo modo, significa conservar y modelar los recuerdos pasados” (Baczko, 1991, pág. 28). El dispositivo imaginario provoca la adhesión a un sistema de valores e interviene eficazmente en el proceso de su interiorización por los individuos, moldea las conductas, cautiva las energías, y llegado el caso conduce a los individuos a una acción común. El imaginario interviene en distintos niveles de la formación y construcción permanente de la compleja trama social.

Por otra parte, Baczko también problematiza el papel de la alfabetización y los medios de comunicación en la difusión de los imaginarios sociales. Considera que el impacto de aquellos sobre las mentalidades depende fundamentalmente del control que se posea de esos circuitos. El dominio simbólico será posible sólo si se controlan esos medios que constituyen otros tantos instrumentos de persuasión, de presión, de inculcación de valores y de creencias. Por tanto, la escuela, los medios de comunicación de masas y otros aparatos difunden los imaginarios dominantes a fin de controlar la circulación de determinados símbolos, esquemas interpretativos y discursos legitimadores. Así podría asumirse que el imaginario de enfermería, indudablemente, posee una pulsión intersubjetiva, en un contexto histórico y cultural, que se difunde a partir de los discursos, símbolos y prácticas sociales. (Baczko, 1991)

Existe una hegemonía de unos imaginarios sobre otros, producto de la legitimación que éstos adquirieren en el marco de su propia difusión, circulación y aceptación social. De allí que Baeza hable de imaginarios dominantes e imaginarios dominados, lo que representa esa “lucha” constante tratando de imponerse esa “visión del mundo” para “hacerla parecer natural”. Todo el cuerpo social asumiría la que hegemoníicamente se haya impuesto, aunque eso no dirima la confrontación, sino que minimiza el conflicto hasta tanto no aparezcan nuevas oposiciones tratando de, a través de otros imaginarios, imponerse. (Baeza, 2000)

Otros autores sostienen que los imaginarios sociales instituidos o dominantes son generadores y verificadores de estereotipos y prejuicios. Bastaría colocar como un ejemplo el caso del imaginario de enfermería. Podría interrogarse ¿qué símbolos configuran un imaginario de enfermería?, ¿cuál visión se impuso?, ¿cuáles tradiciones, prácticas, valores y creencias, en fin,

símbolos culturales se privilegiaron por encima de otros de igual valía? He allí esa tensión, pero que final y hegemónicamente termina por un tiempo, imponiéndose uno solo, hasta una nueva crisis de sentido social que exija repensarse. Podría afirmarse que gracias a esa condición se ha mantenido la permanencia y cohesión social, pues va “actualizándose” en el devenir temporal, en los cambios sociales y culturales.

Tratando de interpretar ésta idea podría entenderse a través del siguiente ejemplo: la sociedad, o para ser más específicos, los grupos humanos, se desarrollan sobre un territorio, pero éste per se no instituye la carga afectiva y cultural o cualquier asociación simbólica. Será a través de los diversos imaginarios sociales que circulen en ese grupo social que la idea de enfermería se configure, cargada de emblemas, narrativas y mitologías fundacionales; en fin, una construcción de un pasado (historia), presente (acción) y futuro (utopía).

Para culminar con Baeza, quien afirma que los imaginarios actúan como “singulares matrices de sentido o, al menos, como elementos coadyuvantes en la elaboración de sentidos subjetivos atribuidos al discurso, al pensamiento, y muy importante, a la acción social” (Baeza, 2000, pág. 14). En otras palabras, por un lado acompañan a la razón “modificándola creativamente” pero por otro, se oponen también a la racionalidad, complejizando la conciencia entre la realidad y la fantasía.

Al respecto, todos y cada uno de los autores precisaron que más que significados, los imaginarios remiten a sentidos. Es decir, a múltiples significaciones que en conjunto conforman un marco de referencia o campo semántico que sirve de esquema de interpretación para comprender y aprehender la realidad socialmente dada. A modo de ejemplo podría pensarse en la palabra “amor”; difícil de delimitar en términos de una definición operacional (observable y denotativa) pero las personas “comprenden” los sentidos asociados a tal término: afecto, caricias, sentimiento, etc. y así lo asumen al ver determinadas imágenes, oír expresiones u observar comportamientos en correspondencia. Los imaginarios constituyen un repertorio de sentidos que se han legitimado en un marco social y cultural para interpretar comportamientos sociales y legitimar determinadas valoraciones ideológicas y culturales.

Nos atrevemos a decir que dentro de las funciones de la enfermería (asistencial, docente, investigadora y gestora) la que más define, desde una mirada social, la profesión del cuidado es la asistencial. Parece que el progresivo proceso de profesionalización de la enfermería actual no se ha presentado adecuadamente a la sociedad pudiendo incidir en los problemas de visibilidad.

Es cierto que la imagen de Enfermería es dinámica y compleja. Está continuamente cambiando, varía en función del grupo cultural, socioeconómico y político y son muchos los factores que

contribuyen a su formación, como pueden ser los medios de comunicación, el género, los estereotipos, la historia, relaciones interprofesionales, la autoimagen y las experiencias (Varaei, Vaismoradi, Asper, & Faghihzadeh, 2012).

Para entender la imagen actual de la Enfermería, es necesario conocer la forma en que ésta se ha ido desarrollando a lo largo de la historia, ya que muchas de las características que se han adjudicado y que están vigentes actualmente, tienen su origen en el pasado, por tal en la historia y el desarrollo de la enfermería. La enfermería se va adaptando profesionalmente a medida que las necesidades del entorno sanitario, de la sociedad y de los individuos van cambiando, hasta llegar a su profesionalización.

Al pensar en el proceso por el cual surge la enfermería interviene la palabra cuidado. Para algunos, el cuidado comprende el confort, el alivio del dolor, la creación de condiciones favorables para el reposo y el sueño; cuidar es ayudar, acompañar, capacitar, escuchar, estimular, relacionar, asesorar, reconocer, significa estar con el otro cuando nos necesite y adaptándonos a las necesidades de cada momento (Fajardo Trasobares & Bes, 2004).

Otros afirman que el cuidado es una tarea invisible, incluso más invisible que las tareas domésticas, aunque posea una importancia social, un considerable valor económico y unas implicaciones políticas relevantes. Este cuidado se hace visible cuando no puede ser asumido por la familia y sobre todo por las mujeres (Cano Caballero Gálvez, 2004).

El rol de cuidar siempre se ha mantenido como secundario al rol de curar, la curación y el cuidado han de considerarse como dos tareas complementarias, donde una no esté subordinada a la otra. Esta es la forma en la que se desvalúa la imagen enfermera, no dando reconocimiento al cuidar. Es conocido que el arte de cuidar procede de tiempos en los que todavía no existía la escritura. Tradicionalmente los cuidados eran llevados a cabo por las mujeres y en su defecto, por los esclavos y sirvientes, quienes transmitían su saber de generación en generación a través de la observación. (Zamorano Pabón, 2008) Las labores que se realizaban eran muy básicas y se reducían al ámbito doméstico. Por ello, brindar cuidados no estaba reconocido socialmente como profesión, sino más bien como una disposición innata que hacía posible prodigar atenciones esmeradas, debido a la condición biológica de la mujer, preparada para concebir y cuidar de la prole. Las diferencias biológicas de las personas han determinado, desde siempre, el reparto de las actividades en el seno de las comunidades prehistóricas, lo que nos indica que la actividad del cuidar estará ligada a la mujer. El origen de la práctica de los cuidados debemos buscarlo en actividades de alimentación y conservación del grupo, relacionadas con aspectos de

supervivencia y enmarcadas en el concepto de ayuda en las sociedades primitivas. (Hernandez Conesa, 1995)

Los cuidados basaban su práctica en un conjunto de conocimientos transmitidos por tradición que eran ejercidos por mujeres que reunían un determinado saber, y esto les permitía realizar las funciones necesarias para la supervivencia del grupo. Sus actividades estaban destinadas básicamente a cubrir las necesidades esenciales de las personas, higiene, alimentación, movilidad, ayuda en los partos y a los moribundos. “Las características de esta ocupación se basaban en el rol materno cuyos conocimientos empíricos se basa en la práctica” (Zapico Yanez, 2005, pág. 54).

Cabe destacar que en las primeras civilizaciones ya existían comadronas y parteras, pero esa labor no podía ser ejercida por cualquiera. Normalmente eran mujeres de edad avanzada, que ya habían pasado por la maternidad y conocían el proceso del embarazo y el parto. De este modo, paulatinamente, se empiezan a instaurar ciertas reglas para el ejercicio de la profesión. Al contrario que las mujeres que se encargaban sin reconocimiento alguno, de atender a los niños, ancianos y enfermos en el hogar, las comadronas y parteras gozaban de cierto prestigio y respeto por parte del pueblo (Zamorano Pabón, 2008).

En las primeras civilizaciones el concepto salud-enfermedad tenía un componente mágico y religioso, que va a influir de manera muy importante en el desarrollo de los cuidados y en su significado.

La caída del Imperio Romano y la llegada del cristianismo en el siglo V, supuso un cambio en los valores y creencias de la sociedad. Los ideales que esta doctrina transmitía eran el amor al prójimo y la ayuda a los más desfavorecidos (enfermos, pobres, peregrinos), pero de una manera altruista. Debido a esto, los cuidados adquirieron un sentido vocacional y caritativo (Sellán Soto, 2007).

Algunos autores refieren que:

“La santificación por medio de la ayuda y el cuidado de los enfermos, es el motivo principal que lleva a la práctica de la Enfermería, influyendo en gran manera en la prestación de los cuidados, la fe, la superstición y el misticismo” (Carrasco Acosta, Márquez Garrido, & Arenas Fernández, 2005, pág. 55).

A lo largo de la Edad Media la Iglesia alcanza su mayor poder y presencia. En esta época se crean hospitales, monasterios, hospicios, hosterías y conventos dedicados al cuidado de enfermos y peregrinos, con el cristianismo cambia el concepto de salud y enfermedad, y esto condiciona la

puesta en marcha de nuevos procedimientos que ayuden al alivio de las enfermedades. La enfermedad es vista como un instrumento de salvación, tanto para los que la padecen, como para sus cuidadores. La mujer tenía un papel fundamental en el cuidado de la salud y gran parte del cuidado a los enfermos venía dispensado por mujeres. La santificación por medio de la ayuda y el cuidado de los enfermos es el motivo principal que lleva a la práctica de los cuidados enfermeros. “El valor social e institucional que otorga el cristianismo a las labores del cuidado, no posee objetivos que giren en torno a la constitución de un saber, sino, exclusivamente, alrededor de objetivos espirituales” (Hernandez Conesa, 1995, pág. 77). De esta forma los cuidados se van a institucionalizar en esta época, basándose en un concepto de ayuda vocacional en la que se priorizan las necesidades espirituales de enfermos y pobres.

En los últimos siglos de la Edad Media (XIII-XIV) se considera el cuidado de enfermos como vía para la purificación y elevación espiritual. Aparece la figura de la mujer “consagrada” mediante la profesión de votos religiosos y el cuidado de los enfermos. Se construye así la “vocación” y el cuidado a la enfermedad como posibilidad de redención para la mujer (hasta ahora ser impuro) mediante la atención humilde hacia otros seres impuros: los enfermos. Esta situación representará un condicionante importante en la evolución de la profesión enfermera, puesto que esa actitud de humildad (personal e intelectual) del pensamiento cristiano “hace que la enfermería sea la única de las profesiones que, por falta de tradición metodológica, no alcance el estatus adecuado y necesario para elevarse a la categoría de disciplina” (Hernandez Conesa, 1995, pág. 80).

Ofrecer estos servicios o atenciones va a permitir que las mujeres salgan del hogar para dedicarse a asistir a los enfermos, acudiendo a sus domicilios, conventos y luego más tarde a los hospitales que crea la iglesia. Pero todo esto lo llevaban a cabo sin desatender el cuidado de los hijos y las labores de la casa. En cuanto a la formación que se ofrecía por parte de las monjas y monjes era escasa y los procedimientos que realizaban eran realmente rudimentarios. Estas personas se caracterizaban por ser sumisas, serviciales, obedientes y religiosas.

Con el advenimiento de la Reforma Protestante en el siglo XVI que separó el cristianismo, el cuidado deja de ser un acto desinteresado, lo que trajo consigo una reducción del personal que disponía estos servicios. El gobierno que se quedó al cargo de los hospitales, contrató a mujeres laicas sin ninguna cualificación, dando lugar a una nefasta atención y condiciones insalubres rodeando la asistencia (Sellán Soto, 2007). Por lo que se pasa de una mujer sumisa y obediente con una ligera formación a una persona sin conocimiento alguno en la materia. De esta manera, desde el punto de vista social, las enfermeras eran trabajadoras ignorantes, muy mal vistas y

poco consideradas en cuanto al valor de su trabajo, llegando hasta tener mala fama en relación a su comportamiento moral. Además eran mal pagadas, lo cual hacía de esta ocupación una profesión poco atractiva para las jóvenes. (Heierle Valero, 2011)

Lo que más se apreciaba en ese momento era el comportamiento y actitudes de las mujeres, no los conocimientos ni capacidades. Entre las cualidades de quienes cuidan, debían estar presentes la docilidad, la humildad, lealtad, bondad y obediencia, e inclusive, el desprecio hacia sí mismo, como expresión de la entrega total. Se señala también que la responsabilidad individual de la enfermera era olvidada para dar lugar a una sumisión total al médico o al sacerdote.

A partir de mediados del siglo XIX, se fue produciendo un gran desarrollo técnico y científico que dio lugar a un mayor conocimiento de las enfermedades y a mejoras en el tratamiento, haciéndose palpable la necesidad por parte de los médicos de formar a las enfermeras en competencias fundamentalmente técnicas.

El poder del profesional médico en ese momento era absoluto. Las enfermeras se encontraban bajo su sombra y custodia, además muy influenciadas por la iglesia. La figura determinante era la del médico, alrededor del cual giraban todos los demás, cuya función era justamente facilitar la práctica de la profesión médica como tal (Vázquez Sellán, 2011).

Fue Florence Nightingale (1820-1910) quien fundó con su historia, el nuevo carácter que la enfermería fue adquiriendo en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, carácter que se fue extendiendo a partir de las escuelas profesionales que creó y de las que se fueron fundando después, tomándolas como modelo.

Es de particular interés recorrer su historia, ya que más allá del misticismo que la rodea, en ella pueden identificarse con bastante precisión varios de los rasgos que caracterizaron y caracterizan a la enfermería, como ser la valoración del entorno y la posición ética, la formación específica y por pares, la demarcación de un campo laboral como así también estructurar la formación de esta profesión (Tomey & Alligood, 1994).

Nightingale contribuyó con el estereotipo femenino, de sumisión y subordinación, al describirla como enfermera auxiliar del médico, con vocación de servir al enfermo, al médico y a la institución. Son "esposas, madres y empleadas domésticas" al mismo tiempo. "Esposa" del médico en su función de ayudante, "madre" de los pacientes en su curación y cuidado y "servidora doméstica" de las instituciones de salud.

La influencia religiosa tradicional en la historia de la enfermería de Occidente, también fue decisiva en su caso. Nacida en una familia inglesa de buena posición económica, protestante

devota, seguidora de la doctrina unitaria, una rama disidente de la Iglesia anglicana (Atewell, 1998).

Nightingale tempranamente se sintió llamada por la enfermería. Escribía, en su cuaderno privado: “Dios me ha hablado y me ha llamado a este servicio” (Tomey & Alligood, 1994, pág. 69). En 1851, firme en su determinación de acudir a aquel llamado, y venciendo la oposición familiar, viajó a Alemania para estudiar en la escuela de las diaconisas de Kaiserswerth. Terminados sus estudios, continuó su formación visitando diferentes hospitales de Gran Bretaña y del continente europeo. Su primera experiencia de trabajo fue en la dirección de un sanatorio para mujeres de la alta sociedad de Londres. Pero fue la guerra de Crimea la que le daría la oportunidad de servir y de aplicar lo aprendido tal como ella deseaba.

Las noticias que llegaban del frente habían producido gran preocupación a la sociedad, no solo por lo que ocurría en los enfrentamientos sino también por el estado en que se encontraban los heridos y enfermos en los centros sanitarios. Ante esta situación, el Secretario de Estado inglés, que por ser allegado de la familia conocía bien a Florence, le propuso colaborar en la organización del cuidado de los heridos y los enfermos de Crimea. Ella aceptó la propuesta y acompañada de doce enfermeras partió para Escutari, donde se había establecido el hospital británico. En el lugar, inmediatamente pudo percibir las pésimas condiciones en que se encontraban el lugar y los internados.

Para evitar enfrentamientos con los médicos, Nightingale recomendó a sus enfermeras que respetaran y cumplieran con sus indicaciones, pero reivindicó con firmeza preservar el ámbito del entorno y su administración, y el cuidado de los pacientes como competencia de la enfermería. Ella declaraba explícitamente, su convicción de que las funciones y el conocimiento enfermero eran intrínsecamente diferentes a los de la medicina.

En poco tiempo lograron instalar una lavandería, obtener ropa para los enfermos, mejorar la calidad de las comidas y del mantenimiento de las salas. Sus logros no estuvieron exentos de conflictos. Es conocido que Nightingale se valió del diagrama de áreas polares para representar dramáticamente la proporción de muertes por enfermedades y por heridas sufridas en combate y dar un sustento estadístico a sus propuestas y solicitudes. Al ordenar las muertes por sus causas, las debidas a heridas recibidas en combate figuraban en sexto lugar, en un listado en que las primeras eran el tifus, el cólera y la disentería. Aunque su temperamento estaba orientado fundamentalmente a la acción, nunca dejó de preocuparse por el conocimiento. Ella adhirió a la teoría de los miasmas, la cual sostenía que las enfermedades eran producidas por los malos olores, hipótesis que venía a explicar por qué entre los trabajadores que vivían en condiciones

poco higiénicas y en las prisiones y hospitales se daban las mayores tasas de mortalidad (Atewell, 1998).

Si bien sin la pretensión de formular una teoría, Nightingale puso el foco sobre lo que denominaba el “entorno” que articulaba los objetivos y las acciones que correspondían a los cuidados de enfermería. El entorno incluía, entre otros aspectos, la temperatura, la ventilación y la iluminación de los lugares de internación, la higiene y la dieta de los pacientes, etc. A diferencia de la medicina, que siempre se cuidó de proteger su conocimiento específico del acceso de profanos; la enfermería, por compartir gran parte del cuidado con los familiares, no preserva sus saberes como un área de conocimiento esotérico. De hecho, ella pensaba que todas las mujeres, en algún momento de su vida, debían enfrentarse al trance de tener que velar por la salud de alguien, es decir de ser enfermeras (Tomey & Alligood, 1994).

Durante la guerra de Crimea, seguidores de Nightingale crearon un Fondo para recaudar dinero con el objetivo de crear una escuela de formación de enfermeras. Con las contribuciones recibidas, ella fundó una institución para la enseñanza de la enfermería que comenzó a funcionar en el Saint Thomas Hospital, al tiempo se fueron instalando otras escuelas en otros tantos hospitales. Para aquellos años la cuestión de impartir enseñanza laica o religiosa no era un asunto menor. Y, a pesar de su devoción religiosa, optó por la enseñanza laica, persuadida por las discusiones surgidas a partir de que se conociera que algunas de las enfermeras religiosas que la acompañaron a Crimea habían intentado convertir a pacientes moribundos.

Los comienzos no fueron fáciles, no todos los médicos estaban de acuerdo, y muchos estaban en franca oposición al proyecto de formar enfermeras. Un cirujano del St. Thomas declaró públicamente que “una enfermera no necesitaba más formación que una criada” (Atewell, 1998, pág. 7).

Poco a poco estas escuelas se fueron afianzando, en un proceso al que ella no fue ajena, por sus propias iniciativas y en base a la gran popularidad que la rodeaba. Al principio la instrucción estuvo a cargo de las enfermeras jefes, las monjas y los médicos, pero con el tiempo Nightingale concluyó que lo más conveniente era que la formación de enfermeras estuviera a cargo de enfermeras y recomendaba que tuvieran amplia experiencia en el trabajo que debían realizar.

En 1887, cuando Nightingale se retiraba de la dirección, 42 hospitales tenían jefas de enfermería formadas en sus escuelas, y el número de egresadas superaba las quinientas. Las enfermeras formadas en estas escuelas, a su vez, fueron creando sus propias escuelas fuera de las fronteras, en Australia, Canadá, India, Finlandia, Suecia, Estados Unidos. Esta expansión contribuyó a fomentar y a cimentar la reputación de Florence Nightingale como una figura fundacional de la

enfermería moderna. Por su labor en Crimea fue reconocida y recompensada por la Reina Victoria, y en virtud de la calidad de sus estudios estadísticos sobre la mortalidad en Crimea la Royal Statistical Society la incorporó como miembro, siendo la primera mujer en obtener esta distinción.

Su historia y su fama contribuyeron a mejorar la desvalorizada imagen que de las enfermeras circulaba en aquella época. Hay quienes relacionan la subordinación de la enfermería a la medicina al modelo de Nightingale.

Florence tenía sus reservas sobre la profesionalización formal de la enfermería, ya que pensaba, no sin razón, que se constituiría en una especie de meta final, de objetivo cumplido, que conspiraría contra la búsqueda de superación permanente e inacabada que debía animar a las enfermeras. Argumentaba que la profesionalización llevaría a producir este efecto de la misma forma que había observado que lo había hecho con los médicos (Tomey & Alligood, 1994).

En Argentina la historia del desarrollo de la enfermería se sucede a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, donde la enfermería estaba, casi exclusivamente a cargo de empíricas formadas en la práctica y el trabajo. Se trataba de personas del más bajo nivel económico y social, en muchos casos, mujeres que habían sido descartadas del servicio doméstico en las casas particulares. Estas trabajadoras eran, a la vez, enfermeras, cocineras, mucamas y peones; que cumplían sus tareas en las peores condiciones, sin horarios establecidos para la alimentación o el descanso. Es decir que la enfermería, no solo no era reconocida como una profesión, sino que ni siquiera era considerada como una ocupación específica o calificada. Cecilia Grierson (1859-1934), la primera mujer graduada como médica en nuestro país, creó en el ámbito del Círculo Médico Argentino, la primera escuela de enfermeras, siguiendo el modelo de los institutos ingleses. Esta escuela, primera en su género, de carácter público, laico y gratuito, comenzó a funcionar en 1889 y fue inaugurada oficialmente en 1891. Grierson se destacó también como una activa militante del movimiento feminista; en el año 1900 fundó el Consejo Argentino de Mujeres y en 1910 fue elegida para presidir el Primer Congreso Femenino Internacional, realizado en Buenos Aires. La Escuela de Enfermería fue un instrumento que sirvió no solo para mejorar la calidad de la práctica enfermera, sino que también colaboró a la emancipación femenina.

En 1890 se creó la Escuela de Nurses del Hospital Británico y en 1920 la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Argentina, filial de la Cruz Roja Internacional ambas en la ciudad de Buenos Aires. El Dr. Ángel Roffo fundó en 1924 la Escuela de Nurses del Instituto de Medicina Experimental, institución dedicada a la investigación y la atención de enfermos con

enfermedades cancerosas. Roffo sostenía que se debían reunir a mujeres que evidenciaran la condición de tales, es decir la femineidad, una vocación innata y un espíritu de dignidad en la profesión a que habían de dedicar sus actividades, debía de llenar no solo la función complementaria del médico ante el enfermo, sino que debía ser una verdadera colaboradora. Aseguraba que una función semejante solo podían llenarla quienes poseyeran una esmerada preparación moral, y muy especialmente una preparación técnica, a fin de poder secundar con eficacia y ejecutar las prescripciones médicas (Habichayn, 2004).

Aun, cuando Roffo hablaba del espíritu de dignidad profesional de las enfermeras estaba hablando de lo que se denominaría “semiprofesiones”, que se caracterizan, además de no haber desarrollado en plenitud las condiciones de las profesiones, por ser desempeñadas mayoritariamente por mujeres y por tener una relación de subordinación con alguna profesión, más típicamente masculina.

En el año 1948, desde el Ministerio de Salud de la Nación, el Dr. Ramón Carrillo ponía en funcionamiento la Escuela de Enfermería de Salud Pública. Al año siguiente, en el número inaugural de la revista *Enfermería*, escribía el ministro:

“De la otrora cuidadora de enfermos que desempeñaba, además, las más rudimentarias y hasta serviles tareas, que era la enfermera primitiva, llegamos al momento actual en que la multiplicidad de especialidades la han transformado en el más eficaz colaborador del médico.” (Carrillo, 1949, pág. 12)

Veinticuatro años habían pasado desde el discurso del Dr. Roffo, y el Dr. Carrillo aunque destacaba el nivel científico alcanzado por las enfermeras, insistía en el rol de las enfermeras como colaboradoras de los médicos. En 1947, de acuerdo a registros del Ministerio de Salud Pública de la Nación, el número de enfermeras en el país era de 8.000, la mayor parte de ellas empíricas sin ningún tipo de preparación formal. En 1950, la Fundación Eva Perón creó su propia Escuela de Enfermería, la cual se mantuvo en funciones hasta 1955, año en que fue cerrada por el gobierno de facto del general Eduardo Lonardi.

El único requisito para ingresar a la Escuela era tener entre 18 y 34 años, la Fundación también otorgaba subsidios económicos a las alumnas que no contaban con recursos suficientes (Castiñeiras, 2019). Si bien el gobierno peronista impulsó fuertemente la incorporación de las mujeres a la vida laboral, y también a la política al reconocer su derecho al sufragio, siempre sostuvo la idea de que el destino y la misión de la mujer estaban subordinados a su rol materno y condenó a todo lo que pudiera desviarla de su papel femenino.

Otro punto de tensión del discurso oficial se producía, como vimos anteriormente, entre el énfasis puesto en la necesidad de profesionalizar la enfermería, y la persistente caracterización de la enfermera como la colaboradora o asistente del médico.

Entre 1952 y 1960 se abrieron cuatro escuelas de enfermería universitarias, en 1952 en la Universidad de Tucumán, en 1956 en la de Córdoba, en 1958 en la de Rosario y en 1960 en el Hospital de Clínicas “José de San Martín” de la ciudad de Buenos Aires. La incorporación de la enfermería al nivel universitario contribuyó a jerarquizar la disciplina (Habichayn, 2004).

En la reunión internacional de San Pablo, realizada en 1953 en Brasil, la Comisión Internacional de Enfermería aprobó el Código de Ética de enfermería que expresaba, entre otros conceptos:

La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible. Tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos. Mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

En este Código se remarcaba, todavía, la subordinación de la enfermera al médico. En 1965 diferentes representaciones provinciales y de la entonces Municipalidad de Buenos Aires se unieron para formar la Federación Argentina de Enfermería. El gobierno de facto del teniente general Juan Carlos Onganía sancionó en 1967, el decreto ley 17.132 que trataba sobre el ejercicio de la medicina, la odontología, y las actividades de colaboración. No reconocía el status profesional de la enfermería y establecía importantes restricciones a su práctica, subordinada específicamente al profesional médico u odontólogo. En el año 1969, la Federación Argentina de Enfermería era reconocida institucionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras. Diferentes cuestiones conceptuales, legales y prácticas relacionadas con el ejercicio de la enfermería, se pusieron en debate a lo largo de la década de los '80.

En septiembre de 1991, durante la primera presidencia de Carlos S. Menem, se sancionó la Ley Nacional 24.004, de Ejercicio de la Enfermería, que configura el marco legal del ejercicio de la enfermería profesional. Esta ley establece como funciones de la enfermería a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de enfermedades; y la docencia, la investigación y el asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, realizadas ellas, en forma autónoma dentro de los límites de la competencia que derivan de los respectivos títulos habilitantes. Define dos niveles para el ejercicio: el profesional, y el auxiliar. Corresponde a los profesionales de la enfermería ocupar puestos jerárquicos y ejercer funciones

directivas, de asesoramiento, docencia e investigación, y también, presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para cubrir cargos de enfermería. De acuerdo a esta ley están habilitados para ejercer en el nivel profesional, únicamente aquellos que posean el título correspondiente otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas, reconocidas por la autoridad competente; o por centros de formación terciaria, que dependan de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas, debidamente reconocidos.

Tal como se expuso en los párrafos anteriores, se puede evidenciar como se ha ido configurando a la mujer el cuidado como rol de género, naturalizando el mismo por estereotipos relacionados a la función reproductora y al ser mujer. La mujer presenta una exclusiva y específica función reproductora que la sitúa cercana a la naturaleza. La enfermería tiene su origen en el cuidado materno e incluso el término inglés "nurse" tiene sus raíces en el vocablo latino "nutrire" (nutrir), que significa madre que cría. Este origen de la enfermera como madre perpetuó la idea de que la enfermería sólo podía ser ejercida por mujeres ya que su "instinto maternal" era el que proporcionaba el fuerte impulso o motivación necesario para cuidar a aquellos que sufrían o estaban desamparados. Las mujeres, debido a su instinto maternal, visto como parte de su naturaleza, han sido consideradas enfermeras natas. (García Bañón, Sainz Otero, Botella Rodríguez, & Manuel, 2004) . De este modo, Domínguez Alcón evoca la imagen de la enfermera, con "sus principios tradicionales de vocación, caridad, altruismo, feminidad, nobleza, maternal...". (Domínguez Alcón, 1985) A diferencia del hombre que, por el hecho de estar liberado fisiológicamente de esta condición reproductora parece quedar libre de toda relación con la naturaleza.

A partir de lo anterior se puede hablar del sistema sexo-género, el cual permite reconocer un modelo de sociedad en el que se explica cómo las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres se han traducido históricamente en desigualdades de índole social, político y económico, en el ámbito de los derechos entre ambos sexos, siendo las mujeres las más desfavorecidas en este proceso. Tal sistema establece que el sexo no es en sí mismo la causa de la desigualdad de las mujeres sino su posición de género socialmente construida hace referencia a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres en el seno de una sociedad. Analiza las relaciones producidas bajo un sistema de poder que define condiciones sociales distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignadas socialmente y de su posición social como seres subordinados o seres con poder sobre los principales recursos (Bastida, 1996).

Para Rubín el sistema sexo-género describe aquellos elementos por medio de los cuales las mujeres quedan relegadas y subordinadas a un segundo plano, definiéndolo así: “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, pág. 97).

Este sistema dualista está representado por otro que lo sustenta, el par binario naturaleza/cultura, puesto que el sexo se relaciona con la biología (hormonas, genes, sistema nervioso, morfología) y el género con la cultura.

El cuanto al concepto de sexo hay quienes refieren se trata de las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; características con las que se nace, universal e inmodificable. La cuestión radica en que estas diferencias entre los hombres y las mujeres son jerarquizadas, dándose más valor a las masculinas, lo que produce una situación de desigualdad (Lamas, 2002).

Hasta los años sesenta los términos sexo y género son utilizados indistintamente, originalmente el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), aludiendo la segunda a los aspectos psico-socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomofisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana.

El concepto de género surge con el movimiento feminista a mitad del siglo XX poniendo de relieve las diferencias entre las mujeres y los hombres que se construyen socialmente y que no se entienden desde sus componentes biológicos. Dicho término se incorpora con el afán de desmontar el determinismo biológico que fundamenta las relaciones de dominación y subordinación entre los sexos. En los años 70, Stoller investiga cómo desde edades muy tempranas niños y niñas son conscientes de que son educados en función del sexo. Se llegó a la conclusión, entonces, de que existían unas características consideradas “femeninas” o “masculinas”, que eran asociadas a mujeres y hombres mediante el proceso de socialización en función de su sexo, y consecuencia de ello se originó el mencionado sistema sexo-género. Se pueden resumir las bases sobre las que se sustentaría este feminismo como el intento de deconstrucción del mundo patriarcal para proporcionar un nuevo orden simbólico en el que la mujer pueda ejercer con libertad y determinación su diferencia sexual. No se trata de una subversión del orden patriarcal en uno matriarcal, sino la cabida de un sistema puramente femenino al margen del de los hombres (Stoller, 1968).

Lourdes Benería, a finales del siglo XX sostenía que el género vendría a ser el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla en distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor (Beneria, 1987).

Así fue como el género se conceptualizó como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). A pesar de los cambios de orientación de la investigación antropológica en las últimas décadas, se sostiene la centralidad explicativa de cultura. Incluso, el término cultura ha rebasado su origen antropológico convirtiéndose en uno de los conceptos más usados para explicar la condición humana en las ciencias sociales. Hoy en día se reconoce que lo característico de la cultura es su naturaleza simbólica que, entreteteje un conocimiento tácito sin el cual no hay interacción social ordenada y rutinaria, con la que las personas comparten significados no verbalizados, ni explicitados que toman por verdades dadas. En este entretetejado tácito, el género es el elemento básico de la construcción de cultura. Por la cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. Por eso, para desentrañar la red de interrelaciones e interacciones sociales del orden simbólico vigente se requiere comprender el esquema cultural de género. La investigación, reflexión y debate alrededor del género han conducido lentamente a plantear que las mujeres y los hombres no tienen esencias que se deriven de la biología, sino que son construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones. Quitar la idea de mujer y de hombre conlleva a postular la existencia de un sujeto relacional, que produce un conocimiento filtrado por el género. En cada cultura una operación simbólica básica otorga cierto significado a los cuerpos de las mujeres y de los hombres. Así se construye socialmente la masculinidad y la feminidad. Mujeres y hombres no son un reflejo de la realidad “natural”, sino que son el resultado de una producción histórica y cultural, basada en el proceso de simbolización; y como “productores culturales” desarrollan un sistema de referencias comunes. De ahí que las sociedades sean comunidades interpretativas que

se van armando para compartir ciertos significados. El género produce un imaginario social con una eficacia simbólica contundente y, al dar lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad, es usado para justificar la discriminación por sexo (sexismo) y por prácticas sexuales (homofobia). Al sostenimiento del orden simbólico contribuyen hombres y mujeres, reproduciéndose y reproduciéndolo. Los papeles cambian según el lugar o el momento, pero, mujeres y hombres por igual son los soportes de un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones recíprocas (Lamas, 2002).

Desde estas teorías, se pone de manifiesto la histórica identificación de lo natural (sexo) con lo socialmente construido (género), y la consecuente naturalización de la desigualdad entre hombres y mujeres. Pero cabe decir que “lo masculino” y “femenino” no es estable, ni constante, “no son hechos naturales y biológicos, sino construcciones socioculturales” (Varela, 2008, pág. 191) y, como cualquier producto cultural, diverge de una sociedad a otra en función de diferentes factores como por ejemplo la cultura, la religión o la política existente en cada sociedad. Tales constructos, lo masculino y lo femenino, durante mucho tiempo fueron considerados términos opuestos y excluyentes, de manera que el poseer atributos masculinos, implicaba no poseer los femeninos y viceversa. Además de excluyentes, estos atributos y roles no se atribuyen a hombres y mujeres de manera aleatoria, igualitaria o desinteresada, sino que, en las sociedades patriarcales existentes a lo largo de la historia, las funciones y roles sociales atribuidos en función del sexo, han mantenido a los hombres en los órganos de poder y han perpetuado situaciones de dependencia de las mujeres respecto de los hombres. La transmisión de estos valores culturales, socialmente diferenciados para cada uno de los sexos, ha generado desigualdades y discriminaciones. El reconocimiento de las funciones asignadas a cada uno de los sexos, no solo es distinto por ser éstas diferentes, sino que, ante todo, se debe a que tienen un valor distinto. Así pues, tal y como explica Freixas, cuando la niña o el niño va creciendo, va adquiriendo una identidad sexual en función de sus características biológicas, pues se consideran niño o niña en función de sus órganos genitales, y al mismo tiempo van adquiriendo una identidad de género, por medio de la cual se van a comportar en función de lo que la sociedad considera apropiado para cada sexo, reproduciendo así los estereotipos y roles de la sociedad patriarcal. (Freixas Farré, 2012)

Las desigualdades entre hombres y mujeres son, básicamente, socialmente construidas y se derivan de universos de opinión, creencias y actitudes históricamente perpetuados, compartidos por los actores sociales, y que surgen de la triangulación de los imaginarios sociales acerca de lo

femenino y lo masculino, los roles atribuidos a los sexos y los estereotipos de género, que en su interrelación, fijan las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres.

El concepto de rol social hace referencia al conjunto de actitudes, capacidades, expectativas y valores que se asigna a posiciones sociales o a grupos. A través de la socialización, se transmiten funciones sociales favoreciendo el anclaje en el sistema social a través de la integración de patrones conductuales que el sujeto adquiere para facilitar la interiorización de exigencias sociales. Para ello, se construyen supuestos que se dan por verdades o realidades cotidianas que son aceptadas como verdad sin cuestionamientos. Cuando los papeles sociales asignados al sujeto se basan en el sexo biológico, se habla, entonces, de roles de género. Ello permite una amplia categorización de cualidades, rasgos, valores y conductas esperadas como reflejo de la socialización diferencial del sexo, por lo que se trata de definiciones sociales de rasgos. Los roles de género se observan en el ámbito familiar, marital, parental, ocupacional, y en todos los ámbitos de la vida social. Enfatizan los efectos de la construcción social que subyace a la vinculación del dimorfismo anatómico con consecuencias sociales (Pintos, 2005).

Lamas señala que el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y descripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 2002).

Estos estereotipos de género tienen consecuencias psicológicas y sociales negativas, en especial para la mujer, y a pesar de la creciente presión social para erradicar de la expresión pública este tipo de creencias, las imágenes mentales estereotipantes continúan presentes en amplios contextos sociales y forman parte real de la vida diaria de hombres y mujeres en todo el mundo. El estereotipo basado en el sexo conduce a una sobreestimación de la uniformidad, llevando a que los sujetos individuales sean vistos bajo los rasgos del grupo al que se los asimila. En el estereotipo de género, se seleccionan rasgos que surgen de los papeles que ocupan en la sociedad los distintos grupos y en sus interacciones. Estos roles sociales tienen una enorme influencia sobre la conducta individual, y pasan, erróneamente, a ser considerados como características propias de la persona, y no lo que realmente son: el desempeño del papel que se le asigna y de la

situación contextual del sujeto. Es frecuente observar en la cultura occidental, como ejemplo de lo mencionado, en el aprendizaje de roles de niños y niñas en sus hogares y centros educativos, en los que la sociedad les asigna roles y ocupaciones muy diferentes propios de cada estereotipo. Una vez aprendidos estos roles, la sociedad continúa demandando su cumplimiento, solicitando como requisitos para la admisión en el mundo laboral, a los hombres, cumplir con sus características estereotípicas de energía, racionalidad, orientación al trabajo, y a la mujer, sensibilidad, suavidad, calidez, reforzando los roles aprendidos en la infancia y retroalimentando el estereotipo. El estereotipo se perpetúa, dado que hombres y mujeres tienden a actuar de manera acorde a sus roles, y se termina olvidando que se trata de efectos de roles asignados arbitrariamente, llegándose a la errónea conclusión de que los comportamientos que demuestran hombres y mujeres obedecen a sus distintas naturalezas. Así, la inercia y tradición estereotipada, pasan a generar conductas que son asumidas como naturales, generando la creencia de que se cuenta con fundamentos racionales y empíricos para sostener el estereotipo. La traducción social que se realiza de las expectativas que generan los estereotipos, conducen, necesariamente, a la discriminación de uno de los grupos.

En el caso del estereotipo de género, es la mujer la que ha sufrido limitaciones de todo tipo a partir de la distribución de roles que las mantiene en una categoría inferior a la del hombre. El concepto de género se relaciona estrechamente al estereotipo, condicionando así conductas, elecciones y posibilidades para la mujer, se trata de una construcción simbólica que estereotipa, reglamenta y condiciona la conducta tanto objetiva como subjetiva de los individuos. Mediante la constitución de género, la sociedad clasifica, nombra y produce las ideas dominantes de lo que deben ser y actuar los hombres y las mujeres. Por tanto, referirse a cuestiones de género, es hablar de feminidad y de masculinidad (Colás & Villaciervos, 2007). Se elabora así una simbolización cultural que se construye sobre la diferencia anatómica, fundamentalmente genital, y se establecen prácticas, ideas, representaciones sociales y discursos que confluyen en una serie de atribuciones a la conducta de las personas en función de su sexo.

De esta manera, en la sociedad, se produce un proceso de constitución de género por el cual se fabrican las ideas acerca de lo que deben y no deben ser los hombres y mujeres. Sobre la base de la categoría de género, se construyen, entonces, expectativas, creencias y relaciones sociales aceptadas para cada género. Respecto de la mujer, se observan símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones simples y a veces contradictorias, por ejemplo, que la mujer debe ser bella y atractiva (Venus) y a su vez, debe ser pura y servicial (Virgen). También en cuanto a los conceptos normativos observables, presentes en el marco jurídico, en doctrinas

religiosas y normas culturales, educativas y demás, se afirma categóricamente de manera unívoca qué debe ser un hombre y qué debe ser una mujer. Ejemplo de la arbitrariedad presente en el ámbito normativo, sería el hecho de que solo los hombres puedan ser sacerdotes en la doctrina católica, que sea mal visto que una mujer invite a un hombre a salir, el derecho a voto tardío reconocido para la mujer en muchas legislaciones del mundo, etc. Estas representaciones arbitrarias se observan también en el mundo institucional y en las organizaciones sociales. Desde la composición de las empresas privadas hasta la conformación del Estado relegan a las mujeres de los puestos de mayor jerarquía, encasillándolas en roles de asistencia, desconocen el liderazgo femenino reconociendo el masculino como prácticamente natural. En general, se deja a cargo de la mujer la labor no remunerada de trabajo doméstico y al hombre se le privilegian sus derechos como trabajador remunerado, deslindándolo de responsabilidades de cuidado y del ámbito del hogar. A todo nivel de la participación pública, también se privilegia a los hombres por sobre la mujer. Finalmente, también en la identidad subjetiva pesan los estereotipos. En este aspecto, se alude a los conceptos de identidad, autoestima y autonomía, y se induce a las personas a auto clasificarse como varones o mujeres sobre la base de sus características biológicas, anatómicas y fisiológicas, lo que se pretende que determine sus actividades sociales, sus atributos, cualidades, gustos y demás. Estas construcciones en torno a las relaciones sociales del género forman parte de todos los ámbitos de la vida de las personas, determinando, limitando, sesgando opciones y forzando conductas y elecciones. Estos estereotipos de género se plasman en creencias o pensamientos que los sujetos tienen acerca de cuáles son y cuáles deberían ser los atributos personales de los hombres y las mujeres. Estas creencias populares compartidas, se observan en distintas dimensiones, como los rasgos de personalidad, las conductas correspondientes al rol, las ocupaciones laborales o la apariencia física que se consideran característicos de los hombres y de las mujeres y que diferencian a los unos de las otras (Mosteiro García & Porto Castro, 2017).

Antes de abordar el fenómeno de los estereotipos de género, cabe hacer un paréntesis para definir cabalmente qué es un estereotipo.

El estereotipo es subjetivo y dirige las expectativas de un grupo social, determinando sus opiniones. Su origen es emocional y tiene su base en una determinada utilización del lenguaje, se transmite de generación en generación ya que evoluciona más despacio que la sociedad. Los estereotipos definen una actitud de rechazo que empuja a la persona a actuar de esa forma negativa que se le ha supuesto. Son, por lo tanto, ideas preconcebidas y simplistas muy arraigadas y aceptadas socialmente que tienden a crear generalizaciones sobre colectivos que forman parte de una sociedad. Al estar tan arraigados son difíciles de modificar. Es un elemento

que nos facilita la aprehensión de la realidad más lejana y también la más cercana; esto supone un arma de doble filo, ya que en ocasiones depender de estereotipos puede suponer la conformación de imágenes cognitivas erróneas o en otros casos el encasillamiento en comportamientos determinados, con lo que se permiten conductas distintas llegando a situaciones de censura. Como hemos señalado anteriormente, los estereotipos son ideas colectivas fuertemente arraigadas de cómo debe ser la realidad que nos rodea. Estos estereotipos son aceptados y validados culturalmente, de manera que no en todas las sociedades, en todas las culturas ni en todos los tiempos los estereotipos son los mismos, pero siempre tienden a simplificar las cosas, presentan el mundo en categorías, de manera que a través de ellos nos hacemos una imagen mental simplificada de las cosas, personas o grupos sociales. (López Valero, Madrid Izquierdo, & Encabo, 2000)

Los estereotipos de género hacen referencia a una serie de ideas impuestas, simplificadas, pero fuertemente asumidas, sobre las características, actitudes y aptitudes de las mujeres y los hombres, que se hacen verdades indiscutibles a fuerza de repetirse. Como consecuencia, limitan la libertad de hombres y mujeres en la conformación de su identidad, y contribuyen a mantener un sistema social desigual y discriminatorio. Los estereotipos de género son ideas que se reproducen y se transmiten desde el nacimiento mediante un proceso de socialización. Estos estereotipos no son innatos, sino adquiridos en la cultura en la que se insertan y en función de ellos la sociedad se comporta según lo que se espera de cada sexo al que se pertenece. En este proceso de socialización influyen diferentes agentes como son la familia, la escuela, el grupo de iguales, los medios de comunicación, etc. Su fuerza radica en el consenso alcanzado, es decir en su aceptación y uso como una representación válida de lo real. (Colás & Villaciervos, 2007).

Como se ha mencionado, tanto los roles como los estereotipos son aprendidos en un proceso de socialización diferenciada denominado socialización de género, mediante el cual estos mensajes se interiorizan de manera que se acaba pensando y comportándose de forma congruente con ellos. De este modo, la cultura patriarcal y androcéntrica se reproduce, fundamentalmente, por una socialización desigual que persiste e incide con fuerza en las estructuras del inconsciente. La cultura en la que se vive instaaura una vía por medio de la cual se enseñan y aprenden las conductas y roles que perpetúa la sociedad, el control ejercido a través de esta transmisión de roles y estereotipos provoca una violencia simbólica al coaccionar, autorregular y controlar los comportamientos. Cuando no se comportan según lo que la sociedad espera de cada sexo, los comportamientos y actuaciones son desaprobados, rechazados y criticados. (Mosteiro García & Porto Castro, 2017)

Los medios de comunicación son en la actualidad un importante agente socializador y siguen transmitiendo y perpetuando los roles tradicionales propios de cada género, actúan como agentes que refuerzan y divulgan determinadas actitudes, creencias, estereotipos y valores. La imagen social de una profesión está muy condicionada por la forma en que ésta es representada en los diferentes medios de comunicación. Enfermería es una profesión desconocida y salpicada por el estereotipo público perteneciente a una época pasada y con grandes reminiscencias de las distintas etapas que la profesión ha pasado a lo largo de la historia.

“Los estereotipos son la base del lenguaje visual; desde una perspectiva psicosocial y antropológica, se puede afirmar que llevan incluidos valores y conceptos, anclados en lo que se denomina la mente o la memoria colectiva” (Heierle Valero, 2011, pág. 97). Así pues, la imagen mental comúnmente aceptada por la sociedad del rol enfermero es errónea debido a la falta de conocimiento sobre la práctica y la responsabilidad real de la enfermería. La imagen transmitida por parte de los medios de comunicación tiene gran relevancia, estos contribuyen a la formación de las identidades profesionales, así como a los estereotipos entorno a éstas.

Como se ha dicho anteriormente los medios de comunicación han sido y son fundamentales en la creación y difusión de los estereotipos y estos ocupan también un lugar preponderante en la creación de los imaginarios, no sólo por la vitalidad de sus sistemas simbólicos empleados en la construcción de la realidad social como creación de lo imaginario, sino también por la fuerza de los comunicadores en tanto sistemas simbólicos.

Las evidencias básicas, de las que se vive y en las que se cree o se está, no se generan mediante ‘representaciones’ colectivas que los individuos copiamos en nuestro comportamiento cotidiano, ni tampoco mediante ‘conciencias colectivas’ o ‘arquetipos’ procedentes de estadios anteriores de la humanidad. Las evidencias provienen de las plurales referencias emitidas recursivamente por las instituciones que pugnan entre sí por definir realidades creíbles (Cegarra, 2012).

Obsérvese entonces que las instituciones –entiéndase escuela, medios de comunicación, industrias culturales– emiten recursivamente referencias de sentido, a través de los imaginarios, haciendo plausible la realidad socialmente dada.

La realidad se construye socialmente mediante diferentes dispositivos en pugna entre Estado, mercado y empresas de construcción de realidad; a éstas se suman otras instituciones como la religiosa y educativa que también matizan esa realidad.

La imagen se construye en las mentes de los colectivos humanos sobre la base integrada de un imaginario social compuesto de todos los mensajes y manifestaciones corporativas con

capacidad comunicativa que un determinado colectivo, como pudiera ser el colectivo enfermero, emite voluntaria e involuntariamente. A esto se agregan los mensajes que otros agentes ajenos a los propios enfermeros, sobre todo medios de comunicación social, emiten sobre dicho colectivo, y que también intervienen en los públicos para que éstos construyan la imagen del enfermero o del colectivo que los integra (Pintos, 2005).

Estos medios todavía muestran la enfermería como una profesión escasamente cualificada, ligada a las mujeres y bajo las órdenes del personal médico, se ha presentado a la enfermera como una mujer frívola, provocadora y con un atractivo sexual, en la que predomina un bajo nivel intelectual, sin capacidad de decisión y subordinada y dependiente de otros profesionales

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Se tratará de una investigación cuyo abordaje es cuantitativo ya que es secuencial y probatorio. Se realizará un estudio no experimental, ya que las variables serán estudiadas sin ser manipuladas, y solo nos limitaremos a observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, descriptivo ya que se buscará describir los fenómenos o situaciones en relación a las variables en la población de estudio, de corte trasversal porque se recolectarán datos en un solo momento y las variables se medirán simultáneamente mediante una única medición, prospectivo ya que se tomarán datos primarios directamente de los estudiantes de primer y quinto año de la carrera de enfermería a medida que sucedan los hechos.

Sitio o contexto de la investigación

Para la selección del sitio se elaboró una guía de convalidación (Ver anexo I), en esta investigación se realizó un relevamiento de datos ya que el sitio elegido reúne los criterios de elegibilidad, así como también las variables en estudio y es la única escuela de enfermería pública de la ciudad de Rosario que cuenta con título de grado en Licenciatura de Enfermería, donde según estadísticas institucionales registran el mayor número de ingresantes y reinscriptos. (Ver anexo III)

El lugar seleccionado para realizar este estudio será la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, de la provincia de Santa Fe. Ubicada en zona urbana, en el Distrito Centro, una de las 6 divisiones administrativas de la ciudad.

Población y muestra

La población de estudio estará conformada por todos los estudiantes de primer año y de quinto año de la carrera de licenciado en enfermería perteneciente a la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

La unidad de análisis será cada uno de los estudiantes de primer y quinto año de ambos sexos, nacidos en Argentina que hayan cursado desde primer año en la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

Criterio de exclusión

- Estudiantes de primer año y de quinto año que posean familiares directos profesionales en enfermería.
- Recursantes de primer año.

Tamaño de la población

Según la información recabada por los resultados del estudio exploratorio, el número de ingresantes a primer año es de 1000 estudiantes aproximadamente y el número de estudiantes a quinto año es de 100 aproximadamente. El tipo de muestreo será probabilístico, ya que las unidades de la población tendrán la misma probabilidad de ser incluidas.

Considerando el tamaño total de ambos grupos se tomarán muestras por estratos al azar simple teniendo en cuenta la selección y la mortalidad de los participantes.

El cálculo del tamaño muestral contemplando un error máximo aceptable de 5%, un nivel deseado de confianza del 95% y una heterogeneidad del 50 % para estudiantes de primer año será de 278 personas y para estudiantes de quinto año será de 85 personas

En cuanto a la validez externa del proyecto, el alcance de los resultados será generalizable sólo a la población total del estudio. La limitación que posee está dada ya que se realizará sólo en ese sitio.

Técnicas e instrumento para la recolección de datos

La recolección de datos se realizará mediante la técnica de encuesta, utilizando como instrumento de medición un cuestionario en el cual se realizarán preguntas cerradas con una única opción de respuesta realizada por Maria Dolores Burguete Ramos, Jose Ramón Martínez Riera y German Martín González adaptado por la autora del presente proyecto (Ver anexo II). Dicho instrumento presenta, al inicio, una breve descripción de llenado. El mismo está constituido por cada indicador seleccionado para medir la variable actitudes de género, estereotipos en enfermería mediante 12 ítems que siguen un esquema tipo Likert, donde encerrará con un círculo la respuesta elegida. Las opciones serán: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, muy de acuerdo. El cuestionario incluía: Cuatro ítems sobre estereotipos de género, dos ítems sobre enfermería como profesión femenina, tres ítems sobre estereotipos de enfermería femeninos, un ítem sobre estereotipos de la enfermería masculina, un ítem sobre el uniforme de las enfermeras y su influencia en los estereotipos y un ítem sobre discriminación de género en la enfermería. Además, se recogerán las variables edad y sexo. Para medir la variable: elección de la carrera contiene un ítem en el que deberá marcar con una cruz (x) una de las dos opciones. (Ver anexo II).

Las ventajas de utilizar cuestionarios son: menor costo, mayor cobertura de población; menor tiempo en la recolección de datos; menor riesgo de distorsiones producidas, se preserva el anonimato del sujeto; y mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado.

Las desventajas que presenta es el riesgo de elevado porcentaje de cuestionarios incompletos; exclusión de quienes no saben leer y escribir; imposibilidad de ayudar al informante con explicaciones complementarias; y la dificultad de verificación de la veracidad de los datos.

Operacionalización de la variable

Variable 1: Actitudes de género y estereotipos en enfermería: Cualitativa, independiente, escala de medición ordinal

Dimensión 1: Estereotipos de género

Indicadores:

- Las mujeres son más cariñosas que los hombres
- Los hombres son más independientes que las mujeres.
- Los hombres son más inteligentes que las mujeres
- Los hombres son mejores líderes que las mujeres

Dimensión 2: Enfermería como profesión femenina

Indicadores:

- La enfermería es una profesión fundamentalmente femenina
- Las mujeres son mejores enfermeras

Dimensión 3: Estereotipos de enfermería femeninos

Indicadores:

- Las enfermeras se ven como secretarias de los médicos
- Las enfermeras jóvenes se ven como objetos sexuales
- Las enfermeras mayores son mandonas y duras

Dimensión 4: Estereotipos de la enfermería masculina.

Indicadores:

- Los enfermeros tienen más oportunidades de promoción

Dimensión 5: El uniforme de las enfermeras y su influencia en los estereotipos.

Indicadores:

- Las enfermeras siguen asociándose con el uso de la cofia y la minifalda

Dimensión 6: Discriminación de género en la enfermería

Indicadores:

- Los enfermeros son afeminados

Variable 2: Elección de la carrera, Cualitativa, Dependiente, escala de medición nominal.

Indicadores:

- Primera opción
- Segunda opción o sucesivas

Variable 3: Edad, Cuantitativa continua, independiente, escala de medición razón.

Indicadores:

- Será la edad en años según refiera

Variable 4: Sexo, Cualitativa simple, independiente, escala de medición nominal

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Teniendo en cuenta los controles de validez interna, se realizó una prueba piloto al instrumento (ver anexo IV) en la institución seleccionada con población de iguales criterios de inclusión y exclusión a la que se pretende realizar el presente estudio de investigación. En la misma, se comprobó la confiabilidad y validez de instrumento, así como las condiciones contextuales para su aplicación. Cabe aclarar que dicha población no será parte de la población en estudio.

Principios éticos:

A lo largo de la planificación del proyecto se tendrá recaudos que comprenden las pautas éticas aplicadas a la investigación científica, enfatizando particularmente en los siguientes principios: el principio de Beneficencia, principio de respeto a la dignidad humana y el principio de justicia.

Principio de respeto a la dignidad humana, se preservará la intimidad de los sujetos en estudios, asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Se les brindará mediante un Consentimiento Informado (ver anexo II) información clara y precisa donde se le describirá con

detalle la naturaleza del estudio, sus objetivos, el derecho del sujeto a rehusarse a participar o retirarse en el momento que lo desee y los riesgos y beneficios que podrían ocurrir.

Principio de Beneficencia, no se someterá a la población en estudio a ningún tipo de daño, ni físico, ni psicológico, manteniendo una actitud no prejuiciosa y comprensiva. Se tendrá en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los eventos indeseables.

Principio de Justicia, se brindará un trato justo, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad. Se preservará la intimidad de los participantes, valorando las situaciones de vulnerabilidad en que se encuentren inmersos a la hora de participar en el proyecto. Definiendo vulnerabilidad como la existencia de particulares situaciones en las que individuos y/o comunidades quedan disminuidos en su autonomía.

Personal a cargo de la recolección de datos

El personal a cargo de la recolección de datos estará constituido por un equipo de dos encuestadores más la autora del presente proyecto. Dichos encuestadores serán instruidos previamente mediante dos encuentros, de duración estimada de una hora, en la semana anterior a la recolección de los datos. Dicha instrucción consistirá en unificar los criterios para evitar sesgos en la obtención de los datos. El equipo será distribuido de forma tal que cada uno tomará una comisión de primer año ubicados en las aulas del segundo piso de la escuela de enfermería, quince minutos previos a la hora de finalización de cursado de la materia Biología en el turno mañana, habiendo acordado previamente con el docente a cargo. Para la recolección de datos en estudiantes de quinto año se distribuirán de forma de tomar tres comisiones, pertenecientes al turno mañana, quince minutos previos a la finalización de la materia practica integrada II, ubicados en las aulas del primer piso de la escuela de enfermería, habiendo acordado previamente con el docente a cargo.

En ambos casos los encuestadores estarán presentes, los mismos entregarán los instrumentos en forma general, teniendo en cuanto los criterios de inclusión y exclusión y la población que participó de la prueba piloto para excluirlos.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variables seleccionadas y sus correspondientes indicadores (tabulación).

El proceso de tabulación se elaborará mediante una base de datos con el paquete estadístico SPSS en su versión 19.0 para Windows, luego se formularán los índices para cada variable.

En primer lugar, para la variable Actitudes de género y estereotipos en enfermería, con una escala de medición ordinal, se codificarán los datos con un valor para las respuestas de la siguiente manera:

- 1- Muy en desacuerdo
- 2- En desacuerdo
- 3- Neutral
- 4- De acuerdo
- 5- Muy de acuerdo

Se realizarán índices por dimensiones de la siguiente manera:

Para la dimensión 1: Estereotipos de género.

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 4-9
- Neutrales: 10-14
- Negativos: 15-20

El puntaje mínimo es de 4 y el puntaje máximo es de 20

Para la dimensión 2: Enfermería como profesión femenina

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 2-4
- Neutrales: 5-7
- Negativos: 8-10

El puntaje mínimo es de 2 y el puntaje máximo es de 10

Para la dimensión 3: Estereotipos de enfermería femeninos

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 3-6
- Neutrales: 7-11
- Negativos: 12-15

El puntaje mínimo es de 3 y el puntaje máximo es de 15

Para la dimensión 4: Estereotipos de enfermería masculina

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 1-2
- Neutrales: 3
- Negativos: 4-5

El puntaje mínimo es de 1 y el puntaje máximo es de 5

Para la dimensión 5: El uniforme de las enfermeras y su influencia en los estereotipos

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 1-2
- Neutrales: 3
- Negativos: 4-5

El puntaje mínimo es de 1 y el puntaje máximo es de 5

Para la dimensión 6: Discriminación de género en la enfermería

Actitudes y estereotipos

- Positivos: 1-2
- Neutrales: 3
- Negativos: 4-5

El puntaje mínimo es de 1 y el puntaje máximo es de 5

Para la reconstrucción de la variable actitudes de género y estereotipos de enfermería

- Positivos: 12-24
- Neutrales: 25-36
- Negativos: 37-60

El puntaje mínimo es de 12 y el puntaje máximo es de 60.

Para el análisis de esta variable se realizará una distribución de frecuencias y luego será representada en un gráfico de barras adosadas.

El tipo de análisis estadístico será descriptivo bivariado, describiendo relaciones entre dos variables

Para el análisis de las variables sexo y elección de la carrera, que poseen una escala de medición nominal, se realizará a cada una, una distribución de frecuencias y serán representadas en gráficos circulares.

Para el análisis de la variable edad, la cual posee una escala de medición de razón, se calculará a través de medidas de tendencia central mediana, luego se agruparán los datos y serán representados en un gráfico de barras simples.

Se contará con la colaboración de un estadístico/a.

Plan de trabajo y cronograma

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS- TO	SEPTIEMBRE	NOVIEMNRE	DICIEMBRE
Recolección de datos: Cuestionari o alumnos y alumnas de primer y quinto año. Recursos (papel, lapiceras, transporte)								
Análisis e interpretación de datos								
Tabulación de datos Recursos (pc, papel, lápiz)								
Análisis de resultados								
Elaboración del Informe Final								
Presentación del Informe Final								

ANEXOS

ANEXO I

Guía de Relevamiento de datos

- ¿La institución permite que se realice la investigación?
- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- Se han realizado proyectos similares en la Institución?
- ¿Cuál es la cantidad de inscriptos a primer año?
- ¿Cuál es la cantidad de inscriptos a quinto año?
- ¿Cuál es el porcentaje de recursantes a 1er año?
- ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres en primer año?
- ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres en quinto año?
- ¿Cuál es el rango de edad de los/as ingresantes?
- ¿Cuántos turnos tiene la universidad para cursar 1er año?
- ¿Cuántos turnos tiene la universidad para cursar 5to año?
- ¿Cuántas comisiones tiene la universidad para cursar 1er año?
- ¿Cuántas comisiones tiene la universidad para cursar 5to año?
- Antes del inicio del cursado de la carrera. ¿se brinda un curso de orientación sobre lo que implica la profesión?
- ¿Cuál es el porcentaje de ingresantes que tienen hijas/os?
- ¿Cuál es el porcentaje de extranjeros/as?
- ¿Cuáles son las nacionalidades de los/as estudiantes?

ANEXO II

Instrumento de recolección de datos adaptado por la autora

Variable: actitudes de género y estereotipos

Por favor, lea atentamente las instrucciones antes de contestar.

No le llevara más de 10 minutos contestar el cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas.

Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una.

- 1- Muy en desacuerdo
- 2- En desacuerdo
- 3- Neutral
- 4- De acuerdo
- 5- Muy de acuerdo

1	Las mujeres son más cariñosas que los hombres	1	2	3	4	5
2	Los hombres son más independientes que las mujeres	1	2	3	4	5
3	Los hombres son más inteligentes que las mujeres	1	2	3	4	5
4	Los hombres son mejores líderes que las mujeres	1	2	3	4	5
5	La enfermería es una profesión fundamentalmente femenina	1	2	3	4	5
6	Las mujeres son mejores enfermeras	1	2	3	4	5
7	Las enfermeras se ven como secretarias de los médicos	1	2	3	4	5
8	Las enfermeras jóvenes se ven como objetos sexuales	1	2	3	4	5
9	Las enfermeras mayores son mandonas y duras	1	2	3	4	5
10	Los enfermeros son afeminados	1	2	3	4	5
11	Las enfermeras siguen asociándose con el uso de la cofia y la minifalda	1	2	3	4	5
12	Los enfermeros tienen más oportunidades de promoción	1	2	3	4	5

Edad:

Sexo: M

H

Variable: elección de la carrera

Elección de estudio de enfermería de: 1ra opción

2da opción u otras

Instrumento de recolección de datos original

Anexo I. Cuestionario Enfermería						
<p>Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de contestar . No le llevará más de 10 minutos contestar al cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas atendiendo a la escala siguiente. Responda a su primera reacción. Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una.</p> <p>1 - Muy en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Neutral - Indiferente 4 - De acuerdo 5 - Muy de acuerdo</p>						
1	Las mujeres son más carifosas que los hombres	1	2	3	4	5
2	Los hombres son más independientes que las mujeres	1	2	3	4	5
3	Los hombres son más inteligentes que las mujeres.	1	2	3	4	5
4	Los hombres son mejores líderes que las mujeres	1	2	3	4	5
5	La enfermería es una profesión fundamentalmente femenina	1	2	3	4	5
6	Las mujeres son mejores enfermeras	1	2	3	4	5
7	Las enfermeras se ven como secretarias de los médicos	1	2	3	4	5
8	Las enfermeras jóvenes se ven como objetos sexuales	1	2	3	4	5
9	Las enfermeras mayores son mandonas y duras	1	2	3	4	5
10	Los enfermeros son afeminados.	1	2	3	4	5
11	Las enfermeras siguen asociándose con el uso de la cofia y la minifalda	1	2	3	4	5
12	Los enfermeros tienen más oportunidades de promoción.	1	2	3	4	5
DATOS DEMOGRÁFICOS						
Edad : 18-23 años 24-29 años > de 30						
Sexo : Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>						
Procedencia : Selectividad <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> Otra Diplomatura <input type="checkbox"/>						
Elección de los estudios de enfermería: 1ª opción <input type="checkbox"/> 2ª o sucesivas <input type="checkbox"/>						
Experiencia previa con enfermería: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Gracias por contestar a este cuestionario						

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Universidad Nacional de Rosario de la Actividad Académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información, sobre si existe o no relación entre las actitudes de géneros, estereotipos y la elección de la carrera en alumnos y alumnas que acuden a una escuela perteneciente a la universidad pública de la ciudad de Rosario. “Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán, y de lo que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal, y los datos que y aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN
Yo _____, mayor de 18 años, certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

Título de la investigación

Él/La investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar de la investigación.

Participante

Fecha.

ANEXO III

Resultado del estudio exploratorio

El sitio seleccionado para realizar el estudio es la Escuela de Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, provincia de Santa Fe. Única escuela pública de Rosario que brinda el título de grado Licenciatura en enfermería.

Se obtuvo la autorización y aceptación por parte de los directivos de la institución para el ingreso y la realización de la investigación, que involucra la implementación de entrevistas a los estudiantes del lugar.

La institución cuenta con un servicio de estadísticas, quien en conjunto con los directivos brindaron los datos necesarios.

En la institución se han realizado proyectos similares pero no han abarcado la totalidad de las variables en estudio.

Dicha escuela tiene aproximadamente 1200 inscriptos a primer año y aproximadamente 100 inscriptos a quinto año. El 20 % de los inscriptos corresponde al sexo masculino en ambos años. Posee un 15 % de reinscriptos a primer año.

El 20% del total corresponde a extranjeros, entre los países de procedencia más predominantes se encuentran Brasil, Colombia y Haití.

El rango de edad de dichos inscriptos de encuentra entre los 18 y 40 años. Siendo la edad que se observa con mayor frecuencia 19 años.

La escuela presenta dos turnos de cursado, turno mañana y turno tarde, dividiendo los cursados de las materias en comisiones según la cantidad de estudiantes.

Actualmente con el nuevo plan de estudio de enfermería 2017 se incorporó un curso de orientación, con varios encuentros semanales, para orientar a los estudiantes sobre la profesión y la universidad.

Al efectuar el estudio exploratorio que figura en el Anexo I, se convalidó el sitio seleccionado ya que cumple con los requerimientos de la investigación. En dicha Institución, se haya presente la población que reúne los requisitos necesarios para ser incluidos en este estudio, estando presentes las variables que hacen al interés del mismo.

ANEXO IV

Resultado de la prueba piloto

La finalidad de una prueba piloto es evaluar la confiabilidad de los instrumentos a utilizar, es decir que al ser aplicado repetidas veces y en condiciones semejantes al grupo, se obtienen resultados similares. Por otra parte, la validez del instrumento nos indica si miden realmente aquello que se espera medir.

Por tal se realizó una prueba piloto al instrumento de medición, la misma consistió en administrar el cuestionario a una pequeña muestra de estudiantes para probar su pertinencia y eficacia, así como las condiciones de la aplicación.

La prueba se realizó el día 6 de noviembre de 2019 en 10 estudiantes cursando primer y quinto año de la Licenciatura en Enfermería, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, en la institución pública seleccionada para el proyecto de investigación. Luego de otorgarles el consentimiento informado y de decidir voluntariamente participar de la investigación, se entregó el cuestionario conformado por 12 preguntas para las variables actitudes de género, estereotipos de enfermería y elección de la carrera; el mismo fue fácilmente interpretado. Con una duración promedio de diez minutos por cuestionario.

Se logra calcular la confiabilidad y la validez del instrumento. Éste fue aceptado con agrado y se comprueba la claridad de las preguntas. Los resultados obtenidos de la prueba permiten concluir que el cuestionario mide las variables en estudio.

1. Bibliografía

- Ana, B. (1996). *Sistema sexo-género: unidad didáctica*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Arias, S. S., & Bascón, D. M. (2012). Trabajo y prescripciones sexistas. La brecha de género en escenarios laborales. *Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro. IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género* (págs. 110-118). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Atewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820-1910). *Perspectivas: revista trimestral de educación*, XXVIII(1), 173-189. Obtenido de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
- Baczko, B. (1991). *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Baeza, M. A. (2000). *Los Caminos Invisibles de la Realidad Social. Ensayo de sociología profunda sobre los imaginarios sociales*. Santiago de Chile: Ril Editores.
- Benería, L. (1987). ¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos. En C. Amorós, L. Benería, C. Delphy, H. Rose, & V. Stolck, *Mujeres: ciencia y practica politica* (págs. 39-53). Madrid: Editorial Debate.
- Calvo, M. A. (julio de 2013). Sexist stereotypes and biases associated with the female nursing model in advertising communication. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(3), 530-537. Recuperado el 12 de 08 de 2019, de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300530&lng=en&tlng=en
- Cano Caballero Gálvez, M. D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 34-39. Recuperado en 2 de diciembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&tlng=es.
- Carrasco Acosta, M. d., Márquez Garrido, M., & Arenas Fernández, J. (2005). Antropología Enfermera y perspectiva de género. *Cultura de cuidados*, 9(15), 52-59. Obtenido de HYPERLINK "<https://doi.org/10.14198/cuid.2005.18.09>" <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.18.09>
- Carrillo, R. (1949). Elogio a la Enfermera. *Enfermería*, 1(1), 12.
- Castiñeiras, N. (22 de agosto de 2019). *Fundación de Investigaciones Históricas Eva Perón*. Obtenido de <http://www.evita-peron.org>
- Castoriadis, C. (2003). *La pluralidad de los imaginarios sociales de la modernidad*. Barcelona: Anthropos Huellas del conocimiento.
- Cegarra, J. (2012). Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. *Cinta de Moebio*, XLIII(1), 1-13.
- Cepero, A. Las preferencias profesionales y vocacionales del alumnado de secundaria y formación profesional específica. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Granada, Granada.

- Coca, J., Valero, M. J., Randazzo, F., & Pintos, J. (2011). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales*. Coruña: Tremn – Ceasga .
- Colás, B. P., & Villaciervos, M. P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 35-58.
- Domínguez Alcón, C. (1985). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Revista Española de Enfermería*, VIII(83), 66-72.
- Fajardo Trasobares, M. E., & Bes, C. G. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 9-12.
- Freixas Farré, A. (2012). La adquisición del género: el lugar del desarrollo de la identidad sexual. *Apuntes de Psicología*, XXX(1-3), 155-164.
- Gámez, E., & Marrero, H. (junio de 2003). Metas y motivos en la elección de la carrera universitaria: *anales de psicología*, 19(1), 121-131.
- García Bañón, A. M., Sainz Otero, A., Botella Rodríguez, & Manuel. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index Enferm*, XIII(46), 45-48.
- García, G. S., Padilla, C. M., & Suarez, O. M. (2009). Los intereses académicos y profesionales de chicas que finalizan la escolaridad obligatoria. *Revista educacion*, 311-334.
- Giai, M., Baigorria, M., Montecinos, P., Fernandez, B., & Garcia villamil, N. (2013). Los estudiantes de Enfermería Profesional y su imagen en la sociedad de Mendoza, Argentina. *Higiene y Sanidad Ambiental*, 13(2), 955-960. Recuperado el 12 de 08 de 2019, de academia: https://www.academia.edu/3256730/Los_estudiantes_de_Enfermer%C3%ADa_Profesional_y_su_imagen_en_la_sociedad_de_Mendoza_Argentina
- Habichayn, A. El proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. (*Tesis de Maestría*). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Heierle Valero, C. Imagen social de la enfermera a través de los medios. (*Tesis doctora*). Universidad Granada.
- Heredía, A. M., & Malvarez, S. M. (2002). *Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina,1990-2000*. Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina.
- Hernandez Conesa, J. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*. Mexico: Taurus.
- López Valero, A., Madrid Izquierdo, J. M., & Encabo, E. (2000). *Lengua, literatura y género*. . Alicante: Interlibros.
- Morelbis, R. (2015). Los imaginarios sociales en la elección de una carrera. *Mocuties Universitaria*, 81-89.

- Mosteiro García, M. J., & Porto Castro, A. M. (2017). Análisis de los Estereotipos de Género en alumnado de Formación Profesional: Diferencias según sexo, edad y grado. *Revista de Investigación Educativa*, 35(1), 151-165.
- Nava, G. (2000). *El imaginario en torno a la elección de carrera. Una estrategia de intervención desde la perspectiva del psicoanálisis*. Mexico: Universidad Pedagógica Nacional.
- Orozco, D. (13 de agosto de 2015). *Concepto de Definición*. Obtenido de Concepto de definición: <https://conceptodefinicion.de/imagen-social/>
- Pintos, J. (2005). Comunicación, construcción de la realidad e imaginarios sociales. *Utopía y praxis latinoamericana*, X(29), 37-65.
- Reigadas, R. (2006). Imaginario Social. *Revista Vinculando*, 1-10.
- Restrepo, L., Roberti, J., & Zambrano, N. (Enero de 2010). PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERÍA ENTRE LOS. *Salud, Arte y Cuidado*, 3(1 y 2), 4-13.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.
- San Rafael-Gutiérrez, S., Arreciado-Marañón, A., Bernaus-Poch, E., & Vers-Prat, O. (Julio - Agosto de 2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(4), 236-242.
- Sellán Soto, M. C. Identidad y conflicto en el cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enferma en España. (*Tesis Doctoral*). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Shotter, J. (2002). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Stoller, R. (1968). *Sexo y género: sobre el desarrollo de la masculinidad y la feminidad*. Nueva York: Science House.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (1994). *Modelos y teoría en enfermería*. Madrid: Elsevier/ Mosby.
- Ugas, G. F. (2007). *La educada ignorancia: Un modo de ser del pensamiento*. Caracas: Tapeccs.
- Varaei, S., Vaismoradi, M., Asper, M., & Faghihzadeh, S. (2012). Iranian nurses selfperception-factors influencing nursing image. . *Journal of Nursing Management*, 551-560.
- Varela, N. (2008). *Íbamos a ser reinas. Mentiras y complicidades que sustentan la violencia de género*. Barcelona: Ediciones B.
- Vázquez Sellán, A. El papel del conocimiento histórico en la construcción de la identidad enfermera en España: una perspectiva mediacional sobre conflicto disciplinar. (*Tesis Doctoral*). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Verde, J., & Garcia, S. (mayo de 2015). Imaginario social del rol de Enfermería: percepción de estudiantes de Bachillerato. *Revista Uruguaya de Enfermería (RUE)*, 10(1), 74-82.

Weiss, E. (2009). Jóvenes y bachillerato en México: el proceso de subjetivación, el encuentro con los otros y la reflexividad. *Propuesta educativa*, 83-94.

Zamorano Pabón, I. C. (2008). Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 168-171.

Zapico Yanez, F. Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad. *(Tesis Doctoral)*. Universidad de Barcelona, Barcelona.