



DOCENCIA Y FORMACIÓN

TRABAJO E IDEOLOGÍA DE GÉNERO: UN ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA EN MURCIA.

Cánovas Tomás, Miguel Ángel

Enfermero. Lcdo. en Antropología. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera. Murcia.

Palabras clave: Cultura de trabajo, enfermería, género, identidad socioprofesional.

RESUMEN

Este estudio presenta una propuesta antropológica de análisis de relación trabajo e ideología. A través de un diseño exploratorio nos hemos acercado al estudio de la identidad socioprofesional de los enfermeros y las enfermeras de la Región de Murcia, para conocer cómo se ha ido conformando esta identidad mediante la memoria de trabajo y las experiencias históricas de las que han participado, teniendo como eje analítico el trabajo en relación con las representaciones sociales de género.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio exploratorio forma parte de un proyecto de investigación, centrado en el conocimiento de la identidad socioprofesional de la Enfermería desde una clarificación histórico-antropológica, teniendo en cuenta el estudio del trabajo en relación con las representaciones sociales de género.

El acercamiento a la Antropología Social y Cultural ha despertado nuestro interés por el estudio de las culturas de trabajo¹ y las representaciones sociales de género en relación con éste, considerando así la posibilidad de aplicar el método teórico que la disciplina ha desarrollado en relación a lo anterior, para de este modo, aproximarnos a las representaciones ideológicas de trabajo y género de los profesionales de enfermería, ya que ésta es una profesión mayoritariamente femenina.

Apoyándonos en las enseñanzas de Téllez, entendemos por **identidad socioprofesional**, la identidad social estructurada y construida sobre la base de un proceso de trabajo, que

modela las conductas de los sujetos, caracterizándolos y dotándolos de un ser social diferenciado ². A su vez, esta antropóloga entiende por rasgos culturales de la identidad socioprofesional “el conjunto de conocimientos sobre las técnicas de trabajo que desarrollan los trabajadores y también un conjunto de ideas, valoraciones y percepciones, que los sujetos comparten, adquieren y elaboran por su participación en un proceso de trabajo, y como destinatarios que son a su vez de la ideología dominante”.

Centrando nuestro interés en la Disciplina Enfermera ³, tras un análisis bibliográfico, vemos que al indagar en la evolución histórica de la Enfermería en España, nos encontramos con una profesión que ha carecido durante mucho tiempo de una identidad socioprofesional adecuada para evolucionar en el marco social, cuyo déficit histórico ha repercutido en la ausencia o déficit socializador del colectivo (Siles, 2003).

Partiendo de la base de que no hay una única y válida realidad para todos, nuestro interés inicial se ha centrado en una aproximación al modo de interiorización de ser enfermera/o y a las distintas visiones de la profesión que tienen los profesionales de la Enfermería en la Región de Murcia ⁴, dentro del contexto microsocioal en el que se inscriben, sin olvidar las ideologías que han influido en la identidad socioprofesional de la Enfermería en los diferentes momentos históricos a nivel macrosocioal. De este modo, se otorga especial relevancia a los discursos sociales y al empleo del propio lenguaje, como eficaz instrumento de afianzar y reproducir ideas y valores de una determinada sociedad (Téllez 2001).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

A medida que nos adentrábamos en el trabajo de campo a través de la observación participante inicialmente, nos encontramos con un discurso diferente por parte de los profesionales en relación al trabajo en Unidades de Hospitalización y la imagen social y profesional que se tiene de la enfermera y el enfermero de Atención Primaria. De este modo, teniendo presente el eje analítico trabajo-género-identidad socioprofesional, el objetivo principal de este estudio ha sido analizar cómo se ha ido conformando la identidad socioprofesional mediante la memoria de trabajo y las experiencias históricas de las que han participado los profesionales en Unidades de Hospitalización y Atención Primaria.

Hemos de decir que la elección de una investigación sobre esta profesión se hizo teniendo presente una serie de características básicas:

1. Profesión mayoritariamente femenina, siendo la construcción ideológica del género uno de los factores fundamentales relacionado directamente con el lugar que ocupa la profesión en las instituciones sanitarias que se estructuran y organizan en un sistema de valores masculinos y tecnocráticos (Medina, 1999).
2. El crecimiento de la disciplina en el marco de una serie de ideología de vocación religiosa, profesión auxiliar de la medicina y práctica natural femenina.
3. El paso de una disciplina centrada en la enfermedad a tener un enfoque teórico hacia la salud y la toma de conciencia de la existencia de autonomía de los cuidados en la práctica asistencial independiente de la medicina.

Siguiendo las enseñanzas de Téllez (2001), estas características nos llevan de forma

directa a establecer las dos unidades de análisis básicas de la investigación: la *relación género-trabajo* en los diferentes servicios y la *relación trabajo-identidad socioprofesional* de los profesionales de enfermería.

Trabajo-Género: como las construcciones ideológicas sobre los géneros son utilizadas por las relaciones dominantes de producción, mediante una serie de mecanismos que organizan la producción y las relaciones de poder de la forma más eficiente para obtener el mayor beneficio.

Trabajo identidad-socioprofesional: determinadas por la función del trabajo como generador de un código cultural concreto, construido a partir de un saber científico-técnico, como es el caso de la Enfermería, que dota a sus individuos de unos saberes, destrezas y unas prácticas productivas que modelan, a nivel cognitivo, comportamientos, actitudes y valores que se extienden más allá de la actividad laboral misma.

Las unidades de estudio han sido tanto las Unidades de Hospitalización como los centros de Atención Primaria.

La investigación se plantea inicialmente desde una **metodología** propia de la Antropología Social. Tal como dice Téllez, consideramos el método antropológico como una estructura de procedimientos y reglas que permiten al investigador obtener información y movilizarla a distintos niveles de abstracción para convertirla en conocimiento antropológico, y no como un decálogo de recursos y técnicas sin más. Por ello, entendemos que las técnicas parciales utilizadas en este estudio (observación participante, entrevistas en profundidad) por si solas no crean etnografía, si no se las articula con fuertes razones epistemológicas y metodológicas.

La estancia en las distintas zonas de estudio posibilitó la “observación participante” en la realidad analizada, lo que nos fue proporcionando datos cualitativos necesarios, que fueron complementados con entrevistas abiertas a informantes privilegiados.

La realización de este estudio exploratorio nos ha llevado un total de nueve meses:

Octubre-Noviembre 2003	Diciembre03-Mayo 2004
Búsqueda bibliográfica	Entrevistas en
Observación Participante	profundidad
Recogida de notas	
Aproximación al tema	

Los informantes a los que acudimos para realizar entrevistas en profundidad fueron seleccionados en función de variables como:

- **La edad y la experiencia profesional**, ya que entendemos el tiempo de trabajo como un catalizador de esa interiorización de pautas de comportamiento, ideología y representaciones mentales que se generan a partir de un determinado proceso de trabajo.
- **Género:** teniendo en cuenta que las categorías culturales de género son fundamentales para descubrir la relación entre las distintas funciones asignadas a hombres y mujeres en los ámbitos de la

producción y de la reproducción social en cada momento histórico (Aguilar, 1993).

- **Lugar de trabajo:** la referencia espacial es importante, ya que es en ese espacio, en los diferentes servicios, donde los sujetos adquieren e interiorizan sus rasgos identitarios⁵.

La muestra seleccionada quedó inicialmente constituida por un total de 17 informantes, 11 mujeres y 6 hombres, teniendo en cuenta las variables a estudio diversos criterios apriorísticos y emergentes.

EDAD

25 - 34 años	35- 44 años	45- 54 años	55- 65 años
2	9	5	1

EXP. PROFESIONAL

5-10 años	10-15 años	15-20 años	20-25 años
2	6	8	1

Como principal fuente de documentación, nos hemos centrado en bibliografía antropológica especializada en el tema, así como en documentos existentes de la Historia de Enfermería, principalmente en España, y artículos de revistas, recortes de prensa que podían aportar información en cuanto al tema a estudio y guiarnos en nuestra aproximación al mismo a la vez que en la elaboración del guión de entrevista abierta en profundidad (Anexo I). Las entrevistas fueron realizadas a los informantes tras previo contacto con ellos para obtener su consentimiento, y teniendo en cuenta criterios previos en la investigación cualitativa, tales como la hora, el registro, la duración y el lugar, para obtener con mayor validez la información. La mayor parte de ellas, fueron realizadas en los hogares de los informantes, lugar donde ellos referían sentirse más cómodos y en horas del día donde no hubiera interrupciones durante la entrevista. Tres de las entrevistas tuvieron lugar en los centros de trabajo. La duración de las entrevistas ha sido de una hora y treinta minutos de media. Todas las entrevistas se registraron en una pequeña grabadora para posterior transcripción de la información, previo consentimiento de los informantes.

EL TRABAJO EN EL HOSPITAL

Todos los informantes manifiestan en su discurso que no les ha gustado mucho trabajar en planta. Se quejan de que en planta no tienen tiempo y trabajan estresados por las cargas de trabajo, la falta de plantilla y la realización únicamente de la aplicación de tratamientos médicos, como ya se ha visto en otras investigaciones al respecto⁶:

“no me gustaba mucho la planta, no tenías tiempo suficiente, hacías lo que te mandaban y punto, ...en planta son técnicas y ya está”. (M-50 años)

“en la planta era llegar y ponerte como loca a sacar sangre, a las tensiones, las curas y todo, la visita médica. A nosotras nos dijeron en una reunión que 20 tensiones 20 minutos, pero si el

paciente está en el aseo, no está la manga arriba...., las instituciones no contemplan el tiempo necesario de hablar con el paciente, no contemplaron nunca jamás el tiempo que yo estuve en la Arrixaca que la enfermera pudiera hablar con el paciente". (M-47 años)

"de la manera que se trabaja en planta es imposible ser lo que tú consideras que debes ser como enfermero. Cada vez estamos más reconocidos porque estamos mejor preparados, pero tu autonomía no es tal, en la práctica estás saturado de trabajo y no tienes el sosiego de practicar lo que te han enseñado, que si tengo que ponerle el suero a este, sondar al otro, que si pitos, que si flautas,..." (H-39 años)

Los profesionales entrevistados hablan de que en planta no se sienten muy valorados por la figura del médico y que sólo se dedican a realizar técnicas y no hay mucho trabajo en equipo, lo que nos lleva a considerar siguiendo las enseñanzas de Medina (1999) que en planta se **identifican su práctica enfermera con la aplicación de tratamientos**. Al respecto, una enfermera con siete años de ejercicio profesional nos decía:

"en planta son técnicas, no te da tiempo a otra cosa, además, yo me acuerdo que cuando era estudiante no me hablaron de otra cosa los enfermeros y las enfermeras que había porque no tenían tiempo, y ahora pasa igual". (M-27 años).

"es imposible llevar a cabo un PAE, no tienes tiempo. Ni siquiera la documentación necesaria la encuentras en planta. A nivel teórico en la Universidad te lo enseñan, pero luego en los hospitales los que mandan, no lo contemplan casi nunca..... En planta es todo muy técnico" (M.45 años).

De todos modos hemos de decir, que dentro del el ejercicio de la enfermería, la realización de las técnicas está muy valorada por el colectivo pues le hace sentirse más reconocidos socioprofesionalmente:

"la de planta se la ve como menos enfermera porque hace menos técnicas que una de urgencias o de quirófano."(M- 59 años).

"la gente relaciona saber e importancia con estar en quirófano y a la enfermera en el centro de salud la valoran más que en los hospitales, porque vas a las casas les curas, les pinchas(..) si te pones a hablar con un enfermero de ahora veras que le interesa la práctica porque es importante". (H- 43 años).

"muchas veces oyes escuchar a la gente o a los médicos, como yo misma lo he escuchado, es buena enfermera, pincha y coge las vías muy bien". (M-25 años)

EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales entrevistados manifiestan trabajar mucho mejor en A.P. Es un espacio referencial donde se identifican como profesionales mucho más reconocidos tanto a nivel socioprofesional e individual. El trabajar en equipo les lleva a mantener mejores

relaciones con los demás profesionales tanto de medicina como de enfermería. Se sienten más reconocidos por el paciente. Una informante nos decía al respecto.

“la gente aquí lo tiene claro, que ellos van al médico a que le mande las medicinas y se las toman, y luego vienen aquí a ver su T.A., su azúcar, a los consejos en salud que les doy (...) aquí tengo más libertad de decisión, te consideras más enfermera, en la hospitalización parece que no decides nada, allí siempre eran órdenes clínicas, cumplir órdenes”. (M- 50 años)

Es interesante destacar la identidad que se crea en torno a la comunidad donde trabajan y en la que se sienten reconocidos:

“aquí en el pueblo la gente me conoce, todos mis paciente cuando voy a hacer algún domicilio, te saludan, te preguntan cosa, conocen lo que trabajas y te lo valoran, en un hospital el paciente no tiene muy claro lo que hacemos”. (M- 47 años)

Durante el periodo de observación participante en diferentes centros de A.P., observé cómo los pacientes se dirigían en ocasiones a la enfermera como la enfermera del doctor fulano o mengano. Esto posteriormente me lo corroboraron durante el periodo de las entrevistas, lo que me lleva a considerar que la identidad de la enfermera de A.P. en la comunidad, está en parte ligada a la figura del médico.

GÉNERO Y REPRESENTACIONES IDEOLÓGICAS EN RELACIÓN AL TRABAJO

Dice Comas (1995) que a pesar de los cambios que se han introducido en la actividad laboral de las mujeres, no han cambiado mucho las percepciones ideológicas respecto a la relación de las mujeres y los hombres en el trabajo.

Esto nos lleva a considerar que si bien es cierto que la profesión enfermera ha evolucionado, el discurso social en torno a la imagen de la enfermera como auxiliar del médico y “madre” cuidadora no ha variado mucho. Conocemos por estudios anteriores (AlberdÍ, 1999; Medina, 1999; Siles, 1998) que la enfermería durante su evolución y su inserción en el mundo laboral constituye un reflejo evidente de los roles familiares, de las tareas tradicionales de producción femenina. Que la profesión ha sido “naturalizada”, entendiéndose por esto el proceso ideático por el que algunas aptitudes, destrezas y habilidades se consideran adscritas a uno u otro sexo de forma biológica. Culturalmente se entiende que en ambos sexos hay unas aptitudes específicas que les vienen dadas innatamente y que les capacitan para trabajos diferentes. Diferencias que se convierten en desigualdad, como en otras muchas ocasiones, para el género femenino. Por todo esto, al asomarnos a la evolución histórica de la profesión, vemos que a la enfermera se le ha pedido una extensión del trabajo doméstico llevado al hospital, porque el tiempo “femenino” está construido como una disponibilidad permanente al otro (Téllez 2002), y a su vez se le han asignado culturalmente actitudes tales como la sumisión, la destreza, la precisión, la paciencia, etc., de forma natural, no esperando otra cosa de ellas por parte de las jerarquías sanitarias de poder. Después de analizar los discursos de nuestros informantes, nos lleva a considerar que esos valores han sido interiorizados por los profesionales y muchas veces se reflejan en el lugar de trabajo, tanto en Hospitalización como en Atención Primaria en mayor o menor grado⁷:

“.. a mi director de enfermería yo le he oído decir que él quiere de supervisoras a mujeres porque son más trabajadoras y ordenadas, más pá los detalles y eso, más organizadas.., pero cuando hay que poner a supervisores generales ponen a hombres, son hombres”(M-25 años)

“yo estude en el 73 fui de las primeras de la escuela de enfermeras de Murcia, aprendí que las enfermeras debíamos ser gente sumisa y respetuosa, no lo decían con esas palabras pero si en un trasfondo, y no sé, quedaba muy claro normalmente que el médico era el que tenía el papel” (M- 59 años).

“ a veces tengo la sensación de estar subordinada y me siento fatal..., no sé como explicarte, sobre todo en planta, es como si mi criterio como enfermera no se me valora, ..., no sé si es porque soy enfermera o porque soy joven” (M-25 años).

Otro aspecto valorativo que define el trabajo femenino es la “**opcionalidad**”, entendido tal como afirma Bianchi (1994) “como algo parcial, provisional y opcional respecto al conjunto de la existencia”, en definitiva, un trabajo entendido como una ayuda al sistema familiar considerado de manera transitoria y no imprescindible para el sistema. Esto creo que se encuentra reflejado en el siguiente discurso:

“las mujeres tienen esto como segundo trabajo, por eso no hay sentido de colectivo en la enfermería, si lo tienen los hombres por ser cabeza de familia, porque tienen que trabajar para mantenerla”. (H-39 años).

“Cuando había que luchar por nuestros derechos y yo las veía tan relajadas siempre pensaba pá mi...,si fueran hombres y tuvieran que llevar el sueldo a casa para mantener la familia se moverían más, pá ellas esto es secundario”.(H- 43 años)

NOMBRARSE ENFERMERA Y ENFERMERO

Todos los entrevistados manifiestan que les gusta llamarse enfermero y enfermera, que es con esta categoría profesional tal como les gusta ser reconocidos. Muchos de ellos comenzaron su ejercicio profesional llamándose A.T.S y otros oficialmente D.U.E., pero que verdaderamente no les gustaba reconocerse así. Atendiendo a las enseñanzas de Alberdi (1986), entendemos esto como un factor importante en la construcción cultural de la identidad socioprofesional y que repercute en el déficit socializador del colectivo. Con todo ello, los profesionales creen que la denominación de enfermera y enfermero está calando en la sociedad y ellos se identifican cada vez más con ese nombre.

“me gusta llamarme enfermera, pero la inmensa mayoría de la gente dice la enfermera y entonces la enfermera es la auxiliar, la celadora, la no se qué, la no se cuantos, eso hace que haya un poco de batiburrillo, y te entiendan mejor por ATS”. (M-59 años).

“recuerdo cuando decía que era ATS y la gente decía eso qué es, nadie lo sabía(..) y decías ayudante técnico sanitario, nadie conocía ese término, eso es como la enfermera que ayuda al médico, pero entonces la gente si decías enfermera, tenía globalizado que trabajar en el hospital era ser enfermera, lo mismo era enfermera la limpiadora, la cocinera, la auxiliar”.(M-52 años)

“al principio explicaba porque no era ATS, la gente te sigue llamando así, sobre todo la gente mayor, mucha gente no lo comprende y llega un momento que me canso y no lo explico. De todas formas creo que la gente joven cada vez lo entiende mejor y si se lo explico” (M-25 años)

TOMA DE CONCIENCIA DE LA IDENTIDAD SOCIOPROFESIONAL

Se entiende desde la antropología que si bien ciertos procesos de trabajo como el que nos ocupa, crean una identidad socioprofesional, esta identidad social hemos de diferenciarla del posicionamiento reivindicativo que los individuos tengan o no de ella. Tal y como dice Téllez, la existencia de una identidad socioprofesional no conlleva la existencia de una posición reivindicativa de tal identidad de trabajo. Los discursos de las enfermeras y enfermeros entrevistados así como los observados durante el periodo de observación participante, reflejan un déficit en la reivindicación de tal identidad de trabajo, aunque por otro lado cabe decir que si bien no tienen una conciencia de reivindicación en relación al trabajo, cuando se les preguntaba que definieran cuál es su rol como enfermeros y enfermeras, valoraron positivamente su trabajo frente a otros, es decir, presentan una **conciencia valorativa** del mismo:

“he oído a poquísimas auxiliares decir al paciente: no eso dígaselo usted a la enfermera, todas dicen eso al médico, ¡cómo si entre ellas y el médico no hubiera un escalón de obrar y ejecutar que es la enfermera! (..) es un relación directa auxiliar-médico, pero esto la enfermera no lo reivindica, busca el buen rollo con la auxiliar”.(M-59 años)

“nosotras antes insistíamos mucho en qué queríamos ser, era otra cosa, había que luchar más, mucho más que ahora, más motivados, más unidos, ahora yo creo que se lucha poco” (M-52 años)

“hoy en día se nos tiene más en cuenta por las instituciones y la sociedad porque somos muchos, por el follón que damos, pero no por los valores que tenemos como enfermeros”(H- 39 años)

“me gusta mucho ser enfermera, si no nos reconocen más es porque no nos preocupamos la enfermería en general; siempre estamos con los puntos, que no me llaman, oposiciones, veo que por lo general a partir de la universidad todo es un maratón y se pierden actitudes y valores con los que nos identificamos”(M-25 años)

A MODO DE CONCLUSIÓN

Hemos querido aproximarnos al tema de la identidad socioprofesional, teniendo en cuenta no sólo los aspectos tangibles de la profesión sino también, y principalmente, los rasgos ideáticos y comportamentales, las actitudes y los valores que los sujetos poseen en relación al trabajo que desarrollan.

A través de los discursos enfermeros observados y analizados durante la investigación, se refleja una identidad social interiorizada (ideas, actitudes y valores) en diferentes grados por los profesionales que lógicamente, no da lugar a una identidad enfermera común. Son muchos los factores que repercuten directamente en este déficit socializador tales como las relaciones de género, las ideologías que han caracterizado a la profesión durante su evolución histórica, el poco reconocimiento por parte de la sociedad y el planteamiento de las instituciones sanitarias que giran en torno a valores tecnocráticos y masculinos. Con todo ello, los profesionales se sienten cada vez más reconocidos y tienen una conciencia valorativa importante del trabajo que realizan en la sociedad.

El diseño exploratorio de esta investigación como tal nos ha acercado un poco más al conocimiento analítico desde un posicionamiento antropológico de la identidad socioprofesional de la Enfermería en la Región de Murcia, y nos ha abierto camino para descubrir aquellos aspectos que requieren un análisis más pormenorizado. Teniendo presente todas las consideraciones anteriores, deseo continuar en esta investigación con el único fin de conocer mejor el estatuto de la profesión y dignificar el trabajo de los enfermeros y las enfermeras ante la Sociedad.

NOTAS

1. Isidoro Moreno (1991) entiende por culturas de trabajo “aquellas que se generan en los diversos procesos de trabajo desde la ocupación de distintas posiciones en las relaciones de producción”.
2. Esta identidad, como lo son las otras identidades sociales, “es una abstracción un concepto para el análisis, un recorrido investigador que como científicos sociales construimos a nivel conceptual, para aproximarnos al estudio de la realidad, aunque en la realidad social no hay nada separado ni en esencia” Téllez (2003).
3. Se ha de entender disciplina como arte, facultad o ciencia; también como la observancia de las leyes y ordenamientos de una profesión. Hernández Conesa (1999).
4. La identidad como persona, según Moreno, posee tres componentes básicos, estructurales: la identidad étnica, la identidad de género y la identidad de clase y profesión. De ahí que los profesionales a estudiar además de que sean todos enfermeros y enfermeras, hombres y mujeres, nos interesa que sean y trabajen en la Región de Murcia, que su identidad étnica sea ser murciano o murciana.
5. Hay dos formas de interiorizar la identidad socioprofesional, una manifestada en un primer nivel espacial constituido por el lugar de trabajo (A.P., hospitalización, urgencias, etc.) y un segundo nivel espacial construido por el resto de la sociedad local (Murcia en nuestro contexto microsocio).
6. Sobre este tema consultar A. Alameda, C. Pérez y C. Albeníz. La formación práctica

en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesores asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev. Esp. Salud Pública 2002/ 76: 517-530.

7. Entiendo estudiar el género desde un enfoque que abarca el deseo de comprender mejor la realidad, donde al igual que las mujeres, los varones necesitan reivindicar su condición masculina, sin que ésta esté basada en la violencia ni en la superioridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR, E. (1993). *Trabajo e ideología sobre el género en la producción doméstica*. en DIEZ, C. Y MAQUEIRA, V. (coord.) *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. VI Congreso de Antropología. Ed. Asociación Canaria de Antropología, Tenerife, pp. 81- 95
2. ALBERDI CASTELL, R.
1986 *La enfermería y la palabra*. Rol de Enfermería. 91: 48-57.
1993 *Las enfermeras para el tercer milenio*. Rol de Enfermería. 178: 43-50.
1997 *Mujeres enfermeras en España. Una historia de márgenes*. Rev Rol de Enfermería. 223: 64-70
1998 *La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España*. Metas de Enferm dic1998/ene 1999. 2 (11): 20-26
3. ALMANSA MARTINEZ, P. (2004). *Enfermería y cine postfranquista. Una visión frívola*. Revista Enfermería global. Nº 4. www.um.es/egoblal/4/
4. ARGÜELLO LÓPEZ, T. (2001). *Educación para el pensamiento crítico y la innovación*. Metas de Enfermería. 4 (34): 50-55
5. ARROYO GORDO, P. (2001). *¿Quién impide el desarrollo científico de la Enfermería Española?* (Editorial). Metas de Enfermería. 4 (40): 3
6. BERNABEU, J. y GASCÓN, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España*. Murcia: Publicaciones Universidad de Alicante.
7. BIANCHI, M. (1994). *Más allá del doble trabajo*, en BORDERIAS y otros (comp), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona, Icaria: 493-504
8. CEA D'ACONA, M.A. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid : Síntesis Sociología
9. COHEN, E. (1998). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona. Enfermería y Sociedad. Grijalbo.
10. COLLIERE, F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana
11. COMAS D'ARGEMIR, D. (1995). *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Institut Català d'Antropología.
12. CROWTHER, A. (2001). *Why women should be nurses and not Doctors*. Centre for

13. CUKR, P. (1996). *Viva la difference; The Nation Needs Both Types of Advanced Practice Nurses: Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners*. Online Journal Issues in Nursing. www.Nursingworld.org/ojin/tpc1/tpec1_4.htm
14. DOMINGUEZ- ALCÓN, C. (1986). *Los cuidados de la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide
15. HERNÁNDEZ CONESA, J. (1996). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana.
16. KEROUSE, S. (1995) *El pensamiento enfermero*. Barcelona. Masson.
17. LÓPEZ MARTÍNEZ, M. y otros (comp) (2000). *Roles desempeñados por las enfermeras en el ejercicio de la Supervisión*. Metas de Enfermería. 3 (28): 43-51
18. MARTÍN ROBLEDO, E y otros (comp). *La profesión enfermera a lo largo de 10 años de modelo de Atención Primaria*. Gestión Sanitaria. 14; 31-35
19. MEDINA, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes.
20. MORENO, I. y cols. (1991). *Identidades y rituales, en Antropología de los pueblos de España*. Madrid: Taurus
21. PIZAN, C. (1995). *La ciudad de las damas*. Edición de Marie José Le Marchand. Traducción de Marie José Le Marchand. Madrid. Siruela.
22. SANTO TOMÁS PÉREZ, M. (2001). *Ser enfermera hoy*. Rev Rol de Enfermería. 24(5): 63-70
23. SILES, J. y otros (comp). (1998). *La enfermería en el cine*. Rev Rol de Enfermería. 244: 25-31
24. SILES, J. (2003). *Antropología, Historia y Enfermería*. Rev. Cultura de los Cuidados. Editorial nº 7 y 8. Universidad de Alicante
25. TELLEZ INFANTES, A.

2001 *Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural*. Gazeta de Antropología. Nº 17, Texto 17-17

2002 *Identidad socioprofesional, cultura del trabajo y género*. Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. www.antropología.com.ar

2002 *Las "mantecaeras" de Estepa. Un trabajo antropológico sobre una industria local*. Tesis Doctoral. Sevilla. Edita: Ayuntamiento de Estepa y Diputación Provincial de Sevilla.
26. VALLES MARTÍNEZ, M.

1997 *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología

ANEXO

Anexo I

GUIÓN DE ENTREVISTA ABIERTA A ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE LA REGIÓN DE MURCIA

0. ENCUADRE AUTOBIOGRÁFICO

- Lugar de origen
- Edad
- Año de estudio y estructura de los planes de estudio: tipo de alumnado, prácticas, profesorado, etc
- Razones por las que se elegía ser enfermera/o
- Año de comienzo del ejercicio profesional

1. IDEOLOGÍA DE GÉNERO E IMAGEN PROFESIONAL

- Nombre con el que se identifica socioprofesionalmente: ATS, enfermera/o, DUE, etc
- Definición de su rol
- Autonomía e independencia en el cuidado: praxis enfermera.
- Concepción del cuidado
- Valoración de la profesión

2. RELACIONES INTERPERSONALES

- Médicos: equipo interdisciplinar
- Enfermeros y enfermeras: identidad común
- Auxiliares
- Pacientes
- Sociedad: familia, amigos, entorno.

3. LUGAR DE TRABAJO

- Características del servicio
- Subculturas de identidad: uci, quirófano, A.P., etc