



**El rol de los hombres en enfermería, el reconocimiento y las emociones que  
subyacen en la práctica profesional**

**The role of men in nursing, recognition and emotions underlying professional  
practice**

Sandra Milena Velásquez Vergara  
Enfermera

Tesis doctoral presentada para optar al título de Doctora en Enfermería

Director  
Edgar Orlando Arroyave Álvarez,  
Doctor (PhD) en Ciencias Sociales y Humanas

Codirectora  
Jasmín Viviana Cacante Caballero,  
Doctor (PhD) en Bioética

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Doctorado en Enfermería  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2022

Cita	Velásquez Vergara (1)
<b>Referencia</b>	(1) Velásquez Vergara S. El rol de los hombres en la enfermería, el reconocimiento y las emociones subyacentes en su práctica profesional [Tesis doctoral]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2022.
<b>Estilo Vancouver/ICMJE (2018)</b>	



Doctorado en Enfermería, Cohorte IV.

Grupo de Investigación Psicología, Sociedad y Subjetividades (GIPSYS).

Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).

Corrector de estilo Leonardo Doria de Ávila

Comunicador social con énfasis en Producción Editorial.

Pontificia Universidad Javeriana.



Biblioteca Enfermería

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes

**Decano:** Juan Guillermo Rojas

**Jefe departamento:** Sandra Catalina Ochoa Marín

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de la autora y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. La autora asume la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

A mi compañero de vida: Pipe, porque con su amor, su eterna paciencia, su apoyo incondicional y sus palabras de aliento hicieron que este bello camino de aprendizaje académico y personal fuese mucho más fácil. A mi padre, el hombre más noble y dulce que he conocido y quien me ha inspirado para trabajar el cuidado y la masculinidad.

En memoria de mis abuelos, Hugo y Rodrigo, hombres honestos y trabajadores.

## **Agradecimientos**

A mis maestros, colegas y amigos por su generosidad, por haberme confiado trozos de sus vidas, sus experiencias y por haberme prestado sus palabras, sus pensamientos y emociones para narrar esta historia.

A Keydis Sulay Ruidiaz, por ser la mejor compañía académica y de ocurrencias durante mi proceso de formación doctoral.

A Edgar Orlando Arroyave, por su bondad, generosidad, sabiduría, amistad y compañía.

A Jasmín Viviana Cacante, por sus señales oportunas y por creer en mis capacidades.

A María Elisa Moreno por sensibilidad, su amabilidad y sus invaluable aportes en materia disciplinar.

A mis alumnas y alumnos, con sus palabras, alegraban mis días de escritura.

## Tabla de contenido

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	1
1. Planteamiento del problema .....	4
1.1 Presencia actual de los hombres en enfermería a nivel mundial .....	4
1.2 El rol de los hombres en enfermería, ¿qué se ha dicho sobre esta cuestión? .....	6
1.3 Estudios relacionados .....	7
2. Pregunta de investigación .....	8
3. Justificación .....	8
4. Objetivos .....	12
4.1 Objetivo general .....	12
4.2 Objetivos específicos .....	12
5. Marco epistemológico .....	13
5.1 Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCTE) .....	13
6. Marco teórico .....	15
6.1 Evolución histórica del cuidado .....	15
6.2 La lucha de los hombres por el reconocimiento dentro de la historia de los cuidados .....	19
6.5 Definición del rol desde otras disciplinas .....	23
6.6 Análisis del rol desde diferentes exponentes de enfermería .....	24
6.7 Relación sexo/género .....	25
6.8 Acercamiento a la teoría del reconocimiento propuesta por Axel Honneth .....	27
6.9 La política cultural de las emociones, desde los planteamientos de Sara Ahmed .....	28
7. Memoria metodológica .....	31

7.1 Orientación metodológica .....	31
7.2 Diseño metodológico.....	35
7.3 Participantes .....	36
7.4 Criterios de elegibilidad.....	37
7.4.1 Criterios de inclusión.....	37
7.4.2 Criterios de exclusión.....	37
7.4.3 Estrategia de muestreo .....	38
7.4.4 “Echar las redes” técnicas de producción de datos.....	41
7.4.5 ¿Qué pasos se siguieron? .....	42
7.4.6 Análisis y síntesis: ¿cómo funcionan las cosas?.....	43
7.4.7 Triangulación .....	44
8. Criterios de rigor .....	47
9. Consideraciones éticas .....	48
9.1. Beneficencia-no maleficencia .....	48
9.2. Respeto.....	49
9.3. Justicia .....	50
9.4. Conflicto de intereses.....	50
10. Hallazgos.....	51
10.1 Antecedentes ligados a la elección del rol profesional.....	52
10.2 Vivencias durante la formación profesional.....	60
1.3 Rol asignado socialmente .....	69
10.4 Rol asumido-desempeñado .....	77
10.5 Rol posible y rol ideal .....	94
10.6 Influencia del sistema de salud en el desempeño del rol .....	107
11. Discusión .....	117

12. Conclusiones .....	147
13. Recomendaciones.....	150
14. Limitaciones y fortalezas .....	153
Referencias .....	156
Anexos .....	195

## Lista de tablas

Tabla 1. Escuelas de pensamientos propuestas por Afaf I. Meleis .....	201
Tabla 2. Definiciones del rol a la luz de varias autoras.....	202
Tabla 3. Definiciones del rol desde teorías de rango medio .....	203
Tabla 4. Comparativo entre las teorías de Callista Roy y los psicólogos Néstor Braunstein y Gloria Benedito .....	204

## Lista de figuras

Figura 1. Comprensión del rol de los hombres en enfermería desde una perspectiva de género masculino .....	118
Figura 2. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial .....	195
Figura 3. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial.....	196
Figura 4. Número de graduados en enfermería en Colombia (2001-2020) distribución por sexo. ....	197
Figura 5. Sistema Conceptual Teórico Empírico .....	198
Figura 6. Prácticas cuidadoras aseguradas por los hombres.....	199
Figura 7. Prácticas cuidadoras aseguradas por las mujeres .....	200



## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>AAMN</b>	American Association for Men in Nursing
<b>ACOFAEN</b>	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
<b>AIVD</b>	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
<b>ANEC</b>	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
<b>CIE</b>	Consejo Internacional de Enfermeras
<b>CTNE</b>	Consejo Técnico Nacional de Enfermería
<b>CIOMS</b>	Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas
<b>CISH</b>	Centro de Investigaciones Sociales y Humanas
<b>COVID-19</b>	Enfermedad por coronavirus de 2019
<b>CUS</b>	Cobertura Universal en Salud
<b>EE. UU</b>	Estados Unidos
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>IS</b>	Interaccionismo simbólico
<b>GIPSYS</b>	Grupo de Investigación Psicología, Sociedad y Subjetividades
<b>OCE</b>	Organización Colegial de Enfermería
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PhD</b>	Philosophiae Doctor
<b>P y P</b>	Promoción y Prevención
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>RAM</b>	Roy Adaptation Model
<b>SARS-CoV-2</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
<b>SCIENTI</b>	Red Internacional de Fuentes de Información
<b>SCTE</b>	Sistema Conceptual Teórico Empírico
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SNIES</b>	Sistema Nacional de Información de la Educación Superior
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>UCE</b>	Unidad de Cuidados Especiales
<b>UdeA</b>	Universidad de Antioquia

## Resumen

**Objetivo:** comprender el rol de los hombres en enfermería, teniendo en cuenta su reconocimiento y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional.

**Metodología:** esta tesis fue realizada desde la metodología de estudio de casos colectivo propuesta por Robert E. Stake. Se entrevistaron 12 enfermeros con desempeño en diferentes escenarios laborales empleando entrevistas en profundidad, notas de campo y memorando analíticos para registrar las experiencias emotivas de los participantes. El análisis se realizó por medio de agrupamiento y reducción de los fragmentos de las entrevistas y la construcción de un mapa conceptual.

**Resultados:** los roles de género son producto de una construcción social, y en este sentido, se moldean y cambian con el devenir histórico y cultural, prueba de esto es el ingreso de los hombres a la enfermería. Sin embargo, a nivel social persiste una naturalización de la enfermería como un oficio femenino que se traduce en una imagen estereotipada del papel de los enfermeros que dificulta su reconocimiento.

**Conclusiones:** los hombres desde el momento en que manifiestan su intención de convertirse en enfermeros, inician un proceso de adaptación en diferentes esferas, donde no solo deben negociar sus emociones, sino emprender una lucha permanente por el reconocimiento como un motor para el desarrollo y el cambio en diferentes aspectos de su vida.

**Palabras clave:** Rol, Reconocimiento, Emociones, Hombres, Enfermería.

## **Abstract**

**Objective:** to understand the role of men in nursing, taking into account their recognition and the emotions that underlie their professional practice.

**Methodology:** This thesis was conducted using the collective case study methodology proposed by Robert E. Stake. Twelve nurses with performance in different work scenarios were interviewed using in-depth interviews, field notes, and analytical memorandum to record the emotional experiences of the participants. The analysis was carried out by grouping and reducing the fragments of the interviews and constructing a conceptual map.

**Results:** gender roles are the product of a social construction, and in this sense, they are molded and change with historical and cultural evolution, proof of which is the entry of men into nursing. However, at the social level, a naturalization of nursing as a female profession persists, which translates into a stereotyped image of the role of female patients that hinders its recognition.

**Conclusions:** men, from the moment they express their intention to become nurses, begin a process of adaptation in different areas, where they must, in addition to negotiating their emotions, constantly fight for recognition as the engine of change and development in different aspects of their lives.

**Keywords:** Role, Recognition, Emotions, Men, Nursing.

## Reflexión inicial

*“Creo en mi corazón, el que yo expreso para teñir el lienzo de la vida...”*

Gabriela Mistral

Podría enumerar muchos motivos para haber tomado la decisión de explorar el cuidado y la masculinidad en una tesis doctoral y, sin duda, me quedarían faltando páginas para exponer las razones que me llevaron a explorar el cuidado desde una perspectiva de género masculina. Recuerdo que, desde temprana edad, indagaba por algunos asuntos cotidianos que me *molestaban*, por decirlo de algún modo, pues no comprendía por qué en mi hogar las mujeres debíamos atender a los hombres de la casa, padres y hermanos, cuando el espacio era habitado por todas(os) y, desde mi punto de vista, teníamos las mismas responsabilidades. Estos cuestionamientos solía hacerlos de manera frecuente a mi madre, quien impacientemente me respondía: *“eso es lo que nos toca hacer a las mujeres”*; sin embargo, su respuesta no me satisfacía plenamente.

También recuerdo que, tanto en mi infancia como en mi adolescencia, compartí poco con mi padre, pues su presencia en nuestro hogar era limitada, debido a que pasaba más tiempo por fuera dedicado a su trabajo. En esa época me preguntaba: *¿por qué él tiene que salir tanto y mi mamá por qué vive todo el día en la casa?* Estas preguntas, en esa época de mi vida para muchas personas a mi alrededor eran absurdas, pues normalmente el *“hombre estaba en la calle y la mujer en la casa”*.

Asimismo, recuerdo que, en mi familia, la expresión de las emociones era diferente para hombres y mujeres. Por ejemplo, no era lo mismo que mi hermana llorara en público a que lo hiciera uno de mis hermanos; en el primer caso, la indefensa niña recibía toda la atención de quienes estaban a su lado, mientras que, en el segundo caso, si uno de los varones lloraba, recibía frases como: *“deje de llorar, eso es de mujeres, compórtese como un varón”*. Estas palabras me parecían demasiado duras para un niño, que apenas estaba aprendiendo a caminar y que se lastimaba; yo no sabía qué era más difícil para mi hermano, si la herida física o la lesión que le queda en el alma por estar cargando con tantas emociones reprimidas.

Más tarde en mi experiencia profesional, cuestionaba el hecho de que como enfermera estuviera destinada a tantas responsabilidades en las instituciones de salud y que, de alguna u otra forma, esos roles de género que viví en el espacio doméstico, se replicaban en mi vida laboral, pues veía que la enfermera es como *esa madre abnegada* que se entrega completamente al cuidado del paciente y su familia, y, el médico, ese padre ausente que llega por un par de minutos, valora ciertas necesidades, deja unas órdenes escritas y luego se va. Sin conocimiento de las teorías de género y mucho menos del feminismo, lo que decía en aquel entonces era: *“esto me parece injusto, porque aparte de eso nos pagan menos, somos las amas de casa de la clínica”*, además veía que éramos más las mujeres que decidíamos estudiar enfermería, es por esto que cuando me presenté al Doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia, quería responder inicialmente una pregunta: *¿por qué son pocos los hombres que eligen la enfermería como una opción profesional?* Obviamente a este nivel de formación académica te dicen *“esa no es una pregunta de doctorado”*, porque a simple vista carece de profundidad. Entonces empiezas a indagar y a buscar dentro de ti aquellos temas que te apasionan y que te hacen vibrar, pues como bien lo dice un gran amigo, cuando haces un doctorado: *“debes elegir un tema que conozcas y con el que te sientas cómoda, pues será de lo que hablarás durante tu vida académica”*.

Siguiendo estas recomendaciones, y con la firme convicción de que quería hacer un trabajo diferente a la perspectiva biomédica predominante, empecé la búsqueda de mi tema de estudio para la elaboración del proyecto de tesis. Fue así, como decidí abordar el cuidado desde una perspectiva de género masculina, con el objetivo, no solo de responder al cuestionamiento enunciado antes, sino también que de alguna u otra forma se viera reflejada mi trayectoria de vida y las preguntas que me he hecho a lo largo de mi existencia frente a los roles de género, el cuidado y la masculinidad.

Sin embargo, al cambiar de directores de tesis, éstos llegaron con nuevas ideas y nuevas propuestas que complejizaron mucho más la pregunta inicial. En este proceso, tal y como lo hace el alfarero, fuimos dándole forma a la idea inicial que yo tenía, con un nivel de abstracción mayor.

Todo esto implicó para mí un mayor compromiso y dedicación, pues por mi formación profesional no tenía conocimiento de las ciencias sociales, ni de feminismo, ni

mucho menos de teoría crítica, pero hoy al presentar este texto puedo decir que todo este esfuerzo ha valido la pena, por todos los aprendizajes obtenidos a lo largo de estos cuatro años. Durante este recorrido, no solo pude responder a la pregunta de investigación planteada tiempo atrás de manera *interdisciplinaria*, también fue posible para mí comprender que el cuidado, además de ser el objeto de estudio de la enfermería, es un proceso fundamental de la existencia que va más allá del género.

## Introducción

*“Para empezar, empieza”.*

Walt Whitman

El concepto de rol tiene diferentes definiciones en disciplinas como la psicología, la sociología, la antropología, la filosofía, la enfermería, entre otras; en este sentido, la terminología empleada puede variar. Considerando lo anterior, se aclara que, para la realización de esta investigación, se retomó la definición sociológica de *rol*, la cual hace referencia a las pautas y los comportamientos que la sociedad impone y espera de un individuo en determinadas situaciones. No obstante, frente a las expectativas sociales derivadas del papel que cada individuo desempeña, se enfrenta a una serie de contradicciones y ambigüedades, propias de los sistemas sociales y de sus funcionamientos concretos (1).

De manera particular, en la división sexual del trabajo, dichas contradicciones guardan relación con estereotipos: la virilidad es asociada a actividades fuertes, extenuantes, insalubres y, en ocasiones, peligrosas; en tanto la feminidad es equivalente a un trabajo liviano, delicado y limpio, que exige paciencia, abnegación y dedicación. Lo anterior refleja claramente que la división entre estos dos ámbitos es el producto de un sistema capitalista y de una economía global que “reclama” tal segmentación para funcionar (2). Esta concepción ha permeado en gran medida las bases de un sistema de género que ha acompañado a las profesiones de la salud, específicamente la enfermería, donde la presencia de los hombres ha sido limitada históricamente (3).

En efecto, el objetivo propuesto para esta tesis fue comprender el rol de los hombres en enfermería, teniendo en cuenta su reconocimiento y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional. Se delimitó a Medellín, puesto que, dentro de la literatura existente, es poco usual hallar información respecto al ingreso de los hombres a profesiones feminizadas como la enfermería.

Para la comprensión del lugar que ocupa actualmente la enfermería a nivel social y el reconocimiento de los hombres dentro de esta, se tomó como referente conceptual a

Axel Honneth, filósofo y exponente de la teoría crítica. En su propuesta, este académico hace énfasis en la intersubjetividad, que nos permite descubrir las experiencias vividas por los enfermeros en interacción con otros (4).

Unido a este referente teórico, se consideraron los planteamientos de la investigadora y socióloga Sara Ahmed (5), quien ha explorado las emociones como producto de la interacción con otros y sugiere que estas moldean las “superficies” de los cuerpos individuales y colectivos.

Por otro lado, para el análisis de la interacción entre roles profesionales, el género, el reconocimiento y las emociones subyacentes, se propuso un enfoque hermenéutico, en tanto que esta investigación se ocupó de interpretar las vivencias cotidianas de los enfermeros (6). Teniendo en cuenta lo anterior, se tomaron elementos de exponentes del interaccionismo simbólico como George Mead, Herbert Blumer e Erving Goffman, con el fin de comprender la configuración del rol de los hombres en enfermería a partir de la interdependencia (7).

Adicionalmente, para la articulación entre las ciencias sociales y humanas con la enfermería, el presente trabajo adoptó la propuesta teórica de la enfermera Callista Roy; dentro de su conceptualización, aborda elementos del interaccionismo simbólico, delimitando no solo las actividades que realiza el individuo, sino también los sentimientos y actitudes sobre el desempeño del papel que representa (8).

En cuanto al diseño metodológico, se optó por un estudio de caso colectivo como herramienta que facilita el acceso a fenómenos sociales y tiempos específicos, proporcionando una información detallada (9). A nivel disciplinar, esta investigación es relevante, dado que indagó por atributos que componen el rol del profesional de enfermería<sup>i</sup> en la actualidad, reconociendo el cuidado como núcleo epistémico de la profesión, pero con la intención de “romper” visiones estáticas que tradicionalmente relacionan la disciplina con la feminidad; en este orden de ideas, el presente estudio exploró no solo la continuidad de modelos hegemónicos y patriarcales que continúan permeando la construcción del rol de los hombres en enfermería, sino también el

---

<sup>i</sup> Adjetivo empleado para nombrar a mujeres y hombres que se dedican a la enfermería.



reconocimiento y respeto hacia modelos de cuidado que difieren de los esquemas tradicionales.

Finalmente, aunque la pretensión de esta tesis no fue generar un movimiento emancipatorio de los hombres dentro de la profesión, su interés sí estuvo centrado en alcanzar un acercamiento al rol de los enfermeros en términos de igualdad social, dado que poco se conoce de los atributos que conforman su rol.

Con la realización de esta investigación, fue posible explorar desde diferentes perspectivas (social, política, económica, cultural) la profesión de enfermería en aras de una mayor comprensión de su imagen a nivel social, pues a pesar de contar con un cuerpo de conocimientos propio y de grandes avances en materia de investigación, parece que la opinión pública desconoce el papel del profesional de enfermería.

## **1. Planteamiento del problema**

En la literatura existente, es frecuente hallar información referente a las dificultades que enfrentan las mujeres para ingresar a carreras o empleos predominantemente masculinos; sin embargo, encontrar datos respecto al ingreso de los hombres a profesiones feminizadas como la enfermería es poca (10).

Para un varón, desempeñar un rol considerado históricamente femenino no es tarea sencilla, dado que va en contravía de los papeles y funciones naturalizados a nivel social por el sistema sexo-género. Este sistema dualista que representa lo binario asigna cualidades distintas para hombres y mujeres (11), ejemplo de ello es la tradicional dicotomía razón/emoción para nombrar aquello considerado masculino o femenino. En este sentido, se espera que los hombres demuestren públicamente competencias técnicas, físicas y racionales, mientras que la empatía, la compasión y el compromiso en el cuidado del otro ser humano, como sucede en la enfermería, son actuaciones que pueden interpretarse como señales de debilidad, fragilidad y falta de carácter (12).

Para Valenzuela y De Keijzer (13), la asignación de atributos a partir de la distribución social del sistema sexo-género ha otorgado al hombre un papel “sobresaliente”, definiendo una sociedad hegemónica de dominación y poder sobre el ambiente femenino. Por lo general, esta situación exige a los varones un comportamiento competitivo y restrictivo que inhibe la expresión de emociones (14).

### **1.1 Presencia actual de los hombres en enfermería a nivel mundial**

Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras y de la campaña Nursing Now, actualmente existen alrededor de 28 millones de profesionales de enfermería en todo el mundo. Asimismo, estas instituciones afirman que pese a un incremento registrado en el número de ingresos entre los años 2013 y 2018 de 4.7 millones de enfermeras y enfermeros, la cifra actual sigue dejando un déficit mundial de 5.9 millones de profesionales en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental, así como en algunas regiones de América Latina (15).

Particularmente en el caso de los hombres a nivel mundial, de acuerdo con Purnell (16), los ingresos de hombres a la enfermería se han incrementado en las últimas décadas; no obstante, su presencia respecto al número de mujeres que ejercen esta profesión es significativamente baja, lo cual podría obedecer a los prejuicios sociales y al estigma que rodea al rol del enfermero (17).

En el continente europeo, los ingresos oscilan entre el 10 al 22%, mientras que, en Tanzania, la proporción de enfermeros es menor del 8%. En contraste, en el rastreo realizado, se evidenció que en países africanos de habla francesa, la participación de hombres en enfermería es del más del 50%; un hecho que podría explicarse por los escasos recursos en salud del continente africano y a la poca inclusión laboral de las mujeres (18–20) ([Ver anexo 1](#)).

Respecto al continente americano, la proporción de hombres en enfermería se encuentra entre el 5 y 15% (18) y específicamente en los EE. UU., según datos de Dos Santos (17), para el 2020, el porcentaje de varones que estaban ejerciendo la profesión era del 9.5%. Este porcentaje es “relativamente alto”, si se compara con naciones como China donde la participación de los hombres es del 1.8% y Jamaica, que cuenta con menos del 1% de enfermeros (21,22). Dentro de esta búsqueda, se encontró que, en países como Turquía y Uganda, debido a cuestiones socioculturales, la enfermería es una profesión predominantemente femenina ([Ver anexo 2](#)).

En Colombia, de acuerdo con el Observatorio Laboral para la Educación (23), entre 2001 y 2020, han egresado 61.651 profesionales de los programas de enfermería del país: 52.369 (85%) corresponden a mujeres y 9282 (15%), a hombres ([Ver anexo 3](#)). En lo que respecta al departamento de Antioquia (región donde se realizó este estudio), el total de egresados en el periodo mencionado fue de 4.174 profesionales de enfermería, de los cuales, 584 (13%) eran hombres.

Todo este contexto a nivel global, nacional y local, nos permite retomar las palabras de la Torre (24), quien considera que “la ausencia de hombres en enfermería, más que una realidad estadística, es un imperativo moral para la acción, y la transformación de la imagen profesional”.

## 1.2 El rol de los hombres en enfermería, ¿qué se ha dicho sobre esta cuestión?

Como se evidenció en el apartado anterior, históricamente la enfermería ha sido conocida como una profesión femenina y en este sentido, O'Lynn (25) considera que se le ha prestado poco interés al papel desempeñado por los hombres. Para investigadores como Santos et al. (26), los hombres dedicados al cuidado siempre han existido, desempeñando roles en contextos religiosos y militares donde eran valorados por su fuerza física.

Por su parte, Arif y Khokhar (27) consideran que, con el surgimiento de la enfermería moderna a mediados del siglo XIX en manos de Florence Nightingale, la presencia de los hombres en materia de cuidados empezó a disminuir ya que esta enfermera británica consideraba que dicha profesión era un trabajo adecuado para las mujeres, pero no para los varones. Posteriormente, surgió un modelo institucional basado en la familia victoriana, en el que el papel dominante era asumido por los médicos varones, así fue como se dividió el trabajo en función del género.

En consonancia con lo anterior, Popper et al. (28) señalan que los enfermeros, debido a su naturaleza hegemónica, gozan de ciertos privilegios, como mejor remuneración salarial, rápido avance en la jerarquía profesional, lo que los lleva a asumir cargos administrativos y directivos gozando de mayor estatus y reconocimiento social. Otros investigadores como Labra et al. (29) refieren que los hombres tienden a especializarse en áreas de mayor prestigio y autonomía acordes a la masculinidad y evitan desempeñarse en áreas asociadas a la maternidad y feminidad, o como lo expresa Cottingham (30), los enfermeros buscan áreas donde tengan bajo contacto físico con otros y acceso a la tecnología donde pueden "enmascarar" sentimientos de compasión y entrega, que podrían ser interpretados como muestra de debilidad.

Lo anterior demuestra que aparentemente las especialidades "técnicas" son más atractivas para los hombres, puesto que allí pueden desarrollar habilidades como el liderazgo, y la toma de decisiones (31).

### 1.3 Estudios relacionados

En este fragmento del texto, se nombran estudios similares a esta investigación, con el fin de conocer lo que se ha planteado frente al tema de interés. En EE. UU, Palmer (32), en su tesis doctoral publicada en 2019, analizó las barreras de ingreso para los hombres en enfermería: afirma que una vez inician su formación profesional, enfrentan dificultades al encontrarse con programas educativos con enfoque femenino, motivo por el cual muchos abandonan la carrera. Hinojosa (33), por su parte, concluyó en un estudio realizado en España, que el género continúa influyendo de manera significativa en el desarrollo de la profesión, puesto que la relación existente entre la figura femenina y la enfermería permanece vigente.

En Latinoamérica, instituciones como la Universidad Central de Chile y la Universidad Veracruzana de México publicaron los resultados de un estudio en conjunto llevado a cabo entre el 2013 y el 2014. Los autores de esta investigación coincidieron que cuando los hombres deciden estudiar una profesión feminizada, podrían estar rompiendo con condicionantes sociales y estereotipos de género; así, demuestran que su elección profesional nada tiene que ver con características propias de las lógicas patriarcales como la autonomía, la independencia, la autoridad y la productividad (34).

En la literatura local, encontramos a Restrepo (35), quien afirma que la permanencia de la división de los roles de género al interior de la enfermería en el contexto colombiano limita el avance de la misma. Asimismo, considera que en el ámbito publicitario es indispensable promocionar características de la profesión (inteligencia, coraje, destreza, habilidad, etc.) que atraigan a los hombres a la enfermería.

Por su parte, Ararat et al. (36) concluyen que el ingreso de varones a esta disciplina se asocia a características que guardan relación con la masculinidad hegemónica, “poder y autoridad”, lo cual podría reflejarse en ciertos privilegios de género por ser minoría frente a las mujeres en este entorno.

Ahora bien, en Medellín, ciudad en la que se realizó esta investigación, a la fecha, no se han hallado investigaciones que centren su atención en el rol de los profesionales de enfermería del género masculino, ni mucho menos en la exploración de emociones subyacentes en la práctica profesional. En este sentido, contrario a los estudios antes

mencionados, la particularidad de la presente investigación radica en visibilizar a los hombres en su ejercicio profesional e interpretar las situaciones de reconocimiento en diferentes escenarios (familiar, académico, laboral), comprendiendo así la enfermería desde otros contextos.

## 2. Pregunta de investigación

¿Cómo comprenden los enfermeros su rol profesional, teniendo en cuenta el reconocimiento social de su práctica y las emociones que de allí se derivan?

## 3. Justificación

El rol es un concepto complejo por sí mismo y, según plantea Colliere (37), tiene al menos una doble connotación: social e individual. La primera corresponde a la expresión de una función social, de su naturaleza y de la manera de atenderla, mientras que la segunda pertenece al lugar de cada actor para determinar su oficio dentro de un grupo o contexto. De acuerdo con Mendes (38), para que exista un adecuado desempeño, el individuo necesita adaptarse a su rol, guardando relación con sus expectativas, su autoconcepto y su bienestar emocional; dicho de otro modo, el individuo necesita sentirse capaz de ocupar el papel que eligió y, así mismo, desarrollar los comportamientos sociales esperados.

Por otro lado, Afaf I. Meleis (39) refiere que, prácticamente desde la época de la guerra de Crimea, la búsqueda de una imagen e identidad profesional ha sido una preocupación permanente para quienes se dedican a la enfermería. También, señala que en los últimos cuarenta años, los escenarios de actuación se han ampliado considerablemente mostrando una profesión diversa centrada en la experiencia humana, en el cuidado de la salud y el bienestar del individuo y la comunidad (40).

En este marco, Meleis define ocho etapas<sup>ii</sup> que han contribuido a la configuración de los roles profesionales actuales. Sin embargo, por nombraremos la etapa *práctica* y la

---

<sup>ii</sup> El progreso en la transición hacia el desarrollo de la enfermería teórica es definible en términos de ocho etapas: práctica, educación y administración, investigación, teoría, filosofía, integración, interdisciplinariedad e interprofesionalidad, y tecnología y sistemas de información (39).

*educativa* fueron lideradas por Nightingale con la intención de capacitar a un grupo de mujeres capaces de brindar cuidado y bienestar a los combatientes heridos en el campo de batalla. *La etapa educativa*, ha hecho posible la evolución disciplinar al consolidar un cuerpo de conocimientos propios, influenciada al mismo tiempo por corrientes teóricas como la psicología, la antropología entre otras disciplinas. En otras palabras, gracias al desarrollo *teórico*, la enfermería se ha abierto a otros escenarios de actuación, posibilitando nuevos roles (39).

Para Meleis (39), dentro de la búsqueda de identidad profesional, ha sido necesario el abordaje de aspectos *filosóficos* que apoyen la comprensión de los efectos de la diversidad étnica, la religión, la identidad sexual y la clase social en la configuración de respuestas al proceso de salud y enfermedad. En este orden de ideas, la interdisciplinariedad y el diálogo con otros saberes son indispensables para el avance de la profesión, lo que favorece el surgimiento de especializaciones en diversas áreas de cuidado.

Ahora bien, aunque desde 1950 distintas autoras han explorado el rol del profesional de enfermería y han definido el cuidado en consonancia con las exigencias sociales propias de cada época, algunas de ellas no lograron distanciarse del poder de la medicina ni de una división sexual del trabajo. Abdellah, Henderson y Orem son algunos ejemplos, quienes además de considerar al paciente como el centro del cuidado, creían que la enfermera debía cumplir a cabalidad con las órdenes médicas (41).

Esta postura difiere del pensamiento de King, Orlando, Paterson, Zderad, Peplau, Travelbee y Wiedenbach: apoyadas en el interaccionismo simbólico, consideraban que la enfermera, en el ejercicio de su rol, debía hacer uso del “yo como un elemento terapéutico” (42). Johnson, Levine, Rogers y Roy, por su parte, comprenden que el rol profesional no solo es regulado de manera autónoma e independiente, sino que en su configuración, influyen mecanismos externos (43).

Finalmente, las teorías emergentes en los años ochenta de las autoras Watson y Parse, influenciadas por la filosofía existencialista y los principios de la igualdad en las relaciones humanas, consideraron que el papel del profesional de enfermería debía enfocarse en los pacientes, explorando cada experiencia vivida relacionada con el proceso salud-enfermedad y sus significados (44).

De acuerdo con el rastreo histórico anterior y en línea con los planteamientos de Collière (45): “la imagen de la enfermera se transforma, se diversifica, y se vuelve cada vez más confusa a medida que la estabilidad del rol tambalea”; del mismo modo, los constantes cambios sociales exigen una mayor preparación no solo técnica, sino también humanística. En este sentido, a nivel disciplinar, la presente investigación aborda el rol profesional desde una perspectiva de género masculino, reconociendo las características sociales de los hombres que forman parte del colectivo enfermero. Además, dado que en la búsqueda teórica expuesta líneas arriba no se encontró información referente a esta tema, es posible afirmar que los resultados del presente estudio contribuirán a la evolución del conocimiento de la profesión enfermera y, a la vez, motivará a futuras investigaciones a explorar la equidad de género (46).

Sumado a lo anterior, identificar las emociones que subyacen en la práctica profesional de los enfermeros permitió reflexionar acerca de la desigualdad existente entre los géneros y, de este modo, hacer un acercamiento a la compleja trama de cuidar y sentir desde las nociones emblemáticas de la masculinidad hegemónica, que tiende a estereotipar el papel de los varones dentro de la enfermería (47). Esta concepción obedece en parte a que, en diversas sociedades y culturas, a lo largo del tiempo, el acto de cuidar ha sido relacionado con el género femenino, perpetuando la idea de que el instinto maternal es aquel motivador necesario para cuidar a todo aquel que lo necesite.

Por otro lado, es importante mencionar que los seres humanos vivimos en entornos cambiantes, de rápida evolución, de pensamientos diversos, costumbres y creencias; en consecuencia, los roles no son estáticos, sino que se transforman conforme a las necesidades sociales (48). Prueba de ello es la incorporación de los hombres al colectivo enfermero, que aunque continúan siendo minoría, no solo en Colombia<sup>iii</sup> sino a nivel mundial (3), su presencia demuestra que las concepciones culturales cambian: en este caso, se deja en evidencia que el cuidado no es natural y exclusivo para las mujeres, sino que es inherente a la condición humana y que este puede dotarse de conocimientos técnicos y científicos a nivel profesional (50).

---

<sup>iii</sup> De acuerdo con el Ministerio de Protección Social, en el año 2010 por cada 100 mujeres enfermeras, existían 8 hombres enfermeros (49).



Se considera que esta investigación adquiere un carácter innovador para la disciplina enfermera al plantear una comprensión del rol de los hombres en enfermería a partir de la subjetividad de los participantes. Se reconocen sus vivencias y las emociones subyacentes a su ejercicio profesional, entendiendo estas como un producto de la interacción con otros, como lo plantea Ahmed (51); visión que difiere de la mayoría de estudios, que con frecuencia, se enfocan en el análisis de la inteligencia emocional y la gestión de las emociones durante la atención en salud (52–55).

Asimismo, sin desconocer los procesos de socialización y las constantes luchas por el reconocimiento que han rodeado la historia de la enfermería, este trabajo de investigación se apegó a los planteamientos filosóficos de Axel Honneth, pues su teoría resulta de gran utilidad para la profesión, ya que posibilita el análisis de problemáticas relacionadas con el escaso reconocimiento a nivel individual y social.

Cabe decir que, desde lo ético, la realización de este estudio contribuyó a una reflexión armónica y crítica del papel que han desempeñado los hombres dentro de la enfermería y de sus aportes al desarrollo disciplinar de esta.

El presente trabajo fue un intento consciente e intencionado de acercamiento al enfoque de género dentro de la profesión a partir de una perspectiva masculina, con el propósito de deconstruir la idea predominante en el imaginario social de que el cuidado es una actividad “exclusiva” de las mujeres.

Finalmente, desde una visión moral, esta investigación permitió reconocer las contribuciones históricas de distintos hombres en lo referente a la construcción de conocimiento, característica que, como profesionales de enfermería, nos hace tan únicos y tan distintos de otras profesiones que también aportan al cuidado de la salud. En palabras de Virginia Henderson: “Si las enfermeras no asumen su rol exclusivo, otras personas inadecuadamente preparadas lo realizarán y asumirán” (56).

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Comprender el rol de los hombres en enfermería, teniendo en cuenta su reconocimiento y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional en la ciudad de Medellín.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características (cualidades y rasgos) que conforman el rol de los enfermeros.
- Interpretar las emociones asociadas a las experiencias de reconocimiento y no reconocimiento de las prácticas profesionales de los enfermeros y sus implicaciones sociales.
- Analizar el significado del rol para los enfermeros, a partir de sus experiencias vividas en el ámbito familiar, social, profesional y político.

## 5. Marco epistemológico

*“La ciencia es un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse como racional, sistemático, exacto, verificable y falible, que se alcanza por medio de la investigación científica”*

Mario Bunge

### 5.1 Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCTE)

Todo conocimiento humano nace de una realidad que es abordada a través de una serie de fenómenos, los cuales son representados en distintos niveles de abstracción, que se soportan con modelos teórico-científicos o filosóficos (57). De manera particular, en la disciplina enfermera, de acuerdo con Castellanos (58), la aplicación de un modelo conceptual permite identificar, analizar y sintetizar fenómenos a la luz de una teoría, con el fin de comprender la complejidad de estos, para así aumentar el cuerpo de conocimiento de este campo profesional e investigativo que se ocupa de forma central del cuidado. Para Fawcett (59), el primer elemento de la *holarquía* del conocimiento en enfermería es el metaparadigma; este relaciona diferentes conceptos (persona, entorno, salud y enfermería) y permite identificar los fenómenos de interés a nivel disciplinar, sus proposiciones globales y las relaciones conceptuales presentes en este corpus teórico.

En consonancia con las apreciaciones anteriores y según los objetivos de esta investigación, fue elegido el Roy Adaptation Model (RAM), desarrollado por Callista Roy, para el abordaje teórico. A la luz de las conceptualizaciones de esta autora, los cuatro elementos del metaparadigma correspondientes al presente estudio fueron definidos así:

- *Persona* (enfermeros): seres bio-psico-sociales que utilizan mecanismos innatos y adquiridos para adaptarse a un entorno cambiante.
- *Entorno*: espacios habitados por los enfermeros (familiar, académico, laboral) en distintos momentos de sus vidas. Allí, reciben estímulos internos o externos, que generan sentimientos, emociones y respuestas adaptativas.
- *Salud*: dimensión de la vida personal de los enfermeros.

- *Enfermería*: ciencia y arte centrada en la práctica dirigida a las personas y sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno (60).

Asimismo, con la intención de comprender la realidad de los participantes, desde el punto de vista ontológico y epistémico, en línea con Roy, la visión de mundo adoptada para esta investigación fue la de *interacción recíproca*, originaria del *postpositivismo*, que da relevancia al ser humano, su contexto y su historicidad. Desde este enfoque, el ser humano es un sistema adaptativo, integral, organizado y no reducible, capaz de pensar, de sentir y de ajustarse eficazmente a los cambios del entorno (61, 62).

Unido a lo anterior, es preciso señalar que no solo para avanzar en el conocimiento disciplinar, sino también para comprender de manera crítica la complejidad del fenómeno de interés<sup>iv</sup>, fue necesario entablar un diálogo transdisciplinar, pues no basta con un análisis reflexivo al interior de la enfermería si se pretende vislumbrar las diferentes variables que rodearon esta investigación. En este sentido, se utilizaron conceptos de la sociología, la filosofía y la psicología social (el rol, el reconocimiento y las emociones), los cuales, además de potencializar el estudio realizado, sirvieron de sustento para analizar, interpretar y comprender a partir de las voces de los participantes, el rol profesional de hombres en enfermería y las situaciones de reconocimiento en distintas esferas de sus vidas (familiar, académica, laboral) (63,64) (ver síntesis del Sistema Conceptual Teórico Empírico de este trabajo en el [Anexo 4](#)).

---

<sup>iv</sup> El rol de los hombres en enfermería, el reconocimiento y las emociones que subyacen en la práctica profesional.

## 6. Marco teórico

*“La práctica debe siempre ser edificada sobre la buena teoría”*

Leonardo Da Vinci

En este apartado, fueron abordados los conceptos centrales de este estudio tales como el cuidado, el cual se exploró no solo desde una evolución perspectiva histórica, sino también desde la lucha de los hombres por el reconocimiento a través de la historia de los cuidados. Unido a lo anterior, también fue definido el rol desde disciplinas como la sociología, la antropología y por su puesto la enfermería, seguidamente se mencionaron dos categorías que tienen influencia en el rol como el sexo y el género.

Finalmente, se hizo un acercamiento a la teoría del reconocimiento propuesta por Axel Honneth y a la política cultural de las emociones desde los planteamientos de Sara Ahmed.

### 6.1 Evolución histórica del cuidado

Para comprender mejor el rol en enfermería, se exploraron algunos referentes históricos sobre el cuidado y su influencia en esta profesión. Marie-Françoise Collière (65) hace un recorrido de las prácticas de cuidado y su influencia en la enfermería y sostiene que los cuidados existen desde el comienzo de la vida, pues es preciso “ocuparse” de esta para que pueda perdurar. Asimismo, Collière afirma que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio ni mucho menos de una profesión, eran actos que cualquier persona realizaba con el fin de ayudarle a otro a continuar con su vida con relación a la supervivencia del grupo.

Para esta autora, la historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes, que denomina *cuidar* y *curar*, procesos fundamentales en la supervivencia. Collière aclara que, si bien estos procesos coexisten y se complementan, curar, históricamente, ha subsumido el cuidar, al punto de invisibilizarlo. No obstante, cuidar es un fenómeno universal, presente desde el principio de la historia de la humanidad: asegura la continuidad del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo necesario para asumir

las funciones vitales (recursos energéticos, alimentación y protección contra las inclemencias del frío)<sup>v</sup> (67).

Cuidar y curar han tenido una valoración social diferente. Durante miles de años, los cuidados habituales que son el sustento de la vida han estado vinculados a las mujeres; la función de cuidar se considera como inherente a su biología, a la llamada naturaleza femenina; sin embargo, cuidar es una tarea fundamental de los seres humanos, mujeres y hombres (66).

Según las investigadoras Martínez y Chamorro (68), entre las etapas de evolución del cuidado, previa a la enfermería moderna, se dio una *etapa doméstica*, en la cual las mujeres realizaban actividades en el hogar, desempeñando el rol de cuidadoras, mientras que el hombre era el responsable de proveer los alimentos. No obstante, asegurar la continuidad de la vida no era tarea sencilla, pues no solo se trataba de satisfacer las necesidades, sino también se debía responder a eventualidades como la enfermedad, que generaba discursos acerca del bien y el mal, de fuerzas benéficas y maléficas relacionadas con los diversos padecimientos humanos.

Para *curar* estas enfermedades, según Martínez y Chamorro, se daban respuestas *metafísicas*: primero el chamán, luego el sacerdote, que buscaban discernir el origen del bien y del mal, por medio de rituales, conjuros o rezos. Estos personajes tenían el papel de mediadores entre el orden físico y el metafísico, con la finalidad de alejar el mal y restablecer el bien, es decir, apartar la enfermedad (69).

A partir del siglo IV, Roma empezó a ser cristiana y con el advenimiento, se originó una serie de cambios. La Iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para los más desvalidos y enfermos, en contra de lo que hasta entonces propugnaban las demás creencias. De este modo, el auge del cristianismo impulsó el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado, adquiriendo un enfoque humanitario que no habían tenido antes. A este periodo, se le conoce como *etapa vocacional de los cuidados* (70).

---

<sup>v</sup> Históricamente, las mujeres no solo se dedicaron al cuidado, este iba acompañado de un saber *curar*. La sabiduría que las mujeres desarrollaron en este campo era apreciada y reconocida, incluso era transmitida de generación en generación, de abuelas o madres a las hijas. No obstante, se vieron obligadas por la Iglesia a reducirse progresivamente al silencio; en consecuencia, este saber de mujeres fue truncado y pasó a un lugar secundario, para legitimar solo el conocimiento médico centrado fundamentalmente curar (66).

Es importante aclarar, siguiendo la lectura histórica de Collière, que esta división del rol de género, al interior del cuidado, proporcionó funciones diferenciadas a los hombres que se mantienen hasta hoy, las cuales surgieron originalmente de la caza, la guerra y el mantenimiento del orden social. Es así como nacieron, se desarrollaron y se multiplicaron instituciones que dieron lugar a otras formas de ejercer el cuidado por parte de los hombres como las órdenes religioso-militares<sup>vi</sup>, los lazaretos, los asilos, los hospitales de campaña, entre otros establecimientos (72) ([Ver anexos 5 y 6](#)).

Más adelante, en los albores del mundo moderno<sup>vii</sup>, surgió una fase denominada *etapa técnica* de los cuidados, la cual se relacionaba con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad. Durante esta época, el rol de la enfermera se basó en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, como trabajo auxiliar de la medicina; las tareas más importantes y valoradas que realizaba era la medición de signos vitales, la administración de medicamentos y otros tratamientos médico-delegados (74).

Luego, debido a la reforma protestante, muchas órdenes religiosas desaparecieron, lo que trajo consigo un déficit en la calidad de los cuidados en salud y ante la escasez de cuidadores, estas labores pasaron a manos de mujeres expresidarias, analfabetas y de dudosa reputación social. Este periodo de decadencia es denominado por algunos autores como la “época oscura de la enfermería” (75,76).

Posteriormente, con el surgimiento de la enfermería moderna y la transferencia de conocimientos del ámbito privado a los espacios institucionales y profesionales, el oficio en mención se consolidará técnicamente bajo la responsabilidad de las mujeres, quienes generaron grandes cambios en la práctica del cuidado. Tales reformas fueron lideradas por Florence Nightingale, considerada la madre de la enfermería moderna (77). De manera progresiva, ella reemplazó a las personas que prestaban cuidados a nivel social, pues consideraba que no eran aptas para dichas tareas, sustituyéndolas por mujeres de la alta sociedad (78,79).

---

<sup>vi</sup> Además, existen otras órdenes religiosas que fueron influenciadas por el cristianismo (estas serán descritas más adelante), dejando un legado de valores como la solidaridad y el respeto, reafirmados por la iglesia católica, interpretando tal labor como una virtud y un medio para alcanzar la salvación (71).

<sup>vii</sup> De acuerdo con Martínez, esta etapa comprende varios periodos de tiempo que van desde 1770 hasta 1975 (73).

Luego de su labor en Crimea (1854-1856), Nightingale recibió en 1859 la suma de 45.000 libras, monto asignado por el príncipe George Duque de Cambridge (80). Dicho patrimonio se destinó a la educación de enfermeras y a la creación de la primera institución de entrenamiento formal en enfermería<sup>viii</sup> (81). La formación recibida por las estudiantes enfatizaba las “cualidades femeninas” y principios morales, más que en las habilidades técnicas del cuidado (82).

Según Dos Santos (26), para Nightingale, las mujeres estaban naturalmente dotadas de cariño, sensibilidad y caridad para cuidar al enfermo, mientras que los hombres carecían de estas cualidades. De acuerdo con Restrepo (83), citando a Nightingale, una buena enfermera debía ser, ante todo, una buena mujer; en sus apuntes, establece una relación entre lo femenino y la práctica de la enfermería.

Las ideas anteriores, sumadas al imaginario popular de que las mujeres en la sociedad debían realizar las mismas tareas que en el hogar, influyeron considerablemente en la historia de la profesión, replicando el modelo de familia victoriana: el médico representaba al padre; la enfermera, a la madre y los pacientes, a los hijos (84). Según este modelo, el hombre no encajaba con el rol de cuidador y menos con esta disciplina emergente.

Solo hasta mediados del siglo XX la enfermería se consolidó como disciplina profesional y coincidió con el nuevo concepto de salud y las nuevas pautas de atención sanitaria a individuos y grupos humanos. Conforme a lo planteado por Martínez y Chamorro (85), en ese momento, inició la *etapa de la enfermería profesional*: el cuidado se convirtió en un objeto disciplinar, diferenciado de otras profesiones de la salud.

No obstante, pese a que distintas autoras a nivel disciplinar se han encargado de conceptualizar y dar una connotación distinta a este término (*cuidado*) diferenciándolo de las actividades realizadas en el ámbito doméstico, esta labor continúa ligada no solo a la vocación, sino también a las mujeres como una supuesta obligación natural de estas de asistir y cuidar a quien lo necesita (86,87). De acuerdo con Espasande et al. (86), esta feminización del cuidado dificulta el reconocimiento pleno de la enfermería en el ámbito

---

<sup>viii</sup> Esta institución, que inició labores el 9 de julio de 1860, fue nombrada como la Escuela de Entrenamiento Nightingale, ubicada al interior del Hospital Saint Thomas en Londres, (81). Su nombre actual es Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, integrada al King's College de Londres (80).



profesional, puesto que dentro de las lógicas del sistema patriarcal, se reproduce el menosprecio a las actividades realizadas por mujeres (87), de allí la concepción popular frente a este oficio. En síntesis, considerar el cuidado como un asunto netamente femenino (88), no solo perpetúa las brechas de desigualdad de género que han existido en su evolución, sino que también dificulta la identificación de sus ventajas, sus potencialidades y la identificación de las diferentes problemáticas y necesidades sociales por medio de su práctica (86,89).

## **6.2 La lucha de los hombres por el reconocimiento dentro de la historia de los cuidados**

Tradicionalmente, la historia suele ser contada por personas provenientes de las altas élites o por representantes de un grupo social determinado. En este sentido, el pensamiento solitario y limitado del historiador, que se transmite de generación en generación, da a conocer una perspectiva *sesgada* de ciertos sucesos. Algo similar ocurre en la historia de la enfermería: ha sido escrita en gran parte por las mujeres debido a su presencia mayoritaria. En este relato histórico, se reflejan los intereses de la mujer y se deja de lado la visión y participación de los hombres dentro de esta profesión (90).

Sin embargo, como se evidenció anteriormente, en la historia de los cuidados, tanto mujeres como hombres han estado presentes desempeñando diferentes roles. Un ejemplo lo señala Achora (21): relata que en la India, hacia el año 250 a. C., los hombres eran quienes brindaban cuidados, pues se les consideraba lo suficientemente “puros” para llevar a cabo esta actividad, puesto que las mujeres, según esta concepción, eran impuras a causa de su proceso menstrual. Dentro de esta cultura, este fluido rojizo es, a la vez, la expresión e instrumento de jerarquía de castas y de género, de la dominación física, económica y política de las castas altas sobre las castas bajas y de los hombres sobre las mujeres (91).

Otro ejemplo ilustrativo es el cuidado realizado por los hombres dentro de los monasterios<sup>ix</sup>; en estos lugares, se atendían a los más débiles y desamparados en un

---

<sup>ix</sup> Siglo V al siglo VII

acto de bondad y benevolencia. Igualmente, los hombres desempeñaron labores de cuidado en los campos de batalla; en épocas de guerra<sup>x</sup>, diversas órdenes religiosas masculinas se hicieron cargo de miles de enfermos y heridos (92). Para Sánchez (93), la orden más antigua es la de los Caballeros de San Lázaro, dedicada a atender a aquellos que padecían de lepra.

Asimismo, emergió la orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan, institución que se destacó por la fundación de hospitales (94). Sus normas fueron seguidas por los Caballeros Teutónicos, quienes provenían de familias nobles. Para acceder a esta comunidad, sus integrantes debían realizar votos de castidad, obediencia y pobreza, así como un voto especial que los obligaba a cuidar a los enfermos (95).

De acuerdo con Bartfay (96), en Canadá, los primeros enfermeros y asistentes conocidos fueron los misioneros jesuitas, que se instalaron en el asentamiento francés de Port Royal. Además, este autor afirma que el primer enfermero europeo autoidentificado que puso un pie en lo que actualmente es EE. UU. fue Fray Juan de Mena; hizo una larga carrera de enfermero en México y si bien llegó a suelo estadounidense, nunca trabajó allí.

En cuanto a Colombia, los historiadores destacan la figura del sacerdote y jesuita español Pedro Claver, reconocido por trabajar arduamente por los leprosos en Cartagena de Indias. Biógrafos modernos destacan su entrega y singular valor para cuidar las comunidades afro y los presos, así se ganó el título de “padre de la enfermería en Colombia” (97,98).

Adicional a las bases femeninas de la enfermería moderna ya conocidas, es importante mencionar la obra del filántropo, teólogo y pastor alemán Theodor Fliedner: fundó el instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, establecimiento educativo conocido como el primer sitio destinado a nivel mundial para la formación de enfermeras; allí las alumnas consagraban su vida al servicio de los enfermos sin recibir salario a cambio. La importancia de este centro traspasó fronteras y recibió múltiples visitas, entre las que se recalca la de Florence Nightingale, quien siguiendo el modelo de Fliedner, desarrolló en Londres un programa de enfermería similar (99).

---

<sup>x</sup> Siglo XI (época de las cruzadas)

En paralelo y por su parte, el filántropo y activista Henry Dunant, inspirado en la obra de Nightingale, creó la Cruz Roja, organismo internacional de carácter neutral para la atención y cuidado de combatientes heridos en guerra (100).

En Colombia, la formación en enfermería no estaba exenta de los prejuicios de género. En 1914, el médico José Ignacio Barberi<sup>xi</sup> presentó el *Manual de Enfermeras*. En la introducción, este galeno, reproduciendo los estereotipos de género sobre el cuidado, afirmó:

He decidido establecer una cátedra en donde las señoritas que deseen puedan instruirse en las nociones indispensables para hacer su cooperación inteligente y cariñosa en este asunto [...]. A nadie se ocultan (sic) los inconvenientes que trae consigo el hecho de que sea un joven quien vaya ayudar a un enfermo, y si se comprenden todas las ventajas que traerá para una familia el que sea una señorita la que llene este cometido [...] (97).

En el párrafo anterior, se refleja no solo el contexto histórico en el que se formaban las mujeres, sino también, la concepción del cuidado de los enfermos como un “asunto femenino”, hecho que, según Velandia (97), además de restringir el ingreso de los hombres a la enfermería, limitó la evolución de esta disciplina, puesto que las mujeres colombianas solo tuvieron acceso a la universidad a partir de la década del sesenta para formarse en esta profesión del cuidado. En el caso de los hombres, según el Decreto 3550 de 1948<sup>xii</sup>, solo podían desempeñar labores de auxiliares de enfermería en determinados lugares (asilos de locos, campamentos de trabajadores, puestos profilácticos, Fuerzas Armadas), previo juicio y autorización del Ministerio de Higiene, encargado de regular el ejercicio profesional (103).

---

<sup>xi</sup> José Ignacio Barberi estudió medicina en Inglaterra, después de su llegada a Colombia, creó una casa-escuela de enfermeras privadas, emulando las que había en Inglaterra y Francia. En sus textos hizo una caracterización de la enfermera y de las cualidades que debía poseer: “la enfermera debe ser educada, aseada en sus vestidos y en su persona hasta la exageración, ordenada [...] obediente a las prescripciones del médico, sufrida y debe tener cierta instrucción científica”(101).

<sup>xii</sup> Por medio del Decreto 3550 de 1948, se reglamentó en el país la Ley 87 de 1946. Por medio de dicho estatuto, se inició la regulación del ejercicio de la enfermería colombiana (102).

Más adelante, en Colombia se aceptó el ingreso de hombres a la enfermería. Hacia el año 1966, la primera institución en hacerlo fue la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional: otorgó el título al primer enfermero colombiano en 1973 (Félix María Chiappe) (104). En 1970, la Universidad del Valle también empezó admitir hombres en la carrera de enfermería (97).

Como profesión, la enfermería ha luchado por ser reconocida en espacios políticos y sociales; por ello se han creado diversas organizaciones a nivel mundial. Una de estas es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), su creación fue propuesta por Florence Nightingale en 1848 ante la necesidad de contar con una institución que congregara a las personas dedicadas a este oficio en cualquier parte del mundo; no obstante, solo un pequeño grupo de hombres participó en esta institución hasta 1912 (105,106).

Conforme a lo planteado por Mendoza (106), el temor de las mujeres por perder un oficio que lograron consolidar y que consideraban propio las llevó a negar oportunidades laborales a los hombres en varias partes del mundo, lo que generó exclusión en diversas áreas; además, socialmente no estaba bien visto que los hombres se dedicaran a tal labor. Evidencia de lo anterior fue lo ocurrido en el Cuerpo de Enfermeras del Ejército y la Marina de los EE. UU., institución donde estaba prohibido el ingreso de hombres y que solo hasta el año de 1955 abolió la restricción gracias a un acuerdo firmado por el presidente Dwight D. Eisenhower. Así fue como Edward L.T. Lyon se incorporó a la Marina de los EE. UU. y se convirtió en el primer enfermero anestesista que se unió a más de 3.500 mujeres comisionadas a este servicio (107).

Pese a este avance, el ingreso a las universidades públicas para los hombres en enfermería estaba restringido en EE. UU. El caso más notable se presentó a finales de la década de 1970 con el afroamericano Joe Hogan, al que se le denegó su ingreso a la Universidad de Mujeres de Misisipi. Esta institución argumentó que Hogan no podía acceder a la formación como enfermero debido a su sexo; le permitieron asistir a clases, pero no obtendría crédito por ellas (108).

Ante la resistencia de las mujeres norteamericanas frente a la participación de los hombres en enfermería y condiciones de discriminación social, en 1971 se fundó la American Association for Men in Nursing (AAMN), un espacio para el encuentro, la discusión y el análisis de factores que afectaban a los enfermeros (109).

La enfermería es una profesión que está conformada mayoritariamente por mujeres (110); sin embargo, como se aprecia en el rastreo anterior, la historia en torno a la enfermería indica que los hombres también han tenido un papel igualmente válido al de sus colegas femeninas (3) y que en términos sociales y políticos, de igual forma que ellas, han luchado por ser reconocidos.

### 6.3 Definición del rol desde otras disciplinas

El rol es comprendido como el papel o función que alguien desempeña en determinada sociedad, basado en un sistema de valores y costumbres que guían y dirigen la conducta de un individuo en un contexto social específico, en virtud de lo que se considera adecuado o no para hombres y mujeres; de allí, emergen estereotipos para nombrar todo aquello que se considera no habitual dentro de la socialización de ambos sexos (111,112). Para el antropólogo Ralph Linton<sup>xiii</sup>, este concepto va atado a características que asignan un mayor prestigio, reconocimiento y visibilidad social a ciertos oficios (113).

Por su parte, el sociólogo Talcott Parsons<sup>xiv</sup> considera a la sociedad un macrosistema que se encarga de la regulación de las relaciones existentes entre los subsistemas que la conforman. Este autor nombra como “desviaciones” a los roles no correspondientes a lo esperado dentro del sistema social (115).

Por otro lado, la psicología social plantea que un sujeto representa varios roles en los diferentes ámbitos de su vida (hijo, padre, hermano, enfermero, etc.), los cuales se sujetan a normas, comportamientos y costumbres de cada sociedad. Exponentes del *microinteraccionismo* simbólico, como George Mead y Herbert Blumer, sostienen que el rol es producto de la interacción social, especialmente para Mead, puesto que el ser humano es un objeto social (*se/ves*), en permanente interacción con los demás y, a partir de allí, es posible el surgimiento del individuo (116,117). Aparte y como complemento a lo anterior, Blumer desarrolló una sociología inductiva, orientada al descubrimiento del

---

<sup>xiii</sup> Antropólogo estadounidense, quien promovió la idea de “personalidades de estatus”, elementos comunes que forman el tipo básico de personalidad en la cultura (114).

<sup>xiv</sup> Sociólogo estadounidense, cuya contribución más notoria fue el concepto de “acción social”, su tesis doctoral estuvo centrada en el origen del capitalismo en la obra de Max Weber (115).

otro, donde se atribuyen patrones de comportamiento a factores como el *status social*, las normas y los valores culturales (118,119).

Erving Goffman<sup>xv</sup> plantea que, ante las normas y reglas sociales, cada individuo, en un sentido dramaturgo, elabora una presentación de sí mismo, donde hace gala de los atributos que posee con el fin de mostrar su mejor versión, de tal forma que corresponda con las expectativas sociales. Esta situación es definida por Goffman como “fachada”, puesto que el sujeto, de manera performativa, tiende a realizar una idealización de sus cualidades con el objetivo de alcanzar una aprobación social (121,122).

#### 6.4 Análisis del rol desde diferentes exponentes de enfermería

Varias de las autoras que han explorado el rol en enfermería han tomado como referentes teóricos algunos de los autores mencionados anteriormente y, en términos generales, han definido el rol como un constructo social. No obstante, dentro de la exploración realizada para el presente trabajo ([ver síntesis en el anexo 7](#)), no se encontró alguna teoría que contemplara el rol enfermero desde una perspectiva.

Vale la pena mencionar que el rastreo señalado sirvió de sustento para la elección de una teoría en enfermería que no solo conectara con los objetivos de esta investigación, sino con las diferentes disciplinas que apoyan la comprensión del rol dentro de la misma. En este sentido, fue considerado el Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy, más específicamente en el *modo de función de rol personal*. Según esta autora, un individuo es un sistema adaptativo y holístico con procesos de vida que están interrelacionados; por lo tanto, los cambios en un área del funcionamiento del individuo afectarán la adaptación en otro (8).

En ese sentido, la autora define el rol como “*la unidad funcional de la sociedad*”. Además, aclara que cada rol existe en relación con otro; es decir, el individuo tiene: (a) un *rol principal* acorde a su edad, sexo y etapa de desarrollo (hombre, de 35 años de edad); (b) un *rol secundario*, que el individuo asume para completar sus expectativas de

---

<sup>xv</sup> Sociólogo que desempeñó un papel importante en el desarrollo de la sociología estadounidense moderna, es ampliamente conocido por el desarrollo de la teoría de la interacción simbólica (120).

vida (enfermero, esposo, padre); y (c) un *rol terciario* o temporal, que sirve de apoyo y soporte a los roles primarios y secundarios de un individuo. Unido a esto, Roy propone unos conceptos claves ligados al rol, entre ellos: (a) el comportamiento expresivo, relacionado a los sentimientos y actitudes personales, y (b) el comportamiento instrumental, orientado a los objetivos y actividades que efectúa el individuo para desempeñar el rol (8).

Sumado a lo anterior, tanto en el marco teórico como en el análisis de resultados y la discusión final, se contemplaron definiciones de rol realizadas por los psicólogos argentinos Néstor Braunstein<sup>xvi</sup> y Gloria Benedito<sup>xvii</sup>. Para ambos, el rol está relacionado con la personalidad y la conducta del sujeto, pero también está ligado al sistema de expectativas sociales existentes en el mundo y a la estructura socioeconómica que posibilita dicho rol (123).

En virtud de la comprensión del rol desde los autores en mención y la teorización de Roy, se elaboró un cuadro comparativo, presentado en el [anexo 8](#).

## 6.5 Relación sexo/género

Después de haber definido el rol desde diferentes disciplinas y de hacer un acercamiento a las definiciones de algunas autoras dentro de la enfermería, es importante analizar la relación entre las categorías sexo y género y su influencia en el rol profesional, pues el cuidado, al ser concebido como una actividad exclusivamente femenina dentro de una sociedad patriarcal, los hombres dedicados a esta labor profesionalmente experimentan un conflicto de rol de género y, en consecuencia, parafraseando a Cho y Joo (126), derivan en un estado psicológico que afecta negativamente a un individuo, resultado de la internalización excesiva de un rol de género esperado socialmente.

---

<sup>xvi</sup> **Néstor Braunstein**, psicólogo y psicoanalista argentino. Doctor Honoris Causa por la Universidad Veracruzana de México. Posee una gran trayectoria como investigador, docente, editorialista y clínico de la psiquiatría y el psicoanálisis (124).

<sup>xvii</sup> **Gloria Benedito**, psicóloga argentina, al igual que Braunstein se encuentra exiliada en México, ambos han insistido en el carácter ideológico y pseudocientífico de la psicología, cuya pretensión de cientificidad adquiere un propósito muy preciso: que los problemas políticos sean resueltos por el inofensivo trabajo de técnicos y especialistas y no por la peligrosa “práctica política de los pueblos” (125).

Comúnmente, el sexo apunta a las condiciones biológicas, mientras que el género hace referencia al conjunto de normas sociales y culturales establecidas en determinado contexto, en relación con el hecho de ser hombre o ser mujer (127). Respecto a la conceptualización de estas dos categorías, se han generado amplias discusiones en diversas disciplinas. Corrientes feministas, postfeministas y constructivistas han llevado a cabo diversos análisis acerca de la organización social entre hombres y mujeres, la distribución de cargas, los beneficios sociales y la definición de microtécnicas de poder, identidad, estereotipos y estatus social (11).

Ejemplo de lo anterior es la definición planteada por la feminista Simone de Beauvoir, quien consideraba que hombres y mujeres son el resultado de una construcción cultural y no biológica; para esta autora “no se nace mujer, se llega a serlo” (111). Posteriormente, Ann Oakley definió el sexo como las diferencias biológicas y fisiológicas entre hombres y mujeres y el género lo relacionó con las pautas de comportamiento social.

Para Gayle Rubin, el rol de género es una construcción social que otorga ciertas especificidades a los individuos, las cuales van desde las representaciones y prácticas hasta la división social del trabajo. El análisis de Rubin se centra en las diferencias existentes entre los sistemas económicos y sexuales, donde precisamente se instala el patriarcado, que define de manera androcéntrica las relaciones entre los seres humanos (128).

Desde una postura posfeminista y deconstructivista, Judith Butler impugna la categoría *género* afirmando que esta se comporta como un sistema regulador y disciplinar que tiende a normalizar y controlar lo masculino y lo femenino. Para Butler, tanto sexo como género son construcciones sociales basadas en relaciones de poder, donde, en ocasiones, la concepción normativa que se tiene de dichas construcciones puede tener consecuencias sobre las personas (129).

De modo similar, Ortale retoma las palabras de la economista Naila Kabeer con la intención de comprender el género como una relación de poder derivada de acuerdos institucionales en el hogar, el Estado y la comunidad. Kabeer afirma que la división del trabajo constituye un aspecto crítico de las relaciones de género, pues no solo establece



quién realiza determinados oficios, sino las habilidades requeridas para la ejecución de estos por parte de hombres y mujeres (130).

En síntesis, analizar la división que se genera a partir de las categorías sexo/género y la influencia de estas en una profesión como la enfermería permite comprender no solo las vivencias de los enfermeros en el ejercicio de su rol, sino también las restricciones sociales y los estereotipos a los que se exponen como producto de la masculinidad hegemónica (131).

## **6.6 Acercamiento a la teoría del reconocimiento propuesta por Axel Honneth**

El reconocimiento cada vez cobra mayor relevancia, instalándose en contextos políticos, económicos, educativos y en las luchas de grupos marginados históricamente. De estas luchas, el sector salud no es ajeno, dado que diariamente, pacientes y profesionales que desempeñan diversos roles relacionados al cuidado de la vida se enfrenan a condiciones de desigualdad, injusticia social, discriminación y no reconocimiento de derechos (132). Sobre esto último, la filósofa Nancy Fraser afirma que el “reconocimiento” es un elemento indispensable a la hora de conceptualizar los debates actuales acerca de la identidad y la diferencia.

En su teoría de la lucha por el reconocimiento, el filósofo alemán Axel Honneth define tres esferas dentro de las cuales el individuo construye su identidad.

La primera, y más elemental, es la *esfera del amor* (133). Comúnmente, este sentimiento se designa a la relación afectiva entre seres humanos y suele estar ligada a expresiones como la ternura, el acompañamiento, solidaridad, etc. Sin embargo, gracias a la vasta gama de relaciones interpersonales, el amor puede comprenderse en un sentido más amplio y profundo asociado a la solidaridad, armonía, entrega y cuidado. Esta primera dimensión denota los vínculos próximos: padres, hermanos, hijos, amigos, etc.

La segunda esfera definida por Honneth es la del *derecho*. Aquí se extienden los vínculos más allá de los próximos, teniendo en cuenta valores morales y sociales que se expresan en marcos jurídicos y normativos de cada sociedad. En este ámbito, ciertos grupos buscan, a través de luchas políticas y sociales, la ampliación de derechos, como

la inclusión en la norma de estilos de vida no hegemónicos o la ampliación del ejercicio de la libertad (133). Honneth sostiene que, para el individuo, vivir dentro de una sociedad sin derechos equivale a no contar con la oportunidad de formación de su propia autoestima, autorrespeto, confianza y su libre desarrollo personal y social (134).

Las apreciaciones anteriores conectan con la tercera esfera propuesta por Honneth, donde a partir del respeto y la *solidaridad social*, los miembros de un grupo se reconocen y apoyan mutuamente en pro de alcanzar determinados objetivos comunes; dicho de otra forma, el reconocimiento social permite la valoración de las cualidades que los individuos presentan en el contexto interpretativo de determinada sociedad. No obstante, la poca aceptación, rechazo o asignación de cualidades negativas por parte de los demás somete al individuo a daños como la injuria y la estigmatización, teniendo consecuencias sobre su autoestima.

Precisamente, en esta investigación, durante la fase del trabajo de campo, fue explorado el reconocimiento del rol de los enfermeros en el marco de las tres esferas propuestas por Honneth (133).

## **6.7 La política cultural de las emociones, desde los planteamientos de Sara Ahmed**

Puesto que este estudio tuvo un interés particular en las emociones subyacentes en la práctica profesional de los enfermeros, tales emociones fueron abordadas a partir de la propuesta teórica de la filósofa Sara Ahmed, puesto que, indudablemente, las experiencias de reconocimiento y no reconocimiento vividas por los seres humanos generan expresiones como ira, dolor, odio, alegría o felicidad.

Ahmed considera que las emociones no son un aspecto individual ni subjetivo; es el producto de la interacción e intercambio entre seres humanos en un marco sociocultural. Siguiendo a Durkheim, esta autora afirma que para “la emoción no es lo que proviene del cuerpo individual, sino lo que mantiene unido o ligado al cuerpo social” (5). Dicho de otra forma, lo que sentimos es exteriorizado e influye en la manera de relacionamiento con los demás. En este sentido, los sentimientos y emociones dejan de ser individuales para convertirse en parte del otro, invitando a una respuesta, a veces

solidaria y en otras ocasiones, disonante. A este retorno emocional, Ahmed lo define como modelo de emociones de “adentro hacia afuera” (135).

Para esta filósofa británica, los sistemas culturales generan políticas particulares de las emociones, estableciendo patrones de comportamiento en términos de género, roles, estatus, entre otros aspectos. En el marco de las necesidades de este estudio, la teoría de Ahmed permitió la exploración de las emociones que emergen en el ejercicio del rol profesional de los enfermeros en un contexto familiar, social y profesional.

Cabe señalar, que las emociones, como elemento cultural y social, no solo posibilitan la constitución de la personalidad, sino la transformación de la realidad individual y colectiva, ya que las emociones involucran (re)acciones o relaciones de “acercamiento” o “alejamiento” respecto a ciertas situaciones (136).

Hasta este punto es importante señalar dos aspectos en el análisis de las emociones: el primero tiene que ver con las normas y códigos de conducta existentes en cada sociedad, las cuales implican de algún modo la represión o la exploración de sentimientos no gratos, derivados de la aceptación social (137); el segunda, es la relación jerárquica existente en las emociones, donde las más *elevadas* son consideradas señales de estatus, mientras las más *bajas* se asocian a signos de debilidad (138).

Esta jerarquización organiza implícitamente las disposiciones sociales y morales; así, las relaciones interpersonales se piensan, se anhelan y se convierten en objeto de lucha y de negociación, según guiones imaginarios que dotan de sentido las experiencias personales (139). En ese orden de ideas, la presente investigación entiende que la jerarquía social, producto de las divisiones de género, contiene clasificaciones emocionales implícitas, sin las cuales hombres y mujeres no reproducirían sus roles e identidades (135).

Ejemplo de lo anterior es el uso de metáforas “blando” o “duro”, que pueden generar ataduras de los seres humanos a guiones predeterminados, donde se reconoce y acepta a cada quien de acuerdo con su condición (51). Es decir, se reconoce a una mujer si actúa de manera dulce y compasiva y a un hombre, si procura ser frío, racional y calculador. Así las cosas, las emociones son un atributo colectivo que se van construyendo a partir de imaginarios sociales que tienden a subordinar y a estereotipar lo que se siente (135).

En ese contexto, Pescador afirma que para los hombres, la valentía y el valor son sinónimo de poder y estatus social y que expresar cariño o cualquier otro sentimiento puede ser asociado con la fragilidad y debilidad; en otras palabras, dentro del modelo de masculinidad patriarcal, al hombre le enseñaron a ocultar sus emociones, no a sentirlas (140,141).

En palabras de Judith Butler (142,143): “El género es el mecanismo a través del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato a través del cual dicho término se deconstruye y se desnaturaliza”. En este sentido, cada ser humano debe ser reconocido por lo que realmente es y no por la expresión de emociones que obligatoriamente lo asocian con uno u otro género (142,143).

Teniendo en cuenta la jerarquización y la división que desde las lógicas patriarcales se hace de las emociones, dentro del análisis de resultados de este estudio, estas fueron examinadas en diferentes contextos: familiar, académica y laboral, con la intención de conocer e interpretar el tipo de emociones que subyacen en el ejercicio del rol de los enfermeros.

## 7. Memoria metodológica

*“Los grandes conocimientos engendran las grandes dudas”.*

Aristóteles

### 7.1 Orientación metodológica

La ciencia moderna ha logrado, por su eficacia en desarrollos tecnológicos, culturales y sociales, impactar a las comunidades en diferentes aspectos (salud, educación, alimentación, movilidad, telecomunicaciones, etc.) (144). Para obtener dichos logros, se ha utilizado predominantemente las ciencias nomotéticas, paradigma positivista que pretende dar respuesta a hipótesis planteadas, por medio de la *investigación cuantitativa*, con modelos estadísticos y matemáticos, generando leyes causales que hacen posible la explicación y generalización de los fenómenos investigados (145,146). Sin embargo, el conocimiento científico, como lo expresa Robert E. Stake (148), también recurre al análisis cualitativo, que tiene en cuenta la experiencia personal, la intuición e incluso el escepticismo<sup>xviii</sup>, los cuales, al conjugarse, ayudan a refinar las teorías y los experimentos.

Esta última forma de abordar la realidad investigada busca explicar y comprender fenómenos humanos desde la subjetividad, la intersubjetividad y las experiencias vividas por los participantes para, así, acceder a sus percepciones, argumentos, significados y emociones (149-151). La *investigación cualitativa*, además, permite analizar los distintos escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana, la cual está inmersa en una trama dinámica y multifacética de fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales (144-146).

---

<sup>xviii</sup> Escepticismo: corriente filosófica que expresa la duda en la posibilidad de un conocimiento veraz, de la verdad objetiva. El escepticismo, como principio negador del conocimiento de la verdad objetiva, es refutado por la experiencia y la práctica (147).

Es importante resaltar que el papel del investigador, desde esta perspectiva cualitativa, es abordar los fenómenos de estudio de manera holística, sin reducir a los individuos a un conjunto de variables, pues justamente se trata de dar voz a los sujetos, teniendo en cuenta sus experiencias, sus relatos de vida, sus fracasos, sus luchas y los espacios cotidianos que habitan. La investigación cualitativa admite la exploración de la vida social de los sujetos, interactuando de un modo natural y no intrusivo, dado que lo que se pretende hallar no es “la verdad absoluta”, sino una comprensión de las perspectivas y experiencias de los informantes (152–154).

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que esta tesis recoge elementos del *enfoque histórico-hermenéutico*, dado que buscó comprender a los informantes en un proceso abierto, libre (no estructurado, sino sistematizado), con la intención de darle sentido a los datos emergentes de la relación intersubjetiva entre la investigadora y los participantes (145).

Ahora bien, la hermenéutica es un instrumento que permite, a quien investiga determinado fenómeno, interpretar algunos de los sentidos que los sujetos expresan desde sus vivencias (155). Esta disciplina filosófica tiene un largo recorrido vinculado a la interpretación de textos religiosos, literarios, históricos y jurídicos (156).

Dentro de los exponentes más destacados del arte de la interpretación, se encuentra Schleiermacher, para quien la comprensión es un proceso dialógico entre interlocutores. Su pensamiento está influenciado por dos líneas: (a) una romántica, que recurre a la relación viva del proceso de creación, y (b) una crítica, que posibilita elaborar reglas universales válidas para la comprensión (157).

Dilthey, por su parte, destaca la experiencia humana como el marco de referencia para comprender la vida. Este autor se apega a los significados adquiridos y a los valores presentes, según las tres dimensiones temporales: pasado, presente y futuro (158).

Hans-Georg Gadamer, otro de los exponentes de la hermenéutica, de manera similar a Schleiermacher, considera que los procesos de comprensión se dan a partir del diálogo como una participación común; comprender al otro implica, de alguna forma, ponerse en su lugar, sin atravesar su subjetividad (159). Unido a lo anterior, para Gadamer, los juicios previos forman parte de la realidad humana, motivo por el cual la

investigadora no puede mantener al margen sus preconcepciones acerca del fenómeno estudiado (160).

Hechas estas observaciones es relevante mencionar que, si bien esta investigación tuvo en cuenta algunos presupuestos teóricos de los autores antes citados, también se apoyó en algunas ideas concebidas por Jürgen Habermas, quien, en su teoría de la acción comunicativa, analiza las condiciones de la racionalidad de la acción social a partir de la interacción basada en el uso del lenguaje, donde los seres humanos toman constantemente una actitud performativa que posibilita la comprensión de unos a otros (161,162). Lo anterior fue relevante dentro de este estudio, puesto que al momento de entablar un diálogo con los participantes, la hermenéutica permitió comprender, interpretar y analizar las opiniones de los enfermeros frente al fenómeno de interés (163).

Del mismo modo, teniendo en cuenta los supuestos teóricos de Guba y Lincoln (145), la presente tesis doctoral se categoriza en el paradigma del *constructivismo*, dado que pretendió establecer una interacción dialógica con los participantes con la finalidad de comprender el rol de los hombres en enfermería, a partir de sus vivencias y percepciones individuales (154).

Ahora bien, aunque los marcos interpretativos y constructivistas tienen en común la experiencia humana, la diferencia radica en que, para estos últimos, el conocimiento y la verdad son creados por la mente y no descubiertos por ella, es decir, la comprensión se origina en la construcción social y en el conocimiento compartido intersubjetivamente (163). En consonancia con lo anterior y de acuerdo con Saldívar et. al (164), dentro de esta investigación, los roles de género son considerados producto de una construcción social, cuya función es asignar actividades propias a realizar por mujeres y hombres ancladas a normas y expectativas culturales.

Los autores antes citados consideran que la concepción estereotipada de los roles de género limita las potencialidades de los sujetos, pues deben ajustar sus actuaciones y comportamientos a lo que la sociedad considera “adecuado” (164). Por tanto, para comprender las características del rol de los enfermeros, basado en el relacionamiento con los demás, se optó por los aportes del *interaccionismo simbólico* (IS), orientación investigativa fundamentada en la intersubjetividad y la experiencia, a partir de los

presupuestos teóricos de George Herbert Mead, Herbert Blumer e Erving Goffman (165,7).

Esta corriente intelectual interpretativa se caracteriza por enfatizar en los significados y en la interpretación que el sujeto otorga para construcción de la realidad (165). Según lo planteado por Pons (166), el IS tiene tres orientaciones: (a) *el acercamiento estructural*, desarrollado por Stryker, quien considera que las personas aprenden a partir de la interacción con los demás, y que los roles y las estructuras significantes sociales definen los límites y barreras de dicha interacción; (b) *el acercamiento interaccional*, propuesto por Turner, en el cual los individuos toman la decisión de asumir ciertos roles sociales, no solo a partir de la interacción con otros, sino también de acuerdo con el contexto que los rodea; y (c) *el acercamiento microinteraccionista* de Goffman, que explora la forma en que los individuos se presentan a sí mismos ante los demás, con la intención de controlar la impresión que la sociedad tiene sobre ellos.

En consecuencia, al considerar que la realidad social se construye a partir de los significados que emergen de las vivencias de los sujetos y de la interacción de estos con los demás, es preciso un diálogo transdisciplinar que permita comprender y abordar el rol de los hombres en enfermería (166). Asimismo, es significativo destacar que esta tesis, con el objeto de interpretar de forma crítica y detallada los aspectos sociales, políticos, culturales, económicos y de género que influyen en este rol, retomó los presupuestos de Axel Honneth, una de las figuras más destacadas de la *Teoría Crítica* en la actualidad (167).

Precusores de esta corriente filosófica, como Horkheimer, Marcuse y Adorno, partieron del presupuesto que tanto los individuos observados como los sujetos observadores de la ciencia, al estar constituidos socialmente, deben ser analizados e interpretados dentro de un contexto histórico-social. Neumann y Kirchheimer, por su parte, se concentraron en investigar la ley como mecanismo de dirección central y su integración política en las sociedades capitalistas avanzadas (168).

El trabajo de Honneth, continuando con la labor crítica de la Escuela de Fráncfort (169), renueva esta corriente de pensamiento, haciendo énfasis en los aspectos olvidados como la intersubjetividad, concepto que el autor rescata basado en la noción



del reconocimiento del joven Hegel, en tres esferas: el amor, el derecho y la solidaridad social, las cuales, desde un marco normativo, permiten evaluar la satisfacción de expectativas de los sujetos por parte de las distintas instituciones sociales (la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad, etc.). Dicho brevemente, las orientaciones teóricas expuestas, posibilitan un abordaje teórico del objeto de estudio, puesto que privilegia elementos individuales, intersubjetivos y sociales, presentes en el rol de los enfermeros.

## 7.2 Diseño metodológico

*El estudio de casos es el proceder del pintor, que alcanza la grandeza cuando, a través del retrato de un único caso encerrado en el tiempo y la circunstancia, transmite verdades perdurables sobre la condición humana. Tanto para el científico como para el pintor, el contenido y la intención cobran forma.*

Helen Simons.

Como se mencionó anteriormente, con la finalidad de acceder de manera profunda a los contextos sociales, culturales y políticos de los enfermeros, la metodología de *estudio de casos* fue la empleada en el desarrollo de la presente tesis. Los antecedentes de este diseño metodológico están en disciplinas como la sociología, la antropología, la historia, la psicología y la medicina; esta diversidad de modelos y raíces explica, por tanto, la variedad de concepciones prácticas y modalidades de dicho método (9).

De acuerdo con Helen Simons (170), los estudios de casos permiten realizar una descripción y un análisis intensivo y holístico de una entidad, un fenómeno o una unidad social dentro de un contexto de la vida real, que no es muy evidente; esto último, a su vez, posibilita develar lógicas de poder y estructuras de autoridad que permean las relaciones humanas (171,172). Asimismo, el uso de esta metodología brinda herramientas al investigador para alcanzar una mayor comprensión y claridad de un fenómeno en un contexto determinado, del cual, como lo expresa Galeano, “se tiene una vaga definición temporal, social y física” (9).

Particularmente, se definió como unidad de análisis dentro de esta investigación: “los enfermeros que ejercen su rol en Medellín”, grupo del que se tiene poca

información<sup>xix</sup>, puesto que la mayoría de estudios en este campo se dirigen generalmente a las mujeres profesionales de esta disciplina (3).

Los estudios de casos tienen ciertas particularidades, entre ellas, su carácter heurístico, lo cual permitió, además de descubrir nuevos significados, confirmar los hallazgos de otros investigadores acerca del fenómeno de estudio, ampliando su experiencia. Otra cualidad de esta metodología es que intenta superar los dualismos presentes en la tradición científica e investigativa (objetivo-subjetivo, individuo-sociedad), proponiendo la construcción de un modelo de conocimiento capaz de unificar la experiencia humana particular, sin dejar de lado su complejidad (9,174).

Frente a lo expuesto, es preciso aclarar que existen múltiples tipologías de estudios de casos que obedecen a diversos intereses y objetivos trazados por los investigadores, entre ellos: el estudio de casos intrínseco, instrumental, evaluativo, etnográfico, fenomenológico, dirigido por la teoría y el *estudio de caso colectivo*. Precisamente, fue este último el que se llevó a cabo dentro de esta investigación, desde la propuesto por Robert E. Stake, con la intención de dar voz a los participantes de manera individual, conocer sus vivencias e identificar las diferencias y similitudes del rol de los enfermeros en distintas áreas (clínica, comunitaria, docencia, investigativa, etc.) (9,175,176). Escribe Stake (177):

El propósito del estudio de caso no es representar el mundo, sino representar el caso [...]. Un caso no puede representar al mundo, pero sí [...] un mundo en el cual muchos casos se sienten reflejados. Un caso, y la narración que lo sostiene, no constituye una voz individual encapsulada en sí misma, al contrario, una voz puede, en un instante determinado, condensar las tensiones y anhelos de muchas voces silenciadas.

### 7.3 Participantes

Según lo propuesto por Galeano, dentro de una investigación, un informante es una persona que posee la capacidad para reflexionar sobre su propia existencia, que conoce y participa de la realidad objeto de estudio y que está dispuesta a compartir su

---

<sup>xix</sup> Según el Observatorio Laboral para la Educación, en Colombia, entre los años 2001 y 2020, se graduaron 61 651 profesionales de enfermería. De esta cifra, 9282 son hombres (173).

experiencia; este informante debe ser protagonista, hablar desde su propia vivencia y no desde las referencias de terceros (178). De este modo, a partir de la expresión de dichas vivencias es posible una comprensión intersubjetiva más amplia de los informantes, teniendo en cuenta su contexto y sus interacciones con otros (179).

Basado en estos preceptos, se contactaron enfermeros que desempeñan su rol en diferentes áreas laborales en Medellín, por medio de correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes vía WhatsApp. Se les brindó información frente a los objetivos y alcance del estudio, y una vez obtenido su aval para participar en la investigación, se programó una cita con cada uno de ellos para la realización de una entrevista.

## **7.4 Criterios de elegibilidad**

### **7.4.1 Criterios de inclusión**

Dentro de la investigación, se incluyeron enfermeros graduados, con dos o más años de experiencia ejerciendo el oficio, con desempeño en diferentes escenarios profesionales: clínico, comunitario, administrativo, investigación y docencia, independiente de su edad o identidad de género. Cabe anotar que fueron priorizados aquellos que contaban con amplia trayectoria con el fin de incluir informantes claves<sup>xx</sup>, es decir, aquellas personas con profundo conocimiento de la profesión y con experiencia laboral suficiente<sup>xxi</sup>.

### **7.4.2 Criterios de exclusión**

---

<sup>xx</sup> Informante clave: interlocutor competente social y culturalmente, porque conoce y participa de la realidad objeto de estudio y está dispuesto a participar en él. Es aquella persona que demuestra interés por transmitir sus recuerdos y experiencias vitales y las pone a disposición de la investigación a la que fue convocado (178).

<sup>xxi</sup> De acuerdo con el Decreto Ley 019 de 2012, en el artículo 229, se define la experiencia profesional para el ejercicio de las diferentes profesiones acreditadas por el Ministerio de Educación Nacional; la experiencia profesional se computará a partir de la terminación y aprobación del pénsum académico de educación superior. Es decir, la experiencia profesional se debe contabilizar a partir de la terminación de los estudios y aprobación del pénsum académico correspondiente (180).

Fueron excluidos enfermeros que no se encontraban ejerciendo su rol al momento de las entrevistas, así como aquellos que desempeñan o han ejercido en otra ciudad o país, dado que el interés de este estudio fue explorar el rol en un contexto local.

### **7.4.3 Estrategia de muestreo**

Por motivos de la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2<sup>xxii</sup> y siguiendo las recomendaciones en materia de salud de los organismos nacionales, se llevó a cabo un muestreo intencional<sup>xxiii</sup> (181) de manera virtual, con el propósito de acceder a potenciales participantes que contaran con experiencia profesional suficiente y que estuviesen dispuestos a contar sus vivencias personales. Dicho proceso fue apoyado con la técnica “bola de nieve”: los enfermeros iban refiriendo a otros colegas que pudiesen estar interesados en participar en el estudio (182).

Cabe anotar que las anteriores estrategias estuvieron acompañadas de un muestreo heterogéneo<sup>xxiv</sup> o de variación máxima de la muestra (183,184); de este modo, asegurábamos la participación de profesionales de enfermería diversos en relación con sus cargos y espacios laborales, describiendo la variación y diferenciación del rol profesional, determinando coincidencias, patrones y particularidades existentes para, finalmente, realizar una descripción de los temas centrales que tipifican la realidad de los enfermeros.

En la primera exploración, participaron ocho enfermeros; no obstante, atendiendo las recomendaciones de Taylor y Bogdan (185) para el muestreo teórico<sup>xxv</sup>, se

---

<sup>xxii</sup> SARS-CoV-2 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave).

<sup>xxiii</sup> El *muestreo intencional* es una acción mediante la cual el investigador elige los potenciales informantes con el propósito de conformar un grupo preespecificado (181).

<sup>xxiv</sup> El *muestreo heterogéneo* o de máxima variación es empleado cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o también, documentar la diversidad con el fin de identificar diferencias, coincidencias, patrones y particularidades acerca del tema de interés.

<sup>xxv</sup> El *muestreo teórico* es una estrategia para seleccionar las personas por entrevistar; dentro de este muestreo, el número de casos no es tan importante, lo que cobra relevancia aquí es la potencia de cada caso para guiar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre determinada área estudiada de la vida social. Una vez terminadas las entrevistas con varios informantes, se diversifica el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas posibles en las cuales se está interesado; se percibe que se ha llegado a este punto cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna información nueva (185).

seleccionaron otros cuatro entrevistados, en función del refinamiento, expansión de conceptos y teorías alrededor de las experiencias de reconocimiento y no reconocimiento de los enfermeros en sus prácticas profesionales, además de descubrir la gama de perspectivas alrededor del fenómeno de interés y alcanzar una adecuada saturación teórica.

En la Tabla 4, se presenta una descripción de los participantes del estudio a quienes se les asignó un seudónimo por dos razones: la primera, garantizar el anonimato y confidencialidad de quienes hicieron parte de este estudio, y la segunda, con la intención de reconocer a aquellos hombres que de alguna u otra forma han estado presentes en la historia de los cuidados a nivel mundial. Tales nombres fueron asignados teniendo en cuenta características identificadas en los participantes por parte de la investigadora; estos aparecerán en la medida que sean citadas las declaraciones de los entrevistados.

**Tabla 4. Caracterización de los participantes**

Código	Edad	Seudónimo	Universidad que otorgó el título	Procedencia	Experiencia	Nivel educativo	Título obtenido	Área laboral
1	33	Phil Barker	U. Nacional de Colombia	Cundinamarca	10	Maestría	Mg. en Salud Mental <sup>i</sup>	Docencia
2	32	Juan José Ortega	U. Pontificia Bolivariana	Antioquia	6	Pregrado		Clínica
3	47	Steve Miller	U. de Antioquia	Antioquia	21	Maestría	Mg. Administración	Administrativa
4	36	James H. Husted	U. de Caldas	Caldas	14	Doctorado	PhD. Enfermería	Docencia
5	38	Manuel Amezcua	U. de Antioquia	Antioquia	16	Doctorado	PhD. Enfermería	Docencia
6	31	Ernest Grant	U. Industrial de Santander	Santander	2	Maestría	Mg. Enfermería	Clínica
7	45	Camilo Lelis	U. Pontificia Bolivariana	Santander	9	Maestría	Mg. Epidemiología	Clínica
8	35	Edward LT Lyon	U. Tecnológica del Chocó - Diego Luis Córdoba	Chocó	14	Pregrado		Clínica
9	38	Pedro Claver	U. Pontificia Bolivariana	Antioquia	11	Pregrado		Domiciliario
10	44	Luther Christman	U. Pontificia Bolivariana	Antioquia	5	Pregrado		Clínica
11	28	Walt Whitman	U. de Antioquia	Antioquia	4	Pregrado		Comunitaria
12	43	Eugene Tranbarger	U. de Antioquia	Antioquia	20	Maestría	Mg. Enfermería <sup>ii</sup>	Administrativa

i. Maestría en Administración de Servicios de Salud.

ii. Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado al adulto mayor.

A continuación, se presenta una breve reseña de estos personajes que han influido en la historia del cuidado:

**Phil Barker:** pintor, escultor y enfermero escocés. Trabajó como auxiliar en el “manicomio local”. Su fascinación por la dimensión humana, la experiencia vivida y las historias de personas con estrés emocional le llevaron a trasladar su interés por las artes y las humanidades a la enfermería. Se convirtió en el primer profesor de Práctica de Enfermería Psiquiátrica de la Universidad de Newcastle. Ha sido un escritor prolífico dentro de la disciplina; una de sus obras más reconocidas es el *Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental* (186).

**Juan José Ortega:** enfermero colombiano, especialista en Cuidado Crítico del Adulto de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Estudió Perfusión y Circulación Extracorpórea en el Instituto Do Coração en San Pablo, Brasil. Decidió estudiar por fuera del país dado que en Colombia este tipo de formación ofrece cupos limitados (187).

**Steve Miller:** enfermero, fundador de la AAMN (por sus siglas en inglés, American Association for Men in Nursing) en 1970, institución creada con el objetivo de proporcionar a los hombres un campo de trabajo, encuentro y discusión sobre factores que para la época mencionada, afectaban a los hombres como enfermeros (109).

**James H. Husted:** militar interesado en la filosofía, en compañía de su esposa (una enfermera de la Universidad de Pittsburgh), desarrolló la *teoría bioética sinfonológica* (188).

**Manuel Amezcua:** enfermero, profesor, investigador, doctor por las Universidades de Alicante y UCAM-Murcia, presidente de la Fundación Index, editor científico y productor de la base de datos CUIDEN. Dirige actualmente las revistas *Index de Enfermería* y *Temperamentvm* (189).

**Ernest Grant:** enfermero, PhD. en Enfermería, líder distinguido con más de 30 años de experiencia en enfermería, reconocido a nivel internacional como experto en seguridad contra incendios y cuidado de quemaduras. Es el primer hombre en ser elegido para el cargo de presidente de la Asociación Estadounidense de Enfermeras (190).

**Camilo Lelis:** sacerdote italiano, fundador de la Orden de los Camilos, institución dedicada a la atención de los enfermos, actividad a la que se consagró después de su conversión tras haberse dedicado a las armas. En 1886, fue declarado patrono universal de los enfermos por León XIII (191).

**Edward LT Lyon:** primer hombre en ser nombrado oficial de reserva, en medio de 3.500 mujeres en servicio, en el Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los EE. UU. Su nombramiento fue significativo, pues antes de este hecho, a los varones solo se les asignaban trabajos como técnicos de farmacia en las fuerzas armadas (192).

**Pedro Claver:** sacerdote jesuita, considerado el “padre de la enfermería en Colombia”. Desde su llegada al país, se dedicó al cuidado de los esclavos y los leprosos en Cartagena, teniendo como elemento central la doctrina católica (98).

**Luther Christman:** enfermero fundador y decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Rush (Chicago, Illinois.), recordado por su contribución en la fundación de la Asociación Nacional de Enfermeros Masculinos en 1974, pues estaba convencido en que la formación diversa podría fortalecer la profesión enfermera (193).

**Walt Whitman:** poeta, enfermero voluntario, ensayista, periodista y humanista estadounidense. Su obra *Días cruciales en América* surge de su aspiración por ser enfermero durante la Guerra Civil. Moreno-Ruiz (194) señala que durante este trágico episodio en la historia de la humanidad, Whitman se caracterizó por la bondad y asistencia fraternal a los heridos en el campo de batalla.

**Eugene Tranbarger:** primer miembro de la facultad de enfermería en Carolina del Norte. Es el único hombre que se ha desempeñado como presidente de la Asociación de Enfermeras de ese estado. Asimismo, fue el primer enfermero en ser contratado en el Children’s Memorial Hospital en Chicago. También desempeñó labores como segundo teniente en el Cuerpo de Enfermeras del Ejército (195).

#### **7.4.4 “Echar las redes” técnicas de producción de datos**

Siguiendo las recomendaciones de Stake (179), para conocer las percepciones particulares de los actores así como alcanzar un acercamiento a sus experiencias y sus realidades, en el proceso de investigación, se usó la *entrevista en profundidad* como herramienta estratégica con la finalidad de llegar a múltiples realidades y condiciones de los enfermeros, que no pueden ser observadas personalmente (179,182,196). En este sentido, a través de sus experiencias e historias únicas, los entrevistados facilitaron la comprensión de los roles que ejercen actualmente; además, con esta herramienta de

investigación, resultó más fácil la identificación de aspectos y características particulares de cada uno de los participantes (197).

Sumado a lo anterior, otra herramienta utilizada por la investigadora durante cada encuentro para registrar expresiones y gestos de los participantes fueron las *notas de campo*. Este instrumento resultó de gran ayuda durante la fase de análisis. Asimismo, para consignar los *insights* y las ideas de orden técnico, teórico y reflexivo se utilizaron los *memorandos*, para registrar no solo las experiencias emotivas y reflexivas de los participantes durante el estudio, sino también para analizar, refinar y contrastar los datos emergentes (198–200).

Con el fin de facilitar cada encuentro y obtener datos correspondientes a los objetivos de estudio, siguiendo las recomendaciones de Stake (201), se empleó una guía de preguntas ([Ver anexo 9](#)), que era revisada a medida que avanzaba el estudio, validando su pertinencia y su evolución. Del mismo modo, a partir de los datos emergentes, se iban interpretando los *asertos* (afirmaciones de los participantes), desde la perspectiva de la investigadora; Stake escribe:

Para los asertos, nos servimos de formas de comprender que guardamos en nuestro interior, unas formas de comprender que pueden ser el resultado de una mezcla de experiencia personal, estudio y asertos de otros investigadores (202).

#### **7.4.5 ¿Qué pasos se siguieron?**

Inicialmente, en el *contacto con los participantes* por medio de llamada telefónica, la investigadora explicó los objetivos del estudio, alcances, posibles riesgos y, además, se precisó que no recibirían ningún tipo de remuneración por su intervención. Asimismo, se mencionaron las responsabilidades y el compromiso ético con el manejo de la información por parte de la investigadora. Teniendo claro todo lo anterior, el consentimiento informado ([ver anexo 10](#)) se envió por correo electrónico a todos los participantes, donde se solicitaba la devolución del documento diligenciado, firmado y escaneado, a través del mismo medio.



Posteriormente, se acordó la fecha, hora y plataforma virtual para la *entrevista* con cada participante. Cabe decir que los encuentros se efectuaron de manera remota, debido al confinamiento impuesto por el Gobierno a partir del 15 de marzo del 2020, como medida urgente para combatir la pandemia por Covid-19. Bajo ese contexto, se brindaron ciertas recomendaciones a los enfermeros, de tal modo que se garantizaran las condiciones acústicas, para que el proceso de transcripción fuese apropiado y se apegara al diálogo sostenido; igualmente, se les solicitó mantenerse en un espacio de confidencialidad y donde se sintieran seguros y abiertos para expresarse.

En cada diálogo, se esperaba que el entrevistado relatara sus experiencias e historias representativas vividas en el ejercicio de su rol. Por tal motivo, se estableció una relación empática, entre la investigadora y cada uno de los enfermeros participantes, de manera que a medida que se formulaban las preguntas, estos se sintieran en confianza y otorgaran respuestas relacionadas con el fenómeno de interés (196). Esto se logró en el marco de tiempo de una hora y media aproximadamente por cada conversación.

La investigadora realizó transcripción de cada una de las entrevistas en la mayor brevedad posible y verificó la coincidencia del texto con cada audio. Luego, se leyó cada transcripción, con el objetivo de identificar las *declaraciones temáticas* de los participantes; en este proceso, se indagaron relaciones entre los temas (200).

De forma paralela, se diseñó una matriz en Excel®, donde se asignó a cada una encuentro, una etiqueta que diera cuenta del número de la entrevista y la página de donde se extrajo el tema (200). Los temas emergentes fueron analizados y refinados con los directores de tesis; esta fase se llamó *secuenciación* (ver Imagen 1). Posteriormente, en una segunda etapa, se llevó a cabo el análisis y síntesis de la información.

#### **7.4.6 Análisis y síntesis: ¿cómo funcionan las cosas?**

El análisis es un proceso permanente, secuencial e interactivo (entre los datos y los fundamentos teóricos) (9). Para Stake, la investigación implica tanto el análisis como la síntesis de los datos. En este sentido, los fragmentos de los relatos se observaron detenidamente, se revisaron los objetivos del estudio y se analizaron y agruparon en los

temas emergentes. Se obtuvieron 1511 descripciones en total como resultado de doce entrevistas, lo que derivó en la clasificación de las situaciones en las que se reflejaran los temas de interés (201): 96 temas ([Ver anexo 11](#)) en una primera síntesis y 44 temas preliminares ([Ver anexo 12](#)) en un segundo agrupamiento,.

Seguidamente, luego de contabilizar el número de asertos basados en la frecuencia de descripciones narrativas (202), se elaboró una tercera síntesis, donde resultaron 20 temas ([ver anexo 13](#)). Los temas que “se resistían a ser desmenuzados” se nombraron *temas émicos* (expresiones propias de los actores pertenecientes al caso), lo cual aportó pistas relacionadas con el entorno en el que se desarrolló el estudio.

Paralelamente, se desarrolló un *mapeo conceptual* con varios objetivos: (a) modelar los datos de forma visual; (b) interpretar los enlaces entre conceptos afines; (c) mapear las emociones, dado que era uno de los objetos de análisis del estudio; (d) representar visualmente las interrelaciones y patrones entre los temas y subtemas emergentes; (e) fragmentar la información; esto último condujo a una cuarta síntesis, donde fueron obtenidos seis temas de análisis. Este esquema visual se construyó después de la transcripción de la totalidad de las entrevistas y la clasificación de los datos, donde finalmente se compararon todos los relatos, con la intención de descubrir las interrelaciones existentes (203) ([ver anexo 14](#)).

#### **7.4.7 Triangulación**

Durante el desarrollo del estudio de casos, es constante una pregunta como investigadores: ¿lo estamos haciendo bien? Justamente, en esa búsqueda de precisión y de explicaciones alternativas, no solo es necesaria la disciplina, también es valioso contar con estrategias que no dependan de la intuición y de las “buenas intenciones”. Esas estrategias en la investigación cualitativa se denominan *triangulación* (204).

Para Galeano (9), la triangulación es un proceso que combina diversas fuentes (directas y documentales), así como maniobras para la recolección de información (entrevista, encuesta, grupo focal, etc.); adicional, su uso implica el empleo de diversas técnicas de análisis (de contenido, juicios de expertos, categorización y tipificación).

En este sentido, es necesario no solo ser exactos en “la medición de las cosas”, como bien lo dice Stake, sino también ser lógicos en la interpretación del significado de esas mediciones. Por tal motivo, durante el trabajo de campo, se decidió buscar a tres investigadores con el objetivo de, además de validar la información emergente, obtener visiones alternativas o similares frente al fenómeno de estudio, reducir las falsas interpretaciones y en consecuencia, asegurar la calidad y credibilidad del estudio (9,204).

La triangulación se aplicó en tres temas específicamente: (a) enfermería, (b) masculinidades y cuidado y (c) aspectos metodológicos. Para la selección de los expertos, se emplearon estrategias como: consulta con directores de tesis, búsqueda bibliográfica y análisis de rastreo de currículos en Scienti-CvLAC, base de datos del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias).

En virtud de la confidencialidad de la información y respetando la solicitud de las personas consultadas, no se mencionarán sus nombres. No obstante, de acuerdo con los núcleos temáticos antes enunciados, es preciso mencionar que los expertos elegidos tienen amplia experiencia en estos temas y culminaron sus doctorados en dos universidades nacionales y una europea, correspondientemente: doctor en Enfermería, doctor en Filosofía, doctor en Salud Pública.

El diálogo con el primero de los docentes entrevistados permitió, desde el aspecto disciplinar, reafirmar hallazgos dentro del estudio; por ejemplo, que “la profesión enfermera conserva huellas femeninas”, razón por la cual, desde la perspectiva de este docente: “el rol de los hombres en enfermería es un rol marginado”. De manera similar a los participantes, este investigador consultado considera que en enfermería existe “una división sexual del trabajo”, donde los enfermeros se debaten en determinados escenarios laborales entre “la marginación y el privilegio” (p.1), puesto que, desde su experiencia personal, considera que “las mujeres crean mecanismos de control y poder que impiden que los hombres ingresen a ciertos escenarios, [lo cual] limita el avance de la profesión” (p.2).

La información anterior fue contrastada con un doctor en Filosofía, experto en masculinidades. Sus apreciaciones coinciden con el anterior experto respecto a la división sexual del trabajo dentro de la enfermería: “tradicionalmente, los hombres han estado apartados del cuidado” (p.1). Este último catedrático afirma que “en diferentes

categorías de análisis, el cuidado se encuentra en posición asimétrica” (p.2); además, opina que el “cuidado a la salud y la masculinidad [son] un terreno poco explorado” (p.3). Asimismo, en el diálogo con este docente universitario, se evidencia una postura similar a la de los enfermeros entrevistados: consideran que en enfermería ha existido, y aún permanece, una “relación del hombre con la fuerza” (p.4), lo que tradicionalmente, en la partición de los roles de género socialmente determinados, lo hace supuestamente poco hábil para ejercer el cuidado.

Posteriormente, con el objetivo de afinar la metodología propuesta, se contactó a un doctor en Salud Pública, con experiencia tanto en investigación cualitativa como en el diseño metodológico de estudio de casos. Este profesor consideró que era necesario ajustar algunos aspectos metodológicos, entre ellos: elaborar “una descripción detallada de la configuración metodológica, ¿cómo armé este lego?” [haciendo referencia a la configuración del caso] (p.3). Asimismo, sugirió “redactar de manera adecuada la metodología, de [tal forma] que se dé cuenta de todo lo realizado”; sugerencias que se acogieron.

Es importante subrayar que este docente, durante la entrevista, destacó “la realización de este estudio [refiriéndose a la tesis presentada]”, el cual puede generar debates y malestares en la comunidad académica en enfermería, “dado que, al tratarse de una profesión feminizada, investigaciones como esta podrían verse como una amenaza por [este grupo de profesionales, que, en su mayoría, son] mujeres” (p.2).

En el [anexo 15](#), se presenta una figura que recoge sintéticamente los aspectos antes descritos y que están apoyados en la metodología propuesta por Robert E. Stake y en las vivencias de la investigadora durante el trabajo de campo.

## 8. Criterios de rigor

Los asuntos de rigor son considerados aspectos claves y sensibles dentro de la investigación cualitativa; estos se relacionan no solo con la calidad de la investigación desarrollada, sino también con el compromiso ético y social por parte de la investigadora (205). Noreña et al. (206) sostienen que, si bien los estudios cualitativos no pueden ser evaluados bajo los mismos parámetros del paradigma positivista dada la diferencia de enfoques, es indispensable explicar los criterios de rigor empleados y cómo fueron incorporados a lo largo del proceso investigativo.

En ese orden de ideas, para llevar a cabo esta tesis, no solo fue necesario que la investigadora se adhiriera a normas y reglas establecidas por la institución universitaria, sino que también conservara criterios de rigor propios del espíritu investigativo, dentro de ellos, la **credibilidad**, apoyada en la triangulación de datos, análisis con los codirectores de tesis y diálogos con expertos (205, 206).

Del mismo modo, con el objetivo de que el presente estudio fuese **transferible**, se realizaron descripciones detalladas de las experiencias vividas por los participantes, incluyendo dentro del análisis de resultados, relatos precisos en torno al fenómeno de interés y se revisaron acuciosamente los criterios de elegibilidad de los participantes. Adicional, dentro de cada uno de los encuentros, se garantizó la confidencialidad y se generó un ambiente de confianza, propiciando la expresión de manera libre y espontánea de los entrevistados (206-209).

Con el fin de que esta tesis fuese **verificable**, se desarrollaron varios procedimientos: (a) una descripción detallada de la metodología, (b) transcripciones textuales de las entrevistas, (c) contrastación de los resultados con la literatura existente y, por último, (d) evaluación por parte de otros investigadores, con la finalidad de identificar y describir limitaciones y alcances del mismo (206).

## 9. Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia durante la sesión llevada a cabo el 28 de febrero del 2020 ([ver anexo 16](#)). Dicho Comité fue el garante del cumplimiento de los principios éticos fundamentales por parte de la investigadora.

Se garantizó el respeto a la intimidad y confidencialidad de los participantes, por medio del cumplimiento estricto de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Seres Humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) (210) y a lo dispuesto en los parámetros legales establecidos dentro de la Resolución n° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia (211). A continuación, se presenta una reflexión en torno a los principios éticos fundamentales:

### 9.1. Beneficencia-no maleficencia

De acuerdo con la Resolución n° 8430 de 1993, el estudio llevado a cabo es considerado de riesgo mínimo para la salud, pues empleó registro de datos a través de procedimientos comunes (211), en este caso, la entrevista a profundidad, la cual, debido a la pandemia producida por el SARS-COV2<sup>xxvi</sup>- COVID-19, se efectuó de manera virtual ante la imposibilidad de desplazamiento y el riesgo de contagio tanto de la investigadora como de los participantes.

Durante cada encuentro virtual, se indagó por las experiencias profesionales de los enfermeros en el ejercicio de su rol y las emociones que subyacen producto de situaciones de reconocimiento o no reconocimiento. La investigadora garantiza que en ningún momento manipuló la conducta de los sujetos, tal y como lo estipula el inciso B del artículo 11 de la misma resolución (211). Se explicó a los participantes el proyecto de manera detallada, haciendo énfasis en el respeto por la privacidad, la autodeterminación, el anonimato y su derecho a retirarse en cualquier momento del estudio, si así lo llegaron a desear (Ver anexo Consentimiento Informado).

---

<sup>xxvi</sup> Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (Síndrome Respiratorio Agudo Grave).

En línea con lo estipulado en la Resolución n° 8430 de 1993, en su artículo 5, en esta investigación prevaleció el respeto por la dignidad humana y la protección de los derechos de los participantes y su bienestar; por tanto, se protegió la privacidad de los participantes del estudio tal y como establece en el artículo 15 de la misma resolución (211).

## **9.2. Respeto**

La autora garantiza que salvaguardó el buen nombre de la institución que avaló el proyecto de investigación, así como el de los participantes y las instituciones donde laboran, ya que, en ninguna de las publicaciones o eventos académicos, se hizo o se harán referencias con nombres propios de estos; por tal motivo, a las entrevistas y, por ende, a los entrevistados, se les asignaron códigos y pseudónimos, respectivamente. Al salvaguardar el buen nombre de las instituciones y al asegurar el anonimato y confidencialidad de la información de los participantes, se ratifica el manejo ético de los datos.

Por otro lado, el inicio del estudio estuvo supeditado al aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Luego de la confirmación, se contactaron a los participantes, a quienes se les informó, de manera verbal y por escrito, el propósito de la investigación, sus riesgos y alcances. Con la aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los participantes, previa resolución de dudas por parte de la investigadora, así como del aval institucional, se garantiza el respeto por las personas vinculadas a esta investigación.

Asimismo, la investigadora se comprometió a entregar informes de avance del estudio según los protocolos institucionales en caso de ser solicitados y a entregar reporte técnico de la investigación una vez se concluyera el estudio, además de proporcionar los demás requisitos exigidos para obtener el título de Doctora en Enfermería.

La investigadora declara que la información obtenida será usada solamente con fines académicos, que conlleven al logro de objetivos de este estudio y no se aprovechará de la investigación para conseguir beneficios que no estén contemplados dentro del mismo.

### **9.3. Justicia**

La investigadora da fe que la selección de los participantes se realizó de manera imparcial, respetando el derecho a ser elegidos, y no fueron excluidas en ningún momento personas por criterios relacionados con su etnia, credo o condición social. Ni la Universidad de Antioquia, ni la investigadora, ni los entrevistados se vieron involucrados por esta investigación en asuntos relacionados con dinero o pago en especie. Asimismo, la investigadora cuidó que el estudio no generara gastos ni sobrecostos para quienes participaron en la investigación.

### **9.4. Conflicto de intereses**

Se manifiesta que no existen conflictos de intereses para la ejecución del estudio y que el dinero para desarrollar tal actividad proviene de fondos propios de la investigadora.



## 10. Hallazgos

Tras el proceso iterativo de ir y venir entre los datos y la teoría, han surgido diferentes temas descriptivos que permiten afirmar que el rol es un constructo social mediado por la asignación de estereotipos y etiquetas que se instalan de manera colectiva en determinado escenario, donde se tejen ideas y presupuestos acerca de la labor que cumple el profesional de enfermería en la sociedad.

En línea con lo anterior, el objetivo de este estudio fue acercarse a la comprensión del rol que desempeñan los hombres dentro de esta profesión, las características de dicho papel, las experiencias de reconocimiento y los desafíos sociales que enfrentan al ejercer una profesión predominantemente femenina (212). Para este propósito, se contó con la participación de doce enfermeros, quienes trabajan en diferentes escenarios (clínico, educativo, administrativo, domiciliario, investigativo, comunitario y directivo), en instituciones públicas y privadas de Medellín.

A lo largo de los diálogos con los entrevistados, se identificaron seis temas centrales, expuestos a lo largo de este texto: (a) antecedentes ligados a la elección del rol profesional, (b) vivencias durante la formación profesional, (c) rol asignado socialmente, (d) rol asumido-desempeñado, (e) rol posible y rol ideal y, por último, (f) influencia del sistema de salud en el desempeño del rol.

### 10.1 Antecedentes ligados a la elección del rol profesional

Los factores que intervienen en el proceso de toma de decisiones en la elección de una carrera profesional son complejos, pues incluyen diferentes aspectos, tales como: habilidades, valores, el estatus socioeconómico de la familia, el apoyo de los seres queridos, la duración de las carreras, la demanda ocupacional de los graduados, el prestigio social de las profesiones, entre otros asuntos (213), que debido a los objetivos de este estudio, no fueron analizados.

Teniendo en cuenta lo anterior, este primer tema objeto de análisis fue denominado *antecedentes ligados a la elección del rol profesional*, debido al conocimiento de hechos y circunstancias previas al inicio de la formación como enfermeros de nuestros participantes. A partir del diálogo con cada uno, se estableció que, si bien son importantes los aspectos mencionados en el párrafo anterior, la selección profesional también es influenciada por antecedentes familiares, vínculos próximos, encuentros fortuitos, emociones morales y situaciones límites asociadas al cuidado y a la vocación.

Respecto a los *antecedentes familiares* que rodean la elección profesional de los entrevistados, se identificó que tres de ellos tienen en común haber sido auxiliares de enfermería y que tienen familiares que brindaron cuidados en instituciones como el Ejército Nacional y dentro de la comunidad, como parteros. Para Juan José Ortega, ilustrando lo anterior, la enfermería es algo que:

Se lleva en la sangre, como una herencia familiar; es como un legado. En mi familia hemos tenido personas que se han dedicado a esto, una de mis tías fue auxiliar de enfermería y, con el tiempo, me di cuenta [de] que mi bisabuelo prestó sus servicios como partero dentro de su comunidad (p. 2).

Este hombre, después de haberse desempeñado por dos años como auxiliar de enfermería, decidió “iniciar [su] formación como enfermero”, era su meta personal; consideró que “era necesario crecer desde el punto de vista académico”. Actualmente, después de recibir su título profesional, ejerce su rol dentro del servicio de cirugía de una clínica privada de Medellín, institución que lo respaldó en su propósito de acceder a la

formación posgraduada y optar al título de especialista en Perfusión y Cirugía Extracorpórea.

De manera similar, Phil Barker relata que “cuando estaba estudiando para auxiliar de Enfermería, vine a enterarme que mi abuelo fue enfermero del ejército” (p.1).

Estos relatos dan cuenta del contacto previo de los participantes con el cuidado como un antecedente familiar. Sin embargo, para Luther Christman, dedicarse a la enfermería fue una “casualidad, ¡no sé! [...] [pero] tres de mis tías y dos de mis primas son enfermeras también”. Además, porque antes de su formación como auxiliar de enfermería trabajó como “oficial de construcción un tiempo” y después, “cargando cajas en Coca-Cola® y en Postobón®” (p.1,6).

Unido a lo anterior, otros de los antecedentes familiares que emergieron dentro del estudio fue la ayuda y el servicio a otros, características que podrían considerarse como una tradición en las palabras de Pedro Claver: “Yo vengo de un hogar donde allí todo ha sido vocación de servicio. Tengo familiares educadores y, en salud, una prima enfermera se dedica a la formación de auxiliares de enfermería” (p. 2).

En consonancia con los relatos anteriores, para Peña et al. (214), las barreras y apoyos sociales que un individuo recibe, además de ayudar u obstaculizar el alcance de logros académicos y metas personales, tienen influencia en las creencias que tiene sobre su capacidad para actuar con éxito en un campo vocacional y en sus aspiraciones para cumplir el objetivo deseado.

Por su parte, entrevistados como Eugene Tranbarger señalaron que, aunque no tuvieran antecedentes de familiares que ejercieran el cuidado como oficio o profesión, encontraron apoyo y aceptación por parte de sus respectivas familias frente a la decisión de estudiar enfermería; en sus palabras: “nunca [tuve] dificultades en ese sentido. Ellos complacidos de que su muchacho pasara a la universidad” (p. 2). En esa misma línea, Edward LT Lyon expresa que sus padres “vieron con buenos ojos” (p. 2) el hecho de formarse como enfermero.

Igualmente, al iniciar estudios superiores también es significativo contar con un soporte financiero. Pedro Claver expresa la inmensa gratitud que siente por su papá, puesto que aparte de tener todo el apoyo emocional para su formación, su progenitor “entregó la mayor parte de su jubilación para ayudarme a pagar la carrera” (p. 7).

Con relación al apoyo recibido dentro de la red familiar, cabe decir que, para algunos de estos hombres, sus madres tuvieron un papel protagónico, ya que estuvieron de manera permanente acompañando el proceso de formación universitaria de sus hijos. Así lo relata Luther Christman; con voz entrecortada agradece todo el sustento recibido por su madre, fue “Quien más me impulsó. Mi mamá siempre me ha dicho ¡estudie, mijo, estudie!, yo soy lo que soy por mi mamá... [Hace una leve pausa] Esa es la verdad de mi vida” (p.6).

No obstante, si bien para el entrevistado anterior fue esencial el apoyo de su madre, encontramos que algunos enfermeros como Manuel Amezcua no consideran relevante este aspecto: “Yo no le vi importancia a la opinión de ella en ese momento. Para mí había una cosa clara y era que yo quería hacer una carrera universitaria, independiente de lo que ella quisiera que yo estudiara” (p. 2).

Sobre lo anterior, hay que añadir que, si bien en las narrativas de los participantes es evidente el apoyo materno, en otras ocasiones, sucede lo contrario, pues es probable que las madres tengan otras expectativas frente al futuro de sus herederos. Así se evidenció en el relato de Camilo Lelis: “Yo me retiré finalmente de la comunidad [religiosa] y seguí estudiando enfermería, y mi mamá quería que yo fuera religioso, entonces tampoco le agradaba mucho la idea” (p.24).

Adicionalmente, Lelis asegura que, cuando le expresó a su padre el interés de dedicarse al cuidado profesional, recibió un crudo comentario de desaprobación: “¡tanto estudio pa 'ir a limpiarle el culo a los demás!” (p. 24).

Si se analiza la reacción de los padres del participante antes mencionado, teniendo en cuenta lo planteado por Ahmed (215), observamos dos expresiones: una, la vergüenza del padre que expone pensamientos tradicionalistas afianzados en la heteronormatividad y dos, el desengaño experimentado por la madre, al ver que su hijo se aleja de los deseos profesionales que ella tenía. Para Ahmed, el hecho de que un individuo no esté a la altura de un ideal puede llevar a que este se sienta avergonzado, debido al posible fracaso que los demás consideran respecto a sus decisiones.

De manera similar, Ernest Grant relata que seguir avanzando académicamente fue complejo, ya que sus padres consideraban que ser auxiliar de enfermería era una preparación suficiente. Así que cuando comunicó sus deseos de ingresar a la educación

superior, se generó cierta incomodidad en su hogar: “Para ellos, avanzar no era tan importante, ellos estaban tranquilos y decían: ¡ah, bueno, ya tienes un trabajo, ya puedes empezar a hacer tu vida, a organizarte, compras tus cosas, tu casa, tu carro, lo que quieras!” (p. 2).

Pese a la negativa de sus padres, Grant continuó firme en sus propósitos y se formó como enfermero profesional y, recientemente, obtuvo el título de Magíster en Enfermería, porque: “No [quería quedarse] toda la vida como auxiliar; por eso cuando les dije a mis padres que quería continuar estudiando, hubo resistencia y llegaron a decirme: ¿por qué quiere estudiar más, si usted ya estudió? Entonces fue complejo” (p.18).

Frente a estos relatos, podría decirse que la capacidad de agenciamiento<sup>xxvii</sup> de los participantes está ligada a actuar de manera intencional, con el fin de alcanzar propósitos o metas personales, fijando objetivos y posibles resultados de sus acciones, las cuales orientan y motivan sus esfuerzos; todo esto deja ver su capacidad de autorreflexión, pues examinan el ejercicio propio de su rol (216).

Dentro del núcleo familiar, los participantes del presente estudio también narraron las respuestas de sus hermanas y hermanos, al momento de manifestar su elección profesional. Por un lado, recibieron respuestas positivas por parte de las mujeres, mientras que, por el contrario, obtuvieron réplicas negativas de los hombres que conforman su círculo más cercano. Así lo exterioriza James H. Husted: “En mi casa somos cuatro hijos, mi hermana mayor es terapeuta respiratoria, a ella le gustó la idea y estuvo de acuerdo en que yo entrara a la universidad y mis hermanas menores que son gemelas también” (p. 5).

En contraste al apoyo brindado por las mujeres, este entrevistado da cuenta de la oposición de figuras masculinas cercanas:

---

<sup>xxvii</sup>El término agencia viene del latín *agentia, de agens, -entis* y significa “el que hace”. Desde la antigüedad, se le otorgó una importancia singular a esta facultad como una cualidad humana que implica algo más que movimiento corporal, ya que, a la misma, se suman metas y deseos personales. Dentro del agenciamiento existen cuatro aspectos importantes como: (a) intencionalidad: donde las personas trazan intenciones que incluyen planes de acción y las estrategias para el logro de estas; (b) previsión: implica la extensión temporal de agencia, donde el individuo fija sus objetivos, anticipa posibles resultados de sus acciones para orientar y motivar sus esfuerzos, es una forma de autoorientación preventiva en la conducta que se rige por objetivos, visualizaciones y resultados anticipados; (c) autorreactividad: los agentes no solo planifican, sino que también se autorregulan como un mecanismo para construir formas de actuación; (d) autorreflexión: las personas no solo son agentes de acción, sino que también examinan su funcionamiento propio (216).

Yo tengo un hermano medio y él me decía [que] estudiara otra cosa, que por qué no mejor una ingeniería. De hecho, recuerdo que me lo decía en un tono fuerte: ¿cómo se va a meter a estudiar una carrera como enfermería, cuando puede optar por una carrera mucho mejor? Es mejor incluso uno decir que es ingeniero y no enfermero (p.6).

Por otro lado, y conforme a los objetivos de esta investigación, los enfermeros entrevistados expresaron sus experiencias de reconocimiento dentro de la esfera familiar y social. Para Steve Miller, este es un proceso que se logra “con el ejercicio y con los años; [así] fui logrando un reconocimiento en la familia” (p. 2). De la misma manera, Camilo Lelis expresa: “uno se abre camino con conocimiento”; relata que, con el tiempo, sus familiares comenzaron: “a mandarme sus exámenes y a preguntarme, y así es que comienza a darse el reconocimiento por el conocimiento” (p. 24).

En otras ocasiones, puede suceder lo contrario, como lo relata Phil Barker: “Mis primos sí me llaman, me preguntan, ve: ¿qué hago con mi abuela?, pero una tía, por ejemplo, dice: ¡no le digas nada, él es enfermero, no entiende! Entonces en la posición de ella es: si él fuera médico, tal vez sí...pero es enfermero” (p. 4).

Ante lo expresado por los participantes, es posible afirmar, siguiendo los planteamientos de Axel Honneth, que el ser humano se constituye en relación con otros en un medio intersubjetivo de interacción y, por lo tanto, de reconocimiento. De acuerdo con Tello (134), el reconocimiento social es comprendido como la valoración en el contexto del marco interpretativo de una sociedad determinada, la cual se manifiesta en la forma de remuneración y prestigio que se le otorga a los individuos.

Además de las consideraciones anteriores, es importante recordar que el rol, como elemento central del presente estudio, es considerado como un constructo social, donde intervienen diferentes actores que forman parte del proceso de socialización de los individuos. Así pues, en este proceso, se otorgan significados específicos a actitudes y roles de hombres y mujeres en la vida cotidiana que hacen posible la edificación de la subjetividad (217).

En este sentido, a partir de las respuestas dadas por los participantes, se profundizó en las experiencias de reconocimiento por parte de *los vínculos próximos*

(amigos, amigas, profesores) con respecto a la elección profesional. En esos momentos de las conversaciones, se evidenció que, al igual que en la esfera familiar, existen tres posiciones: aceptación, ambigüedad y reprobación frente al rol elegido.

En el primero de los casos, Edward LT Lyon sostuvo que cuando comunicó a sus amigos la decisión de ser enfermero: “no hubo ningún inconveniente ni burlas, ni rechazo, ni nada, porque la enfermería es una profesión considerada para mujeres”. Adicional, afirma que: “de alguna manera, ellos [me] veían como un apoyo” (p.3).

Por su parte, Walt Whitman vivió dos extremos: recibió “un apoyo muy fuerte” (p.18) de su círculo de amigas del colegio y, por otro lado, se enfrentó a una desaprobación: “Cuando conté que había pasado a enfermería, el profesor de filosofía dijo en público que él no entendía cómo una persona teniendo la oportunidad de estudiar cosas de verdad importantes, había escogido limpiar culos” (p.18).

Para Ahmed (218), la vergüenza pública a la que fue expuesto Whitman es “el costo afectivo de no seguir los guiones de la existencia normativa”, puesto que la decisión profesional se lee como el origen de una “vergüenza”, dado que se adopta una identidad social que supuestamente no corresponde con lo establecido. En este sentido, el entrevistado se enfrentó a una práctica de menosprecio que, de acuerdo con Honneth (219), degrada el valor social de ciertas formas de autorrealización, con consecuencias en la autoestima y la autoconfianza de quien padece dicha práctica.

Ahora bien, como se indicó previamente, el rol no se construye de manera individual, es un proceso que involucra múltiples actores. En ese orden de ideas, dentro de este estudio, otro de los subtemas analizados fueron los *encuentros fortuitos*, que permitieron identificar el azar y la aproximación a otras personas como elementos claves en la elección profesional. Así lo relata James Husted:

Las motivaciones que me llevaron a estudiar enfermería realmente fueron por azar de la vida, porque realmente yo no tenía intención de estudiar enfermería. Mi interés era estudiar medicina, más por el imaginario social, [pero] sobre todo por el interés que generaba el solo hecho de ser médico (p.1).

En el caso de Edward LT Lyon, a diferencia del testimonio anterior, la cercanía a otras personas, de alguna u otra forma, lo aproximó al rol: “yo tuve un docente en el

colegio que me motivó. Él era enfermero, entonces me fue como encaminando y empujando en todo el tema de la enfermería” (p.2).

En consideración con lo anterior, vale la pena destacar que otros de los motivos por los cuales los participantes eligieron la enfermería fueron las *emociones morales* experimentadas previamente por estos y que, según Hansberg (220), son concebidas como esas actitudes, creencias y deseos de hacer el bien a los demás. A partir de allí, hombres como Edward LT Lyon reconocieron en la enfermería el escenario adecuado para llevar a cabo este propósito: “A mí siempre me ha parecido que uno tiene que dar su granito de arena para que este mundo mejore, y el hecho de pensar que uno podía colaborar y ayudarle a otra persona en la recuperación de su salud, siempre me ha motivado” (p.3).

Unido a las emociones morales, en los relatos de los participantes aparecieron *situaciones límites*<sup>xxviii</sup> que despertaron sentimientos intensos como compasión, sufrimiento y tristeza, que los llevaron a reflexionar acerca de sus vidas y de sus planes futuros, como en el caso de Ernest Grant:

Estuve en un hospital solo, con dolor, con frío, toda esa noche yo me la pasé llorando y yo decía: ¡no quiero que más personas vayan a pasar por esta situación!, yo quiero ser esa persona que pueda ayudar a otros a afrontar este tipo de situaciones de la mejor manera. Entonces, esa fue mi motivación para acercarme a la enfermería (p.9).

Además, sucesos dolorosos como la muerte de un ser querido hicieron reflexionar a algunos de los entrevistados acerca de la práctica profesional de la enfermería, que implicaba cuidar de manera diferente a partir de las vivencias personales. Así le sucedió a Luther Christman durante la etapa final de la vida de su padre:

Mi papá estaba hospitalizado y recuerdo mucho que él me decía: “¡Mijo es que tengo sed!” y yo le decía: “¡Pa!, es que no te puedo dar agua”. Le mojaba los labios

---

<sup>xxviii</sup> Las situaciones límite permiten experimentar un verdadero contacto con la existencia, donde el individuo explora los marcos de la vida espiritual y la actividad práctica. Al caer en una situación límite, el hombre se libera y empieza a comprender lo trascendental y lo empírico del mundo (221).



y no le daba agua. Y siempre que veo un paciente con sed busco la manera de darle agua, no solamente de mojarle los labios, [silencio] esa fue con una sensación que me quedó (p.21)

Igualmente, Walt Whitman relata que desde temprana edad tuvo que enfrentarse a una situación límite como la violencia y a un entorno empobrecido. Por este motivo, al momento de elegir su profesión aseveró firmemente para sí: “yo quiero ser enfermero para que no me dé miedo mirar la realidad a la cara” (p.16).

Sobre lo antes expuesto, Ahmed (222) asegura que las emociones que guardan relación con pérdidas y aflicciones movilizan al sujeto respecto a ese otro vulnerable, frágil y, de este modo, el individuo se ubica en una posición de compasión, capaz de transformar la promesa o esperanza en emociones recíprocas. En palabras de la autora: “los signos de la emoción nos devuelven a la promesa de la comunidad” (222).

Volviendo a los relatos, también se evidenció que previo al ingreso a la formación universitaria, los participantes de la presente investigación ya tenían una incipiente definición de cuidado, asociada con actitudes altruistas. Por ello, se indagó en su postura personal frente al tema: “el cuidado es un arte” (Camilo Lelis, p.10), “un acto de humanidad” (Edward LT Lyon, p.18), un “acto revolucionario, una simbiosis de protección” (Walt Whitman, p.24), “una relación entre lo que soy, entre lo que hago, entre lo que digo, entre lo que pienso” (Eugene Tranbarger, p.6).

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados a lo largo de este tema, es posible concluir que los hombres entrevistados eligieron la enfermería basados en: antecedentes familiares, encuentros fortuitos, emociones morales y situaciones límites, pero también “partiendo de un deseo altruista de querer salvar y ayudar a las personas en un estado de vulnerabilidad como es la enfermedad” (Juan José Ortega, p.1) a partir del ejercicio de su rol.

## 10.2 Vivencias durante la formación profesional

Ingresar a la educación superior trae consigo diferentes desafíos, principalmente por la inexperiencia de la juventud<sup>xxix</sup> propia de quien recién egresa del bachillerato<sup>xxx</sup>, pues los estudiantes deben enfrentarse, entre otras situaciones, a diversos retos desde el orden pedagógico, didáctico, epistemológico, social y político (225), así como adaptarse y convivir en las aulas con personas provenientes de contextos y marcos socioeconómicos y culturales diversos (226).

En tal sentido, incorporarse a la universidad y obtener un título profesional, puede ser motivo de satisfacción y orgullo personal, o puede significar quebranto y angustia, pues no siempre se llega a feliz término, debido a la complejidad de las asignaturas que deben ser cursadas y a las múltiples responsabilidades que se adquieren frente al proceso de aprendizaje, entre otros factores (227).

A la luz de las consideraciones anteriores, a lo largo de este apartado, se expondrán las vivencias de los participantes durante el proceso de formación del rol profesional, enmarcadas en cuatro subtemas: (a) la influencia de los docentes durante su formación, (b) la naturalización de la enfermería como un oficio femenino<sup>xxxi</sup>, (c) las emociones subyacentes a las primeras experiencias de cuidado y (d) el reconocimiento de su rol como estudiantes. Unido a esto, a partir de los diálogos sostenidos con los entrevistados, se presentarán sus opiniones en torno a la educación recibida en sus universidades; aquí, fue necesaria la inclusión de un quinto subtema: (e) ¿cómo se forma el enfermero hoy?

En primera instancia, abordaremos las vivencias de los participantes en su etapa de formación profesional en dos sentidos, una satisfactoria y otra poco grata, incluso

---

<sup>xxix</sup> La *juventud* es la edad que precede a la edad adulta y se sitúa después de la infancia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la juventud adulta comprende, en promedio, el rango de edad entre los 18 y 30 años (223).

<sup>xxx</sup> El sistema educativo colombiano está conformado por la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica primaria (primaria, cinco grados y secundaria, cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller) y la educación superior (224).

<sup>xxxi</sup> La naturalización de la enfermería como un oficio exclusivamente femenino es el resultado de un proceso histórico pocas veces cuestionado, como la influencia dominante del movimiento enfermero femenino del siglo XIX y las consideraciones de Florence Nightingale a mediados de ese siglo, como los requisitos para entrar a su departamento: ser mujer joven, maternal, atenta y compasiva. Por aquella época, a las mujeres se les negaba el acceso a la medicina y a los hombres se les restringía el acceso a la escuela de enfermería (228).

marcada por el “maltrato”. Sobre ello, Luther Christman señala que: “[Mi] paso por la universidad fue de las experiencias más gratas y bellas que [he] tenido en la vida; fue una experiencia muy agradable, muy bonita, muy enriquecedora y [donde adquirí] las bases que como profesional uno necesita” (p.2). De modo similar, Manuel Amezcua nos dice: “la verdad, disfruté mucho mi formación como enfermero, me gustó” (p.2).

Por otro lado, como se manifestó al inicio, las dificultades económicas que los estudiantes enfrentan los llevan a un esfuerzo continuo, una lucha por alcanzar una “supervivencia académica”, si pudiese nombrarse así. Situación que a Pedro Claver “[le costó] *lágrimas*” (p.5), sobre todo porque “[se] enfocaba en sobrevivir”, no solo por las condiciones de “maltrato” durante su formación por parte de algunas docentes<sup>xxxii</sup>, sino también por dificultades financieras: “yo tenía que trabajar, entonces que yo dijera que me iba a sentar a estudiar no era posible, humanamente no podía, me quedaba dormido” (p.4).

Respecto a lo anterior, observamos que factores como la alta carga académica, la complejidad de las diversas asignaturas, las largas jornadas dedicadas a las primeras experiencias de cuidado, las dificultades personales, familiares, económicas y sociales pueden deteriorar la calidad de vida<sup>xxxiii</sup> y la salud mental de los estudiantes; y todo esto se refleja en emociones de sufrimiento y angustia (229).

Asimismo, es probable que, al comienzo de la formación, los estudiantes no le encuentren “*como gusto a la enfermería*”, percepción que puede cambiar a partir de observar la actuación de otros. Así le sucedió a James Husted:

Quando llegué al cuarto semestre, tuve una práctica en la UCI<sup>xxxiv</sup>. Mi profesora era jefe en ese servicio; recuerdo que había un muchacho con una embolia grasa y empezó a desaturarse, se puso muy mal, la enfermera de turno no supo qué hacer, no había médico. Entonces, [silencio] mi profesora se colocó unos guantes, desconectó al paciente, lo estabilizó, puso a funcionar a todo el mundo, incluso a su compañera. Yo al ver al paciente bien, recuperado, miré a mi profesora y dije:

---

<sup>xxxii</sup> Este aspecto será ampliado más adelante dentro del texto.

<sup>xxxiii</sup> Calidad de vida: “percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares, preocupaciones y deseos” (229).

<sup>xxxiv</sup> Unidad de Cuidados Intensivos

“¡ve!, eso es lo que algún día imaginé que quería ser, eso es lo que yo quiero ser”  
(p.14).

El relato anterior evidencia que los estudiantes no solo reciben las enseñanzas impartidas dentro del aula, sino que también aprenden a identificar su rol como profesionales de enfermería a partir de la actuación de sus profesores, de quienes reciben valores necesarios para brindar cuidado a los otros, como: la responsabilidad, la empatía, el respeto, la autonomía y la sensibilidad (230). En este sentido, el proceso de formación es una experiencia subjetiva e intransferible, puesto que para un alumno es importante contar con el acompañamiento de sus docentes; la actuación de ellos, además de contribuir a la adaptación y motivación de los principiantes, también aporta al desarrollo de habilidades y competencias propias durante esta etapa (231).

Entre las vivencias de formación profesional se encontró, entonces, que *la influencia de los docentes* es fundamental, siempre y cuando se cuente con el apoyo y seguimiento de estos. Así lo refiere Luther Christman: “afortunadamente [tuve] muy buenos docentes, me aportaron mucho” (p.19). Además, aclara que si bien durante su formación estuvo acompañado “[por] pocos docentes hombres, [su relación con ellos era] más abierta, más cercana, entonces se generaba un ambiente de camaradería” (p.5).

No obstante, hay casos en los que las experiencias no han sido muy buenas con los profesores. En contraste a Luther, Pedro Claver afirma que, en ocasiones, sintió incomodidad por la actuación de algunos integrantes del cuerpo docente frente a su aprendizaje: “Justamente, doy con un genio de compañero, el *man* la tenía súper clara e intelectualmente es muy teso, ¿cierto? Entonces, ese siempre era mi punto de comparación o el punto de referencia [de] los docentes: el ¡quedado!, ¡el brutico!... y el juicioso, e inteligente, que era casi que el profesor” (p.4).

El caso anterior nos permite ver que, al parecer, los estudiantes de enfermería, al igual que los de medicina, están expuestos a cierta vulnerabilidad derivada de la fuerte jerarquía existente dentro de ambas profesiones, donde son evidentes las relaciones de poder desiguales, condición que somete a los estudiantes a una mayor carga emocional que puede desencadenar consecuencias lamentables, no solo dentro del proceso de

formación, sino también en su futura práctica profesional e incluso en su vida personal (232, 233).

Alrededor de los temas expuestos, los participantes ofrecieron diversos ejemplos de situaciones de abuso de autoridad, donde los docentes ejercían un poder vertical hacia ellos y, en consecuencia, los llevaban a experimentar sentimientos negativos como la culpa y la humillación (232). Así narró Walt Whitman su experiencia:

Mi paso por la facultad fue accidentado, tuve conflictos con muchas profesoras (p.20) [...] Hubo una profesorcita por la [que] yo casi me salgo de esa facultad, es una persona que no genera como... [silencio] ¡ay!, es que es una persona retrógrada, de verdad que esa señora fue muy violenta conmigo, muy maltratadora que, si tú te pones a pensar, uno la podría hasta denunciar (p.21).

Para Whitman, dentro de la etapa de formación: “te meten terror, y el maestro que mete terror es un mal maestro, no sirve de maestro porque el terror no favorece el aprendizaje, el terror trauma” (p.22). Sobre esto, Mariscal et al. (234) afirman que los actos de violencia durante la formación influyen evidentemente en la salud del estudiante, en su rendimiento académico, en sus relaciones sociales, llegando incluso a omitir la comunicación con sus docentes por temor, situación que genera dificultades en su aprendizaje (235).

Por otra parte, dentro de los hallazgos de este estudio, identificamos un segundo subtema: la *naturalización de la enfermería como un oficio femenino* tanto en docentes como en estudiantes. Aún se evidencia una serie de estereotipos y prejuicios en torno a la profesión. Por ejemplo, si bien Pedro Claver...

...Trataba de entender a las docentes y de no juzgar, sí veía profesoras que vivían con esa rabia hacia los hombres, como con resentimiento [...]. Entonces, en muchos casos, en mi formación, al único hombre que tenían cerquita era yo, entonces, ¡tome! [simula un izquierdazo] y me decían abiertamente: “¡los hombres no sirven pa’ esto!”. En muchas ocasiones me lo llegaron a decir (p. 6).

Respecto a lo anterior, Ayala (235) plantea que los malos tratos recibidos por los estudiantes podrían explicarse, en gran medida, por una condición nombrada como “síndrome de la agresión sumisa”, donde las enfermeras dirigen actos de violencia hacia sus discípulos con el afán de alcanzar reconocimiento y conservar un estándar profesional elevado dentro de un mercado competitivo y destructor.

Lo anterior demuestra que, a pesar de la presencia de los hombres en esta profesión, la enfermería continúa ligada a supuestas cualidades femeninas asignadas a partir de los roles de género tradicionales (236). De este modo, los enfermeros continuamente enfrentan prejuicios y estereotipos sociales producto de prácticas discursivas opresivas que suelen asociar a las mujeres como cuidadoras naturales. En este sentido, las emociones que subyacen en las prácticas de cuidado son consideradas, según Ahmed, “bajas”, pues son señal de debilidad, mientras que otras emociones derivadas de la relación dicotómica pensamiento-razón son calificadas “elevadas” e identificadas como señales de refinamiento.

En consonancia con lo antes expuesto, podemos afirmar que los sesgos y estereotipos de género no solo traen como consecuencia la exclusión y participación limitada de los hombres dentro de la profesión (237), también contribuyen a que se perpetúe la inequidad de género (238). Conforme a los testimonios de los entrevistados, los hombres sienten “molestia”, debido a que tienden a ser “olvidados” por sus docentes, dada su escasa presencia dentro de la enfermería.

Así manifiesta Camilo Lelis su incomodidad:

Me chocaba el hecho de que [fueran] poquitos hombres en enfermería [...]. Las docentes le decían a uno “¡niña!” y yo reclamaba: “¡Hey, yo no soy niña!”, y cuando terminaban las evaluaciones, [por ejemplo] decían: “¡Ya las calificué a todas!”. Uno decía: “Profe, usted a mí no me ha calificado”. [Y ella decía:] “Ah, ¡Camilo, se me olvidó usted, venga lo califico!”. Entonces digamos que se notaba la diferencia, porque en esa facultad estaban acostumbrados a tener [estudiantes] mujeres (p.12).

Pero, no solo a través del lenguaje se generan emociones negativas o estados emocionales que reflejen una tendencia a experimentar sentimientos subjetivos de

tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza (239); ciertas prácticas de docencia conllevan a que los estudiantes vivan sensaciones de discriminación y exclusión por su condición de género durante su formación.

Camilo Lelis, expresa que, por ser hombres: “No [nos] dejaban ir a rotar a ciertos hospitales por las políticas que tenían, [por ejemplo], ir a rotar en gineco [...]. Donde hice mis prácticas, en noveno y décimo semestre, tuvieron que mandar cartas y hablar con los directores del hospital para que un hombre pudiera ir a hacer sus prácticas” (p.4).

Esta situación le “hizo pensar mucho en la discriminación. Yo decía: ‘¡Carambas!, yo soy hombre, estoy estudiando una profesión como cualquier otra, y no entiendo por qué no puedo ir a rotar o hacer mi práctica de trabajo de parto y parto, en cualquier institución porque soy hombre’ (p.5).

Respecto a estos últimos relatos, Flores et al. (240), siguiendo a Foucault, sostienen que la escuela funciona como una institución formadora/disciplinar, un sitio de adoctrinamiento social, el cual, tal y como lo plantea Herrera (241), tiene como objetivo además de gestionar las potencialidades de un cuerpo y de mantener una jerarquización del poder, realizar conexiones o vínculos en las acciones mismas de un sujeto, es decir, lo controla y adapta a una estructura rígida que, con el paso del tiempo, lo hace obediente a las órdenes asignadas. Ejemplo de esto son las situaciones que se derivan del orden heteronormativo, en el cual las *emociones* de los hombres quedan aisladas y su expresión se convierte en una experiencia solitaria, pues el prototipo del “clásico hombre fuerte e inquebrantable” impide que ellos puedan manifestar abiertamente sus emociones al ser consideradas “blandas” o un signo de fragilidad (242).

Así expresa James H. Husted lo que vivió durante una de sus primeras experiencias de cuidado:

Hay una cosa que como hombre sufre uno, [puesto que] la sociedad de una u otra manera [te] pone la estampa de: ¡usted tiene que ser fuerte, los hombres no lloran! [...] [Recuerdo] la primera práctica en un hospital psiquiátrico con un paciente de casi noventa años con [diagnóstico de] Alzheimer; el viejito a duras penas se movía y babeaba. Yo recuerdo que me puse a llorar [silencio, pone las manos en el rostro]. Yo le decía: “¡Señor, discúlpeme, esta es mi primera vez!”. ¿Yo qué le hago? A mí se me venían las lágrimas y decía: “¡Juemadre, esto es muy duro!” [...], pero lo

realmente duro era que yo sentía que tenía que hacer eso en silencio, me daba pena hablarlo con mi profesora, pero finalmente le conté y ella siguió como si nada (p.6).

Este enfermero explica sus reacciones emocionales del siguiente modo:

Esa postura del hombre fuerte es muy difícil manejarla, porque uno sufre, uno se angustia, uno se preocupa. Entonces, esa figura que el hombre tiene que ser fuerte, machista, no la comparto, sobre todo en esos momentos donde [a lo anterior] se le suma la vulnerabilidad como estudiante, como que en la escala jerárquica uno no es nadie; entonces, sí se vuelve muy complicado esa parte” (p.8)

Con este relato, notamos que la heteronormatividad, además de actuar como un “mecanismo de disciplinamiento”, restringe la expresión de emociones en los hombres; desde la *intercorporalidad* y la socialización, los lleva a experimentar vergüenza, una emoción que se intensifica cuando se es ignorado o excluido por otros (218). Sentir vergüenza, como se observó en el participante anterior, produce un deseo poderoso de ocultarse<sup>xxxv</sup>, de esconderse del otro por temor al rechazo y, en este sentido, el sujeto se encierra en sí mismo, dándole la espalda a la situación que suscita malestar, pretendiendo “congelar” tal emoción.

Ahora bien, en este segundo tema de análisis se han mencionado diferentes emociones experimentadas por los enfermeros durante la etapa de formación del rol profesional y se identificaron diversas sensaciones como la alegría, el sufrimiento, la tristeza, la compasión y la vergüenza. De allí, la importancia de abordar *las emociones subyacentes en las primeras experiencias de cuidado* vividas por los participantes.

Por ejemplo, para Eugene Tranbarger, dichas emociones representaron cierta...

Ambigüedad entre ¡qué susto!, pero ¡qué rico! [...] ¿cierto? [silencio], pero creo que esos primeros momentos marcan de forma significativa y reafirman eso que querés

---

<sup>xxxv</sup> Este juego doble de ocultamiento y exposición es crucial para el trabajo de la vergüenza. En inglés, la palabra *shame* (vergüenza) viene del verbo indoeuropeo que significa *cubrir*, que asocia la *vergüenza* con otras palabras como *esconder*, *custodia*, *choza*, *casa*; en este sentido, la vergüenza involucra un impulso por “refugiarse” y “cubrirse”, dado que ya se ha quedado expuesto ante otros (218).



y cómo te ves como profesional y cómo querés seguir creciendo de forma significativa” (p.3).

De manera similar, Pedro Claver señala que, en sus primeras prácticas clínicas:

Siempre me decían “¡doctor!, ¡el doctor!”. Y yo siempre les decía a mis pacientes: “yo soy un enfermero”. Y me respondían: “es que usted es tan grande, usted tiene presencia de ¡dotor!”. Entonces, yo venía y les explicaba: “mire, lo que pasa, es que como hay tan poquitos enfermeros, por eso siempre lo asocian a uno como hombre con la medicina y por eso creen que uno es médico, pero no, yo soy un enfermero” (p.8).

Estos testimonios evidencian el eco de un modelo heteronormativo, donde existe una fuerte asociación de la figura masculina con la medicina y, en consecuencia, ser médico es considerado como propio de los hombres, lo “usual” o “normal”, mientras que el rol de enfermero es lo diferente, lo “inusual” o “anormal”, dentro de las múltiples elecciones profesionales existentes para los hombres (243, 244).

Dicho contexto pone de manifiesto que, a nivel social, existe un profundo desconocimiento de la profesión y también, se ignora sobre la autonomía e independencia del rol de los enfermeros, pues, por lo regular, asocian su actuación con tareas delegadas por médicos (245).

Finalmente, en torno a este segundo tema de análisis, se les preguntó a los participantes: *¿cómo se forma el enfermero hoy?* Ellos respondieron de manera crítica frente a la educación recibida. Algunos como Ernest Grant señalan que, en los currículos de enfermería, aún persiste el “chip biomédico, el chip patológico, [que ve] al ser humano como un conjunto de partes” (p.5). De allí que para Camilo Lelis, es necesario “transformar el discurso enfermero” [...], y explorar la articulación con otras disciplinas, “pensar en formarnos más allá, en sociología, en antropología en política, etc., porque en nuestra formación nosotros parecemos de esos caballitos que tienen esas cositas en los ojos que solo ven pa’ lante” (p.15).

Walt Whitman, por su parte, considera que:

Dentro de los procesos de formación es urgente un enfoque de género, [...] porque estamos en una profesión marcada por el género, en la cual se ve en [un] escenario [clínico] una figura patriarcal, una figura de poder, una figura de subyugación, como el médico; entonces, entender todo eso es ¡fundamental!, en la formación de los enfermeros a cualquier nivel, pregrado, posgrado, doctorado, lo que sea (p.12).

Además de los asuntos de género, de acuerdo con Ernest Grant, en Colombia es evidente la pluralidad en la educación disciplinar.

Existen formaciones diversas [en enfermería] dependiendo de diferentes teoristas, de diferentes puntos y diferentes necesidades. Por lo menos en Santander, la formación en distintas universidades es netamente asistencial, hospitalaria, y acá en Antioquia es más socio-comunitaria. Entonces, veo que no hay una unificación de criterios en cuanto a cómo debería enseñarse la enfermería (p.16).

Frente a estas últimas apreciaciones, Quecan y Laguado (246, 247) consideran que la diversidad y heterogeneidad en la formación de enfermería, en el contexto latinoamericano y de manera específica en el territorio colombiano, ha impedido la consolidación social y cultural de esta; por lo tanto, se requiere de un desarrollo claro y homogéneo que posibilite un posicionamiento y una percepción más precisa en la población acerca del rol ejercido por los profesionales de esta disciplina.

Así pues, en el análisis de este segundo tema, se considera que la enfermería se encuentra en una gran paradoja: se define a sí misma como la “gestión del cuidado”, pero los malos tratos, el desprecio y la discriminación durante la etapa de formación contradicen la razón de ser de la misma.

A manera de cierre de este tema, es posible afirmar que, durante la formación profesional, los enfermeros enfrentan situaciones positivas y otras no tanto, y es por ello que el acompañamiento, apoyo y comprensión de los docentes durante etapa es fundamental dado que favorece no solo la adaptación de los futuros profesionales, sino que también evita la deserción académica.

### 10.3 Rol asignado socialmente

Tradicionalmente, en virtud del género de los individuos, son delimitados los oficios realizados por mujeres (enfermera, peluquera, maestra) y hombres (carpintero, médico, científico). Esta condición, conocida como segregación de género<sup>xxxvi</sup>, no solo delimita los oficios, sino que también alienta o disuade a los miembros de determinado género a comportarse de una forma particular, con el objetivo de cumplir con el rol que representan socialmente (248, 249).

Teniendo en cuenta lo anterior, al hablar de manera específica de la enfermería, cabe preguntarse por la influencia del género dentro de la profesión y en este orden de ideas, si contar con mayor número de mujeres dentro de la enfermería trae como consecuencia un escaso reconocimiento profesional de los hombres, debido a la posición histórica de la mujer y a la eficacia simbólica, que, por mucho tiempo, ha ligado los cuidados enfermeros a cualidades femeninas (249).

Por ello, el tercer tema por abordar es *el rol asignado socialmente* a los hombres en la enfermería dentro de un marco heteronormativo y para cumplir con dicho objetivo, se proponen los siguientes subtemas inferenciales: (a) *prejuicios de género* alrededor de su actividad profesional; (b) *asignación social* del hombre dedicado al cuidado de manera profesional; (c) las diferentes *relaciones de poder* existentes en los escenarios laborales; (d) las *relaciones interpersonales* de los hombres con sus colegas enfermeras y otros profesionales del área de la salud; (e) la concepción de *cuidado* que tienen los participantes de este estudio y, por último, (f) las *emociones* que subyacen en su práctica profesional.

De acuerdo con Lázaro (250), con la masiva incorporación de la mujer en las últimas décadas al mercado laboral, se esperaría que la distribución de labores entre hombres y mujeres fuese, por nombrarlo de algún modo, “equitativa”. Sin embargo, la permanencia de los *prejuicios de género* a nivel social ha llevado a que los hombres, en la esfera privada, aún no asuman plenamente más funciones en el ámbito reproductivo y en el escenario público, no se dediquen en mayor proporción a otras actividades; lo cual

---

<sup>xxxvi</sup> La segregación laboral consiste en la concentración de mujeres y hombres en diversas actividades humanas, consolidando relaciones de poder que ponen a las mujeres generalmente en una situación de inferioridad, lo que se refleja en escasas oportunidades laborales y bajos ingresos económicos (256).

genera, en gran parte, que las responsabilidades derivadas del cuidado continúen recayendo en manos de las mujeres. En palabras de Ernest Grant: “El hecho de que [la enfermería] sea una disciplina feminizada, ahonda en esa problemática del machismo, haciendo ver que el hombre que estudia enfermería es el ¡marica!, es el ¡gay! [y que] todos los hombres que estudian enfermería son homosexuales” (p.7).

Según Callista Roy (8), las expectativas sociales frente al comportamiento de un individuo en relación con el rol que desempeña pueden originar diferentes opiniones, pues el sujeto tiende a ser cuestionado cuando opta por un rol que no es el “esperado”. Al respecto, Juan José Ortega considera que, a nivel social: “La apreciación de una figura masculina dentro de una profesión liderada por mujeres, [hace que] los hombres [seamos] vistos como femeninos. Es decir, como que, para ser enfermeros, tenemos que ser homosexuales o tener cierta delicadeza, cierta feminidad en la personalidad” (p.7).

Como se observa, una de las principales maneras de categorizar a las personas dentro de nuestra cultura es por su género (251). De este modo, las expectativas y creencias que tiene la sociedad en general frente a los roles complementarios conlleva a que los individuos sean cuestionados constantemente en el desarrollo de su rol (8).

Sobre lo anterior, James H. Husted afirma que, al momento de iniciar su formación profesional, constantemente le hacían la siguiente pregunta: “Oye, ¿tú eres gay?” [Se toca la cabeza]. Y de manera desprevenida yo respondía: ‘no, pues...no, yo no soy gay, pero pues, estudio enfermería’ [ríe]. Además, añade que, para él, este hecho “se convertía como una lucha por demostrar que yo no era gay y que la gente me tomara en serio” (p.5).

En conclusión, una de las asociaciones más estereotipadas es que los hombres que se desempeñan en profesiones feminizadas como la enfermería son homosexuales (258), lo cual, de acuerdo con una lógica binaria falocéntrica del régimen heterosexual, implica un cuestionamiento permanente acerca de su virilidad y su sexualidad al trabajar en un campo que “no les corresponde”.

Para Ahmed (252), la repetición de determinadas palabras tiene un efecto de atadura; la palabra funciona para crear a otros, en este caso: definir a los enfermeros como “gais”, “homosexuales”, dentro de un contexto social y profesional, trae efectos particulares sobre quienes se reconocen como el objeto de la alusión. Ahmed sostiene

que este efecto atadura provoca una especie de “bloqueo”, donde los adjetivos antes mencionados detienen las acciones de los profesionales de enfermería o adquieren un nuevo valor. En síntesis, la relación de ciertas palabras (*gay, homosexual, cacorro*, etc.) con el rol enfermero se convierte, para muchos, en un insulto u otras formas de descalificación debido al imaginario colectivo, lo que implica prácticas de menosprecio y de exclusión social (252).

Asimismo, otra de las *asignaciones sociales* frente al rol de los hombres en enfermería tiene que ver con la demostración constante de masculinidad. Para la filósofa Elisabeth Badinter (253), “ser hombre” lleva inherente una demostración constante de virilidad y una necesidad incesante de poner de manifiesto el género a través de pruebas y manifestaciones como la fuerza. En este sentido, el mayor prestigio que ha ostentado el enfermero es el uso o alarde de la fuerza física; por lo tanto, a los hombres dedicados a cuidar se les ha delegado el “control” de otros (254). Así lo ejemplifica James H. Husted:

Por ejemplo, ¡paciente agresivo! Traigan a los hombres pa’ que lo ayuden a inmovilizar. O si va a pelear, pa’ que lo agarre, o si hay que mover al paciente: ¡traigan a los hombres! [tono de voz sarcástico] [...] Recuerdo que a uno le decían: “¡Usted, como hombre, es muy afortunado, porque lo van a contratar muy fácil para trabajar en urgencias, en UCI o en hospitales psiquiátricos, porque en esos servicios les gusta mucho los hombres por la fuerza (p.4)!”

Phil Barker, por su parte, expresa que optó por cambiar su apariencia física para cumplir con el estándar y, de alguna manera, soportar esa presión: “Empecé a engordar, pues yo era muy flaco. Entonces cuando empecé a trabajar en el hospital mental, [me preguntaba] ¿cómo me le voy a subir a alguien para contenerlo?, entonces empecé a comer más por las noches” [sonríe] (p.3).

De acuerdo con Ritxar Bacete (255), las masculinidades hegemónicas producen, en algunos hombres y en la sociedad en general, la creencia de que un hombre de verdad es aquel que posee “la fuerza”; esto se expresa a través de modelos míticos o de la cultura popular, como los propuestos por Homero en la *Ilíada* o de héroes emergentes como Supermán, Tarzán o Hulk (256).

Ahora bien, otro subtema objeto de análisis tiene que ver con las relaciones de poder existentes en los entornos laborales y las dificultades a las cuales se han enfrentado los participantes a este estudio, ya sea para acceder a la formación posgraduada u obtener un cargo de mayor nivel. Walt Whitman comparte su experiencia:

Mirá, no te imaginás a cuántas y miles de entrevistas yo fui [pone su mano sobre el mentón] y era muy duro cada que yo iba a una entrevista a un hospital. Me miraban de pies a cabeza y me decían que yo parecía un antropólogo. Me preguntaban si era un trabajador social, que, si yo era psicólogo y de una, me descartaban y me decían: “¡no!; no es el perfil que buscamos” (p.4).

Según Whitman, el hecho de no obtener empleo fácilmente, e incluso no acceder a la formación posgraduada, se debía a “Muchos sesgos, porque si usted es un profesional de enfermería, usted tiene que ser una persona pulcra, usted tiene que ser impecable, inmaculado, y ese no es mi lugar. Por eso siento que el espacio clínico no es mi lugar, porque la vida para mí no es así” (p.25).

Si analizamos el relato de Whitman, a la luz de los postulados de Ahmed (218), notamos que la vergüenza experimentada por este participante, al no estar a la altura de ese ideal social, se convirtió en un hecho positivo que le permitió replantear su “identidad [a través de la búsqueda] de redes de apoyo” (p.5).

Conforme a lo planteado por Viladot y Steffens (257), cotidianamente los seres humanos se enfrentan a un exceso de información, por lo tanto, para estas autoras, una de las funciones de los estereotipos es la simplificación cognitiva de esta, lo cual permite navegar rápidamente por medio de un entorno social complejo. Otra de las funciones del uso de estereotipos descritas por las psicólogas sociales mencionadas es la racionalización, es decir, los estereotipos posibilitan que los perceptores justifiquen las estructuras existentes dentro de un sistema social dado; sin embargo, cuando se designan expectativas que poco corresponden con la realidad, se cae en la desaprobación y el menosprecio del otro.

James H. Husted sostiene que, para él, avanzar profesionalmente no ha sido tarea fácil, pues cuando trabajó en Manizales, constantemente le decían:

“Usted puede ser el coordinador de la unidad [...] [pero] resulta que la gerente del hospital era una mujer y una de sus políticas”. Era que ningún hombre podía ser coordinador de unidades de enfermería [pone su mano en el mentón]. Yo me sentía mal y decía: “¿por qué un hombre no puede ocupar un buen cargo?”. Sentí discriminación, porque le limitan a uno la posibilidad de ascender. Además, me preguntaba: si ya las mujeres han vivido eso, ¿por qué lo hacen con otros? (p.10).

Y aunque algunos estudios, como el de Williams (258), señalan que los hombres dedicados a carreras “atípicas” o no tradicionales tienen ciertas ventajas y beneficios a la hora de ascender a cargos de mayor categoría, gozando de tratos preferenciales y mejores ingresos económicos; en este estudio, se encontraron relatos que difieren de lo anterior. Así lo expresó Steve Miller: “Yo no he podido avanzar mucho, y tengo la formación académica y la experiencia, pero no he podido, ¡y mira que soy hombre!” (p.11)

Generalmente, dentro de una cultura patriarcal y heteronormativa, el hombre es quien ostenta el poder hacia lo denominado “femenino”, pero como lo señalan Pinzón et al., (259), al ser la enfermería una carrera feminizada, las relaciones de poder se invierten, pues son las mujeres quienes, al ser mayoría, ejercen el poder. Así lo refiere Ernest Grant: “Ser hombre dentro de la enfermería no influye; generalmente se tiene esa percepción de que sea así [silencio]. ¿Por qué? [...] en mi experiencia profesional y en los sitios que he trabajado, quienes han tenido roles de alto rango han sido las mujeres” (p.9).

Los relatos aquí consignados evidencian la existencia de relaciones de poder y de mecanismos de control en los entornos laborales y en los ambientes académicos, tal como se apreció en el segundo tema de análisis, donde se replican actitudes sexistas discriminatorias de un género hacia otro (260).

Por otro lado, en el ámbito laboral, aunque participantes como Edward LT Lyon manifiestan que se suele tener relaciones interpersonales caracterizadas por una “adecuada comunicación” y “una buena relación con otros integrantes del área de la salud [...], [como] médicos, bacteriólogos, especialistas y subespecialistas” (p.6,8); para James H. Husted, sucede lo contrario:

En los sitios donde es muy fuerte la presencia femenina, los hombres [terminan] siendo excluidos [...]; siempre hay una condición de colegaje y como de solidaridad femenina, donde ellas se sienten más a gusto trabajando en sitios o lugares donde hay predominancia femenina y las unidades clínicas cumplen con esa condición (p. 11).

Camilo Lelis, por su parte, expresó que las relaciones con sus colegas enfermeras son “ambiguas”, ya que a veces “[le genera] como gracia y a veces como mal genio, porque hay algunas muy problemáticas, ¡muy cositeras!, y les gusta el colorcito, el dibujito y esas cosas, y yo soy muy práctico”. (p.12). Para este enfermero, en los espacios laborales los hombres: “Como que aquietan las aguas, porque el hombre no se involucra en tantos problemas: ¡jefe, es que me miró mal!, ¿cómo que la miró mal?, póngase a trabajar, aquí vinimos fue a trabajar y ya se solucionó el problema [cruza los brazos]” (p.17).

Asimismo, Eugene Tranbarger opina “que [en] los hombres [existe] una tendencia a la conciliación, porque cuando ustedes empiezan a darle vueltas a algo fácil, entramos nosotros a decir ¡Venga, ¡ya! no nos detengamos tanto en eso, ¿sí? [silencio]” (p.14). A lo anterior, Juan José Ortega, desde su experiencia, agrega que “en los turnos, la coordinadora ponía hombres para que nosotros neutralizáramos las cargas dentro de los grupos y realmente uno ve que eso si sucede así” (p.8).

En consideración con lo antes expuesto y siguiendo a Viladot y Steffens (257), es posible afirmar que los roles de género “contaminan” las relaciones laborales, pues los empleados, sean hombres o mujeres, y así realicen tareas similares, pueden ser percibidos de manera distinta, ya sea por personas que ocupan un cargo superior en la organización o por sus propios colegas.

Por otra parte, dentro de este tercer tema de análisis se abordaron las concepciones personales de los participantes frente al cuidado, que, si bien ha evolucionado como objeto de estudio de la enfermería gracias a la investigación y los programas de formación posgraduada; en el imaginario social, sigue siendo concebido como “una cuestión de entrega”, abnegación y servicio hacia los demás, asociado a un escaso reconocimiento y precarización económica de los profesionales que lo ejercen (261). Es así como personalmente, Phil Barker considera que “a veces incluso es hasta



pecado decir que voy a cobrar una inyección o voy a cobrar la toma de la presión arterial a alguien ¡no!, ¿cómo se le ocurre?” (p.12). Walt Whitman considera que el cuidado socialmente sigue relacionado con la caridad, y en este sentido:

La influencia de la religión sigue vigente [...], las enfermeras son muy sacrificadas, su trabajo es una vocación, las ponen en un lugar de mártir, e históricamente a la mujer la han puesto en ese lugar, explotada en la casa y en el trabajo. Yo he llegado a pensar [que] la enfermería es el trabajo doméstico del hospital donde el médico es el gran patriarca (p.10).

De acuerdo con Ernest Grant, a nivel social y cultural, permanece la idea de que:

Biológicamente las mujeres, por la capacidad de crear nueva vida y traerla al mundo, son cuidadoras netas por naturaleza [une sus manos] [...]. [No obstante, advierte que] no quiere decir que los hombres seamos malos cuidadores, [...] porque no [tenemos] la capacidad de procrear, ¡no! (p. 7). Yo como hombre también trato de brindar el mejor cuidado, de siempre estar muy pendiente de todo lo que los pacientes necesitan, de todas sus necesidades, [y] las de sus familias (p. 8).

Respecto a lo anterior, Badinter señala que la biología se ha convertido en el fundamento epistemológico de las prescripciones sociales, puesto que los órganos como el útero y los ovarios supuestamente *definen* a la mujer, consagrándola históricamente a una función maternal; en consecuencia, hacen de ella una criatura opuesta al hombre y considerada “fuerte” únicamente por su capacidad de procrear (262). En consonancia con esta apreciación, para Aspiazu (263), el “rol natural de cuidadoras” otorgado a las mujeres entra en contradicción con la enfermería como profesión y como trabajo calificado, puesto que tal y como lo afirma Edward LT Lyon: “Todos estamos bajo un mismo estándar y todos tenemos la capacidad de aprender [...], tanto hombres como mujeres [podemos] desarrollar ese arte o aprender ciertas técnicas para brindar cuidados. En ese sentido, es igual y pienso que todos lo podemos hacer” (p.10).

Al explorar este tercer tema, también resultó importante reflexionar sobre las *emociones* que experimentan los enfermeros en su ejercicio profesional, dado que, a nivel social, ser hombre implica un esfuerzo que no parece exigirse a la mujer; por

ejemplo, constantemente se le desafía con frases como “demuestra que eres un hombre”, expresión que inhibe la manifestación de sentimientos y emociones, pues se corre el riesgo de ser nombrado como “defectuoso” (253). Contrario a este prejuicio, Juan José Ortega manifiesta: “Si veo a una familia llorando, yo no tengo problema en llorar, si esa situación me genera sentimientos [...] pues los saco; pero tenía un colega de la Costa<sup>xxxvii</sup> más bien machista que me decía: ¡a ver, ¿vos por qué estás llorando? Eso es para las mujeres” (p.10).

Basados en los planteamientos de Badinter (265), es posible afirmar que las sociedades delimitan lo masculino con una serie de maniobras defensivas y un temor permanente a mostrar cualquier tipo de feminidad, incluidas las expresiones de ternura, pasividad o el cuidado a terceros. De tales temores se deducen, entonces, actitudes del hombre rudo, beligerante y en ocasiones, grosero; como si su principal obligación fuese la de *no ser mujer*. En palabras de Phil Barker: “el hombre es catalogado como que debe ser fuerte, y el hombre que llore, pues no sirve para mostrar liderazgo” (p.10).

Acerca de este tema, Pedro Claver cree que los hombres...

Somos hasta más chillones y más sensibles, nos desbaratamos con un beso, con un abrazo [...]; a través de mi profesión, mi vocación y de todo lo que yo he vivido, me volví la persona más sensible de este mundo. A veces se presentan situaciones en las que por ser hombre “te digan ¡ay no!, es que usted por ser hombre, usted no puede sentir, usted no puede hacer esto, o no puede hacer lo otro”, [pero] yo desde que me metí a la enfermería, me saqué eso de la cabeza (p.21).

Estos testimonios demuestran que no se puede asignar una esencia de lo masculino o lo femenino, dado que las emociones no están ligadas al género (266), pues este se construye según el contexto social y cultural (267). En este orden de ideas, la performatividad de género es susceptible a cambios históricos, como lo testimonian los participantes, los cuales reivindican la expresividad emocional de los hombres, acorde

---

<sup>xxxvii</sup> Adjetivo comúnmente empleado para nombrar a la Región Caribe colombiana, considerada una de las regiones más importantes y ricas del país, la cual está compuesta por ocho departamentos: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre, San Andrés, Providencia y Santa Catalina (este último corresponde a la zona insular) (264).

con la emergencia; esto es lo que algunos teóricos denominan *nuevas masculinidades* (13, 268).

Teniendo en cuenta las voces de los entrevistados en torno al rol asignado socialmente, se concluye que los roles de género no solo obedecen a relaciones simbólicas dentro de formaciones sociales, sino a procesos inconscientes vinculados a la diferenciación sexual (269). De este modo, las normas sociales que definen las categorías como el sexo y el género no solo posibilitan o limitan el desempeño de determinados roles para hombres y mujeres, sino que también restringen la libre expresión de emociones en virtud de lo que se considera apropiado para estos.

#### 10.4 Rol asumido-desempeñado

*Yo me siento como ese artesano, es decir, en la vida te vas haciendo tú mismo, tú misma, una identidad y esa identidad tú la defiendes.*

Walt Whitman, (p. 4)

En el cuarto tema objeto de análisis, los enfermeros entrevistados exteriorizaron sus preferencias por determinadas áreas laborales y develaron una división sexual del trabajo dentro de la enfermería. En este sentido, como se verá más adelante, existe una inclinación de los participantes del estudio por escenarios laborales que “resalten características masculinas”, como un mecanismo compensatorio para evitar ser “encasillados” en estereotipos sociales de género.

No obstante, aunque esa parece ser la tendencia tradicional, dentro del análisis, evidenciamos cambios en cuanto al desempeño de los enfermeros, lo que muestra una evolución de la enfermería, puesto que los hombres pueden ejecutar su labor profesional en áreas que solían ser desempeñadas de manera exclusiva por mujeres, como salud sexual y reproductiva, pediatría, y ginecobstetricia.

A continuación, en este ítem, serán expuestos algunos aspectos del rol asumido-desempeñado de los participantes y que puede dar luces sobre las prácticas cotidianas de estos profesionales. Para esto, fueron propuestos cinco subtemas: (a) *las relaciones interpersonales* que surgen en los distintos escenarios laborales, que se pueden

manifestar como contrariedades o afinidades con sus colegas femeninas. En este sentido, también se indagó por los (b) *roles asumidos por los enfermeros* en los grupos de trabajo, donde los participantes desempeñan distintos papeles, con la intención de cumplir con su rol secundario<sup>xxxviii</sup>. Igualmente, dentro de este acápite, eje central de este estudio, se preguntó por el (c) *reconocimiento del rol desempeñado* por los enfermeros en distintos contextos, así como las (d) *emociones que subyacen* en su ejercicio profesional, las cuales emergen de manera recíproca entre los enfermeros y quienes reciben cuidados, algo que podría nombrarse como *reconocimiento afectivo*, que genera satisfacción y alegría, toda vez que refuerza la autoconfianza y la autoestima de quienes lo experimentan. Finalmente, debido a la situación generada por la COVID-19, los participantes reflexionaron acerca del (e) *reconocimiento social* de la profesión en este momento histórico para la humanidad, expresando de manera crítica su opinión al respecto.

Como se mencionó anteriormente, en los hallazgos de este estudio, fue posible evidenciar la división sexual del trabajo existente en la enfermería, que lleva a los hombres a generar diversas estrategias frente a los retos que implica desempeñar un rol poco convencional según las normas de género que operan para las masculinidades o feminidades, las cuales plantean no solo estereotipos y papeles que fijan representaciones simples y desiguales, sino que también determinan estándares e imágenes selectivas para la vida y las relaciones entre hombres y mujeres (270).

De este modo, una de las estrategias de adaptación llevada a cabo por los hombres que eligen la enfermería tiene que ver con la preferencia por ciertas áreas que reafirmen de algún modo el hecho de ser “hombres” (271) y que los aleje de lo que algunos, como Steve Miller, denominan “cuidado tradicional” (p.3); en palabras de Edward LT Lyon: “El hombre puede acceder mucho más fácil a la enfermería rural, a la enfermería militar, se le hace mucho más fácil realizar actividades ¡bruscas!, por así decirlo [o], que no son de mucho agrado para las colegas femeninas” (p2).

Conforme a lo expuesto por Berkery et al.,(272), los hombres generalmente se enfocan más en la realización de actividades operativas, escenarios en los que no se

---

<sup>xxxviii</sup> De acuerdo con Callista Roy, *el rol secundario rol* es aquel que asume un individuo para completar las expectativas de una etapa de desarrollo y rol primario. Es decir, una persona puede elegir ser estudiante, abogado, carpintero, entre otros, de acuerdo a sus aspiraciones y posibilidades (8).

tiene un estrecho contacto con el paciente, mientras que las mujeres suelen orientarse a áreas de trabajo como la pediatría, la ginecología y la obstetricia, donde el cuidado es más cercano con los usuarios. Eugene Tranbarger afirma que a los hombres “Nos gustan más las áreas críticas, [puesto que] cuando estoy en mi rol como docente y tengo estudiantes en el ciclo de formación, uno ve que ese gusto por el área crítica es más dado en los hombres que en las mujeres” (p.5).

Sin embargo, aunque algunos enfermeros no se inclinan por áreas ligadas a la tecnología desde el inicio de la formación, sí se interesan por roles tradicionales como el cuidado a la salud mental, que fue uno de los primeros escenarios para los hombres dentro de la enfermería (273). Así comparte su experiencia Phil Barker:

Desde chiquito [ríe a carcajadas] es decir, desde inicios de la carrera [...] y en el último semestre de la universidad, hice la profundización en urgencias enfocada a la salud mental; era fabuloso e integraba la intervención en crisis, eso me ayudó a entender muchas reacciones de una persona frente a un proceso de hospitalización (p.2).

Por las consideraciones anteriores, podría decirse que en enfermería, existe una distribución diferenciada de actividades entre hombres y mujeres y que, en la disciplina al igual que en la sociedad, la segregación horizontal<sup>xxxix</sup> ha ocasionado que la profesión, al estar conformada mayoritariamente por mujeres, carezca de valor social y económico (274). Motivo por el cual, según Manuel Amezcua:

Los hombres que entran a la enfermería buscan áreas donde puedan resaltar, donde puedan de alguna manera liberarse un poco de esa subyugación; [por eso] buscan áreas donde puedan tener cierto poder, cierta posibilidad de romper con esas figuras matriarcales o patriarcales (p.15).

---

<sup>xxxix</sup> *División horizontal*: se refiere a la distribución de hombres y mujeres en distintos tipos de trabajos, situación que conlleva a que las mujeres se desempeñen en un conjunto reducido de ocupaciones consideradas tradicionalmente femeninas, específicamente en el sector de servicios donde se reproducen responsabilidades domésticas (274).

Dicho de otro modo: en la enfermería, los hombres prefieren papeles significativos que reflejen una alta valoración por lo “masculino”, lo visible y de esta manera, eligen especialidades “élite” (272). En palabras de Juan José Ortega: los hombres en enfermería “buscan áreas donde su trabajo sea más reconocido” (p.13).

En consideración con lo anterior, Méndez et al. (275) afirman que el problema que ha acompañado a la enfermería es paralelo al de la mujer a lo largo de la historia, ya que ambas han sido relegadas a un segundo nivel frente a la supuesta superioridad masculina. Así, tareas propias e independientes de la enfermera como acompañar, consolar y escuchar, enmarcadas dentro del concepto de *cuidado*, a la vista de la sociedad, parecen estar ligadas a la feminidad y al ámbito doméstico, más que al desempeño de tareas técnicas o que impliquen el uso de la fuerza y el manejo de la tecnología, que suele asociarse con lo masculino.

Para Manuel Amezcua, siguiendo esta división de tareas asociadas al género, el enfermero tiene:

Una predisposición natural a ser más competitivo, a demostrar más lo que sabe [silencio], entonces elige áreas ¡fuertes!, donde puede poner a prueba ese conocimiento, esa habilidad, esa destreza [...]. Veo muchos hombres con tendencia a dedicarse al cuidado cardiovascular, a las urgencias, al cuidado intensivo [...] (p.6).

De acuerdo con Figueroa y Hernández (271), los varones reportan como una ventaja de la enfermería la adrenalina que se libera al desempeñarse en las áreas como las que se han mencionado anteriormente, dado que se requiere una atención rápida y oportuna que se desliga de lo que los participantes han denominado “cuidado tradicional”. En esta misma dirección, para Steve Miller, pese a algunos cambios, los roles profesionales y del cuidado, siguen siendo diferenciados:

Porque si usted mira el rol del enfermero en P y P<sup>xl</sup>, es mucho de asesoría, de acompañamiento, de mucho contacto con el paciente, con la materna, con el niño.

---

<sup>xl</sup> Promoción y Prevención.

El paciente necesita mucha educación, se requiere un cuidado muy específico, lo mismo que hospitalización y pediatría; ahí el cuidado tiene que estar fortalecido. En cambio, en urgencias, en UCI es un perfil más de combate, de acciones rápidas [...] (p.2).

Desde la socialización de los roles de género, estos comportamientos podrían ser considerados como instrumentales, puesto que a los varones se les atribuye una capacidad de competir, liderar, ejercer el poder y de realizar tareas que requieran la fuerza física, mientras que a las mujeres se les asigna características tales como la socialización expresiva, que incluye ser sensible a las necesidades de los demás. Así pues, la división de roles en nuestra sociedad hace que los hombres busquen otros escenarios de actuación de aquellos que son considerados como “naturales” para las mujeres (27).

Uno de los hallazgos más interesantes de este estudio fue conocer posturas distintas a los roles tradicionales y que, de alguna manera, evidencia que la enfermería ha evolucionado, superando la tríada clásica de *clínica*, *paciente* y *personal de salud* que acompaña al cuidado, involucrando lo colectivo como fundamental en el rol en enfermería; tal y como lo testimonia Walt Whitman, quien asume este nuevo rol:

Yo trabajo más un enfoque social, comprendí desde mi postura que debo estar en ciertos lugares; estuve como enfermero en la cárcel, también estuve como enfermero de personas en situación de calle, ¡ahí en la misma calle! [levanta la voz y mueve de manera repetitiva ambas manos] y ahora, la vida me permitió trabajar en reparación de víctimas del conflicto en el Urabá (p.3).

Este entrevistado, al justificar su rol social, cuestiona el modelo tradicional en enfermería:

Yo me identifico más con el sujeto popular que con esa institucionalidad, porque a ti te ponen en un rol de jefe, ¿es que usted es el jefe! ¿sí?, ¿tú eres el jefe? [con tono sarcástico, agrega]. Entonces tú eres impecable, tú eres intachable, tú no te puedes sentar en la cama del paciente, no puedes hablar con nadie, tienes que ser la mejor (p.36).

Incluso algunos como Manuel Amezcua exploran áreas comúnmente ejercidas por mujeres como la salud sexual y reproductiva:

Desde que me formé y empecé a trabajar, me incliné por esa área y como enfermero, he sido muy bien recibido por la población femenina, yo no he tenido problemas con hacer citologías, con poner dispositivos. Nunca he [sido] rechazado por ser un hombre dedicado a la salud sexual y reproductiva, de hecho, he aprendido a desarrollar mayor sensibilidad frente a ese asunto y he desarrollado una mayor empatía con las mujeres, en el hecho de comprender circunstancias y situaciones que pueden sufrir. Para mí, ha sido una experiencia satisfactoria (p.7).

Teniendo en cuenta lo anterior, podría decirse que estos roles tradicionales tienden a cambiar en la actualidad y que, tal como lo afirma Eugene Tranbarger, “hoy no solo hay hombres en las áreas críticas donde siempre nos hemos desempeñado, se van explorando otros escenarios” (p. 5). Así, encontramos “hombres en casi todos los servicios [...]”; en este momento, el hombre en enfermería está en todos los campos de atención” (p.10). Estas apreciaciones coinciden con las de Pedro Claver, para quien, tanto “hombres como mujeres pueden desempeñar el rol que deseen desde que les guste y amen lo que hacen” (p.14). Y aunque la proporción de los hombres que se dedica a la enfermería es menor comparada con el número de mujeres, para Edward LT Lyon:

Los hombres ya se están posicionando y están liderando algunas áreas. Como enfermeros podemos dedicarnos a la investigación, a la parte educativa, es decir, [logramos] dedicarnos a otros componentes que no necesariamente están ligados a ese cuidado tradicional por así decirlo (p.2).

Además, el ejercicio del rol profesional, especialmente desde la docencia en enfermería, puede verse como “un reto, como un aprendizaje, como la oportunidad de hacer cambios y de impactar a otros” (Eugene Tranbarger, p. 8), una posibilidad de “formar otro ser humano” (Manuel Amezcua, p.11). En resumen, las universidades no solo proveen modelos profesionales, sino que también impactan a la sociedad en general;



en palabras de Paulo Freire: “La educación no cambia al mundo, cambia a las personas que van a cambiar el mundo (276).”

Ahora bien, en este cuarto tema, también se indagó por las diferentes *relaciones interpersonales* que los enfermeros construyen en el ejercicio de su rol, pues la vida de los seres humanos se manifiesta a través de los vínculos entre semejantes, desarrollados en el seno de grupos o instituciones donde no necesariamente las personas se conocen entre sí. En consecuencia, las relaciones interpersonales resultan muy relevantes en la actividad humana (277) y están mediadas, en gran parte, por las emociones, las cuales, de acuerdo con Ahmed (135), representan un sistema comunicativo integrado por elementos fisiológicos, conductuales y cognitivos construidos culturalmente.

Existe una gran variedad de contextos en los que pueden llevarse a cabo las relaciones interpersonales, por ejemplo, las amistades, la familia y el trabajo. De manera especial, en este último escenario, encontramos relaciones *positivas* entre seres humanos, donde se convive en un ambiente sano, con aprecio y cordialidad, o relaciones *negativas*, en las que se generan conflictos como producto de dificultades del acto comunicativo o a partir de diferencias de intereses por parte de los profesionales de la salud, dando lugar a la división del equipo de trabajo (278).

En el ejercicio de su rol, el profesional de enfermería constantemente interactúa con diferentes compañeros de trabajo pertenecientes a un equipo multidisciplinario en salud, cuyo objetivo es alcanzar una atención integral y una calidad en el servicio para cada paciente. En cuanto a esto, los participantes de este estudio manifestaron, en términos generales, que nunca han sentido “ningún tipo de discriminación o rechazo por [parte] de otros profesionales” (Camilo Lelis, p.7).

Para algunos como Edward LT Lyon, en sus espacios laborales. “todo transcurre de manera normal con los integrantes del área de la salud, [...] [como] médicos, bacteriólogos; incluso con especialistas y subespecialistas la relación ha sido buena” (p.5). Eugene Tranbarger comparte esta opinión: “entre profesionales hay una mejor comunicación, y hasta el momento [en su caso] no he tenido ningún enredo especialmente en la UCI, área donde yo me he desempeñado como enfermero” (p.6).

Por su parte, Walt Whitman considera que el trabajo interdisciplinario es un elemento importante que contribuye al fortalecimiento de su rol: “Yo he trabajado de la mano de

psicología, trabajo social, [y] siento que eso me ha enriquecido mucho como profesional de enfermería, porque para mí esas [disciplinas] tienen mucho para aportarle a la [enfermería] desde ese cuidado social” (p.3).

En el marco de las observaciones anteriores, es importante mencionar que, a la hora de establecer vínculos en el contexto laboral, surgen ciertos “inconvenientes” que pueden deteriorar las relaciones interpersonales, especialmente si estas se acompañan de un poder jerárquico que suele usarse en contextos institucionalizados como el sector salud (279), donde las relaciones laborales están condicionadas por el control de la disciplina, del espacio, de las acciones y los saberes (280). Particularmente, Juan José Ortega refiere que decidió salir de la UCI...

Porque los médicos de cuidados intensivos [tienen] como un sentimiento de grandiosidad, ellos quieren como acaparar toda la atención de las mujeres, entonces si en esa área uno tiene una relación muy cercana con las colegas, eso representa un conflicto con el gremio médico [levanta las cejas, en señal de molestia]; yo tuve muchas dificultades por eso (p.13).

De acuerdo con Álvarez (280), las relaciones de poder al interior de las organizaciones pueden presentarse de manera vertical y horizontal, incorporando acciones que circulan en uno u otro sentido, relaciones de fuerza, de estatus o de conocimiento dentro de una estructura organizacional. Ejemplo de esto es lo que ocurre en ciertas ocasiones entre médicos y enfermeros; así lo expresa Ernest Grant:

El médico sigue teniendo la convicción de que uno tiene que estar a la altura de ellos en cuanto al manejo fisiopatológico y terapéutico, y en su mente [hacen] suposiciones y lo miran a uno como ¡ay!, esta persona como que no tiene los conocimientos necesarios. Tratan de que uno vaya a la par con ellos cuando el área de conocimiento es diferente (p.18).

En este punto, es posible afirmar que, si bien la enfermería ha logrado consolidarse como una disciplina con un cuerpo de conocimiento propio, epistemológicamente

continúa concibiéndose como una disciplina menor en comparación con la hegemonía de la medicina. En consecuencia, en el contexto clínico actual, el discurso de supremacía entre el profesional de la medicina y el profesional de enfermería sigue vigente en cuanto conocimiento y supuesto mayor dominio anatómico-fisiológico de los pacientes por parte de los médicos (281). Para Molina et al. (282), los médicos ejercen un poder sobre el resto del equipo de salud, marcando los tiempos de actividad clínica e incluso, asumiendo cierto “paternalismo autoritario” con el personal de enfermería, el cual restringe su autonomía y el pleno ejercicio de su rol.

Asimismo, al indagar acerca de las relaciones interpersonales dentro del grupo de enfermería, los enfermeros entrevistados mencionan aspectos positivos y negativos. En el primero de los casos, Pedro Claver asegura tener “un buen equipo de trabajo; yo digo que eso se lo gana uno con una buena actitud, entender que uno no es un jefe, es un compañero, un líder”. Además, asevera que una estrategia para tener buenas relaciones es “[la] confianza que vos a tus auxiliares les das para que te pregunten y todo; entonces, uno termina volviéndose hasta docente [sonríe]” (p.19).

Contrariamente, frente a las relaciones interpersonales con sus colegas femeninas, Claver reconoce... “[Haber] tenido roces normales de trabajo, pero han sido con enfermeras [...], digamos, de edad ya más avanzada ¿cierto? Te hablan de cierto tono, pero uno dice “¡paciencia!” [suspira y sonríe al final]; de resto, no he tenido problemas” (p.19).

Estos hallazgos coinciden con los de Figueroa y Hernández (271): identificaron que los enfermeros experimentan discriminación por parte de mujeres adultas, ya sea colegas o pacientes femeninas, como se verá más adelante. Comparativamente con los aspectos ya mencionados, desde la perspectiva de Ernest Grant:

Es más fácil tener relaciones laborales entre hombres, las compañeras mujeres son más psicorígidas, más perfeccionistas. En cambio, uno como hombre no se complica tanto la vida, eso lo nota uno hasta en una entrega de turno. No sé si sea una postura personal, pero las mujeres son menos colegas que los hombres en la disciplina (p.3-4,14).

Igualmente, Juan José Ortega considera que “es mucho más fácil trabajar con colegas hombres que con las mujeres. Los enfermeros somos un poquitico menos emocionales y menos competitivos que las mujeres”. Asegura, además, que la “rivalidad” o competencia entre sus colegas ha “afectado mucho a la profesión” (p. 7). Las afirmaciones de estos profesionales coinciden con las de Walt Whitman:

Personalmente, este gremio [me] parece violentísimo, ¡violentísimo! [levanta levemente la voz]. Es muy complejo, tus mismas colegas te agreden: “¡ay!, ¿no hiciste eso?, [desvía la comisura labial hacia el lado izquierdo] ¡sos lo peor!, ¡ay!, ¿te equivocaste? ¡uy!, qué vergüenza”. Siempre hay una competencia (p. 36).

En términos generales, entrevistados como Camilo Lelis consideran que, entre las enfermeras...

Existen mayores dificultades de interrelación, quizás por el chisme o quizá por esas pequeñeces y esas otras cosas que las mujeres como que se fijan más [levanta las manos]. Por ejemplo, en la entrega de turno, mis compañeras se molestaban, porque yo entregaba un pocotón de documentos con un solo tipo de esfero, que, porque yo no les hacía lo más urgente en rojo, lo menos urgente en rosadito, lo que era más ¡suave! En verde [levanta los ojos], yo les decía: no voy a perder tiempo en eso (p.17).

Hasta ahora, siguiendo las apreciaciones de los participantes, se podría decir que las conductas y creencias aprendidas a temprana edad se quedan arraigadas en los sujetos y se reproducen de manera automática en distintos escenarios de la vida cotidiana, en este caso, en el contexto laboral, donde no solo los hombres, sino también las mujeres, tienden a hacer asociaciones respecto a las actividades y comportamientos de uno u otro sexo (283).

De acuerdo con Berkery et al. (272), estos sesgos y estereotipos de género pueden ser indicadores potentes de conductas discriminatorias dentro de la enfermería, lo cual puede resultar contraproducente a nivel colectivo, pues de no trabajarse en espacios académicos y laborales por abolir los estereotipos de género, las brechas entre hombres y mujeres dentro de la profesión serían cada vez más profundas.

Por otro lado, en el relacionamiento con las pacientes femeninas, enfermeros como Luther Christman refieren tener algunas dificultades, dado que...

Como hombre, atender a mujeres es complejo, especialmente a las adultas mayores, porque ellas [se sienten] incómodas [...] les [da] pena que las atienda un hombre. Ellas siempre dicen que las atienda una mujer. Eso, para mí, es como lo más complicado (p.3).

Por su parte, Camilo Lelis opina que la población antes mencionada tiene...

Poca aceptación por ser enfermero. El 90% de las veces [recuerda su experiencia cuando estuvo en el servicio de hospitalización de las mujeres] me dijeron que preferían a las enfermeras, entonces, yo buscaba a otra compañera o a la coordinadora del piso y le decía que, por favor, pasara la sonda vesical o que, por favor, le hiciera el examen este de los senos, o les decía a las auxiliares que me ayudaran con el cambio del pañal (p.8).

Analizando estos relatos a la luz del pensamiento de Max Scheler (284), observamos que surgen ciertas emociones tanto en los sujetos que reciben cuidado como en aquellos que cuidan. En el caso de las mujeres mayores que son cuidadas por los enfermeros, el pudor y la “vergüenza” experimentadas por estas son sentimientos anticipadores de valores, cuya función, según Scheler, es proteger en su propia humanidad al individuo de aquello que se aleja de sus principios éticos y morales, y que causa malestar entre la pretensión de su persona espiritual y de su necesidad corporal.

Tomando como referente teórico el *texto La política cultural de las emociones*, de Sara Ahmed (285), la angustia y el miedo en las adultas mayores puede describirse como una reacción emocional “ante una amenaza que puede identificarse”: las pacientes reconocen al hombre enfermero como “temible”, debido a la asignación de determinadas características sociales y culturales. Según Ahmed (285), el miedo podría verse como una respuesta razonable a la vulnerabilidad que experimenta ese ser que necesita del cuidado y, en este sentido, el miedo funciona como un mecanismo de contención para evitar un contacto que se considera potencialmente dañino.

Estos hallazgos coinciden con los de investigadores como Muñoz y Restrepo (286, 287). En sus estudios, evidenciaron que los hombres tienen dificultades para realizar

procedimientos y tareas de cuidado en servicios como obstetricia y pediatría, donde frecuentemente los pacientes se sorprenden al ver a un hombre brindando cuidados; una situación que obedece a visiones estereotipadas a nivel social que concibe el cuidado como una actividad exclusivamente femenina.

Unido a lo anterior, dentro de este tema de análisis, se indagó acerca de los *roles asumidos por los enfermeros* en sus lugares de trabajo. A partir de los relatos de los entrevistados, fue posible establecer, tal y como lo plantea Callista Roy, que para cumplir de manera adecuada con el rol secundario<sup>xli</sup> (enfermeros), los participantes eligen roles terciarios, a menudo asociados a expectativas personales y sociales alrededor de su papel (8).

Relacionado con lo anterior, en el diálogo con Pedro Claver, se identificaron algunos roles terciarios que dan cuenta de la gestión de este profesional, no solo para cumplir con su rol secundario, sino también para brindar un cuidado integral.

Yo soy quien tiene contacto directo con el paciente, soy el que coordina, el que está pendiente de los pacientes, que tengan los insumos necesarios [...]. Muchas veces las instituciones quieren todo a bajo costo, se salen con una gasita, entonces me toca estar pendiente, justificar desde el conocimiento cada cosa [...], a veces los médicos son déspotas o pesimistas y de una descartan al paciente y dicen “¡no!, ese tejido está muy malo, ese paciente no se va a recuperar”. Entonces, ahí entro yo a jugar de mediador, poniendo siempre la parte humana y todo mi conocimiento (p.13-14).

Observamos, entonces, que este participante asume diferentes roles terciarios en la cotidianidad: coordinador, líder, gestor y mediador, en las situaciones que pueden presentarse con los pacientes. De manera similar, Camilo Lelis asegura haber tenido dificultades con sus superiores, pues según ellos, las funciones que él desempeñaba no hacían parte de su rol.

---

<sup>xli</sup> *Rol primario o principal*: rol que el individuo tiene sobre la edad, el sexo y la etapa de desarrollo; lo cual determina la mayoría de los comportamientos durante un periodo de vida en particular. *Rol secundario*: papel que asume un individuo para completar las expectativas de desarrollo y rol primario (ej. Abogado, conductor). *Rol terciario*: rol temporal elegido por un individuo y, a menudo, se asocia con las perspectivas de los roles primarios y secundarios de un individuo (8).

Cuando yo estaba haciendo mis turnos, no me gustaba que el timbre sonara más de dos veces [...]; si no estaban las auxiliares cerquita, o estaban tomando tinto, yo mismo iba, atendía al paciente y hacía lo que tenía que hacer, sangrar, cambiar el pañal, [darles] agüita, ¡qué carambas!, pero mis superiores me comenzaron a regañar y a decir que yo era un jefe y que no tenía por qué hacer la tarea de las auxiliares (p.2).

Ese rol de “mediador” incluso lo asumen los enfermeros en la resolución de conflictos con el personal a cargo. Según Camilo Lelis:

Entre las mujeres hay mucha tensión, mucho roce. Entonces, cuando hay un hombre, se aquietan las aguas; el hombre no se inmiscuye tanto; “¡jefe, es que me miró mal!”, “¿cómo que la miró mal?, póngase a trabajar, aquí vinimos fue a trabajar” y ya, se solucionó el problema (p.17).

Además de la importancia de la función como mediador, un elemento central de este apartado es el *reconocimiento* que reciben en la cotidianidad los enfermeros. Sobre lo anterior, Pedro Claver aseguró que el reconocimiento a su labor lo encuentra en el aprecio de sus pacientes.

Me llena de gozo y satisfacción que me digan: “¡Me encanta ese enfermero, porque ayudó a mi abuelita!, ¡le tenemos en cadena de oración!” [sonríe con beneplácito]. A mí me hace vibrar el hecho de curar un paciente, de ayudar a otro cuando tiene alguna dificultad [y] sale adelante (p.11).

Ernest Grant, por su lado, afirma que lo más importante, para él, es “brindar un cuidado de calidad, que sea una buena experiencia para la persona [...] cuando la persona o la familia que recibe cuidado sale adelante o está bien, le reconocen a uno las cosas” (p.5). Ubicando los testimonios antes vistos en la primera esfera propuesta por Honneth, “el amor”, es posible establecer que el reconocimiento se basa en el principio de *ser-sí-mismo en el otro*, lo cual implica una entrega simbólica y una ayuda constante,

“que posibilita la autoafirmación individual” (135). Esta condición se observa en las palabras de Luther Christman, con voz quebrantada nos dice que:

[...] en medio de tanto trabajo, [lo más reconfortante sucede] cuando alguien a quien no conoces se dirige a ti [cierra los ojos y guarda silencio por unos segundos] y te dice unas palabras bonitas [...]. Es muy bueno acercarse a un paciente y que después de cuidarlo te diga: “¡gracias!”, “¡mi Dios le pague!”, “¡usted es como mi hijo!” [llanto débil]; lo que uno siente en esos momentos es una cosa muy bonita [suspira]. Definitivamente yo volvería a escoger la enfermería, yo no me veo haciendo otra cosa, siempre la elegiría (p.11-12).

Para Ahmed (288), el amor<sup>xlii</sup> es la identificación de un lazo emocional con otra persona donde se busca el bien de otros seres sin esperar nada a cambio. Desde la perspectiva de Honneth, este vínculo permite el reconocimiento recíproco, favoreciendo la configuración de la identidad y el desarrollo de la autoconfianza (290). Estas últimas líneas se conectan con el pensamiento de Walt Whitman, para quien la enfermería es “[mi] lugar en este mundo, y lo amo, lo valoro, lo admiro y lo celebro en virtud del reconocimiento, no solo para mí, sino para todo el gremio, porque le tengo un profundo respeto a este gremio” (p16).

Como se observa en esta narración, en el ejercicio del cuidado emergen diferentes relaciones basadas en la dignidad, la fraternidad y el respeto por el otro, o como diría Honneth: “la sensibilidad moral que aporta el reconocimiento de la dignidad de las personas o grupos constituye el elemento esencial de nuestro concepto de justicia” (291).

Estos emotivos relatos permiten afirmar que el *reconocimiento afectivo* que reciben los enfermeros al desempeñar su rol genera satisfacción, alegría y una actitud positiva en ellos. Dicho de otra manera: la dimensión afectiva del reconocimiento es “una acción práctica de autorreferencia y formación del sujeto mediada socialmente” (292).

En la misma línea, Edward LT Lyon dice que el reconocimiento “[viene] con el tiempo, con la dedicación propia” (p.10). Tal pensamiento coincide con el de Juan José

---

<sup>xlii</sup> En la antigua Grecia, existían tres tipos de amor: (a) el *ágape*, que es incondicional, representa el compromiso absoluto y la fidelidad y según el cristianismo, solo proviene de Dios hacia los hombres; (b) *el filiar*, ese que nos damos entre familiares, amigos y compañeros; y (c) el *eros*, que se da entre parejas, pero que para Platón, va mucho más allá del romanticismo (289).



Ortega, para quien el reconocimiento depende “de qué tanto se esfuerce el profesional por hacer visibles sus labores y del conocimiento; cuando uno se muestra con argumentos y con conocimiento hace visible su trabajo” (p.5)

Frente a estas apreciaciones, podemos plantear que los individuos, antes de transitar desde el campo íntimo de la autorrealización práctica al reconocimiento social, se esfuerzan en identificar determinadas cualidades personales (293). Sin embargo, pese al esfuerzo, dedicación, formación académica y preparación, a veces los enfermeros no logran ser reconocidos por el personal a cargo en sus lugares de trabajo. Particularmente así lo expresó Ernest Grant:

Siento malestar [y un] sin sabor... dentro del grupo de trabajo hay auxiliares que no lo respetan a uno [...] yo llevo poco tiempo de estar laborando [en ese hospital] y los auxiliares que están ahí llevan mucho tiempo; entonces creen que se las saben todas en cuanto al manejo del paciente y a veces toman decisiones sin tenerlo en cuenta a uno” (p.5).

Gil (292), siguiendo a Honneth, afirma que negarle el “estatus de un sujeto de interacción moralmente igual y plenamente valioso” constituye una forma de menosprecio correspondiente a una lesión moral que se genera al despojar a una persona de sus cualidades en el seno de determinada sociedad. Grant añade que no solo su personal no lo reconoce, sino que los pacientes “[no] logran reconocer entre quienes le brindan la atención, quién es el médico, quién es el enfermero profesional, quién es el auxiliar, quién es el terapeuta” (p.4). Para Phil Barker esto origina...

Frustración, [puede llegar a ser] desgastante, porque a nivel social, se ve al hombre como el ¡doctor!, pero no me reconocen como enfermero; entonces, es desgastante, porque ¿cómo le digo a la persona “dígame enfermero”? [silencio] O dígame “¡jefe!”; llega un momento en el que uno dice ¡ya!” [levanta las manos en señal de desagrado] (p.7).

En el mismo sentido, Juan José Ortega considera que el hecho de que la enfermería sea “demandada [especialmente] por las mujeres afecta su reconocimiento social” (p.11). Estas palabras sintetizan el pensamiento colectivo de una sociedad patriarcal<sup>xliii</sup> que tiende a desvalorizar las actividades lideradas por las mujeres (293). Y a pesar de que la enfermería es una de las profesiones históricamente más consolidadas, en palabras de Ernest Grant, “siempre ha [tenido] necesidad de reconocimiento social” (p.15).

De acuerdo con Eugene Tranbarger (p.10), organismos internacionales conscientes del impacto positivo de la enfermería en la salud de la población y del importante papel de los profesionales dedicados al cuidado de la vida vienen impulsando campañas globales como la estrategia Nursing Now<sup>xliv</sup>, la cual, no solo ha permitido visibilizar la profesión, sino que también ha dejado al descubierto diferentes problemáticas y ha demostrado que todavía queda mucho por mejorar frente a este asunto.

Como consecuencia del escaso reconocimiento social de la enfermería, resulta, entonces, que quienes ejercen este oficio se ven expuestos a salarios precarios que poco compensan la formación académica (294).

Ahora bien, lamentable, según los participantes de las entrevistas, un hecho que visibilizó la importancia de los profesionales de enfermería fue la pandemia desencadenada por el virus SARS-CoV-2<sup>xlv</sup>, la cual, en una frenética carrera por la preservación de la vida, parece haber “reconfigurado el rol social” de los enfermeros, pasando de ser, según Juan José Ortega, “héroes o personajes invisibles” (p.7) a actores reconocidos por los gobiernos. Pese al escaso conocimiento a nivel mundial de este mortal virus respiratorio, hombres y mujeres continuaron brindando cuidados incansablemente, teniendo siempre como objetivo salvar las vidas de los demás. De este

---

<sup>xliii</sup> Comprendo el *patriarcado* como un conjunto de relaciones sociales que tiene una base material en la cual existen relaciones jerárquicas entre los hombres y una solidaridad entre ellos, que les permite controlar a las mujeres (294).

<sup>xliv</sup> *Nursing Now* es una campaña global de tres años (2018-2021) de duración realizada en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud para destacar la importancia de la enfermería en términos sociales.

<sup>xlv</sup> Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. Virus perteneciente a la familia de los coronavirus, causante de la enfermedad por coronavirus de 2019, cuya expansión mundial ocasionó la pandemia de COVID-19.

modo, durante la emergencia sanitaria, la enfermería pasó de ser una profesión silenciosa y poco reconocida, a ser vista como un acto solidario, heroico, valiente y altruista (295). Para Pedro Claver:

El rol del enfermero en nuestra sociedad es lamentable, es triste, ¡ave maría! [...] [teníamos] que estar en medio de una pandemia para que como profesionales fuéramos visibles y valorados de pronto un poquito más, ¿cierto? [...]; de resto, [levanta las manos] todo ese despliegue y ese ruido me parece falso, me parece como hasta una güevonada [ríe a carcajadas]; por lo menos con la pandemia nos mencionan, y uno dice: ¡vea!, se dieron cuenta que de verdad existimos (p.11).

Luther Christman, por su parte, señala que los aplausos y manifestaciones públicas de gratitud terminan siendo insuficientes, puesto que, en la actual emergencia sanitaria, “el personal de salud es el [...] más afectado” (p.12), tanto por el caos e incertidumbre frente a una enfermedad mortal y desconocida como por la escasez de recursos, la débil infraestructura hospitalaria del país y la inadecuada capacidad de respuesta de las IPS. Dicho de otro modo, la pandemia develó la profunda crisis del sistema de salud colombiano que por décadas ha sido “disimulada” por los gobernantes de turno (296).

Resulta difícil comprender cómo solo ante una “amenaza global” de la vida, la enfermería fue destacada por la sociedad en medio de un gran despliegue publicitario en los medios de comunicación de todo el planeta (297). No obstante, el estado colombiano aún no le ha dado la importancia a la enfermería en términos de desarrollo económico y productivo y poco se ha preocupado por garantizar condiciones laborales dignas a quienes se dedican al ejercicio de la enfermería (298).

A manera de conclusión, se pueden recoger tres aspectos que marcaron el análisis de este tema. Primero, hay una división sexual del trabajo dentro de la profesión de enfermería, lo que conlleva a que los hombres busquen áreas laborales que resalten sus cualidades masculinas y que los aparte del denominado “cuidado tradicional”.

Un segundo aspecto tiene que ver con la vigencia de estereotipos en los lugares de trabajo: no solo develan la percepción negativa frente al rol de los enfermeros, sino también la visión estereotipada sobre ellos hacia sus colegas femeninas, hecho que no

difiere de las prácticas sociales en el relacionamiento entre hombres y mujeres, donde se suelen designar comportamientos jerárquicos y excluyentes.

Finalmente, un tercer punto evidenciado en este apartado fueron los “roles asumidos” por los enfermeros que, conforme a lo planteado por Callista Roy, dejan ver un compromiso personal de los participantes y un trabajo constante para cumplir con las perspectivas de los roles primarios y secundarios a la luz de las expectativas sociales.

### **10.5 Rol posible y rol ideal**

La metáfora del papel dramático hace alusión al rol como parte de la obra que debe recitar cada actor. Esta es usada por disciplinas como la sociología y la psicología para conceptualizar las formas de conducta que se esperan de un individuo en la sociedad, la cual, según Benedito (125), es una compleja red de posiciones, donde los sujetos ocupan un lugar. Para esta autora, el rol está unido al sistema de expectativas y creencias colectivas que rodean a cada individuo; de este modo, se limita a una serie de comportamientos o conductas deseables de la actuación del sujeto en la cotidianidad (hombre, hijo, padre, enfermero) (299). Siguiendo con el símil dramatúrgico, para representar de manera adecuada un papel, el actor debe llevar a cabo un proceso de incorporación e interiorización que le permita asumir la identidad y conducta del personaje, conforme a las exigencias sociales (125).

Con base en ello, este apartado aborda varios temas enmarcados en los planteamientos de Braunstein y Benedito, autores enunciados en el marco teórico y referentes del presente estudio para analizar el *rol posible* y el *rol ideal* de los profesionales de enfermería. Además, se examinaron otros subtemas emergentes en los relatos de los participantes como la (a) formación posgraduada, (b) la necesidad de una formación holística en enfermería y (c) la lucha por el reconocimiento en términos políticos de la profesión de enfermería.

A la luz del análisis desarrollado a lo largo de este texto, se preguntó por el lugar que ocupan los profesionales de enfermería dentro de una sociedad cambiante, la práctica concreta que realizan, las tareas que soportan y que son capaces realmente de hacer, teniendo en cuenta los elementos y herramientas disponibles para el ejercicio de

su rol en el contexto colombiano, un entorno complejo que dificulta la labor. Por ello, dentro de los relatos de los participantes, se exploró el *rol posible*, definido por Braunstein y Benedito (125), como la “toma de conciencia de los comportamientos que son deseables por la sociedad frente a la representación de determinado papel”.

Con los relatos de los entrevistados, identificamos que el rol posible, desde su punto de vista, se compone no solo por las capacidades y las habilidades técnicas recibidas durante la formación profesional, sino, además, por valores y actitudes que se consideran adecuadas. En palabras de Edward LT Lyon: el enfermero debe poseer valores como...

La responsabilidad y la honestidad, [además] debe ser una persona comprometida con su formación, con su labor, con el desarrollo de actividades, no solo administrativas [...] yo pienso que la actitud de un enfermero a mi parecer lo es todo (p.19). Pienso que lo que define realmente [a] un profesional de enfermería es la pasión que tenga para poner al servicio de otras personas sus conocimientos [...] (p.20).

Walt Whitman agrega que, adicional a las cualidades antes mencionadas, el enfermero debe tener “una visión crítica” (p.25). Por su parte, Steve Miller complementa: a partir de la formación académica, el profesional de enfermería debe saber “cómo se mueven las dinámicas económicas, cómo funciona el sistema de salud en Colombia, eso le da un perfil completamente diferente, le da una visión para gerenciar no solo un hospital, [sino] un servicio” (p.13).

Estos entrevistados tienen en común una percepción propositiva del *rol posible*, que trasciende y va más allá del *rol asignado*, el cual es delegado por la clase dominante (sistema de salud, entes gubernamentales, instituciones de salud, entre otros) que aceptarán y reconocerán dicho papel en la medida que responda a determinada función.

Dicho de otro modo, el rol asignado se comprende como una serie de productos aceptables por el mercado, donde en ocasiones, el enfermero, por generar ingresos económicos, vende su fuerza de trabajo en cualquier tarea que no tiene que ver con la formación recibida, situación que conlleva a devaluar la profesión y a aumentar las filas

de subempleados, cuando no de desocupados que con suerte, les deja algún margen de tiempo para trabajar *ad-honorem* en distintos centros asistenciales (300).

Frente a la problemática discutida, es relevante el pensamiento de Walt Whitman, quien asegura que el imaginario social de la enfermería no solo desdibuja la esencia de la profesión, también afecta de manera significativa su reconocimiento. Para Whitman, a nivel social: “Todavía hay una estructura recalcitrante, esa enfermera de gorro, de capa, de lámpara, como esa enfermera ¡tiesa!, ay, no, ¡qué susto! [levanta la voz], de la media velada, el crucifijo detrás y el doctor al lado, ¡ay, Dios mío! [pone su mano sobre su frente]” (p.9).

Sánchez et. al (301) plantean que “la manera cómo el enfermero ve su profesión y el sentido que ella le genera influyen en su modo de pensar, de actuar y en cómo desarrolla sus relaciones con su entorno”. Para estos investigadores, si bien el uniforme en enfermería es símbolo de legitimidad, suprime la individualidad, imprime una huella en quien lo porta y, por ende, condiciona de forma importante las construcciones cognitivas sobre la propia imagen y autoconcepto. Adicional a lo anterior, Whitman considera que, frente al rol asignado por la sociedad:

También hay un problemita de la gente que piensa que [si] uno no está metido en un hospital, uno no sabe nada. ¡No! [levanta su mano derecha], o sea, uno también tiene una visión, un pensamiento crítico de enfermería y a mí me encanta esa visión, o sea, esa asistencia de enfermería, pero no en el hospital [...]; desde la enfermería, [uno] puede identificar situaciones reales y necesidades potenciales del cuidado de la salud (p.25).

Esta línea de argumentación del participante anterior nos conduce a un análisis crítico y reflexivo (302) respecto al rol posible del profesional de enfermería, que permita examinar no solo los parámetros y expectativas sociales, sino también cambiar y trascender de una forma performativa las normas impuestas.

Moreno (303), siguiendo a Judith Butler<sup>xlvi</sup>, afirma que el sujeto no es una categoría cerrada y establecida por completo; por el contrario, se trata de un proceso de construcción continuo y abierto a constantes rearticulaciones, en virtud de la temporalidad, la reiteración, la dependencia, la dimensión social del sujeto y su capacidad de acción. En línea con estos planteamientos, se entiende, entonces, que el rol del profesional de enfermería, concebido como *representación* humana, también es permeado por un proceso performativo, que implica una adaptación a las necesidades, económicas, culturales, políticas y sociales en materia de cuidado (304).

Por otra parte, los entrevistados no solo hablaron de roles posibles o roles asignados por la sociedad, adicionalmente, expusieron las características y habilidades que componen el *rol ideal*<sup>xlvii</sup> del profesional de enfermería, desde sus puntos de vista. De acuerdo con Benedito y Braunstein (125), *el rol ideal* es el papel específico para una situación correcta, al cual se aspira o se busca llegar con el fin de satisfacer tanto las necesidades individuales como las colectivas. En este punto, surgieron cuestionamientos a los lugares de formación, al ejercicio de la práctica y a las posibilidades sin límites para el ejercicio de un rol diferente al asignado. Para Juan José Ortega, el enfermero ideal es...

[Aquel que cuenta] con suficientes competencias académicas, preocupado por la generación de conocimiento, por hacer visible toda nuestra labor, un enfermero que sea empático, que sea visto como un líder [...] un enfermero que [si bien] sepa que la enfermería ha sido una profesión feminizada, [pueda] desligarse de todos esos precedentes y dar un trato más cálido, que siempre busque hacer el bien (p.16).

---

<sup>xlvi</sup> Judith Butler, en su *Teoría performativa de género*, expone que el hecho de que el género sea performativo quiere decir que no es estable o fijo, sino que es una característica identitaria creada y construida a través de una repetición de actos. Para la autora, tanto el género como el sexo son discursivamente producidos por las normas y convenciones creadas y recreadas en el proceso de repetición/estabilización/legitimación/naturalización que forman la sociedad y sus discursos (el poder) (303).

<sup>xlvii</sup> La palabra *ideal* surge en el siglo XVIII, entendida como una representación de la perfección en un campo determinado. Para Kant, el *ideal* es concebido como “la virtud y con ella la sabiduría humana en toda su pureza” (305); mientras que para el filósofo José Ferrater Mora (306), el término *ideal* es (a) la proyección de una idea, (b) el modelo jamás alcanzado de una realidad, (c) una exigencia de la moral o (d) un mandato de la razón pura.

Ahora bien, si analizamos las narrativas de los entrevistados a la luz de los planteamientos de Ahmed, encontramos que los ideales son vinculantes (221), puesto que dejan ver sus deseos personales y, además, tienen en cuenta las necesidades sociales (225). En línea con la autora en mención, los ideales se leen como ausentes o presentes, o como que no se alcanzaron, pero también pueden dar forma a las metas y objetivos futuros. Sobre lo descrito, Manuel Amezcua opina que el enfermero ideal debe ser aquel...

Que [brinde] cuidado directo, lo más integral posible. ¿Qué significa eso?, que para mí no deberían existir los auxiliares de enfermería, que sea un enfermero que determine o reúna todas las necesidades de las disciplinas médicas que requiere un paciente. Me imagino muchos enfermeros, porque este sistema de salud tiene enfermeros, pero debería tener muchos más enfermeros de los que existen actualmente (p.16).

En contraste con la opinión anterior, Steve Miller asegura que...

El perfil no solo [debe] ser desde la asistencia y el cuidado, sino algo que vaya más allá, es entender el contexto de la dinámica de los sistemas de salud, desde el punto de vista de seguridad, del punto de vista financiero, del punto de vista de la gestión de los procesos. ¡Es eso, creo! (p.13).

Precisando un poco respecto a las diferentes perspectivas de los participantes, evidenciamos que, para ellos, el *rol ideal* del enfermero está conformado por valores y cualidades que permiten brindar un cuidado humanista que supera las acciones prácticas o técnicas para la realización de un procedimiento o la planificación de una atención.

Cuidar es compartir con el paciente emociones, es acompañar, apoyar y mantener una comunicación efectiva a pesar de los obstáculos que día a día el profesional de enfermería enfrenta en el ejercicio de su rol y que se convierten en ocasiones en un verdadero desafío (307).

Respecto a la *formación* posgraduada, los participantes destacaron la importancia de esta en el mejoramiento de la práctica profesional y el avance de la profesión, al tener



como eje principal la investigación. Según Callista Roy (308), la enfermería como disciplina tiene el deber de contribuir al bien de la sociedad a través de la práctica basada en la evidencia. En este sentido, participantes como Edward LT Lyon destacaron la importancia de la formación posgraduada dado que permite, “[adquirir] un mayor conocimiento [...], tú mejoras tus habilidades y tu desempeño laboral y adquieres muchas más competencias para mejorar el cuidado del paciente” (p.15).

Además, a partir de este tipo de educación, la percepción frente al objeto de estudio disciplinar puede cambiar, tal y como les sucedió a algunos de los entrevistados. Ernest Grant reconoce que terminar su maestría en enfermería le permitió transformar la percepción que tenía frente al cuidado.

Quando yo era solo enfermero profesional, estaba muy sesgado, [pensaba] que [cuidar] era una serie de actividades y de intervenciones para poder mantener el bienestar de las personas [...]; sin embargo, después de la formación, me he dado cuenta que el concepto de cuidado es mucho más amplio, que tiene muchas formas de [verse] y que se puede cuidar de manera directa o indirecta, [puesto que] cuidar es poder abarcar toda la extensión del paciente y su entorno (p.7).

Algo similar le sucedió a Manuel Amezcua: “ahora que terminé mi doctorado, he podido profundizar más en los asuntos disciplinares [...] tengo un mayor compromiso y como un mayor amor hacia la profesión” (p.12).

No obstante, a pesar de la relevancia de la formación posgraduada antes mencionada, enfermeros como Edward LT Lyon no acceden a este tipo de educación, ya que, en términos económicos, ser un profesional posgraduado es:

Poco rentable, es algo subvalorado, ni el empleador, ni la sociedad valoran tu esfuerzo [...]. Si un médico pasa a ser internista, anesthesiólogo [hace una breve pausa], inmediatamente tiene un reconocimiento tanto social como económico. En enfermería no sucede así. Sería una inversión de dinero, una inversión de tus capacidades, de un tiempo, que no va a tener ningún reconocimiento, sino el que tú mismo te hagas y el que te haga una institución educativa que te contrate para la formación de profesionales (p.8).

Camilo Lelis, por su parte, compara su formación como epidemiólogo con la de otro profesional de la salud: “Mire, un médico hace una maestría como la que yo hice y a él le suben el sueldo tres o cuatro millones de pesos [suspira]; a mí me subieron el sueldo trescientos mil pesos [pone su mano sobre la frente]”. Para este hombre, es probable que, debido al escaso reconocimiento económico y social de la formación, “las enfermeras no se motiven a seguir estudiando, pues terminan diciendo: yo pagué una carrera de más de treinta millones ¿para qué me suban el sueldo tan poquito? ¡No!, prefiero con eso comprarme otra cosa o irme a viajar” (p.10).

En este marco, Luther Christman sostiene que:

La falta de reconocimiento de este tipo de formación es lo que ha desanimado a mucha gente a seguir estudiando [...] Yo conozco gente que tiene especialización, que tiene maestría, que tienen su posgrado y que están ‘turniando’ como yo, no tienen un recargo adicional, no tienen un reconocimiento; usted no se gana la plata que se debería ganar (p.15).

Estos relatos muestran lo importante que es, para los entrevistados, brindar cuidados soportados en la evidencia científica, dado que dicha práctica no solo trae beneficios para el individuo, que se reflejan en la satisfacción personal, avances académicos y profesionales y mejores oportunidades laborales y salariales (309); también, como lo señala Muñoz (310), la formación posgraduada aporta ganancias a la sociedad en general, puesto que el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica repercute en aspectos como la seguridad del paciente, la eficiencia, efectividad y la calidad a la hora de brindar cuidados en salud.

Ahora bien, este escaso reconocimiento de la formación posgraduada y el bajo número de enfermeros que accede a este tipo de educación en nuestro país preocupa al Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE) (311), ya que en los enfermeros colombianos, existe poca motivación para realizar estudios de posgrado, debido a las dificultades de acceso a incentivos y apoyos financieros por parte de instituciones empleadoras, así como baja remuneración salarial otorgada a profesionales con dicha formación. Adicionalmente, el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior

(SNIES) reportó que, en 2020, Colombia registró 3.586 posgraduados en enfermería: 3020 (84%) en especialización, 532 (15%) en maestría y tan solo 34 profesionales formados en el país han obtenido el grado de doctor o doctorado en enfermería. Este recurso humano con posgrado se concentra en las grandes ciudades, debido a mejores oportunidades laborales y apropiada remuneración económica, especialmente en el sector educativo, donde la formación posgraduada del enfermero es reconocida como un elemento indispensable para la educación de futuros profesionales (312).

Lo anterior nos lleva a concluir que Colombia requiere acciones que permitan ampliar la oferta de posgrados en enfermería y, sobre todo, desarrollar acciones colectivas encaminadas al reconocimiento social, económico y político de la formación especializada de los profesionales de enfermería, dado que el sustento teórico y científico de sus conocimientos inciden significativamente en la calidad de los cuidados y en las condiciones de salud en general de la población colombiana (313, 314).

Otro tema que interesa a los entrevistados, en cuanto a su formación, son las características que debería tener el rol ideal en enfermería. Al respecto, Walt Whitman considera que es necesario que:

La enfermería habite otros espacios, [pues] yo creo que, como escenario de actuación, el hospital ya está ¡mandado a recoger! Yo sueño con configurar el cuidado y la asistencia de enfermería desde ese asunto social; el cuidado del más vulnerable, de la más vulnerada, de los exiliados, de los migrantes, de las personas en situación de calle, o la niñez abandonada” (p.36).

Deseo poder generar otras formas de enfermería, otra forma de comprender el compromiso desde lo social y también, el compromiso con la profesión, porque evidentemente es una profesión que tiene un rol social muy importante, muy fundacional (p.12).

De manera similar, Manuel Amezcua hace referencia a la formación en enfermería con enfoque social, que esté...

Fuera de lo institucional, o sea, yo me imagino a los enfermeros todos regados, yendo a las casas, conociendo los contextos familiares, conociendo los contextos colectivos en los que se mueve la gente y ayudando desde ahí, desde donde nacen los diferentes problemas, desde donde nacen las diferentes necesidades de las personas (p.16).

Si bien es necesaria una formación en enfermería con un enfoque social, complementariamente, Edward LT Lyon reconoce que:

Aunque sabemos que, en nuestra formación, tengamos algunas herramientas para abordar problemáticas sociales y vemos algunas cosas de ese tipo, dependemos de una regulación estatal, dependemos de unos entes que están por encima de nosotros y, por tanto, a veces es muy difícil lograr que ese tipo de entes reguladores te apoyen como profesional en [el abordaje de] este tipo de situaciones sociales (p.21).

Para investigadores como Atehortúa et. al (314), el profesional de enfermería colombiano posee las competencias para trabajar y responder a las necesidades poblacionales en salud, bajo los principios de equidad y solidaridad social, orientados en la calidad y la responsabilidad. Sin embargo, el modelo “morbicéntrico y hospitalocéntrico”, preponderante en el actual sistema de salud colombiano, exige enfermeros con formación especializada dirigida al contexto clínico, escenario que aparentemente goza de mayor reconocimiento, mientras que el ámbito social y comunitario parece no coincidir con los ideales de muchos profesionales, debido no solo a los bajos salarios, las precarias condiciones en las que se ejerce este rol, sino también a la falta de apoyo estatal y a la escasa importancia que se le da en el contexto nacional.

Además de los elementos antes expuestos, Walt Whitman asegura que, dentro de la formación del profesional de enfermería, es fundamental una educación con “Enfoque de género, porque tiene que haber una reparación histórica a esos agravios que se han cometido contra las mujeres en el hospital. Estoy convencido de que es ¡urgente, urgente! [levanta la voz] un enfoque de género dentro de los procesos de formación” (p.12).

Frente a las apreciaciones de este participante, tomando como referente a Ahmed (218), se puede decir que la vergüenza ante las arbitrariedades del pasado, además de ser un modo de reconocimiento de las injusticias cometidas contra otros, también puede considerarse un medio que posibilita la transformación, la construcción colectiva, la restauración y la reconciliación de los individuos pertenecientes a determinados grupos con su propia historia.

En ese orden de ideas, una forma de reparar el menosprecio que sufren las mujeres socialmente y, por consiguiente, las profesiones asociadas a estas, es la incorporación de la perspectiva de género en los procesos de formación, con la intención de promover un cambio de paradigma hacia formas de convivencia y relaciones inter e intragenéricas, sustentadas en la equidad e igualdad de oportunidades. En este sentido, Juan José Ortega afirma que “los asuntos de género, [se deberían] abordar [...] y uno ve, que no es un tema que realmente les importe a las facultades de enfermería, no hay formación para tratar” (p.8).

En consonancia con lo anterior, investigadores como Galindo y Herrera (315) afirman que, tradicionalmente, se ha dado una lectura de carga negativa y de subvaloración cultural de la mujer y de la feminidad, situación que se extiende a profesiones como la enfermería. Por su parte, García et al. (316) consideran necesario cuestionar, desde la formación, todos estos temas expuestos por los entrevistados, puesto que los sujetos llegan a habitar un espacio y a vivir y a percibir de forma natural o “normal” el contexto y las condiciones en las que se mantienen. Ejemplo de esas “normalidades” es el “*laberinto patriarcal en la escuela*”, el cual, según los autores antes mencionados (316), pone de manifiesto la universalidad heteronormativa dominante de los hombres sobre las mujeres, lo que revela una antiquísima tradición cultural que no ha parado de “cocinarse a fuego bajo” y de transmitirse de generación en generación en diversas culturas.

Es así como dentro de los procesos de socialización patriarcal entre hombres y mujeres y de formación en distintos escenarios (familiar, laboral, escolar), los seres humanos caen en la denominada “ceguera de género”, término que define la incapacidad para percibir la desigualdad y las prácticas de discriminación a las cuales se ven sometidos los individuos en virtud de lo que el orden social establece para asignar a cada

persona actividades, funciones, roles y poderes específicos, de tal modo que sustentan una socialización diferencial entre unos y otros y, por tanto, la reproducción de prácticas poco benéficas en pro de la equidad.

Galindo y Herrera (315) plantean que la “ceguera de género” ha afectado el análisis acerca del impacto de la desigualdad, el estigma y la discriminación, no solo entre hombres y mujeres, sino también entre otros grupos minoritarios (mujeres trans, homosexuales), puesto que el no reconocimiento de la diferencia limita, entre otras cosas, el acceso a programas, proyectos e intervenciones y a la generación de políticas públicas que favorezcan una adecuada calidad de vida de los sujetos. Para Manuel Amezcua:

Estamos metidos en una disciplina que está marcada fuertemente por el género, ¿sí? [...] Y eso lo desconocemos enormemente [hace una pausa]. Son unos temas tan básicos y, desde mi opinión, tenemos una deficiencia enorme, falta muchísima formación, no solo en nuestros estudiantes de pregrado, sino también en nuestros estudiantes de posgrado, y obviamente en nuestros docentes. Nos cuesta, nos cuesta enseñarles por lo menos lo más básico que son las diferencias en orientaciones sexuales, por ejemplo, o sea, una cosa tan básica que los estudiantes sepan que es una orientación homosexual, heterosexual, que existe el transgenerismo, que existe el transexualismo [...]. Los estudiantes no tienen ni idea de lo que es el género como construcción social ni tienen idea de qué son los estereotipos sociales a partir del género (p.12-13).

Las palabras de Amezcua evidencian que la categoría *género* es una potente herramienta para el análisis y la lectura crítica de las diversas realidades humanas y, en este sentido, los profesionales de enfermería, en todo acto de cuidado, están convocados a formarse, sensibilizarse y a capacitarse sobre el tema en cuestión, de modo que se amplíen y transformen las posibilidades de atención en salud para sexualidades divergentes, que se salen de todo orden heteronormativo (317).

Finalmente, el último subtema de análisis que surgió en las conversaciones con estos profesionales fue la *lucha por el reconocimiento en términos políticos de la enfermería* como agremiación profesional. Para algunos como Eugene Tranbarger, si

bien en el país existen entidades<sup>xlvi</sup> como ANEC, ACOFAEN y OCE que trabajan por el reconocimiento de los profesionales de enfermería dentro del sistema de salud colombiano (318), considera que “estas agremiaciones no nos representan, [pues] un 98% de los enfermeros no hace parte de [ellas]” (p.15).

Conforme a lo planteado por Edward LT Lyon, las agremiaciones a las que se hace referencia funcionan:

...en las grandes capitales como Medellín y Bogotá [sonríe], en otras regiones, no. ¡Estamos separados! [levanta sus manos], y al estar separados no podemos cambiar el imaginario, no podemos impactar en la sociedad ni mucho menos llamar la atención del estado para que nos reconozca como profesionales competentes (p.18).

De opinión similar es Juan José Ortega: “*a nosotros nos falta agremiarnos más, trabajar de manera conjunta*” (p.4)

Al respecto, investigadoras como De los Ríos y Hernández (318) afirman que las condiciones actuales en las que se ejerce la enfermería en Colombia desestimulan cada vez más la participación de las enfermeras y los enfermeros en las asociaciones gremiales, situación que trae como consecuencia la reducción de los beneficios en las convenciones colectivas de trabajo. Hecha la observación anterior, Eugene Tranbarger asegura que “Si nos uniéramos como gremio y si tuviéramos una [asociación] fuerte, como enfermeros y enfermeras, podríamos cambiar muchas cosas. En ese sentido, hay mucho camino por recorrer, [y] todavía mucho por trabajar” (p.16).

De acuerdo con la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y el Plan estratégico 2020-2030, el liderazgo de la profesión y su visibilidad están confinados a los pequeños espacios y territorios donde los profesionales realizan su trabajo, principalmente en las grandes y medianas ciudades (319). Para Phil Barker, es importante que los profesionales de enfermería trabajemos por el reconocimiento:

---

<sup>xlvi</sup> **ANEC** (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia), **ACOFAEN** (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería), **OCE** (Organización Colegial de Enfermería).

Yo le digo a los estudiantes que todas esas fotos que muestran haciendo sus prácticas y todo eso, muéstrenlas en las redes sociales, para eso, están las redes ahora: ¡visibilidad! [levanta las manos] para que la gente se dé cuenta de lo que hace el profesional de enfermería, que no solamente están en el hospital (p.12).

Por ello, es importante que, por medio de las agremiaciones, asociaciones y redes profesionales, los enfermeros hagan evidente su capacidad para asumir desafíos, generar cambios, proponer y liderar acciones que aporten a la resolución de los problemas de salud de la sociedad. Todo esto requiere motivación personal, un conocimiento claro de las diferentes organizaciones profesionales existentes en el país (320), trabajar de manera articulada y conjunta por el reconocimiento de la profesión, mejoramiento de la imagen social de la enfermería, por los derechos laborales y, sobre todo, participar en todos los niveles de política y en los espacios de toma de decisiones (321).

Unido a lo anterior, como mencionaron los participantes, es necesario que en una sociedad cambiante y diversa, los profesionales de enfermería tengan la posibilidad de adquirir conocimientos de categorías como el género y la diversidad sexual durante la formación, de manera que puedan brindar cuidados integrales a usuarios y pacientes, así como a sus familias y a sus comunidades, donde se reconozcan las necesidades en materia de salud o enfermedad y, además, las diferencias identitarias y sexuales, contribuyendo transversalmente a la construcción de una sociedad más equitativa (322).

A manera de cierre de este apartado, podemos decir que los diálogos de los participantes, en torno al rol posible y el rol ideal, estuvieron centrados en tres aspectos, el primero la visibilización del rol del profesional de enfermería a partir de las necesidades económicas, culturales, políticas y sociales de la población colombiana, el segundo aspecto fue la importancia de trabajar por la visibilidad económica y social de la formación posgraduada en enfermería y el tercer factor la educación con enfoque de género desde el pregrado.



## 10.6 Influencia del sistema de salud en el desempeño del rol

Un tema emergente, a partir de la información suministrada por los participantes, es la influencia del sistema de salud colombiano en el desempeño del rol del enfermero. En este sentido, fueron abordados dos temas principales: (a) *el rol del profesional de enfermería versus el rol del auxiliar de enfermería* y (b) *el poder hegemónico de la medicina*. Estos tópicos fueron analizados conservando las orientaciones teóricas de esta investigación, como son el reconocimiento y las emociones que se generan al interior de un sistema biomédico y *hospitalocéntrico*, donde los enfermeros ejercen su rol.

Según Ortega (322), la Cobertura Universal en Salud (CUS) en América Latina y el Caribe, desde los años ochenta, iniciaron programas que tenían como objetivo la población vulnerable, así como reformas en salud en los años noventa. Para lograr este objetivo, la mayoría de los países de la región, entre ellos Colombia, reformaron su sistema de salud, soportado en un modelo económico basado en la oferta y la demanda, y el ofrecimiento de algunos subsidios estatales para la población socioeconómicamente más vulnerable (322). En el caso colombiano, el sistema de salud se dividió en dos regímenes: el subsidiado y el contributivo<sup>xlix</sup>, que pretendía resolver los problemas de baja cobertura e inequidad en el acceso y el uso de los servicios de salud, removiendo, especialmente, las barreras económicas por vía del aseguramiento universal que, claramente, caracterizaron al anterior Sistema Nacional de Salud, vigente en el país desde 1976 hasta la formulación de la Ley 100 de 1993 (323).

Este modelo buscó adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos y de salud de la población colombiana, con la intención de garantizar la salud como un derecho fundamental que le asiste a todo ser humano y en aumentar la CUS. Sin embargo, los derechos en salud establecidos en la Constitución Política de 1991, que quedaron reglamentados por la Ley 100 de 1993, son desconocidos muchas veces por las entidades prestadoras del servicio de salud y administradoras de los mismos (324); en

---

<sup>xlix</sup> El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se creó con el objetivo de universalizar un seguro de salud que garantizara un paquete de servicios igual para toda la población. En consecuencia, se crearon dos regímenes: (a) el subsidiado, para la población más pobre y sin capacidad de pago, financiado por el Estado y por los trabajadores de más altos ingresos, y (b) el contributivo, para la población trabajadora con capacidad de pago, que incluía a su familia (325).

lugar de ello, tienen objetivos mercantiles orientados hacia la eficacia en el manejo de recursos y obtener buena salud a bajo costo, dejando de lado el cuidado humanizado (326). En palabras de Camilo Lelis:

Hay un problema grande, porque según la Ley 100 todo está ahí, o sea, [voz parsimoniosa] responsabilidad, solidaridad, etc., etc. Nuestro sistema de salud es muy endeble, está sobrecargado y no nos da la oportunidad de que esos valores se vean en la atención [hace una pausa]. Debido al volumen de trabajo, debido a la misma normativa de la EPS<sup>i</sup>, de la IPS<sup>ii</sup>, eso poco se pone en práctica; la ley dice que son veinte minutos, yo tengo cinco, siete, veinte pacientes y entonces tengo que salir de ellos rápido, porque ¡hay que atender!, ¡hay que atender! [...] Pero, en realidad, esa parte de humanización, de cercanía, de preguntarle por lo que le gusta y por lo que no le gusta, esas prácticas se van perdiendo por la rutinización, por el exceso de trabajo (p.28).

Conforme a lo planteado por Espinosa et al. (326), la deshumanización actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene *influencia en el desempeño del rol de los profesionales de enfermería*, pues la dinámica neoliberal que ha llevado a la actual crisis de la salud está cimentada en una lógica que la ha mercantilizado desde un modelo biomédico hegemónico, de medicalización de la vida, de *tecnocratización* del cuerpo humano y de la flexibilización laboral de los trabajadores de la salud (327). Dentro de este modelo, el rol del profesional de enfermería termina centrándose en funciones administrativas comerciales, donde se invisibiliza y delega el cuidado directo.

La mercantilización actual de la salud enfrenta a los enfermeros diariamente a la sobrecarga laboral<sup>iii</sup>, a bajos salarios y a una excesiva rotación de profesionales sin el

---

<sup>i</sup> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) administran el esquema de aseguramiento al Régimen Contributivo en Colombia; en la actualidad, hay 27 EPS, públicas y privadas (325).

<sup>ii</sup> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tienen como objeto social la prestación de servicios, se clasifican en públicas o privadas de acuerdo con su razón social y a los servicios ofertados (325).

<sup>iii</sup> La *carga laboral de enfermería* es definida como el producto de la media diaria de pacientes atendidos, según el grado de dependencia y el tipo de atención y el tiempo de asistencia prestada a cada paciente. (328).

debido entrenamiento entre una y otra unidad hospitalaria (328), lo cual compromete la seguridad del paciente con la ocurrencia de incidentes y eventos adversos como también la estabilidad, el bienestar de los enfermeros, quienes de manera constante experimentan angustia, ansiedad, irritabilidad, insatisfacción y estrés laboral (329). Lo anterior es evidente en el testimonio de Luther Christman: “[Cuando] usted está en su turno, te llaman para otro servicio, [porque] hay una incapacidad y tenés que ir a cubrir, entonces, se deja incompleto el personal [...] [Un enfermero], en un servicio que no maneja completamente, no rinde lo mismo y termina cansado y desmotivado” (p.25).

Esta situación en un país como Colombia, desde el punto de vista de los entrevistados, se ha complejizado aún más como producto del impacto producido por la actual pandemia por COVID-19. En un contexto marcado por el impacto económico y sociosanitario, la crisis sanitaria del 2020 dejó al descubierto las debilidades del SGSSS, donde el recurso humano es insuficiente para cumplir con las altas demandas en la atención a la población (330). Pedro Claver considera que incluso antes de la pandemia:

Siempre ha sido difícil el acceso a la salud en este país, acá no hay equidad en la atención, se presenta una vulneración de muchos derechos del paciente, con la corrupción, con la falta de dinero, ¿cierto? Hay cosas que usted realmente quisiera cambiar, te piden resultados sin mirar la evolución de los pacientes... te toca limitarte a trabajar con lo que te den (p.18).

De acuerdo con Espinosa et al. (326), dicha situación trae como consecuencia una pérdida de la autonomía en el ejercicio de la enfermería, puesto que el profesional queda supeditado a las demandas del sistema económico y, al estar alejado del sujeto de cuidado, no puede evidenciar el impacto real de sus intervenciones y de su acompañamiento. En otras palabras, sus responsabilidades terminan centradas en actividades dependientes de otras disciplinas, especialmente de la medicina, y su quehacer, en manos de personal técnico, con la intención de abaratar los costos del sistema de salud (296). Para Steve Miller, “la sobrecarga laboral y administrativa desdibujan el perfil del profesional de enfermería, porque el sistema de salud está ligando una cantidad de procesos de manera permanente, donde la enfermera siempre está liderando” (p.10), lo que implica un exceso de responsabilidades laborales.

Lo paradójico de todo este asunto es que el actual sistema de salud colombiano no brinda condiciones propicias para visibilizar ni destaca el trabajo de enfermería y, en este sentido, quienes se esfuerzan por proporcionar un cuidado directo y cumplir con el objeto de la profesión no logran un adecuado reconocimiento, especialmente en el contexto clínico (331).

El exceso de responsabilidades laborales obliga a delegar actividades al personal técnico, situación que, según Ortega y Jiménez (330), obedece a la baja aplicabilidad del conocimiento de enfermería, al poco uso del lenguaje estandarizado y a la pérdida del enfoque disciplinar, producto de la rutinización en la que caen muchos profesionales.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) resalta la importancia de diferenciar las funciones de la enfermería con las de otros profesionales sanitarios y reconocer que deben hacerse distinciones entre las categorías del personal de acuerdo con sus conocimientos, funciones, contextos laborales, responsabilidades y formación académica, de manera que permitan a los enfermeros cumplir con los cuatro deberes establecidos en su código deontológico: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, para cumplir con los propósitos de dignificar la vida, humanizar la prestación de los servicios y brindar un cuidado de calidad (331). En Colombia, la Ley 911 de 2004 es clara al decir que:

El profesional, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar puede delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar cuando de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupos de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

No obstante, como afirma Luther Christman, debido...

Al volumen de trabajo, a [las] listas de chequeo, escalas y mil cosas, a usted no le da tiempo de dedicarse al paciente. ¡Es horrible, es horrible! [suspira] (p.22). Las instituciones cuidan los costos, [creen] que la enfermera puede hacer todo, pero el tiempo laboral no le da. ¿Qué tiempo tiene para dedicarle a un paciente? (p.23-24)

Delegar funciones propias del profesional, en palabras de Edward LT Lyon, no solo tiene...

Implicaciones legales y algunas implicaciones éticas, [también] pienso que, como profesionales, estamos perdiendo [terreno] y eso va en detrimento de la profesión. A ver, como su nombre bien lo dice, es un personal auxiliar [hace énfasis en la última palabra], que puede apoyar en muchos aspectos; el auxiliar de enfermería fue formado tanto para el apoyo del profesional médico como del profesional de enfermería; sin embargo, hoy en día se le ha delegado demasiada actividad al auxiliar (p.9).

Algunos países establecen dentro de su legislación las funciones específicas entre un enfermero y el personal técnico; además, describen las tareas y prohibiciones, así como los requisitos para delegaciones. Tal es el caso de España, donde la disposición transitoria sexta de la Ley 55, estatuto de personal sanitario, especifica las actividades y procedimientos propios de ambos roles. En contraste, en Colombia, no está definido el quehacer de profesionales y técnicos ni los límites de la asunción de responsabilidades por parte de auxiliares de enfermería, lo cual, de acuerdo con Ortega y Jiménez (330), es “un eslabón necesario para fortalecer la enfermería en el país”.

Además de la influencia del SGSSS en el ejercicio del rol enfermero en Colombia, para Ernest Grant, las dificultades que enfrentan los profesionales de enfermería obedecen a que “lastimosamente en nuestro país, la enfermería es vista como profesión de segunda opción, o de segunda categoría, y no como la medicina. Eso también representa un problema [...]” (p.16).

En relación con lo anterior, a la luz de las apreciaciones de los participantes, se analizó *el poder hegemónico de la medicina* y la influencia de esta en la profesión de enfermería. Conforme a lo planteado por Peña (332), la sociedad reconoce y posiciona a la medicina como una disciplina que tiene el poder de decidir sobre la vida y la muerte de las personas, que enfermas, confían sus esperanzas en la ciencia y el arte del galeno. En la historia de la humanidad, ese poder de la medicina se trasladó hacia las enfermedades del cuerpo social, llevando a los médicos a participar activamente en los sucesos políticos, desde su rol como facultativos de grandes personalidades de la vida

pública, como monarcas, faraones, presidentes, artistas, políticos o protagonistas de hechos históricos, así como en políticas públicas de gran incidencia en la población.

Esta construcción social de la figura del médico, de hombres fuertes y sabios, tiene algo de mítico y a muchas personas les atrae (332). Por ejemplo, esto dijo el padre de Walt Whitman cuando su hijo le contó que había pasado a enfermería: “¡Ay, mijo! ¿Usted por qué no quiso estudiar mejor medicina? Mijo, estudie medicina, ya después usted se pasa pa’ ser médico, los médicos ganan más plata” (p.18).

Juan José Ortega, por su parte, expresa:

Si pudiera devolver el tiempo, ¿qué profesión elegiría? Y yo digo siempre “medicina” [hace una breve pausa], porque es una profesión donde yo también puedo cuidar del otro y donde sí hacen reconocimiento social al mérito que hacen los profesionales, mientras que en enfermería es como más complejo (p.3).

Por otro lado, Peña (332) sostiene que el prestigio de la medicina se refleja en el valor económico que se otorgan a los servicios ofrecidos por el galeno, en la épica del acto médico, que es transmitida por los medios de comunicación, por los pacientes atendidos diariamente o por la confianza que individuos pertenecientes a un grupo reconocido socialmente, con determinadas posibilidades económicas y cercano al poder depositan en las acciones del médico. Las más comunes son decidir quién está enfermo o no, otorgar licencias médicas, evaluaciones de incapacidad física o mental, emitir juicios para que se otorgue una pensión por invalidez, diligenciar certificados de nacimiento y de defunción, entre otras labores (332).

Al respecto, Juan José Ortega considera que, a nivel social, la medicina “Es más visible, uno ve, por ejemplo, en los medios de comunicación siempre se hace visible el papel de la medicina. Con este tema de la pandemia, siempre en los noticieros sale es un médico, con la cantidad de enfermeros epidemiólogos que tenemos” (p.13).

Xavier Irigibel (333) afirma que mientras la medicina ha tenido una evolución prestigiosa, la enfermería no ha tenido la misma suerte, pues ha sido un saber sometido, silencioso, escondido, olvidado y descalificado jerárquicamente en función de otro saber, posiblemente uno médico. Para Xavier, un saber silencioso es aquel que se traduce en una necesidad y dependencia o en una obligación de adquirir conocimiento de otras

disciplinas; un silencio que, en términos de evolución, influye en el anquilosamiento del conocimiento de enfermería, dado que el modelo biomédico positivista imperante alimenta un círculo vicioso de opresión hegemónica en el que pareciese estar históricamente inmersa la profesión enfermera. Camilo Lelis se refiere así sobre el asunto:

El rol del médico es más valorado que el rol del enfermero. [Pone su mano en el mentón]. Estudiar medicina genera reconocimiento, posiblemente se le da más valor a aquel que hace un diagnóstico o receta un medicamento que a aquel que lo administra y acompaña todo el proceso, ¿cierto? (p.9).

Para Casado (334), a pesar de que la enfermería ha logrado consolidarse como una profesión con un cuerpo de conocimientos propios, todavía se sigue esperando de los enfermeros obediencia, abnegación y entrega a otras disciplinas, especialmente a la medicina. Por ello, las relaciones dicotómicas continúan vigentes en la sociedad: médico/cura, enfermera/cuida, médico/poder, enfermera/sumisión; así, todo el poder de curación es otorgado al médico (335).

Este saber/poder en una sociedad como la actual resulta significativo, ya que la racionalidad médica tiene una función más “coherente”, en el sentido que es un saber que ha permitido optimizar las relaciones de poder (336), las cuales se hacen evidentes en las interacciones paternalistas de los médicos sobre los pacientes, las familias de estos e incluso sobre sus propios compañeros de trabajo. Este valor inequívoco de la importancia que le da la sociedad a la medicina también se recrea dentro de las instituciones de salud, ambientes de trabajo tensos, donde son evidentes las relaciones desiguales de poder; en consecuencia, los profesionales de enfermería generalmente son relegados a roles prescritos, sacrificados, altruistas y sumisos cultivados en entornos educativos y de práctica clínica (337).

Frente a lo que se viene discutiendo, Walt Whitman comparte una anécdota como estudiante, donde evidenció el maltrato por parte de un especialista hacia una de sus docentes:

Yo tengo unos recuerdos vivos de una profesora. Ella a mí me dio la práctica de cirugía; para mí, esa mujer es una tesa, es brillante, no es cualquier chimoltrufia

pegada de la pared [levanta las cejas] y llegaba un anestesiólogo con una actitud tan violenta contra ella y ella era callada, lo miraba y se iba. Eso a mí me parecía sorprendente, porque eso habla mucho de esa estructura que tenemos en nuestro oficio como tal, cuando se valida el abuso (p.13).

Para Ahmed (215), la identificación de un sentimiento de injusticia como en el caso expuesto por el participante anterior implica no solo la sensación de que las “acciones y omisiones pasadas” respecto a las mujeres han sido injustas, sino también la posibilidad de que las generaciones futuras sean críticas y generosas y transformen todas estas expresiones de vergüenza en orgullo. Para la autora, dar testimonio de la injusticia es una acción política, es una exigencia de una disculpa, que deja al descubierto la historia de la violencia en contra de otros a quienes se pretende visibilizar (338).

Por su parte, la enfermera y socióloga Afaf I. Meleis asegura que el silencio y la obediencia hacia la medicina ha sido internalizado por muchas mujeres dentro de la enfermería y pese a que, según la autora, los estudiantes del siglo XXI parecen estar preocupados por equilibrar los roles secundarios en sus vidas, prefieren volver a esa visión anterior de la profesión (339).

Con relación a las situaciones de “maltrato” de los profesionales de la medicina, Camilo Lelis afirma estar de acuerdo con la postura de una de sus colegas:

Yo, personalmente, comparto mucho la visión de una compañera de trabajo que, cuando hay algún doctor gritando o hay algún doctor por ahí maltratando a la gente, ella se acerca y le dice: ¡doctor! [cruza los brazos] y después el doctor llega y le dice “¡No, qué pena con ustedes, es que me sobresalté!”. Entonces, esta enfermera llega y le dice “¡Tranquilo, doctor, que a usted no es el que hay que regañar, sino a su mamá, porque si ella lo hubiera educado bien, usted no andaría por ahí gritando, ni maltratando a la gente!” (p.18).

Retomando los planteamientos de Ahmed, identificamos que la disculpa ofrecida por este médico adopta dos formas: la primera es que este acto puede expresar aquello por lo que realmente se pide perdón, delimitando la fuerza de la locución, dado que el sujeto reconoce una falla en el proceder; la segunda forma es que la disculpa podría



tomarse como evidencia de responsabilidad más que de sentimiento. La autora explica que una disculpa es efectiva cuando se reconocen las emociones del hablante, el cual debe sentirse apenado, si es que la disculpa busca ser sincera y reparadora, pues la falta de sinceridad sería una condición suficiente para una disculpa desafortunada (338); pero, lastimosamente, la actuación de la enfermera invalida la responsabilidad del galeno respecto a su mala actuación y culpabiliza a un tercero de su mala conducta, en este caso, a su madre.

Rojas (340), por su parte, reconoce que en los equipos de salud, existen obstáculos y disparidades en el ejercicio del poder y que, claramente, la posición de desventaja de la enfermería frente a otras disciplinas conlleva a los profesionales a adjudicarse responsabilidades que no le corresponden y que desdibujan su rol. Edward LT Lyon considera, que:

Tradicionalmente, la enfermera [es vista] como una madre [por] todo el personal que labora dentro de una institución de salud; la ven como la madre que corrige, que está en todo momento y dice: “¡venga, haz las cosas así!”, “¡hágalo así mejor, porque así le va a ir bien!” (p.8).

Sobre esto, autores como Restrepo (341) sostienen que, especialmente en el ámbito clínico-asistencial, la enfermería continúa desarrollando muchas actividades de “cenicienta” que no le corresponden, lo cual supone una dificultad para los profesionales a la hora de ejercer con legitimidad el rol para el cual fueron realmente formados.

Para Errasti et al., (342), pese a que la enfermería ha logrado consolidar un campo de conocimiento propio, la representación social de esta sigue relacionada con la idea de oficio, vocación y subordinación a la medicina (319). De este modo, uno de los roles que se ha perpetuado y con los que usualmente se identifica al profesional de enfermería es el de “ayudante del médico”. Estos autores aseguran que, lamentablemente, la sociedad en general desconoce la importancia del cuidado, no solo como razón de ser de la enfermería (342), sino como un bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades.

En definitiva, cuidar es un proceso de reconocimiento soportado en la valoración del otro y sus necesidades, que no solo son físicas o biológicas, sino psicológicas,

intersubjetivas y comunitarias; cuidar no es una tarea mecánica, es una experiencia humana entre dos o más seres que implica una valoración intersubjetiva (290).

A manera de cierre de los seis temas presentados anteriormente, resaltamos debido a la relevancia que cobró en los entrevistados los siguientes temas: a) el apoyo recibido especialmente por mujeres cercanas (madres, hermanas, amigas) al elegir la enfermería, b) la influencia de los docentes masculinos y el apoyo recibido según algunos participantes para continuar con su formación profesional, lo cual fue un aspecto positivo, c) la vigencia de estereotipos de género y sesgos frente al rol del enfermero que permanecen vigentes y que limitan el ingreso de los hombres a la profesión pues socialmente la enfermería continúa siendo vista como una carrera femenina, d) el escaso reconocimiento económico y social de la formación posgraduada y por último e) la influencia del sistema de salud colombiano que como se pudo apreciar no solo sobrecarga a los profesionales de enfermería de tareas, sino que desdibuja su rol.

## 11. Discusión

*“Uno construye pensamiento propio, lo fundamenta y se vuelve autor de su obra”.*

Gloria Molina

El objetivo de este estudio fue comprender el rol de los hombres en enfermería teniendo en cuenta su reconocimiento y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional. No obstante, durante la fase del trabajo de campo en la interacción con los participantes y a partir de los datos emergentes, fue posible establecer que el rol de los enfermeros está permeado por otros fenómenos sociales que complejizan su comprensión. En este sentido, con la intención de mostrar la interseccionalidad conceptual, se realizó un esquema que permite ver la conexión entre cada uno de los temas que fueron discutidos en este apartado, aclarando que en dicha figura no se trazaron líneas continuas sino punteadas, pues a partir de los datos obtenidos como producto de las entrevistas realizadas a los enfermeros, del análisis de éstos y la triangulación teórica llevada a cabo, fue posible establecer que existe un constante flujo de información entre cada uno de los conceptos emergentes (Ver figura 1).

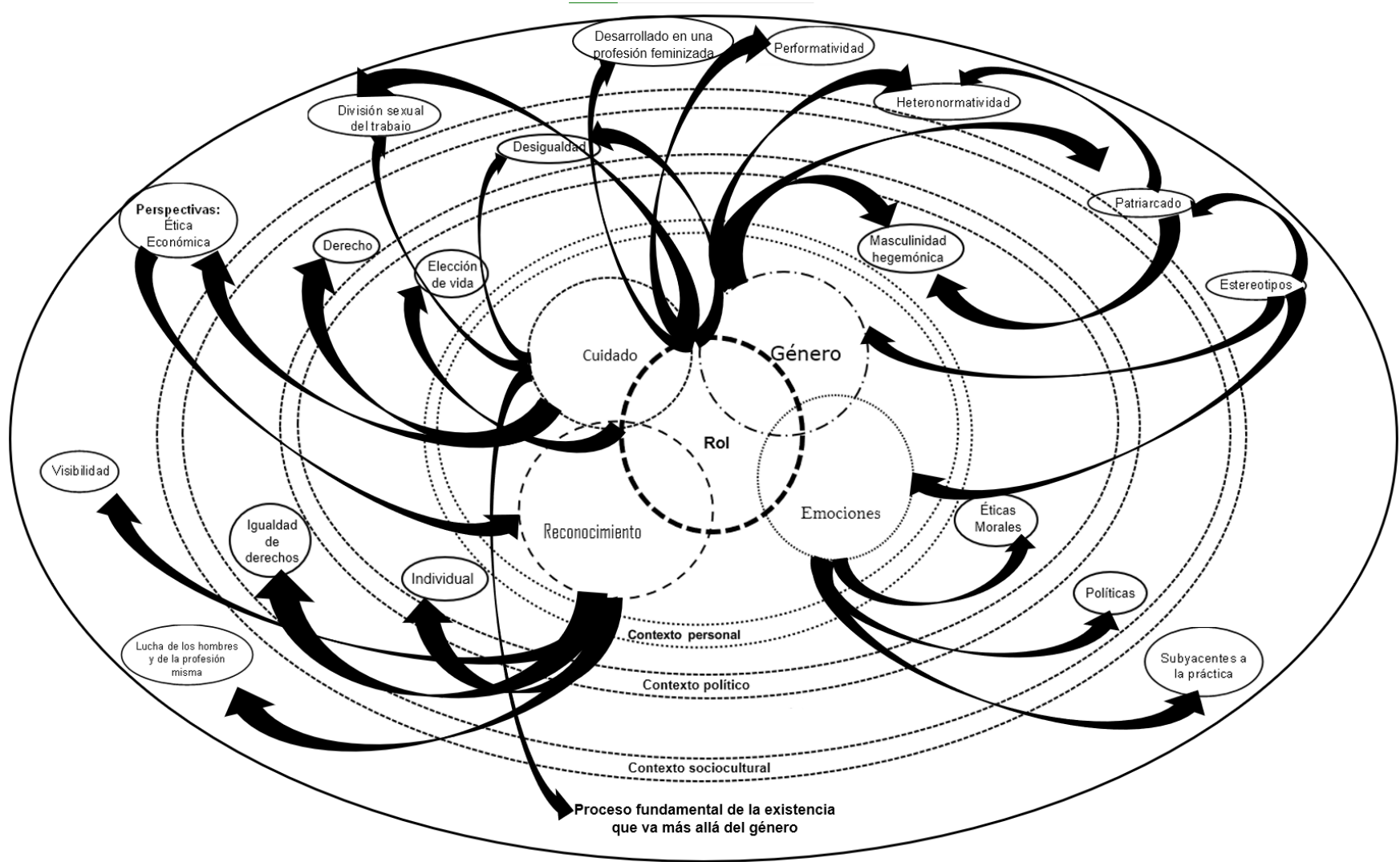


Figura 1. *Comprensión del rol de los hombres en enfermería desde una perspectiva de género masculino*  
 Fuente: elaboración propia.

La primera intersección examinada es el género, la masculinidad hegemónica, la heteronormatividad y los estereotipos de género. Comúnmente, el estudio del género se ha centrado en las mujeres, dejando de lado lo que sucede alrededor de los hombres (343), es por ello que en esta investigación fue abordada dicha categoría desde una perspectiva masculina.

En la historia de la humanidad, el género se ha determinado como una herencia de la cual no se puede escapar, pues negarla implica renunciar al reconocimiento de los demás, convertirse en sujetos “aislados” por el grupo social al que se pertenece, y en ocasiones ser menospreciados para preservar la “armonía y el orden social” (344). El género es una forma de ordenamiento de la práctica social que se refiere a los cuerpos de los sujetos, a sus actuaciones y a lo que éstos hacen en diferentes escenarios (345).

Desde los años setenta, el feminismo anglosajón impulsó el uso de la categoría género con la intención, no solo de diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología, sino interrogar la concepción popular de que los papeles para varones y mujeres, en los ámbitos públicos y privados, marcados desde el nacimiento (346). Tempranamente, los seres humanos son socializados para aprender a desempeñar y aceptar tareas que sean admitidas dentro de un orden social como *natural*, existiendo así, normas que prescriben los comportamientos aceptables para unas y otros, y mecanismos de sanción, para impedir que se produzcan *extravíos* en las conductas individuales (347).

Este discurso dialéctico y explicativo ha generado dos espacios opuestos, uno femenino frágil y subordinado, y otro, masculino visible y hegemónico de falsa superioridad sobre las mujeres. De este modo, *la masculinidad hegemónica* se ha construido tradicionalmente con una socialización del varón basada en la negación de la identificación con el otro cuerpo, es decir, oposición a la otredad, la parte de la dicotomía que no se ha de mezclar con el género opuesto; dicho de otra manera, “ser hombre significa no ser como las mujeres” (348).

Según el sociólogo australiano R.W. Connell (345), para abordar la masculinidad se han propuesto cuatro enfoques: a) *esencialista*, donde la masculinidad es comprendida

como la actividad en contraste con la pasividad femenina; b) *positivista*, que propone actividades clasificadas en “lo que hacen hombres y mujeres”; c) *normativa*, que trata de precisar los roles como normas sociales para el comportamiento de los hombres y las mujeres; y d) *semiótica*, que define la masculinidad, en término de *la no feminidad*.

Ahora bien, abordar la categoría género en una profesión como la enfermería, posibilita describir, analizar y reflexionar acerca de un rol que escapa a las lógicas patriarcales que suelen ubicar al varón como una figura de autoridad y poder hegemónico (349).

Problematizar el rol de los enfermeros a la luz de la *masculinidad hegemónica*, permite reconocer las tensiones y contradicciones a las que se exponen los hombres que eligen una carrera considerada femenina, dado que tienden a ser cuestionados en diferentes escenarios, principalmente, en la esfera familiar, donde, de manera temprana, son interpelados por sus pares masculinos (padres, hermanos), quienes suelen recomendar otras ocupaciones como la medicina, la ingeniería o el derecho, las cuales gozan de mayor reconocimiento y prestigio social.

En consonancia con lo anterior, de acuerdo con Cascales (348), es posible afirmar que, en el marco de la masculinidad hegemónica, para un hombre es más fácil hablar públicamente de proyectos en ámbitos profesionales como la arquitectura, la mecánica y la informática, así se desarrollen en escenarios laborales precarios. Este autor sostiene que, bajo estos marcos de superioridad y hegemonía, difícilmente un hombre expresa socialmente su inmersión en el espacio privado de las tareas domésticas, o su dedicación al cuidado de otros; esto sucede porque los hombres viven bajo el juicio constante de los otros hombres, quienes perciben, bajo concepciones populares, que los roles de protagonismo, de mando o supervisión, considerados “importantes”, son desempeñados casi exclusivamente por varones (350). Para Marqués (350), el sujeto a lo largo de su vida es informado acerca de su pertenencia a un prestigioso grupo o colectivo: el de los varones, y que al igual que sus colegas o congéneres (el Papa, Alejandro Magno, Julio César, James Bond) ostentará un cargo de poder, pues fue educado para ser jefe. No obstante, trabajos con esas características existen pocos y la mayoría de los hombres solo llegará a ocupar el rol de “jefe del hogar”. Para este autor, “ser varón obliga a ser importante”. Dicho de otra manera, la construcción social del varón viene ligada a la

noción de importancia dentro del sistema patriarcal, el cual ejerce una violencia simbólica y una presión social bajo la amenaza de expulsión de la categoría masculina (348).

En el marco de las observaciones anteriores, es importante discutir acerca de un tema emergente en este estudio: *la heteronormatividad y los estereotipos de género*. En este sentido, los enfermeros expresaron que, por el hecho de haber elegido una profesión que difiere de los roles tradicionales asignados a los varones dentro de las lógicas patriarcales, estos fueron interrogados en varios momentos de sus vidas, debido a una construcción cultural cimentada en las expectativas y creencias sobre las actividades, los rasgos, las características y atributos que se consideran supuestamente propios de los hombres (351).

Teniendo en cuenta lo anterior, para Martínez et al. (351) la masculinidad tradicional o hegemónica configura una subjetividad, una posición y una corporalidad que implica una homogeneización de la figura masculina, negando otras posibilidades de esta que no son legitimadas socialmente.

Según Esteban (352), la percepción cultural de profesión feminizada de la enfermería puede obedecer a varios asuntos, uno de ellos puede estar relacionado con el lugar que han ocupado los cuidados históricamente, proceso que comenzó a gestarse durante la transición del capitalismo liberal<sup>iii</sup> y que está vigente. Otros aspectos relacionados con la concepción popular de profesión feminizada, coinciden con las herencias<sup>iv</sup> recibidas por la enfermería, las cuales, de acuerdo con la historiadora Ana Luisa Velandia (354), han influido en la evolución de la misma, siendo precisamente la cuestión femenina la más significativa y que a su vez ha estado ligada a los valores de la religión católica, de ahí que las características femeninas tengan tanta relación con las que se esperan de una monja: sumisión, obediencia, abnegación, bondad, suavidad, sutileza, discreción, etc. Estas cualidades y valores, permanecen vigentes en el Código Deontológico de Enfermería (355), en la Ley 266 de 1996 (356), la cual reglamenta la

---

<sup>iii</sup> **Capitalismo liberal**, ideología que considera el lucro como motor esencial del progreso económico, y la propiedad privada como derecho absoluto, sin límites ni obligaciones sociales correspondientes. Esta doctrina económica, se basa en un estado mínimo no inversionista y el predominio de las empresas privadas, especialmente del empresario individual que compite con los demás en un mercado, obteniendo la asignación más eficiente de los recursos (353)

<sup>iv</sup> Dentro de los legados recibidos por la enfermería en sus orígenes a comienzos del siglo XX, se encuentran: la herencia religiosa, la femenina, la militar y las herencias étnicas o ancestrales (354).

profesión en Colombia y en la Política Nacional de Talento Humano en Salud (357). Estos documentos, aunque fueron elaborados recientemente, conservan el carácter de profesión feminizada, pues con frecuencia dentro de su estructura es empleada la palabra *enfermera*. Esta situación, podría ser considerada como un sesgo de género<sup>lv</sup>, pues se deja de lado a los hombres que ejercen la enfermería.

Del mismo modo, otro factor que influye en la concepción social de la enfermería como profesión feminizada es la representación sexista realizada por los medios de comunicación, los cuales proyectan estereotipos y sesgos negativos de la mujer enfermera, donde generalmente su imagen está marcada por la pasividad, la afectividad, la ternura y la falta de control (359). Para Domínguez, esta situación se agudiza aún más porque los medios masivos de comunicación no presentan la enfermería como una opción profesional válida y atractiva para los hombres, como sucede cuando se trata de personajes médicos, comúnmente representados como “hombres valientes que llevan a cabo complicadas cirugías”. Según este autor, en algunas series de televisión aún es cuestionada la elección del hombre por la enfermería, mediante ideas erróneas acerca de su masculinidad y su orientación sexual; su rol suele ser reducido a la comedia y, en el mejor de los casos, como un ayudante profesional del médico (360). Kluczynska (361) afirma que la enfermería no es una profesión neutra desde el punto de vista del género, pues está dominada por mujeres; esta situación no solo impide el acceso de los hombres a esta carrera, sino que complejiza la definición de masculinidad bajo los mandatos hegemónicos.

Al igual que en el presente estudio, investigadores como O'Lynn et al.(131) encontraron que los hombres al elegir la enfermería como opción profesional, se enfrentan a opiniones contradictorias por parte de personas cercanas, quienes aprueban o rechazan su decisión. Comparativamente, Solera y Sancho (362) manifiestan que la familia influye considerablemente en la elección de la enfermería, especialmente a favor del sexo femenino. Esta postura, sin embargo, podría decirse que es sesgada, pues la elección de la enfermería no está mediada por el género, sino un deseo de querer servir a los demás. De acuerdo con Torres y Ruiz (363), la motivación para el cuidado, no solo

---

<sup>lv</sup> El **sesgo de género** se refiere a la omisión que se hace tradicionalmente al conceptualizar categorías como mujeres y hombres, y las relaciones de género en un determinado objeto de estudio o problemática (358).



profesional, está relacionado con el amor, el cariño, la compasión y la justicia que experimenta aquel que decide realizar tal labor, aunque también es cierto que se cuida por interés, necesidad o, como fue el caso de algunos entrevistados, por el hecho de no conseguir ingresar a la carrera deseada, como medicina.

Para explicar este interés profesional por la medicina, es importante ubicar esta profesión dentro del contexto epistemológico que supuso la Ilustración<sup>lvi</sup>. En el siglo XVIII, los profesionales de la medicina se aseguraron el monopolio de la salud y a medicalizar la sociedad, hecho que implicó la profesionalización de este campo, una jerarquización social, étnica y sexual, pues los médicos ocuparon y siguen ostentando un lugar social de prestigio (334); mientras que la enfermería, por su parte, ha estado a la sombra de esta profesión, pese a sus considerables avances científicos en las últimas décadas. Así pues, algunos de los participantes afirmaron que buscaron como primera opción laboral la medicina, no solo por el reconocimiento social, visibilidad y prestigio, sino por la búsqueda de mejores ingresos económicos.

Las consideraciones anteriores conducen a la discusión de una *segunda intersección*, la cual tiene como categoría de análisis central el *rol* de los hombres enfermeros, como se puede apreciar en la gráfica inicial. Teniendo en cuenta los relatos de los participantes y el análisis posterior de los hallazgos de esta investigación, fue posible determinar que el rol de los profesionales está permeado por problemáticas sociales, culturales, económicas y de género, lo que se evidencia en la siguiente intersección en que confluyen *el rol, la desigualdad, la división sexual del trabajo, el rol del enfermero en una profesión feminizada y la performatividad*.

Como vimos en los fundamentos teóricos, Erving Goffman (365) define el *rol* como un conjunto de actividades designadas a los individuos en la sociedad, el cual se configura a partir de derechos y deberes atribuidos a una posición y a un *estatus*<sup>lvii</sup> dado. Además, añade que un rol social implica la actuación de uno o más papeles, y que cada

---

<sup>lvi</sup> La **Ilustración** fue un movimiento cultural e intelectual que nació a mediados del siglo XVIII y duró hasta los primeros años del siglo XIX. Se denominó de esta manera, pues la finalidad de éste era combatir la ignorancia de la humanidad mediante las luces del conocimiento y la razón (23). Para Kant, la Ilustración es la liberación del hombre de su culpable incapacidad. La incapacidad significa la imposibilidad de servirse de su inteligencia sin la guía de otro: ¡*Sapere aude!* ¡Ten el valor de servirte de tu propia razón! Este es el lema de la Ilustración (364).

<sup>lvii</sup> **Estatus**, posición que una persona ocupa en la sociedad o dentro de un grupo social (366).

una de las diferentes representaciones puede ser ejecutada por el actor en distintos escenarios. Esta propuesta de Goffman puede ser complementada con la conceptualización sobre el rol de Callista Roy (8), quien clasifica los roles en primarios, secundarios y terciarios, los cuales se entrelazan y no pueden ser desligados dado que están conectados con las etapas de desarrollo en la que se encuentra el sujeto. De este modo, a nivel social, en virtud del género, la edad, la posición económica y otras variables, se espera de los individuos ciertos comportamientos y actitudes que, habitualmente, conducen a estereotipos.

De manera particular, en este estudio, fue posible establecer que, en la cotidianidad, los enfermeros asumen diferentes papeles para cumplir con las expectativas sociales de su rol secundario. Esto se debe, según Goffman, a que los individuos en cada papel desempeñado, de manera implícita, aspiran a que sus observadores tomen en serio su rol y la impresión promovida ante ellos, es decir, se les solicita que crean en las capacidades y atributos del sujeto para cumplir de manera satisfactoria la tarea desempeñada en beneficio de otros (365).

Es importante señalar que el rol no solo es un constructo social, sino que hace parte de nuestra personalidad, de nuestra naturaleza; dicho de otro modo, lo que somos va ligado a la representación del rol elegido. Unido a lo anterior, Goffman señala que, para cumplir con las expectativas sociales respecto al rol, los sujetos hacen uso de un recurso, denominado por este sociólogo como fachada, entendiéndose éste como la dotación intencional o inconsciente del individuo durante su actuación. Como parte de la fachada personal se puede incluir las insignias del cargo o rango, la edad, las pautas de lenguaje, las expresiones faciales, los gestos, los estímulos y las emociones subyacentes, entre otros (122).

La fachada personal está dividida entre apariencia (*appearance*) y modales (*manner*). La apariencia se refiere a los estímulos que informan acerca del estatus social del actuante, mientras que los modales son aquellas respuestas generadas por los estímulos externos y que advierten acerca del rol de interacción que el actor esperará desempeñar en la situación que se avecina. Es así como modales agresivos, arrogantes, desafiantes, entre otros, dan la impresión de que el individuo al iniciar la interacción con los demás, va orientar su actuación de esta forma, puesto que generalmente se espera

una coherencia entre medio, apariencia y modales (122). Retomando los planteamientos de Roy, podría decirse que el uso de la fachada, por parte de los sujetos, podría explicarse a partir de las expectativas frente al rol, las cuales de no cumplirse pueden generar, según la autora, conflicto de roles, debido a las perspectivas sostenidas por el individuo (conflicto intra-rol) o por otros (conflicto de interrogación) (8).

Ahora bien, teniendo en cuenta la concepción social que se tiene de la profesión en términos de la coherencia, es posible afirmar que socialmente se espera de los enfermeros, según uno de los entrevistados, que “*sean femeninos*” en el ejercicio de su rol, debido a las características de género otorgadas a la enfermería (367). No obstante, esta concepción, de acuerdo con Smith et al. (368), ya no es aplicable en la época contemporánea, pues está demostrado que los hombres están igualmente cualificados para cuidar que las mujeres; de hecho, son necesarios para contrarrestar la actual crisis de cuidado a la que nos enfrentamos a nivel mundial, que tiende a complejizarse aún más con el envejecimiento de la población, lo cual demanda asistencia en salud y en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)<sup>lviii</sup>. Lo anterior es consecuencia del crecimiento cada vez menor de la población, resultante principalmente de la caída de la fecundidad y de saldos migratorios negativos<sup>lix</sup> en muchos países en desarrollo como Venezuela o Uruguay (371,372).

Para los autores antes mencionados, el cuidado es un concepto complejo y no hay reglas que dicten qué sexo está mejor capacitado para cuidar o sentir compasión. Estos planteamientos coinciden con los de Arif y Khokhar (373), para quienes los estereotipos y las concepciones tradicionales basadas en el género no solo afectan a los hombres, también impiden el avance mismo de la profesión, y en este sentido, estos investigadores afirman que es necesario trabajar desde la academia por una mayor vinculación de enfermeros, de manera que puedan representar un papel positivo que contribuya a la diversidad profesional.

---

<sup>lviii</sup> Las **AIVD**, son tareas básicas como hacer compras, administrar medicinas, utilizar medios de transporte, usar el teléfono, realizar trabajos domésticos entre otras actividades cotidianas (369).

<sup>lix</sup> Se conoce como **saldo migratorio** a la diferencia existente entre la emigración y la inmigración en una cierta región, es positivo cuando revela que el ingreso de población superó el egreso de población, y negativo cuando la cantidad de gente que se marchó de un país es superior a la cantidad que ingresó (370).

Hechas las consideraciones anteriores, es preciso mencionar que, si bien en las últimas décadas el ingreso de los hombres a la enfermería es mayor, todavía es una profesión predominantemente femenina y el número de varones dentro de la misma, según lo expresan Appiah et al. (374), es “insignificante”, comparado con el número de mujeres que se dedican a esta carrera. Esta situación podría explicarse desde un enfoque de género en las *desigualdades* existentes en el cuidado profesional, el cual es otorgado por instituciones de carácter público o privado, con la finalidad de prestar servicios a personas con algún grado de dependencia. Dentro de este sistema, el acto de cuidar exige del rol profesional un profundo conocimiento en diferentes aspectos (fisiológico, psicológico, social, espiritual, etc.) de la persona a la que se cuida. Sin embargo, entre los profesionales de la medicina y de la enfermería se presenta una de las grandes inequidades del sistema de cuidados formal, pues pese a que ambas profesiones son importantes, dado que contribuyen al bienestar humano, socialmente la medicina continua siendo una disciplina de mayor reconocimiento social y estatus económico que la enfermería (375).

Igualmente se puede señalar, unido a lo anterior, que otros ejemplos que ilustran la discriminación social hacia hombres que deciden ejercer enfermería, son las constantes explicaciones a los cuestionamientos realizados en diferentes escenarios (familiar, académico, social, laboral, etc.) por optar por esta elección profesional, pues supuestamente un hombre no posee aquellas cualidades que se consideran femeninas y que acompañan al cuidado como son la cordialidad, la generosidad, la dulzura, la compasión, entre otras. Esta actitud social deja en entredicho la masculinidad del enfermero y alimenta aún más el prejuicio de que el hombre que asume una profesión “de mujeres”, según uno de los participantes de este estudio, “es el marica, es el gay”.

Asimismo, otro aspecto que genera desigualdad para los enfermeros en el ejercicio de su rol, es la capacidad de cuidar, pues expresiones tales como “¡los hombres no sirven pa’ esto!, o ¡cuidar es cosa de mujeres!”, fomentan, según Vargas (376), el machismo, y cuestiona la capacidad empática de los hombres, reforzando los estereotipos afectivos en torno al género.

En este mismo sentido, otro aspecto analizado dentro de los resultados de esta investigación es que, si bien los hombres en enfermería están explorando otros

escenarios laborales, todavía persiste una *división sexual del trabajo*, es decir, dentro de la profesión existen áreas laborales para mujeres y para hombres. Lo anterior es similar a los resultados del estudio de Mao et al. (377); estos investigadores sostienen que generalmente los hombres prefieren servicios de urgencias, cirugía, UCI y unidades de hemodiálisis, debido a la alta exigencia, la complejidad tecnológica de dichas áreas y a la alta empleabilidad (375).

En este mismo orden y dirección, los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado en la literatura a nivel mundial, pues según los entrevistados, los hombres deciden apartarse de áreas laborales como pediatría, obstetricia y ginecología, con la intención de distanciarse de lo que algunos han nombrado "*cuidado tradicional*", pero también como señalan investigadores como Smith et al. (368), porque además de ser necesaria una "mayor sensibilidad" para el cuidado, los hombres experimentan mayores obstáculos en el desempeño de su rol. Ejemplo de lo anterior, es la escasa aceptación por parte de pacientes femeninas mayores, especialmente al momento de requerir cuidados íntimos. De manera similar, los autores en mención encontraron que los enfermeros a la hora de brindar cuidados a este grupo de pacientes utilizan diferentes estrategias, como el apoyo de un tercero, no solo para evitar ser señalados, según estos investigadores de acoso sexual, sino también porque los pacientes experimentan una mayor comodidad al ser cuidados por alguien de su mismo sexo.

Esta situación, de acuerdo con Chan et al.(367), puede afectar significativamente la percepción positiva de los enfermeros hacia sí mismos, al sentirse rechazados, especialmente aquellos que se encuentran en etapas de formación. Según lo discutido en los planteamientos teóricos de Honneth, es posible afirmar que, para un individuo, el hecho de no saberse reconocido en una esfera social genera una especie de "huevo psicológico", que puede propiciar una pugna o lucha por el reconocimiento (378), tema que fue abordado en la cuarta intersección.

Finalmente, en la segunda intersección, se discutió el tema *el rol del enfermero en una profesión feminizada y la performatividad*. Este aspecto, se considera relevante dentro de los hallazgos de esta investigación, si se tienen en cuenta categorías como el género, el cual, de acuerdo con Judith Butler, se presenta como una construcción social compleja que puede tener fines culturalmente conservadores y excluyentes, que

ocasionan divisiones entre los sujetos (379), basados en una serie de inferencias culturales, frente a la forma de pensar, de vestir, de actuar y de ser de los sujetos (380).

Para Butler, las fábulas de género soportan y divulgan los supuestos hechos naturales, asociados con éste como son razón/masculinidad, cuidado/feminidad (381). Estas relaciones dicotómicas poco se cuestionan, lo que hace que se aborde el género en una forma rígida y desigual, generando prácticas de dominación y exclusión social.

Los resultados de este estudio demuestran, sin embargo, que los roles en los ámbitos laborales son cambiantes, performativos<sup>lx</sup> y que escapan a los determinismos sociales que niegan la posibilidad, en palabras de Butler, que el agente actúe y cambie (381). En el caso de los enfermeros entrevistados, su rol dentro de esta profesión feminizada, evidencia que éste puede transformarse de acuerdo con las condiciones sociales o los requerimientos del cuidado en la actualidad por parte de la sociedad.

Ahora bien, después de haber identificado en este estudio una conexión entre género, masculinidad hegemónica<sup>lxi</sup>, cuidado y rol, en *la tercera intersección* fueron abordadas las vivencias emocionales de los enfermeros en términos éticos, morales y políticos, pues al igual que otras tantas expresiones humanas, las emociones adquieren un carácter universal, no son excluyentes, no están marcadas por la etnia, la posición económica o el género. En palabras de Fransesc Torralba<sup>lxii</sup> los seres humanos somos emocionales por naturaleza, capaces de enamorarnos, odiar, amar y compartir (383). En este mismo sentido, para Ahmed (5) las emociones se construyen socialmente en interacción con otros, permitiendo moldear las superficies de los cuerpos individuales y colectivos.

A pesar de la aceptabilidad de la importancia vital y social de las emociones, de acuerdo con Villamil (384), existen diferentes *modelos teóricos*<sup>lxiii</sup> sobre éstas, que buscan

---

<sup>lx</sup> Barquet et al (1), siguiendo a Butler, comprenden la **performatividad** como la capacidad que acción o agencia que poseen los sujetos en sus dimensiones sociales, psíquicas, corporales y temporales, para producir cambios dentro de un marco normativo.

<sup>lxi</sup> Uno de los atributos de la **masculinidad hegemónica** es la racionalidad frente a la emocionalidad, que queda asociada con lo femenino del ser humano (382).

<sup>lxii</sup> **Fransesc Torralba Roselló**, Doctor en Filosofía por la Universidad de Barcelona y Doctor en Teología por la Universidad de Catalunya. Profesor titular de Filosofía en la Universidad Ramón Llull y miembro investigador del Instituto Borja de Bioética (383).

<sup>lxiii</sup> Los modelos teóricos más relevantes sobre las emociones son: a) las **emociones como sentimientos fisiológicos**, relacionadas con cambios o trastornos corporales, reguladas por procesos hormonales y

comprender el sentido y las motivaciones de nuestras acciones tanto en la vida personal como interpersonal. Para este, es usual que las emociones sean consideradas modos de comportamientos vacíos, irracionales o faltos de inteligencia que no aportan unas bases sólidas a la ética.

No obstante, la experiencia emocional no surge a partir de las reflexiones o planteamientos teóricos, las emociones emergen en la cotidianidad, a través de nuestras propias vivencias, en las relaciones cotidianas con las de personas amadas, en los sucesos significativos de la vida o a través de experiencias de cuidado como en el caso de los participantes de este estudio.

En investigaciones relacionadas con las representaciones sociales y la experiencia emocional (384), se ha documentado que ésta última, además de ser adaptativa para el cumplimiento exitoso de los roles de género, está integrada a una multiplicidad de aspectos que incluyen el temperamento y factores de socialización, que difieren para cada género, evidenciando discursos estereotipados sobre el ser hombre y el ser mujer. En el caso de los varones, la emoción está relacionada con la razón o manifestaciones de fuerza, coraje y agresividad; una demostración contraria a estas expresiones es considerada como ‘no masculina’ (385).

En consonancia con lo anterior, según Victoria Camps<sup>lxiv</sup>, los teóricos contemporáneos procuran *resarcir* la habitual inclinación de separar las emociones de la razón; para esta autora, lo contrario a lo emocional no es lo racional, sino más bien la incapacidad para sentirse conmovido frente a determinado acontecimiento: la pérdida de un ser querido, un proceso patológico, una masacre, una catástrofe natural, etc. (387).

---

químicos a nivel orgánico. Para Descartes, las emociones son b) **fuerzas mecánicas** que están relacionadas con la presión, el movimiento y otras fuerzas que ejercen roles fundamentales, por ejemplo: “estoy que estallo de la ira”. Para este modelo, las emociones son impulsos que liberan, descargan ideas o pulsiones (catarsis). Para el modelo de las c) **experiencias inefables**, las emociones son consideradas eventos privados o internos que nunca podremos evaluar ni conocer. Mientras que para las teorías del d) **sentimiento psicológico** las experiencias emocionales desbordan el esquema trazado por las teorías fisiológicas y afirman que el sentimiento corporal no captura todo el carácter de las emociones. Finalmente, para el modelo de e) **las teorías evaluativas** hacen énfasis en el componente cognitivo de la experiencia emocional (384).

<sup>lxiv</sup> **Victoria Camps** es filósofa española, nacida en Barcelona (1941), especialista en filosofía moral y política, doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona. Su obra está cimentada en las investigaciones de ética teórica y sus aplicaciones prácticas. Ganó el premio Nacional de Ensayo por la obra *El gobierno de las emociones*, Barcelona 2012 (386).

En los diálogos sostenidos con los participantes de este estudio, pudimos apreciar que existe una dificultad en la expresión emocional, pues desde los mandatos de la masculinidad hegemónica, según uno de los participantes, “*esa postura del hombre fuerte, es muy difícil manejarla porque uno sufre [...], uno se angustia*”.

Apoyados en Camps (387), es posible afirmar que el aprendizaje emocional de los seres humanos se nutre de prejuicios xenófobos, racistas, sexistas o machistas, que favorecen expresiones emocionales como el odio y el desprecio. Sin embargo, dentro el cultivo de las emociones, los seres humanos experimentan sensaciones que contrarrestan estos ‘círculos de odio’ a través de emociones éticas<sup>lxv</sup> como la empatía, la solidaridad y la compasión (389); esta última, según Torralba, es una de las formas más gratas y bellas por las cuales los seres humanos dan sentido a la existencia, dotándola de una plenitud social y vital (390).

En consideración con los aspectos que se vienen discutiendo, para el antropólogo Ritxar Bacete<sup>lxvi</sup> (391), es necesario que los hombres expresen abiertamente sus emociones, que se liberen de esas atadura propias de la masculinidad dominante que les impide manifestar abiertamente lo que sienten y piensan en términos emocionales. Para este autor, ser hombre o mujer es una invención humana, una construcción y no un destino fundamentado en valores perennes o inmodificables, lo que implica que pueden transformarse. Al respecto, uno de los enfermeros expresó que “*si [ve] a una familia llorando, no [tiene] problema en llorar*”.

En este punto, teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, es posible afirmar que una *ética de las emociones* se nutre de la otredad, que es originada en el sujeto, pero que se entiende a partir de una remisión a los demás, mostrándose en dos planos: lo social y lo personal. Para uno de los enfermeros, “*pensar que podía ayudar a otra persona [...], siempre [lo ha] motivado*”.

---

<sup>lxv</sup> Para las teorías contemporáneas sobre la ética, ésta se ocupa de examinar los múltiples *ethos* o caracteres morales de las personas y las sociedades, trata de explicar las diferencias, los acuerdos y desacuerdos respecto a las reacciones evaluativas y juicios que se generen en las relaciones interpersonales. Dicho de otro modo, las emociones no son puros hechos psicológicos, sino vínculos reales con el mundo (388).

<sup>lxvi</sup> **Ritxar Bacete** es investigador y escritor español, especialista en género, masculinidades, feminismo, políticas de igualdad, paternidad positiva y economía del desarrollo (391).



En consonancia con todo lo expuesto, para Villamil el hecho de que las emociones tengan que ver con la ética, le otorgan a ésta una mayor relevancia (384), pues dotan de sentido el mundo personal y comunitario. Camps (387), por su parte, aclara que si se habla de ética, es porque las *emociones son gobernables, se pueden educar*. Dicho de otro modo, no somos solo intelecto, no somos solo razón, y lo que nos propone la ética es usar nuestros sentimientos de una manera adecuada dependiendo de cada situación. De ahí que una ética que busque la integridad y la realización de ideales de vida buena debe referirse a las experiencias emocionales, pues la moral trata primero de emociones, así luego tenga que expresarse en normas, principios, juicios y leyes. Para ilustrar esto, nos valemos de las palabras de uno de los enfermeros quien considera importante “*aportar un granito de arena para que este mundo mejore*”.

Unido a lo anterior, apoyados en los planteamientos de Olga Hansberg<sup>lxvii</sup>, del conjunto de emociones identificadas en los enfermeros y que subyacen en el ejercicio del rol, discutiremos un subgrupo que la autora denomina *emociones morales*; éstas se soportan en un conjunto complejo de conceptos, creencias y deseos que guardan relación con la moralidad, y que se expresan en indignación, culpa, remordimiento y vergüenza (220).

Este tipo de emociones tienen como fuente principal el bienestar, el respeto y una preocupación por la calidez de las relaciones humanas (393). Para Hansberg, la indignación pertenece a un tipo de sentimientos reactivos ‘morales’ que denotan enojo o enfado (220). En la cotidianidad, es posible sentir indignación ante hechos ‘comunes’ que podrían generar molestia en cualquier persona, por ejemplo, actitudes negativas, apreciaciones y comentarios descalificantes por parte de otros que devalúan nuestros gustos, elecciones, opiniones, etc. Un ejemplo de esto fue el comentario que recibió uno de los enfermeros entrevistados por parte de un docente frente a la elección profesional: “como una persona teniendo oportunidad de estudiar cosas importantes había escogido limpiar culos”.

De acuerdo con la autora en mención, la indignación solo es posible en situaciones morales en la que el individuo cree que ha sido lastimado, irrespetado u ofendido por otro,

---

<sup>lxvii</sup> **Olga Elizabeth Hansberg Torres**, Doctora en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Sus principales líneas de investigación se ubican en los campos de la filosofía del lenguaje y de la mente (392).

tal y como le sucedió a este enfermero. Ligada a la indignación, suele estar presente el resentimiento, emoción que aparece cuando se quiere responsabilizar a otro por una actitud o acción que lesiona o se considera negativa (ofensiva, dañina, indiferente, etc.), y que se manifiesta, en el sujeto ofendido, a través de comportamientos hostiles, mala voluntad o indiferencia. Uno de los entrevistados expresa ese malestar de la siguiente manera: “[ella es] una persona muy retrógrada, esa señora fue muy violenta conmigo, muy maltratadora”. En este caso, el enfermero responsabilizó del maltrato a la docente, que dejó en él huellas duraderas en su formación profesional.

Otra emoción que usualmente se considera como moral, es la vergüenza. Ésta es una emoción que permite la autoevaluación, según Hansberg. La persona avergonzada se siente expuesta a la mirada de los otros, se ve a sí mismo como un objeto de observación y se juzga desfavorablemente (220). En palabras de uno de los entrevistados: “doy con un compañero que intelectualmente es muy teso, entonces era mi punto de comparación [...] el quedado, el brutico [...] y el inteligente”. En esta frase es posible reconocer que este enfermero, comparativamente, se consideraba inferior en términos cognitivos respecto a su par, ubicándose a sí mismo en una posición de desventaja, equívoca, disminuida. Esta apreciación negativa, según la autora en mención, conduce a una disminución del autorrespeto y la autoestima. Atendiendo tanto al testimonio del participante, como a lo planteado por la autora, es posible afirmar que la vergüenza aparece cuando están en juego una serie de exigencias sociales acerca de cómo ser, cómo comportarnos y las capacidades que deberíamos poseer.

Además de las emociones descritas anteriormente, fue posible identificar el remordimiento en los relatos de los participantes. Esta emoción puede entenderse en dos sentidos: uno siente remordimiento de haber hecho algo que se considera moralmente malo, o uno puede arrepentirse de no haber asistido a una fiesta, de no terminar un trabajo a tiempo, o no realizar cierta actividad por cumplir una norma, etc. Un ejemplo que ilustra lo anterior, está relacionado con el hecho de que uno de los enfermeros negara a su padre la posibilidad de ingerir agua en su lecho de muerte. Este hombre, luego de esta pérdida, y ante el remordimiento vivenciado por este hecho, modificó su práctica profesional, puesto que cuando un paciente manifiesta sed, él busca “*la manera de darle agua, [...].*”

De acuerdo con Hansberg, el remordimiento es una emoción necesariamente moral, pues quien la experimenta desearía de ser posible deshacer la acción, por tanto, en el caso del enfermero visto anteriormente, éste trata de reparar o compensar lo que sucedió con su padre, calmando la sed de cada persona a la que tiene la oportunidad de brindar cuidados.

Las emociones éticas o morales pueden transformarse en *emociones políticas*, permitiendo así que profundos afectos personales se reflejen en acciones colectivas. Por ejemplo, la indignación de uno o más seres humanos ante hechos injustos, puede desencadenar expresiones colectivas de solidaridad o cooperación. Es decir, los sentimientos en sí subjetivos, tienen la capacidad de impactar en el espacio público cuando se expresan las vivencias compartidas que dotan de sentido los objetivos comunes (394).

De acuerdo con Martha Nussbaum (395), todas las sociedades están permeadas por emociones públicas, a menudo intensas, las cuales tienen objetivos o compromisos comunes, por ejemplo, la inclusión, la igualdad o la mitigación del sufrimiento. No obstante, la autora aclara que la lucha por alcanzar esos objetivos se puede ‘descarrilar’, introduciendo o reforzando divisiones jerárquicas y diversas formas de violencia.

Particularmente dentro de los resultados de este estudio, fue posible identificar ciertas emociones que generan inconformidad en los enfermeros entrevistados, por ejemplo: escaso reconocimiento social, precarización económica, sobrecarga laboral y bajos salarios en comparación con la formación avanzada (311). Uno de los enfermeros ilustró lo antes descrito en la siguiente frase: “yo hice una maestría [y] me subieron el sueldo trescientos mil pesos”. Desde los planteamientos de Nussbaum, es posible afirmar que la emoción percibida en el relato de este participante tiene un contenido evaluativo, que le permite expresar su opinión y analizar situaciones donde se aspira, en palabras de la autora, a ‘un ideal de justicia’.

Frente a los asuntos antes discutidos, para el experto disciplinar consultado en la estrategia de triangulación teórica, si bien es cierto que “[existe] poco reconocimiento de la labor de enfermería” actualmente, también es indiscutible la “falta de empoderamiento político de las enfermeras y de los enfermeros”. Desde la perspectiva de Camps, y según los hallazgos de este estudio, es posible mencionar varios aspectos: primero que el

lenguaje emocional no solo es importante para la ética, lo es también para la política, puesto que sin esa capacidad emotiva la política ni convence ni conmueve, pero no se trata de imprimirle una ‘pasión pura y desbocada’ al discurso, como señala la autora, se trata de dotarlo de una razón, de un magnetismo que permita atraer a las personas hacia las causas que merecen atención y un mínimo entusiasmo colectivo (394).

Para uno de los entrevistados, como colectivo “a nosotros nos falta agremiarnos más”, y en este sentido es indispensable la vinculación por parte de los profesionales de enfermería a las asociaciones gremiales existentes en el país, pues tal y como lo indicó otro de los participantes la gran mayoría de enfermeras(os) “no hacen parte de ellas”.

Asimismo, en el análisis de las emociones políticas, en esta investigación se identificó que algunos de los entrevistados pasan de expresar emociones individuales de indignación en su práctica profesional a una búsqueda del reconocimiento personal en pro del mejoramiento de sus necesidades particulares al interior del ejercicio profesional (por ejemplo, ante prácticas de exclusión en los distintos lugares donde desempeñan su rol). Según el experto consultado, los hombres al ser minoría dentro de la enfermería son marginados por las mujeres quienes “en una defensa férrea y ese temor a soltar aquello que pueden controlar [...] limitan el crecimiento [de estos] dentro de la profesión, sobre todo en escenarios políticos”.

Para Nussbaum, la mayoría de las personas tiende a *la estrechez* en cuanto al alcance de su ‘simpatía’ se refiere, como sucede cuando los sujetos se recluyen en proyectos individuales y se olvidan de las necesidades de quienes se sitúan fuera de su pequeño círculo (395); en palabras de uno de los enfermeros, como colectivo “estamos separados, y al estar separados no podemos impactar en la sociedad”. Atendiendo a las opiniones de los entrevistados, es importante resaltar las emociones que tienen como objeto el cambio, el progreso y el reconocimiento social de la profesión, de manera que se conviertan en un medio para conseguir que los profesionales de enfermería, “transformen el rol hacia una perspectiva más amplia, desde la equidad, independiente del género” y se comprometan al logro de metas comunes.

Dadas las condiciones que anteceden, en una *cuarta intersección* se discutió el *reconocimiento*, concepto que, de acuerdo con Fraser (396), denota una relación recíproca intersubjetiva que permite la autorrealización y la buena vida de los seres

humanos. Apoyados en esta definición, es posible determinar en los relatos de los participantes, las luchas individuales de los enfermeros por el reconocimiento en diferentes esferas (familiar, académica, laboral). Para algunos, esto ha significado, según uno de los participantes, “gozo y satisfacción”; para otros, en cambio, este reconocimiento, en palabras de uno de los entrevistados, “incomodidad”.

Para explicar con mayor claridad estos asuntos, y otros mencionados a lo largo de este apartado, se utilizó como soporte teórico, el debate político-filosófico entre Honneth y Fraser *¿Redistribución o reconocimiento?*, principalmente en tres planteamientos de esta última pensadora feminista: a) la dominación cultural, que se refleja en patrones de interpretación y comunicación a nivel social que suelen identificar el cuidado como una actividad exclusivamente femenina y que se resumen en frases como “los hombres no sirven pa’esto”, b) no reconocimiento; invisibilización de los participantes en espacios académicos y laborales, que se refleja en expresiones de algunas docentes como “ya las calificué a todas”, c) falta de respeto; ser menospreciado en representaciones públicas estereotipadas o en las interacciones cotidianas. Según la autora, el reconocimiento erróneo puede afectar la autoidentidad y la autorrealización de quien se ve expuesto a tales situaciones (396), además de generar heridas silenciadas que no llegan a expresarse abiertamente en un “espacio hegemónico” (397).

Por otra parte, a partir de los relatos de los entrevistados fue posible establecer que no solo los hombres luchan por ser reconocidos dentro de su campo disciplinar, la enfermería como profesión también continúa luchando por mayor visibilidad y posicionamiento social, pues tal y como lo afirma Emilia Saporiti<sup>lxviii</sup>, existe una ‘devaluación de la enfermería’ (399) que se ve reflejada en los distintos países de Latinoamérica y el Caribe, en situaciones como contratos temporales y salarios bajos respecto a la responsabilidad y formación de los profesionales.

---

<sup>lxviii</sup> **Emilia Luigia Saporiti Angerami**, enfermera egresada de la Universidad Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (1957) (Centro Colaboradora de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería). Profesora titular jubilada de la Universidad Estadual de Campinas y de la Universidad de São Paulo (398).

De opinión similar es Velásquez C<sup>lxi</sup>, quien resume los problemas estructurales del talento de enfermería en Colombia, en cinco deficiencias: a) baja remuneración<sup>lxx</sup> y contratación por tercerización o por orden de servicios, situación que se agudiza por la falta de pago oportuno; b) escaso reconocimiento laboral y económico, al no tener en cuenta la formación avanzada de los profesionales de enfermería que cuentan con especializaciones, maestrías y doctorados; c) insuficientes elementos de bioseguridad; d) inexistencia de planes institucionales para brindar atención psicológica y apoyo terapéutico al talento humano que aborda la actual crisis sanitaria; e) desequilibrio en la ratio enfermera-paciente, puesto que no existe suficiente personal de enfermería que pueda atender de forma más individualizada, segura y con calidad (400).

Lo anterior coincide, con las opiniones de los participantes a esta investigación, para quienes las condiciones actuales en las que se ejerce la enfermería en el país no son adecuadas, pues, según las palabras de uno de los entrevistados, “aunque tengamos las herramientas para abordar problemáticas sociales, dependemos de una regulación estatal”, que limita y restringe el desempeño de los profesionales de enfermería.

De los anteriores planteamientos, es posible deducir que la enfermería requiere de un análisis profundo de las dificultades actuales, de manera que se incluya en la agenda del gobierno y de las instituciones de salud, buscando mejorar en los aspectos mencionados anteriormente, principalmente estrategias que puedan aportar a la solución de problemáticas laborales y del escaso reconocimiento social (400).

A manera de cierre de esta intersección, retomando los planteamientos de Fraser, es posible concluir lo siguiente: las problemáticas a las que se enfrenta la enfermería podrían ubicarse en dos dimensiones, una dimensión de *reconocimiento*, que corresponde al orden de estatus de la sociedad, entendiéndose el estatus como un orden de subordinación intersubjetiva derivada de patrones institucionalizados de valor cultural,

---

<sup>lxi</sup> **Claudia Marcela Velásquez-Jiménez**, enfermera Magíster en Psicología Comunitaria. Presidente Consejo Técnico Nacional de Enfermería. Directora del programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (400).

<sup>lxx</sup> Según la Política de Talento Humano en Salud, un profesional de enfermería en Colombia devenga un salario en promedio de \$2.375.655, remuneración significativamente baja si se compara con el ingreso percibido por profesional de la medicina \$4.474.258 (401).

económico y de género que suelen ubicar a la enfermería como una “profesión de segunda opción, o de segunda categoría”, dificultando su visibilidad, prestigio y reconocimiento; y una dimensión *distributiva*<sup>lxxi</sup>, que corresponde a una estructura económica enraizada en las características de un sistema económico (396) que opera a través de diversas instituciones (el Estado, las IPS, los empleadores, etc.) que diferencian trabajos femeninos (psicóloga, maestra, enfermera) de trabajos masculinos (ingeniero, médico, abogado), siendo estos últimos en un modelo de oferta y demanda mejor remunerados, tal y como lo expresa D’Alessandro (402). En conclusión, el reconocimiento erróneo de la enfermería a nivel social, trae como consecuencia una subordinación de estatus y por ende una injusticia distributiva (396).

Finalmente, en una *quinta intersección*, fueron discutidos ciertos elementos que atraviesan el objeto de estudio disciplinar: *el cuidado*, para ello, se contemplaron las opiniones de los participantes al respecto. A partir del análisis de sus relatos emergieron temas como *la perspectiva económica* que rodea al cuidado, *la división sexual del trabajo*, *el cuidado como un derecho*, *la perspectiva ética* que proviene del cuidado y, por último, desde una perspectiva de género, discutiremos acerca del cuidado como una *elección de vida* y como un *proceso fundamental de la existencia que va más allá del género*.

El cuidado, objeto de estudio de la enfermería, ha sido definido desde diversos puntos de vista, por autoras en su gran mayoría anglosajonas y norteamericanas, quienes, a partir de la investigación y la interdisciplinariedad, lograron desarrollar diferentes modelos teóricos con el objetivo de brindar cuidados de manera individual y colectiva basados en la evidencia científica. No obstante, si bien es cierto que gracias a estos modelos teóricos, la enfermería ha logrado la consolidación de un cuerpo de conocimiento disciplinar y un avance científico, también es importante reconocer que estos modelos conceptuales tienen perspectivas centradas en realidades y tiempos muy diversos, la mayoría alejadas de la realidad y de las problemáticas que rodean el cuidado en los países de Latinoamérica y el Caribe (403).

---

<sup>lxxi</sup> De acuerdo con Nancy Fraser, el término “redistribución” proviene de la tradición liberal, específicamente de la rama anglonorteamericana de finales del siglo XX con exponentes como John Rawls y Ronald Dworkin quienes elaboraron diferentes teorías de justicia social que pudieran justificar la redistribución económica (396).

En consecuencia, en este apartado no se abordó una definición específica de cuidado en términos disciplinares, puesto la intención en estas líneas, fue discutir acerca de algunas de las problemáticas actuales que rodean el cuidado, y que fueron expuestas por los enfermeros entrevistados. Uno de estos aspectos fue la *perspectiva económica*, lo cual supone en tiempos actuales fenómenos sociales como la precariedad, la vulnerabilidad y la debilidad del sistema de salud actual (404), pues la clase política asume en su agenda otras ‘prioridades’ dejando el cuidado en un segundo plano.

Desde esta perspectiva económica, para María Ángeles Durán<sup>lxxii</sup>, a nivel mundial, nos enfrentamos a una crisis de cuidado inminente producto de la reducción de la natalidad<sup>lxxiii</sup>, la maduración demográfica que trae demandas asociadas al proceso de envejecimiento, como son las enfermedades crónicas y de alto costo, y el cuidado dependiente (406). Esta crisis mencionada por Durán, se agudizó aún más como producto de la pandemia generada por el COVID-19, pues esta situación visibilizó innumerables aspectos de la vida social, entre ellos diversas prácticas y actividades vinculadas con la gestión del cuidado (alimentación, cuidado de los niños y adultos dependientes, transporte, etc.), principalmente en los sistemas de salud (403). Durante esta situación, por ser la profesión que concentra las tareas de cuidado en el sector salud, el rol de la enfermería cobró un particular interés, sin embargo, nuestra sociedad todavía tiene un amplio camino para recorrer y valorar la importancia de esta profesión. En palabras de uno de los entrevistados: “[teníamos] que estar en medio de una pandemia para que como profesionales fuéramos visibles”.

En su análisis, la autora en mención, introduce un concepto muy interesante: ‘cuidotoriado’<sup>lxxiv</sup> para referirse a la nueva clase social emergente formada por la

---

<sup>lxxii</sup> **María Ángeles Durán**, licenciada en Ciencias Políticas y Económicas, Doctora en Ciencias Políticas por la Universidad Complutense de Madrid. Doctora Honoris Causa por las Universidades Autónoma de Madrid, Valencia y Granada. Su principal interés en investigación es la frontera entre sociología y economía, especialmente el trabajo no remunerado. Colabora con numerosas organizaciones internacionales, entre ellas UNESCO, OMS, ONU mujeres y CEPAL (405).

<sup>lxxiii</sup> A corto plazo, la reducción de la natalidad reduce la cantidad de tiempo necesario para el cuidado de los niños en los hogares; pero a largo plazo significa un aumento proporcional de la necesidad de cuidado para personas mayores y dependientes (406).

<sup>lxxiv</sup> El **cuidotoriado** es un concepto que se ha creado por paralelismo con campesinado y proletariado, con el fin de convertir un conglomerado disperso, ‘los cuidadores’, en un agente social revolucionario. Durán explica que el cuidotoriado comparte con el campesinado la dispersión espacial, la ausencia de lugares y tiempos comunes, dónde compartir experiencias, y la existencia de dos subclases (la remunerada y la no



diversidad de personas que se dedican a cuidar a tiempo completo o tiempo parcial, con remuneración o sin ella, con formación académica (técnica, profesional) o de manera informal, y realiza una comparación con otras clases precedentes como el campesinado y el proletariado para mostrar la calidad científica del concepto, su legitimidad política y su carácter incipiente (406). Esta conceptualización realizada por esta economista, encaja perfectamente en el sistema de salud colombiano, que deriva gran parte de tareas del cuidado de la salud al interior de los hogares, las cuales terminan siendo asumidas en mayor medida por las mujeres y otras redes de proximidad muchas veces sin los recursos económicos necesarios. Es decir, un régimen de bienestar familista<sup>lxxv</sup>, donde el cuidado de la salud está sublimado por la intermediación de las relaciones personales y las emociones que genera el parentesco.

De acuerdo con Batthyány (408), en países como Uruguay, el valor económico al tiempo dedicado por estas personas al cuidado en salud, representa un 1.8% del PIB nacional, y un tercio del agregado del sector salud, según esta investigadora, en este país, solo el 12% del tiempo que se dedica al cuidado en salud es brindado por los profesionales del área, mientras que el 88% restante es tiempo de trabajo familiar no remunerado.

En consideración con lo antes expuesto, para Durán el cuidado es una formidable fuente de recursos invisibles no incorporados al análisis económico micro ni macro (406). En el contexto de nuestro estudio, que bien podría ser un contexto micro, pero que tiene consecuencias a un nivel macro, nos servimos de las palabras de uno de los enfermeros entrevistados para ejemplificar la invisibilidad del cuidado de enfermería en su lugar de trabajo: *“posiblemente se le da más valor a aquel que hace un diagnóstico, [...] que aquel que acompaña todo el proceso”*.

---

remunerada), con intereses poco comunes, lo que dificulta acciones conjuntas. El proletariado, por otro lado, sí presenta una concentración espacio-temporal en las fábricas, favoreciendo así la lucha por objetivos comunes, aunque el cuidatorio y el proletariado no poseen los medios de producción. Además, la autora aclara que mientras el proletariado tiene una clase antagónica, el cuidatorio no, y este hecho puede complicar su accionar político para transformar su condición de precariedad laboral y social (407).

<sup>lxxv</sup> A partir del cuidado se pueden clasificar distintos regímenes de bienestar social. Por ejemplo, se han distinguido entre estados **familistas**, en los cuales la responsabilidad del bienestar recae fundamentalmente sobre las mujeres de las familias, y los **desfamiliarizadores** en los que hay una derivación de funciones de cuidado, tareas domésticas hacia el Estado y el mercado. Los estudios al respecto en América Latina, en comparación con otras regiones, evidencian que en la región son preponderantes los Estados de bienestar del tipo familista, que lejos está de estimular una nueva organización social del cuidado entre Estado, mercado, familias y comunidad (408).

Esta postura coincide con la de investigadoras como Mandal (409), pues si bien el profesional de enfermería brinda un cuidado holístico, muchas de las actividades como acompañar, dar una voz de aliento o educar, pasan desapercibidas, no solo por el paciente y la familia, sino también por las instituciones de salud que no reconocen económicamente el tiempo invertido, la disponibilidad y la calidad del profesional en dichas labores.

A nivel macro, Durán explica que los tecnócratas y gobernantes de turno encargados de manejar las Cuentas Nacionales<sup>lxxvi</sup> (como los ingresos de un país basados en el comercio exterior, la balanza de pagos, los estados financieros, el PIB, la distribución por carteras ministeriales, etc.), clasifican los oficios o las profesiones de acuerdo a criterios economicistas, identificando cuáles son más relevantes en términos de ingresos tangibles (industria, tecnología, bienes raíces, etc.). Los oficios encargados del cuidado suelen ser considerados, bajo estos parámetros, como bienes “autoconsumibles”, los cuales no pasan por el mercado (406).

Lo anterior, nos lleva a preguntarnos: ¿cómo se calcula el valor del cuidado en Colombia? ¿Ingresa el cuidado al cálculo de las Cuentas Nacionales? La respuesta a estas preguntas es ambivalente, pues sí bien existe un cálculo frente al cuidado no remunerado, quienes se dedican a esta actividad no reciben remuneración alguna. Según reportes del DANE<sup>lxxvii</sup> y ONU Mujeres, la producción del cuidado no remunerado equivale al 20% del PIB colombiano (412). Esto significa que si este trabajo se pagara sería el sector más importante de la economía, por encima de sectores como el comercio (18% del PIB<sup>lxxviii</sup>), la administración pública (15%) y el de la industria manufacturera (12%). De acuerdo al DANE, las principales actividades asociadas al cuidado no remunerado son: el suministro de alimentos (35%), limpieza del hogar (25%), y el cuidado de personas (17%) (412).

---

<sup>lxxvi</sup> Las **Cuentas Nacionales** tienen como objetivo principal, presentar los flujos de producción, consumo y acumulación que se dan en un país durante determinado período de tiempo. De igual forma, estas cuentas reflejan cómo se produce (estructura de costos) y los cambios estructurales que se pueden dar en la economía (410).

<sup>lxxvii</sup> **DANE** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

<sup>lxxviii</sup> En Colombia, **el cuidado no remunerado**, equivale a más de USD 51 millones (COP 186 mil millones). Es decir 20% del PIB, de este porcentaje las mujeres representan el 77% de su producción (411).

Según Durán, la mayor debilidad de la economía del cuidado y su dificultoso encaje en la arquitectura de la Contabilidad Nacional, es que esta última se ciñe a los bienes y servicios que tienen precio, pero la mayor parte de los servicios que mantienen las condiciones básicas del bienestar y que provienen del cuidado, remunerado o no, carecen de un valor económico (406). Para Batthyány, por su parte, el hecho de que aún el cuidado no cuente con un reconocimiento económico y social, obedece tanto a la *feminización de los cuidados*, como a la *división sexual del trabajo* (tema abordado en la segunda intersección) que hizo que las mujeres fueran identificadas como ‘cuidadoras por naturaleza’. Esta condición permanece vigente por medio de las representaciones sociales y de los estereotipos que acompañan las prácticas cotidianas y en diferentes escenarios institucionales (escuela, trabajo, familia, sistema sanitario entre otras), que se reflejan en el diseño de las políticas públicas (408).

En consideración con lo anterior, se puede afirmar que el cuidado además de ser importante económicamente, posee un alto potencial relacional, que permite la construcción de vínculos y redes intersubjetivas a través del trabajo comunitario o social, pues quienes cuidan tienen la capacidad de identificar problemáticas y desigualdades sociales en diferentes niveles (413), produciendo nuevas identidades colectivas y nuevas prácticas cotidianas.

A pesar de su interés social, y de la importancia del cuidado para la cultura, la economía, la organización política y la reproducción social, éste sigue siendo escasamente reconocido (414). En el caso particular de América Latina<sup>lxxix</sup>, aunque la mayoría de los países en distintas convenciones han considerado el cuidado como un derecho fundamental<sup>lxxx</sup>, sus políticas públicas no dan cuenta del ejercicio de éste, salvo Uruguay y Costa Rica, que cuentan con sistemas nacionales de cuidado.

---

<sup>lxxix</sup> El primer documento que identificó en la región de América Latina y el Caribe, el cuidado como un derecho, fue la X Conferencia Regional de la Mujer (2007), posteriormente los acuerdos de este encuentro se retomaron en 2010 en el Consenso de Brasilia durante la XI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, donde los Estados dieron un paso al reconocer: “Que el acceso a la justicia es fundamental para garantizar el carácter indivisible e integral de los derechos humanos, incluido el derecho al cuidado”. Las dos conferencias siguientes (2013 República Dominicana y Uruguay 2016, ampliaron las bases para el diseño de sistemas de provisión de cuidado basado en derechos (414).

<sup>lxxx</sup> Para Laura Pautassi, “el cuidado es un derecho humano, y en este sentido toda persona está en la condición de cuidar, de autocuidarse y de ser cuidado”. Al ser reconocido como un derecho, el cuidado permite la transformación de la actual división del trabajo, incorporar estándares y principios a la actuación de los Estados, basados en los principios de los derechos humanos (414).

De acuerdo con Batthyány, contemplar el cuidado desde una perspectiva de derechos pone en tela de juicio la actual organización social de éste, e interpela al Estado, a la academia, a los profesionales de enfermería y a la sociedad en general, acerca de la distribución del cuidado y otorgar garantías para su cumplimiento. Desde la perspectiva de esta académica, para que el cuidado sea reconocido como un derecho, es necesario abordarlo de una manera más amplia, de tal suerte que el contexto socio-político esté involucrado y que cuidar no solo sea el resultado del proceso salud/enfermedad y de las actividades realizadas por los profesionales del área (enfermeras/os) en el marco de las instituciones de salud (408).

Ahora bien, para Fraser hay una ‘enorme crisis’ de los cuidados, que obedece a las contradicciones ‘socio-reproductivas del capitalismo financiarizado’. Este sistema alberga una contradicción o tendencia a la crisis, por una parte, la reproducción social<sup>lxxxii</sup> es una de las condiciones que posibilita la acumulación sostenida de capital y, por otra, la orientación del capitalismo a la acumulación ilimitada tiende a desestabilizar los procesos mismos de reproducción social sobre los cuales se establece. Dicha contradicción socio-reproductiva del capitalismo se sitúa en la base de la denominada *crisis de los cuidados* (85), de la cual la profesión de enfermería no es ajena, pues hace parte de un sistema económico competitivo y voraz.

Para Fraser, el aspecto de la reproducción social forma parte de una dimensión importante de esta crisis general, pero a menudo queda relegada en los debates actuales, que se centran en los peligros económicos, ecológicos o bélicos. Este separatismo crítico es problemático, puesto que el aspecto social es tan fundamental en la crisis general que ninguno de los otros puede entenderse adecuadamente haciendo abstracción de él (85).

El separatismo crítico que menciona Fraser nos lleva a plantearnos varios interrogantes, por ejemplo, si la enfermería es la profesión del área de la salud que tiene como razón de ser el cuidado, ¿qué hace para mitigar la crisis social de cuidados que enfrentamos? Como profesionales en esta área, ¿estamos ejerciendo nuestro derecho a cuidar como se debe?, o ¿acaso estamos agudizando aún más el problema al delegar

---

<sup>lxxxii</sup> La **reproducción social**, comprende todas aquellas actividades que sustentan a los seres humanos como *seres humanos con cuerpo*, que no solo deben comer y dormir, sino también criar a sus hijos, cuidar de sus familias, de personas dependientes. Responsabilidades que generalmente recaen sobre las mujeres al interior de los hogares (415).

gran parte de nuestras actividades a los cuidadores primarios?, o ¿nos dejamos absorber como colectivo por un sistema capitalista asfixiante que poco reconoce nuestro rol?

Apoyados en Fraser, es posible afirmar que aún no hemos comprendido que hacemos parte de un sistema capitalista y que buena parte de los cuidados se efectúa al margen del mercado: en viviendas, barrios, redes informales, colegios, etc. En síntesis, la actividad de reproducción social ('cuidado informal', 'cuidado no remunerado', 'trabajo afectivo' o 'subjetivación') es necesaria para la existencia del trabajo asalariado (416).

Según varios de los relatos de los entrevistados, la enfermería como colectivo lucha por ser reconocida, pero es innegable que como colectivo se requiere liderazgo y compromiso, pues ante la crisis actual, hemos asumido una posición 'tímida' y nos hemos dejado absorber por un sistema de salud sustentado en el binarismo actividad/pasividad, entre el proveedor y el sujeto de cuidado.

Lo expuesto anteriormente, permitió abrir la discusión en esta intersección de otro de los subtemas emergentes en los diálogos con los participantes: la *perspectiva ética del cuidado*. Para Carol Gilligan<sup>lxxxii</sup>, la ética del cuidado<sup>lxxxiii</sup> guía nuestro actuar en el mundo (418), involucra la interacción y el contacto moral y las acciones responsables en las relaciones interpersonales (419).

Para Alvarado (420), como cualquier otra persona, el profesional de enfermería es un ser moral que debe estar en permanente reflexión ética, de manera que revalúe su compromiso con el cuidado de la vida de los sujetos en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Según esta investigadora, la mayor responsabilidad de quien brinda cuidados es la defensa de la vida en sí misma, reconociéndole a cada persona su dignidad, su intimidad y su autonomía.

No obstante, es importante mencionar que los actuales principios de costo-efectividad y venta de servicios del actual sistema de salud colombiano, enfrentan a los

---

<sup>lxxxii</sup> **Carol Gilligan**, Psicóloga, filósofa y feminista. Se doctoró en Psicología Social en la Universidad de Harvard en 1964, y en 1970 comenzó a trabajar como asistente de investigación de Lawrence Kohlberg. Gilligan es conocida por su teoría del desarrollo moral y sus estudios sobre la ética de los cuidados (417).

<sup>lxxxiii</sup> En Colombia, en materia de responsabilidad deontológica, el ejercicio de la profesión de enfermería está regulado por la Ley 911 de 2004. En este estatuto se establecen, entre otros aspectos, los principios y valores éticos de la profesión, como el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, y se reconoce el cuidado como la esencia del ejercicio profesional. Según este código deontológico, el profesional de enfermería está en la capacidad de exigir el control y cambio de determinada situación para evitar el deterioro de la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería (418).

profesionales de enfermería a diferentes dilemas éticos en el ejercicio de su rol, puesto que se ven obligados a aprovechar al máximo los recursos materiales cuantificables, dejando de lado la condición humana de la persona (421), como expresa uno de los entrevistados: “las instituciones quieren todo a bajo costo”.

La ética del cuidado tiene que ver con situaciones reales, con las necesidades humanas, con el deseo de evitar el daño, promover el bienestar y velar por la dignidad de quienes reciben atención. Para García (421), la ética del cuidado, no es tanto una manera o un protocolo de cómo ejercer la práctica profesional, es el resultado de un proceso decisorio de lo que se pretende y se puede llegar a hacer, soportado en valores, lo que implica una responsabilidad hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda: si vemos una necesidad, nos sentimos obligados a procurar que se resuelva. En este sentido, uno de los roles más importantes del profesional de enfermería, es la abogacía (*advocacy*), ser defensor de quien recibe cuidados (420,422). Uno de los participantes, ejemplificó lo anterior con la siguiente frase: “yo soy el que está pendiente de los pacientes, que tengan los insumos necesarios”.

En consideración con lo antes expuesto, desde esta perspectiva, el modelo del actual sistema de salud, debería centrarse en el cuidado, de tal modo que el rol del profesional de enfermería no esté solo centrado en tareas operativas y actividades administrativas, pues cuidar va más allá del alcance de indicadores y el cumplimiento de metas. La relación terapéutica comprende otras actividades no registrables como la educación, la escucha, la motivación, la preocupación, la compasión, etc., que hacen parte de los llamados cuidados invisibles<sup>lxxxiv</sup> o subvalorados (421).

Igualmente, otro de los subtemas discutidos en este apartado, y que puede ser inferido de lo anterior, es el cuidado como *estilo de vida*, pues en los diálogos sostenidos con los participantes fue posible establecer que para éstos cuidar es gratificante y basan su práctica profesional en la responsabilidad, el afecto, el compromiso y el respeto por sus semejantes.

De acuerdo con Gorraiz (424), el cuidado nos conecta de manera intersubjetiva, dotando así de un sentido particular nuestra existencia. Para el autor, el cuidado es una

---

<sup>lxxxiv</sup> Los **cuidados invisibles** son aquellos que el profesional de enfermería realiza gracias a la observación individualizada en el proceso de enfermedad de cada paciente, con el fin no solo de ayudar a la recuperación, sino ofrecer comodidad durante todo el proceso (423).

tarea propia y esencial del hombre que hace posible la comprensión de diferentes realidades. Lo anterior, pudo apreciarse en las palabras de uno de los participantes cuando expresó que tomó la decisión de ser enfermero “[para que no le diera] *miedo mirar la realidad a la cara*”. En este sentido, el autor en mención señala que el cuidado desde una perspectiva hermenéutica-ontológica, permite explicar nuestra razón de ser en el mundo, tal y como lo expuso uno de los entrevistados, quien encontró en la enfermería: “[su] *lugar en este mundo*”.

El cuidado no solo es un conjunto de técnicas y actividades basadas en conocimientos científicos, cuidar de otro ser humano, supone un compromiso con uno mismo y con el otro, permitiendo en la cotidianidad otorgar bienestar físico y emocional (425), toda vez que reafirma y afianza el proyecto de vida individual, tal y como lo expresó uno de los entrevistados: “yo volvería a escoger la enfermería, [...] siempre la elegiría”.

Finalmente, teniendo en cuenta los aspectos discutidos a lo largo de las cinco intersecciones analizadas, a manera de cierre, mencionaremos un último subtema: el *cuidado como proceso fundamental de la existencia que va más allá del género*.

Apoyados en Ahmed, es posible afirmar que la reproducción de la vida misma, donde la vida se fusiona con un ideal social, se representa con frecuencia como amenazada por los otros, en este caso los ‘otros’ son los hombres que desempeñan un rol ‘inusual’. Para la autora, la reproducción de la vida está ligada a la reproducción cultural, y es por esto que se replican patrones de vida específicos, normas, comportamientos y roles (426). Analizando lo anterior, a la luz de la incursión de los hombres al cuidado profesional, es posible pensar que, probablemente décadas atrás, su presencia haya generado y continúe generando una desestabilización en los roles de género y en el ideal cultural de la mujer como cuidadora por naturaleza. Es posible que las pautas normativas sean cómodas para quienes se adhieran a éstas, como puede suceder con las mujeres al dispensar cuidados, que se suele percibir como una *tarea fácil* (426,427); sin embargo, se puede afirmar que realizar esta actividad no es nada sencillo para las mujeres, principalmente por las desigualdades que han padecido y que siguen vigentes.

La actual pandemia generada por la COVID-19 ha puesto al descubierto de manera inédita la importancia vital del cuidado para la supervivencia humana, no solo

como una responsabilidad adscrita a las mujeres. A su vez esta crisis, evidenció los desequilibrios y complejidades de la organización actual de los sistemas de salud en torno al cuidado, formal e informal (442).

El actual sistema de organización económica muestra que su principal soporte es el cuidado, en concreto, los cuidados de salud y la generación de las condiciones que garanticen el mantenimiento y la reproducción de la vida humana, una tarea sin distinción de género, y más ante los desafíos globales (la crisis del cuidado, problemas ecológicos, tecnológicos, geopolíticos) que requieren de un trabajo conjunto entre el Estado, el mercado, los individuos y las comunidades (441). En palabras de Hobart y Kneese (417), “cuidar de uno mismo o de los demás puede ser un acto radical”, y en este sentido, es importante dejar de lado intereses individualistas, y trabajar por la construcción de un mundo solidario, que tenga como sustento una ética del cuidado como proyecto humano (443).

En relación con esta última frase y atendiendo a los diferentes temas abordados dentro de las cinco intersecciones, a manera de cierre queremos resaltar la importancia de trabajar por visibilizar el rol de los hombres en enfermería, no solo porque su presencia es necesaria para contrarrestar la crisis de cuidado a la que nos enfrentaremos como se mencionó anteriormente, sino también para demostrar que el cuidado no tiene género y que las emociones que subyacen en la práctica de los enfermeros, no guardan relación con su identidad de género o su orientación sexual, son producto de sus vivencias y del relacionamiento con otros seres humanos en la cotidianidad, y en este sentido permitir que los hombres que cuidan expresen abiertamente lo que sienten modifica las prácticas de cuidado y permite ver la enfermería desde otras perspectivas.



## 12. Conclusiones

*“Resiste mucho, obedece poco”*

*Walt Whitman*

Esta investigación buscó desde un enfoque histórico-hermenéutico acercarse a la *comprensión del rol de los hombres en enfermería*, teniendo en cuenta el reconocimiento y las emociones que subyacen en el ejercicio de la práctica profesional de los participantes. Para dar cuenta de ello, fue necesario no solo conocer las vivencias y opiniones de los participantes, sino también contar con el sustento teórico de autores pertenecientes a varias disciplinas (filosofía, sociología, psicología, feminismo), los cuales, además de favorecer la interdisciplinariedad y de otorgarle una mayor profundidad al fenómeno de interés, nos permitieron comprender que los roles de género son producto de una construcción social (430), no estáticos, puesto que cambian con el paso del tiempo, y están influenciados por factores económicos, sociales, políticos, culturales. Ejemplo de ello, es la incursión de los hombres en roles secundarios considerados exclusivamente femeninos como la enfermería, desempeñándose en áreas laborales atípicas para éstos, como la salud sexual y reproductiva o el cuidado domiciliario.

Aunque lo anterior podría considerarse un avance significativo para la profesión, dado que demuestra un paso hacia la igualdad de género, aún se percibe una baja participación de los hombres dentro de la enfermería en comparación con otras profesiones. Esta situación podría obedecer, según los resultados de este estudio, a la falta de visibilidad del rol del enfermero, a los pocos modelos masculinos dentro de las facultades de enfermería y a los estereotipos de género vigentes. Los mandatos de la masculinidad hegemónica traen como consecuencia, no solo una imagen distorsionada del rol profesional en diferentes escenarios sociales (familiar, académico, laboral), que poco o nada coincide con la realidad, sino también una limitación en la expresión emocional, pues en nuestra sociedad los hombres son respetados y admirados cuando logran hacer un control de ésta (431).

Unido a lo anterior, vale la pena mencionar que, al analizar los relatos de los participantes en diferentes momentos de sus vidas, éstos experimentaron una gama de emociones como producto de las *experiencias de reconocimiento y no reconocimiento*, por ejemplo, al momento de elegir la enfermería como opción profesional fue posible identificar en los participantes emociones como la alegría, la tristeza, la compasión o el temor, entre otras, producto, bien sea del apoyo y el acompañamiento por parte de personas cercanas, o del cuestionamiento frente a la elección profesional en sus círculos próximos.

Asimismo, durante la formación profesional se identificaron emociones como la gratitud, la angustia, la vergüenza, la culpa, etc., derivadas de las primeras experiencias de cuidado y de la interacción con otros (docentes, compañeras(os) de estudio, pacientes).

Finalmente, de acuerdo con nuestro análisis, se puede concluir que, en el ejercicio del rol profesional, los enfermeros experimentaron emociones *éticas, políticas y morales*, las cuales favorecieron un pensamiento crítico, la abogacía (ser defensor de quien recibe cuidados), el trabajo colectivo y la lucha por el reconocimiento de la profesión en términos políticos y económicos.

Por otra parte, al *identificar las características* que conforman el rol de los enfermeros entrevistados fue posible establecer que, si bien cada uno de ellos tiene características individuales, en general comparten cualidades como la responsabilidad, la entrega, la dedicación, el compromiso y la perseverancia, entre otros rasgos. Del mismo modo, fue posible establecer que, a pesar de que algunos de los participantes estén incursionando en áreas laborales diferentes como se ha indicado, en otros persiste una preferencia hacia áreas laborales tradicionalmente exploradas por los hombres (cirugía, urgencias, UCI, UCE) como mecanismo compensatorio que les permite, además de diferenciar su práctica profesional de la de sus colegas femeninas, evitar los estereotipos de género y al mismo tiempo ser reconocidos social y profesionalmente.

En consonancia con lo anterior, a partir del análisis de las experiencias vividas por los participantes en el ámbito familiar, social, profesional y político, se puede afirmar que, si bien el *significado del rol para los enfermeros* es producto de una construcción social que se moldea con el devenir histórico y cultural, y que tanto mujeres como hombres

tienen las mismas capacidades para dedicarse al cuidado profesional, persiste a nivel social una naturalización de la enfermería como un oficio femenino que limita el avance de los hombres dentro de la profesión, pese a contar con los privilegios de la masculinidad hegemónica. Es por ello que esta tesis nos revela que los hombres, desde el momento en que manifiestan su intención de convertirse en enfermeros, de acuerdo con el RAM (Roy Adaptation Model), inician un proceso de adaptación en diferentes esferas (familiar, académica, laboral), donde no solo deben negociar sus emociones, sino emprender una lucha permanente por el reconocimiento, como un motor para el desarrollo y el cambio en diferentes aspectos de su vida (académica, laboral, profesional y económica) (397).

En términos disciplinares, esta tesis al explorar el rol desde una perspectiva de género masculino, visibiliza y reconoce los aportes por parte de los hombres para el desarrollo y el avance de la profesión y, a su vez, abre las puertas para trabajar como colectivo por el equilibrio, la igualdad, la visibilidad y el reconocimiento social de la enfermería. No se quiere decir con esto, que se está desconociendo la importancia del trabajo realizado por las mujeres y los avances significativos en términos científicos y académicos para la consolidación de esta profesión; lo que se quiere expresar, es que el reconocimiento de los hombres, sus emociones y su participación dentro del colectivo enfermero, favorece e impulsa la igualdad de género y el desarrollo humano dentro de la profesión. Reconocer el rol de los hombres en enfermería, evidencia que el cuidado va más allá del género y que tanto hombres y mujeres tienen las capacidades técnicas y científicas para dedicarse a esta profesión.

### 13. Recomendaciones

*«La crisis que enfrentan los hombres no es la crisis de la masculinidad, es la crisis de la masculinidad patriarcal. Hasta que aclaremos esta distinción, los hombres seguirán temiendo que cualquier crítica al patriarcado represente una amenaza».*

*Bell Hooks*

La enfermería centrada en una visión humanística busca brindar cuidados encaminados a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad en los individuos y las colectividades, desde un enfoque sociocultural (432). Es por ello, que además de desarrollar las competencias y habilidades técnicas dentro de la formación disciplinar, los profesionales de enfermería, en una sociedad cambiante y pluricultural, deben contar con los elementos teóricos y conceptuales que les permitan proporcionar cuidados en salud acordes con las necesidades del individuo y la comunidad.

En consideración con lo anterior, y teniendo en cuenta tanto las opiniones de los participantes como el hecho de que nos encontramos en una sociedad en constante evolución, una de las recomendaciones de esta tesis va dirigida a la docencia y a la formación de los futuros profesionales de enfermería y en ese sentido es fundamental la inclusión de cursos que contemplen la perspectiva de género dentro de la formación profesional, de manera que las(os) enfermeras(os) cuenten con las competencias necesarias para fundamentar la atención y los cuidados desde un enfoque holístico cercano a las ciencias sociales, ofreciendo una perspectiva humanista al enfoque biomédico dominante en el sistema de salud actual. En tal sentido, es conveniente trabajar por una profesión que cuestione el discurso hegemónico y que abra paso al respeto por la diferencia y la diversidad.

Desde esta perspectiva, vale la pena mencionar que, por ser una profesión con una alta presencia femenina (23), los estudios de género dentro de la enfermería con frecuencia se centran en las mujeres, su poder simbólico y el dominio histórico que ha ejercido el hombre en el terreno laboral; no obstante, centrar el interés solo en una parte del colectivo no es adecuado, pues termina siendo una categoría totalizante que excluye e invisibiliza la otredad.

Teniendo en consideración lo anterior, una de las propuestas de este estudio es el desarrollo de futuras líneas de investigación que permitan poner al descubierto las barreras y dificultades a las que se ven expuestos los hombres desde el momento mismo en el que eligen la enfermería, el proceso adaptativo que realizan una vez ingresan a la universidad, y en este sentido una de las responsabilidades de las instituciones de educación superior es contar con referentes y figuras masculinas dentro de su planta docente, de manera que puedan acompañar, desde su experiencia, la formación de los enfermeros dado que fue uno de los aspectos positivos resaltados por los participantes desde sus vivencias como estudiantes.

Del mismo modo, es importante explorar en el mercado laboral, cuáles son las dificultades que enfrentan los enfermeros en el ejercicio de su rol, los obstáculos que se anteponen a su avance profesional, entre otras situaciones que al parecer están relacionadas con estereotipos y prejuicios que permanecen vigentes en diferentes escenarios familiares, sociales, profesionales y culturales (432).

Asimismo, es importante trabajar por desmontar la pretendida naturalización de la enfermería como una profesión exclusivamente femenina; este desplazamiento es central porque abre la puerta a la desgnerización (degendering)<sup>lxxxv</sup> del cuidado, pues está demostrado con el proceso educativo, que tanto hombres como mujeres desarrollan habilidades y competencias que les permiten ejercer la profesión.

Unido a lo anterior, es necesario recordar que los seres humanos, desde el inicio de la socialización, son educados de maneras diferentes de acuerdo con el género asignado al nacer; en este sentido, la forma de expresar sus emociones, de cuidar su salud y de desempeñar sus roles, difieren. Por un momento, vale la pena considerar, cuántos hombres viven con enfermedades y afecciones graves ligadas a los mandatos de la masculinidad hegemónica o a la búsqueda sin fin de refuerzos a su identidad, y cuántos de ellos dentro de la profesión sufren o se exigen al máximo por intentar ser *hombres de verdad* (434). Es así, como profesionales del cuidado, debemos trabajar de

---

<sup>lxxxv</sup> **Desgnerización**, término empleado por Judith Lober, socióloga y profesora de la Universidad de New York y del Brooklyn College, como un llamado al movimiento feminista para desmontar las divisiones de género que estructuran nuestra vida cotidiana. Para Lober, pese a que cada vez más las mujeres y los hombres realizan cada vez trabajos similares, el mundo laboral sigue reproduciendo la segregación ocupacional por género (433).

manera conjunta por disminuir el malestar de la masculinidad hegemónica, por favorecer los procesos de adaptación en la formación profesional y por generar estrategias e intervenciones que permitan a los enfermeros la libre expresión de sus emociones en el ejercicio de su práctica profesional, pues *el género no es solo de mujeres, los hombres también tienen género* (435).

Finalmente, es necesario anotar que, en términos de reconocimiento, es primordial visibilizar a nivel social un rol profesional que todavía sigue siendo *marginado*, pues si bien tanto hombres como mujeres estamos en el ejercicio de la misma profesión, aún persisten vestigios del legado femenino que han acompañado y siguen acompañando a la enfermería (97), lo cual se traduce en una escasa vinculación de hombres a la profesión, dicho de otra manera, es importante que como colectivo unamos esfuerzos que nos permitan transformar el rol del profesional de enfermería desde una perspectiva más amplia, de manera que tanto hombres como mujeres puedan trabajar en distintas áreas, pues como se mencionó anteriormente, el cuidado no tiene género.

## 14. Limitaciones y fortalezas

*No hay barrera, cerradura ni cerrojo que puedas imponer a la libertad de mi mente. – Virginia Woolf*

En el recorrido académico como en la vida misma, nos encontramos ante hechos o situaciones de diferente origen que transforman, restringen, condicionan o cambian nuestros planes; es así como los obstáculos dependiendo del lente con el que queramos observarlos pueden convertirse en un motor que nos impulsa a alcanzar nuestros objetivos. La artesanía intelectual a la que se recurrió la investigadora no surgió de la noche a la mañana, fue una hermosa construcción que se fue puliendo poco a poco con el esfuerzo, la dedicación, la paciencia, la perseverancia, pero también con las renunciaciones que debió hacer para culminar esta pieza.

Precisamente uno de los cambios que se hizo al estudio se relacionó con el diseño metodológico, al inicio se contempló una fenomenología y se avanzó por un período de un año en dicha construcción, no obstante, como quien comienza a exponer su obra en una galería esperando las críticas frente a su creación, la investigadora en uno de los encuentros de avances semestrales programados por el programa de doctorado, expuso su trabajo ante la comunidad académica y una de las asistentes a aquel encuentro hizo la siguiente pregunta “*¿Cómo pone usted a conversar el rol, un concepto tan sociológico con la fenomenología?*”

Sin argumentos teóricos, porque realmente no los tenía en ese preciso instante no quedó más remedio alguno que agradecer por la pregunta de aquella docente. Posteriormente, la investigadora junto con sus directores comenzó a dar respuesta a aquella pregunta llegando a dos posibles soluciones: la primera seguir adelante con la fenomenología lo cual implicaba en palabras del Dr. Jorge Antonio Mejía, “*estudiar dos años en el Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia con el objetivo de tener unas bases filosóficas y teóricas sólidas, pues como enfermera no tienes las herramientas para responder a lo que te estás preguntando*”, y la segunda solución recurrir a otro diseño metodológico.

Después de analizar desde diferentes perspectivas, la investigadora consciente de todos los cambios, ajustes y reconstrucciones que debía hacer a su pieza artesanal, tomó la segunda opción respaldada por sus directores de tesis. Este cambio llevó entre otras

cosas a la investigadora a tomar un curso en otra universidad de la ciudad con el objetivo de adquirir los conocimientos relacionados con la metodología de estudio de casos.

Asimismo, otra de las dificultades enfrentadas en la construcción de esta orfebrería intelectual fue el trabajo de campo, pues en el protocolo enviado al comité de ética se tenía programado llevar a cabo de manera presencial los encuentros y entrevistas a realizar con cada uno de los participantes, pero debido a la emergencia sanitaria generada por COVID-19, la investigadora se vio obligada a repensarse, a reformular asuntos previamente aprobados por dicha instancia y a buscar otras estrategias que le permitieran alcanzar su objetivo.

Asimismo, es importante resaltar, que a nivel personal este estudio también presentó un reto considerable para la autora, pues por su formación como enfermera especialista en calidad, debió trascender de un modelo positivista basado en la optimización de recursos, a metodologías propias de la investigación cualitativa que le permitieran examinar el lenguaje, la subjetividad, la intersubjetividad y la forma en que los seres humanos se expresan (150,151). Unido a lo anterior, los conocimientos en masculinidades de la escritora de este texto eran limitados por no decir nulos, por ello para superar esta limitación, tomó un curso con la campaña del Lazo Blanco en Argentina, además, para fortalecer los conocimientos respecto al género y el rol, también la autora tomó seminarios con la estrategia U de A Diversa, ONU mujeres y Organizaciones No Gubernamentales a nivel nacional.

Sin embargo, lejos de que esto pudiera convertirse en una limitación para la investigadora (no queriendo decir con ello que el proceso hubiese sido simple), se tradujo en un camino de aprendizaje maravilloso, que implicó articular diferentes estrategias: la lectura meticulosa de diferentes textos propuestos por los directores de tesis, el diálogo con expertos y un acercamiento a diferentes corrientes teóricas (filosofía, teoría crítica, sociología, antropología) y movimientos sociales e ideológicos como el feminismo. En este sentido se considera que lo antes mencionado, le permitió a la investigadora, *una intersección interdisciplinaria*, que le otorga al fenómeno de interés una mayor profundidad, toda vez que posibilitó la articulación con teorías propias de la enfermería.



En consonancia con lo anterior, vale la pena recordar que un trabajo cualitativo como éste, si bien no pretende hacer inferencias estadísticas como se hace con el enfoque positivista dominante, el cual considera dentro de sus reglas específicas la significancia estadística, la generalización, la replicabilidad, la precisión y la verificación (153). Este estudio, sí pretende generar teoría y no solamente generar conocimiento en el contexto de la temática propuesta. Por tener un enfoque hermenéutico está basado precisamente en la comprensión a partir del diálogo y la participación (153). En tal sentido, los resultados de esta tesis deben circunscribirse al contexto en el que se generaron, teniendo en cuenta que no pretende develar verdades universales, sino más bien brindar una comprensión detallada de las perspectivas y experiencias de los enfermeros y la forma como éstos han experimentado su rol profesional en la ciudad de Medellín (152).

Al llegar a este punto, es importante señalar que la tesis presenta la interpretación que la autora hace de las vivencias de los entrevistados desde su propia experiencia como enfermera, por lo que en ella también se hace manifiesta su posición ética y política frente al tema de interés, la cual es preciso aclarar: propende por el reconocimiento de los hombres en enfermería, visibilizar sus aportes en materia de desarrollo disciplinar, así como dar a conocer con mayor perceptibilidad su participación en diferentes escenarios laborales, no queriendo decir con ello que la autora, al realizar esta investigación, haya asumido una posición de *abogada o defensora*, ni mucho menos que haya pretendido con este estudio, *victimizar* a los hombres dedicados a la enfermería; la intención de este estudio es favorecer un reconocimiento dentro del colectivo enfermero. En palabras de Honneth: “la vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos solo pueden acceder a una autorrelación práctica si aprenden a concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales” (436). Dicho de otra manera, la enfermería puede construir una identidad plural, en constante transformación, partiendo del reconocimiento intersubjetivo de sus integrantes.

## Referencias

1. Barquet J, Vázquez J. Aproximación a la teoría de la performatividad desde Judith Butler. *ScientiAmericana*. 2021;8(2):51-60.
2. Scarafoni, ME. División sexual del trabajo doméstico y el uso del tiempo en las tareas de cuidado. *DerSocial*. 2016; 0(14):127-36.
3. Bernalte, V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *EnfGlobal*. 2014; 14(1): 328-34.
4. Hernández A. Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. *La ventana*. 2011;4(33):210-241.
5. Ahmed S. Sentir el propio camino. En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.19-47.
6. Álvarez F. La cuestión del sujeto. En: Michel Foucault. *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1994. p.7-33.
7. De Grande P. Robert K. Merton, Erving Goffman, y el recurso del rol. *Journal de Ciencias Sociales*. 2014; (3): 55-65.
8. Roy C. Role Function Mode of The Person. En: *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson; 2009. p.358-83.
9. Galeano M. Estudio cualitativo de caso: el interés por la singularidad. En: *Estrategias de Investigación Social Cualitativa. El Giro en la mirada*. Colombia: La Carreta. 2018. p.79-101.
10. Chan AK, Fang TS. Negotiating Masculinity in a Post-Socialist Society: The Case of Chinese Male Nurses. *Sociological Research*. [Internet]. 2008. [Consultado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3sGXLpR>
11. Aguilar T. «El Sistema sexo-género en los movimientos feministas», *Amnis* [Internet]. 2008. [Consultado 4 Abr 2021]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/amnis/537>

12. Tian X, Deng Y. "Organizational Hierarchy, Deprived Masculinity, and Confrontational Practices: Men Doing Women's Jobs in a Global Factory". *Journal of Contemporary Ethnography*. 2017;46(4):464-89.
13. Valenzuela A, De Keijzer B. Masculinidades hegemónicas y alternativas. En: *Masculinidades en profesiones femeninas de Salud y Ciencias Sociales*. Chile: Universidad Veracruzana – Universidad Central de Chile; 2015. p.44-48.
14. MacDougall G. Caring a masculine perspective. *J Adv Nurs*. 1997;25(4):809-13.
15. Organización Mundial de la Salud [OMS]. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. [Internet]. 2020. [Consultado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/>
16. Purnell L. Men in Nursing: An International Perspective. En: *Men in Nursing History, Challenges, and Opportunities*. New York. Springer Publishing Company; 2007. p.271-80.
17. Dos Santos, L. Male Nursing Practitioners and Nursing Educators: The Relationship between Childhood Experience, Social Stigma, and Social Bias. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;9(17):49-59.
18. Zhang W, Yi-Lan L. Demonstration of caring by males in clinical practice: A literature review. 2016; 3(3): 323-27.
19. Ota M, Kirigia D, Asamoah-Odei, E., Drameh-Avognon P, Olu O, Malecela M, et al. Proceedings of the first African Health Forum: effective partnerships and intersectoral collaborations are critical for attainment of Universal Health Coverage in Africa. *BMC Proc*.2018;312 (Suppl 7):8.
20. Muench U, Dietrich H. The male-female earnings gap for nurses in Germany: A pooled cross-sectional study of the years 2006 and 2012. *Int J Nurs Stud*. 2019; 89: 125-131.
21. Achora S. Conflicting image: Experience of male nurses in a Uganda's hospital. *Int Journal of Africa Nursing Sciences*. 2016;(5):24-8.
22. Adeyemi-Adelanwa O, Barton-Gooden A, Dawkins P, Lindo JLM. Attitudes of patients towards being cared for by male nurses in a Jamaican hospital. *ANR*. 2016;(29):140-3.

23. Observatorio Laboral para la Educación. Estadísticas. Bases consolidadas [Internet]. [Consultado 12 Oct 2021]. Disponible en: <https://snies.mineducacion.gov.co/>
24. Torre M. Stopgappers? The Occupational Trajectories of Men in Female-Dominated Occupations. *WorkOccupations*. 2018;45(3):283-312.
25. O'Lynn CE. History of Men in Nursing: A Review. En: *Men in Nursing, History, Challenges, and Opportunities*. New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 5-42.
26. Santos RM, et al. La inserción masculina en la Enfermería: ¿qué se ha escrito sobre esta cuestión? *Cultura de los cuidados*. 2017;21(48):219-32.
27. Arif S, Khokhar S. A historical glance: Challenges for male nurses. *JPMA*. 2017;67(12):1889-94.
28. Popper A, Keshet Y, Liberman I. Increasing gender and ethnic diversity in the health care workforce: The case of Arab male nurses in Israel. *Nurs Outlook*. 2015;63(6):680-90.
29. Labra O, Bergheul S, Turcotte P, Dubé N. Hombres estudiando en profesiones conceptualizadas como femeninas en Quebec. *GKA revSOCIAL* 2017;6(1):1-10.
30. Cottingham M. Caring Moments and Their Men: Masculine Emotion Practice in Nursing. *NORMA*. 2017;12(3-4):270-85.
31. Kouta C, Kaite C. Gender Discrimination and Nursing: A Literature Review. *J Prof Nurs*. 2011;27(1):59-63.
32. Palmer T. Barriers to Male Faculty in Nursing Education [Dissertation doctoral]. Minnesota (Estados Unidos): Walden University; 2019.
33. Hinojosa S. El papel de los hombres en enfermería. Estereotipación de la profesión. [Trabajo de grado]. Cantabria (España): Escoles Universitaries Gimbernat; 2017.
34. Valenzuela A, De Keijzer B. Conclusiones. En: *Masculinidades en profesiones femeninas de Salud y Ciencias Sociales*. Chile: Universidad Veracruzana – Universidad Central de Chile; 2015 2015. p. 100-2.

35. Restrepo A. El hombre enfermero en Colombia. En: Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 77-88.
36. Ararat L, Devia I, Villalobos E. Significado de las experiencias vividas por hombres enfermeros, que laboran en atención primaria en salud con población materna. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Fundación Universitaria del Área Andina; 2015.
37. Collière MF. Prevalencia de los roles como forma de identificar los cuidados. En: Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana; 2. p. 80-93.
38. Mendes M, De Almeida D. La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *Index Enferm.* 2009;18(4):258-62.
39. Meleis A. Stages in Nursing Progress. En: *Theoretical Nursing Development and Progress*. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 60-6.
40. Meleis A. Nursing: A Human Science. En: *Theoretical Nursing Development and Progress*. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 87.
41. Meleis A. The First School of Thought: Needs. En: *Theoretical Nursing Development and Progress*. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 158-60.
42. Meleis A. A second school of thought: Interaction. En: *Theoretical Nursing Development & Progress*. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 163.
43. Meleis A. The Third School of Thought: Outcomes. En: *Theoretical Nursing Development and Progress*. 6th Edition. Wolters Kluwer; 2018. p. 164-5.
44. Meleis A. A Fourth School of Thought: Caring/Becoming. En: *Theoretical Nursing Development and Progress*. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 166-7.
45. Collière MF. ¿Una nueva enfermera? En: *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 164-83.
46. Fernández A, Basurto S, Palmeiro M, García V. Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. *Int Nurs Rev.* 2019;66(4):577-89.

47. Rocha E, Lozano I. «Debates y Reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los caminos hacia la igualdad de género». México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. p. 6-14.
48. Muñiz N. Cuidados enfermeros y coherencia cultural. Ene.2014;8(1). [Consultado 7 Jun 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3lJl4oJ>
49. Restrepo D, Ortiz, Luis. Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS [Internet]. 2010 [Consultado 3 Dic 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3Moj5Za>
50. Casado R. La generización de las profesiones sanitarias. En: Género y Salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud. España: Díaz de Santos; 2018. p. 148.
51. Ahmed S. De adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro. En: La política cultural de las emociones. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.31-8.
52. López C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. Educación Médica. 2015;16(1):83-92.
53. Nespereira T, Vásquez M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. Enferm Clin. 2017;27(3):172-8.
54. Siles J, Solano M. Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en Enfermería. Enfermería. 2017;6(2):33-48.
55. Pulido M, López E. Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. Index Enferm. 2016;25(3):215-9.
56. Henderson V. La función propia de la enfermera en los cuidados básicos de Enfermería. [Internet]. CIE; 1961 [Consultado 28 Feb 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3tnC8Ks>

57. Ariza C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ.* 2011;8(2):18-24.
58. Castellanos F. Implementación de un Sistema Empírico-Teórico-Conceptual del Conocimiento de Enfermería en la práctica. En: Fawcett Jacqueline *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge.* United States; 2017.
59. Fawcett J. The Structure of Contemporary Nursing Knowledge. En: *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.* Philadelphia: F.A Davis Company; 2005. p. 3-31.
60. Roy C. Elements of the Roy Adaptation Model. En: *The Roy Adaptation Model.* United States: Pearson; 2009. p. 25-54.
61. Bueno L. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de Enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. Enferm.* 2011; XVII (1):37-43.
62. Fawcett J. Chapter 10. Roy's Adaptation Model. En: *Contemporary Nursing Knowledge.* United States: F.A Davis Company; 2005. p. 374-7.
63. Socorro M. Transdisciplinariedad: Una mirada desde la Educación Universitaria. *Revista Scientific.* 2018;3(10):278-89.
64. Motta M, Schubert V, Arminda M, Mendes S, Ferreira M, Martins S, et al. Aspectos epistemológicos de la nueva investigación en Enfermería: colaborativa, transdisciplinaria y traslacional. *Index Enferm.* 2017;26(1-2):118-22.
65. Collière MF. Origen de las prácticas de cuidadoras; su influencia en la práctica de la Enfermería. En: *Promover la vida.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2015. p. 5-13.
66. Villela E. Género, Poder/Saber; su impacto en la Profesión de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2010;18(10):403-9.
67. Collière MF. Asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida. En: *Promover la vida.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 6-7.
68. Martínez M, Chamorro E. Etapa doméstica de los cuidados. En: *Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado.* Barcelona: Elsevier; 2017. p. 25-59.

69. Collière MF. Enfrentarse a la muerte. En: Promover la vida. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 7-9.
70. Martínez M, Chamorro E. Etapa vocacional del cuidado. En: Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 67-125.
71. Wall BM. Religion and Gender in a men's hospital and school of nursing, 1866-1969. Nurs Res. 2009;58(3):158-65.
72. Collière MF. La práctica de la Enfermería y su relación con estas dos orientaciones. En: Promover la vida. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 10-6.
73. Martínez J. Historia del mundo contemporáneo: concepto, caracteres y periodización. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; [citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3tnC8Ks>
74. Martínez M, Chamorro E. Etapa técnica de los cuidados. En: Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 121-85
75. Moreno Y, Fajardo M, Ibarra A, Restrepo S. Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Rev. Logos cienc. tecnol. 2017;9(2):64-84.
76. Rodríguez R. De la orden de las hermanas agustinas a la enfermería contemporánea. Rev. Univ. Ind. Santander. 2016;48(4):554-60.
77. Gago F. Situación: cuidado básico: enfermedad: atención especializada. Temperamentvm. 2010;6(11):t7101.
78. Velázquez A, Dandicourt C. Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). Rev cubana Enfermer. 2010;26(4):166-9.
79. Fernández J. Percepción social de la identidad de género en la profesión de Enfermería. [Trabajo de grado]. Cantabria (España). Universidad de Cantabria. 2014.
80. Conde F, Castro F. Fuentes documentales para el estudio de la Sanidad en el Imperio Británico a través de la correspondencia de Florence Nightingale en la British Library. Cult cui. 2021; 25:75-85.



81. Santainés E. Análisis de la influencia de Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio y Galí. [Tesis Doctoral]. Valencia (España): Universitat de València; 2015.
82. Siles J, Oguisso T Freitas G, Campos P. Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana. Editorial Club Universitario; 2013. 420 p.
83. Restrepo A. Florence Nightingale y la enfermería moderna. En: Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 25-9.
84. Burgos C. Nursing care from the perspective of ethics of care and gender. Invest Educ enferm. 2013;31(2):243-51.
85. Martínez M, Chamorro E. Etapa de la enfermería profesional. En: Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 159-85.
86. Espasande M, Bonforti E, Di Vincenzo F. De las tramas invisibles del cuidado, al cuidado como acto político. En: Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur Conceptos, métodos y casos. Argentina: FEDUN; 2021. p. 149-206.
87. Muñoz S. El trabajo doméstico: una mirada desde la economía del cuidado. En: De cuidados y descuidos: la economía del cuidado en Colombia y perspectivas de política pública. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2015.
88. Bidegain N, Calderón C. El cuidado y sus fronteras disciplinarias. En: Los cuidados en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2018. p. 22-7.
89. Meleis A. Nursing: A Caring Discipline. En: Theoretical Nursing Development and Progress. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 89-90.
90. O'Lynn C. History of Men in Nursing: A Review. En: Men in Nursing History, Challenges, and Opportunities. Springer Publishing Company; 2007. p. 5-43.
91. Van den Bogaert A. Los fluidos y el concepto de impureza: género y castas en el Himalaya indio. Ankulegi. 2017;(21):11-22.

92. Siles J, Oguisso T Freitas G, Campos P. Representaciones y prácticas antes de la profesionalización de la enfermería. En: Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana. Editorial Club Universitario; 2013. p.78-96.
93. Sánchez M. El Hospital de San Lázaro de la ciudad de México y los leprosos novohispanos durante la segunda mitad del siglo XVIII. EHN. 2010; 42:81-113.
94. Acerbi N. Los caballeros hospitalarios de San Juan. Rev Mus Fac Odontol. 2012;26(44):26-30.
95. González D. Nicholas MORTON: The Teutonic Knights in the Holy Land, 1190-1291. RUHM. 2017;7(15):242.
96. Bartfay W. Men in Nursing in Canada: Past, Present, and Future Perspectives. En: Men in Nursing History, Challenges, and Opportunities. New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 205-19.
97. Velandia A. Influencia de la "Cuestión Femenina en la educación de enfermería en Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. 2013;20(1):36-52.
98. Rojas J, Siles J. Perspectiva disciplinar de enfermería en la obra de San Pedro Claver. Cult cuid. 2010;14(27):54-60.
99. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre teorías de Enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev cubana Enf. 2016;32(4):126-38.
100. Pérez R, Debasa F. Henry Dunant y el ideal humanitario. La fundación de la cruz roja y los orígenes del derecho internacional humanitario. En: La acción social y humanitaria de las Fuerzas Armadas. Madrid: Dykinson; 2019. p. 25-46.
101. Castro B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. Invest Educ Enferm. 2011;29(2):267-85.
102. Congreso de Colombia. Ley 87 de 1946 [Internet]. [Consultado 18 Nov 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pGXjpJ>
103. Presidencia de la República. Decreto 3550 de 1948 [Internet]. [Consultado 18 Nov 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/35qyVlx>
104. Velandia A. Análisis sociohistórico de la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia entre 1920 y 1989. Av enferm. 18(1):1-10.

105. Oguisso T. La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería. *Cult cuid.* 2012; XVI (32):24-37.
106. Mendoza J. Historia de la Enfermería en Colombia. *Medicina.* 2016;38(4):351-3.
107. O'Lynn C. Nightingale's reforms and the demise of men in nursing. En: *Men in Nursing History, Challenges, and Opportunities.* New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 24-5.
108. O'Lynn CE. The 20th Century. En: *Men in Nursing History, Challenges, and Opportunities.* United States: Springer Publishing Company; 2007. p. 25-34.
109. AAMN. The American Association for Men in Nursing [Internet]. AAMN Advancing Men in Nursing. [Consultado 14 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.aamn.org/>
110. Aguilar Y, Valdez J, López N, González S. Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2013;18(2):207-24.
111. Yañez, Raúl. La construcción social de la realidad. La posición de Peter L. Berger y Thomas Luckmann. *Ars Boni et Aequi.* 2010;6(2):289-304.
112. Ron J. Otros conceptos del siglo XX. En: *Sobre el concepto de cultura.* Quito, Ecuador: FLACSO; 1977. p. 26-31.
113. Linton R. *The Study of man.* New York: Appleton-Century-Crofts; 1936. 113-129 p.
114. Fernández T. Talcott Parsons [Internet]. *Biografías y vidas.* 2019 [Consultado 4 Nov 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3HDab6l>
115. Garoz G. La Sociología de Talcott Parsons. La teoría funcionalista [Internet]. *Sociólogos. Blog de Sociología y Actualidad.* [Consultado 30 Mar 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3MoLH4w>
116. Miller D. George Herbert Mead: Self, Language, and the World. *AJS.* 1981;86(4):902-4.
117. Mead, George. La génesis de Self y el control social. *Reis.* 1991;55(91):165-86.

118. Forni P. Las metodologías de George Herbert Mead y Herbert Blumer. Similitudes y diferencias. [Internet]. IDICSO; 2014 [Consultado 2 de Abr 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3K8LmB4>
119. Carmona J. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método en el campo de la psicología social. Poiésis [Internet]. 2012;12. Disponible en: <https://bit.ly/35Pyocm>
120. Crossman A. A Biography of Erving Goffman [Internet]. ThoughtCo. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3hCsiii>
121. Herrera M, Soriano R. La teoría de la acción social en Erving Goffman. Papers. 2004; 73:59-79.
122. Goffman E. Fachada. En: La presentación de la persona en la vida cotidiana. Argentina: Amorrortu editores; 1997. p. 33-42.
123. Braunstein N. [Consultado 19 Oct 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3tsgG7e>
124. Pavón-Cuellar, D. Althusser y el althusserianismo. Alianzas del marxismo con el psicoanálisis en la crítica de la psicología por su carácter ideológico y pseudocientífico. En: Psicología crítica Definición, antecedentes, historia y actualidad. México: Universidad Michoacana; 2019. p. 41-5.
125. Benedito G. Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible. En: Psicología: ideología y ciencia. México: Siglo veintiuno editores; 1982. p. 403-19.
126. Cho S, Joo S. Do Gender Role Stereotypes and Patriarchal Culture Affect Nursing Students' Major Satisfaction? Int J Environ Res Public Health. 2021; 18:1-9.
127. Dorlin E. La historicidad del sexo. En: Sexo, género y sexualidades Introducción a la teoría feminista. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2009. p. 31-47.
128. Osborne R, Molina C. Evolución del concepto de género (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler). EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales [Internet]. 2008; (15):147-182.
129. Butler J. Actuar concertadamente. En: Deshacer el género. Barcelona: Paidós; 2016. p. 13-34.
130. Ortale M. Algunas cuestiones de género trabajo, pobreza y políticas sociales. En: Género, trabajo y políticas sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2014. p. 17-51.

131. O'Lynn C., O' Connor T, Herakova L. Men's Decision-Making to Become Nurses. Gendered Influences and Fit with Gender Role Conflict Theory. *Advances in Nursing Science*. 2020;43(3):251-65.
132. Wernet M, Mello D, Ayres, J, Carvalho M. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa. *Texto de contexto-Enfer*. 2017;26(4):e0550017.
133. Honneth, Axel. Patrones de reconocimiento intersubjetivo: amor, derecho, solidaridad. En: *La lucha por el reconocimiento por una gramática de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica Grijalbo Mondadori; 1997. p. 114-59.
134. Tello F. Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de Sociología*. 2011; 26:45-57.
135. Ahmed, Sara. El giro emocional. En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 9-19.
136. Gergen K. Del conocimiento individual a la construcción comunitaria. En: *Realidades y relaciones Aproximaciones a la construcción social*. Ediciones Paidós Ibérica; 1996. p. 6-85.
137. Hansberg O. De las emociones morales. *Revista de Filosofía*. 1996; IX (16):151-70.
138. Ahmed S. La emocionalidad. En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.39-45.
139. Illouz E. El surgimiento del Homo Sentimentalis. En: *Intimidades congeladas Las emociones en el capitalismo*. Buen: Latingrafics; 2007. p. 24.
140. Pescador E. Socialización de los sentimientos. En: *Género y salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. España: Díaz de Santos; 2018. p. 127-9.
141. Pescador E. El cambio posible de los hombres: emociones y escucha. En: *Género y salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. España: Díaz de Santos; 2018. p. 131-3.

142. Butler J. El reglamento del género. En: Deshacer el género. Tercera edición. Barcelona: Paidós; 2006. p. 67-89.
143. Butler J. El anhelo de reconocimiento. En: Deshacer el género. Tercera edición. Barcelona: Paidós; 2006. p. 189-216.
144. Álvarez-Gayou J. Orígenes y planteamientos básicos de la investigación cualitativa. En: Cómo hacer investigación cualitativa Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2003. p. 13-34.
145. Guba, E.G, Lincoln, Y. S. Competing Paradigms in Qualitative Research. En: Handbook of Qualitative Research. California: SAGE Publications, Inc; 1994. p. 105-17.
146. Sandoval C. Características comunes a las diversas modalidades de investigación de corte cualitativo y sus diferencias con las de tipo cuantitativo. En: Investigación cualitativa. Bogotá: ARFO Editores; 2002. p. 23-45.
147. García P. Escepticismo. En: Diccionario Filosófico Manual de materialismo filosófico Una introducción analítica [Internet]. Segunda Edición. Madrid: Izquierda Derecha; 2021. Disponible en: <https://www.filosofia.org/urss/dsf.htm>
148. Stake R. Qualitative Research: How Things Work. En: Qualitative Research Studying How Things Work. United States: The Guilford Press; 2010. p. 11-31.
149. Rosseto, Edilaine, Petrilli, José, Cardinal da Costa, Juliana. Reflexões acerca da condução de uma investigação qualitativa. Rev Min Enferm. 2010;14(1):127-33.
150. Capote A. La subjetividad y su estudio. Análisis teórico y direcciones metodológicas. En Argentina: CLACSO; p. 1-26. Disponible en: <https://bit.ly/3Kjnv1G>
151. González F. La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica avanzando sobre un legado inconcluso. Revista CS. 2013; 11:19-42.
152. Taylor S. J, Bogdan, R. Introducción. Ir hacia la gente. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación La búsqueda de significados. 2a. reimpresión. España: Paidós; 1994. p. 15-23.

153. Strauss A, Corbin J. Consideraciones básicas. En: Bases de la investigación cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002. p. 1-16.
154. Ramos, Carlos. Los paradigmas de la investigación científica. Av. psicol. 2015;23(1):9-17.
155. Alvarado SOM. Del sujeto moral al sujeto político. Algunas pistas epistemológicas y metodológicas para indagar por la constitución de subjetividades políticas en la primera infancia. En: Acercamientos metodológicos a la subjetividad política: debates latinoamericanos. Colombia: CLACSO. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.; 2013. p. 102.
156. De la Maza L. Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. Teología y Vida. 2005; 46:122-38.
157. Ferraris M. ¿Qué es la hermenéutica? En: La Hermenéutica. Madrid: Ediciones Cristiandad, S.A; 2004. p. 7-47.
158. Ricoeur P. Del texto a la acción- Ensayos de Hermenéutica II. La tarea de la hermenéutica: desde Schleiermacher y Dilthey. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. 383 p.
159. Grisales A. La Hermenéutica Filosófica y las Ciencias. Colombia: Universidad de Caldas; 2003. 61 p.
160. Gadamer, Hans-Georg. II. Preliminares. En: Verdad y método II. Salamanca-España: Ediciones Sígueme, S.A.; 1998. p. 33-95.
161. Garrido L. Reseña de «La Teoría de la acción comunicativa» de J. Habermas. Razón y Palabra [Internet]. 2011;16(75).
162. Ferrater J. Hermenéutica. En: Diccionario de Filosofía. Quinta Edición. Buenos Aires: Sudamericana; 1964. p. 824.
163. Álvarez-Gayou J. Enfoques o marcos teóricos o interpretativos de la investigación cualitativa. En: Cómo hacer investigación cualitativa Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2003. p. 41-90.

164. Saldívar A, Díaz R, Reyes N, López F. Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. *Acta de Investigación Psicológica*. 2015;5(3):2124-47.
165. García J, Flores M. Interaccionismo simbólico y teoría feminista: una aproximación psicosocial a los sistemas de significación y desigualdad. *La ventana*. 2021;6(54):74-109.
166. Pons, Diez X. La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsykhé*. 2010;9(1):23-41.
167. Honneth, Axel. *Patologías de la libertad*. 1a ed. Buenos Aires: Las cuarenta; 2016. 159 p.
168. Frankenberg G. *Teoría Crítica*. *Academia*. 2011;9(17):67-84.
169. Zúñiga, L, Valencia, H. La teoría del reconocimiento de Axel Honneth como teoría crítica de la sociedad capitalista contemporánea. *Reflexión Política*. 2018;20(39):263-80.
170. Simons, Helen. Definiciones de estudio de caso. En: *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid: Morata; 2011. p. 41-2.
171. Jiménez V, Cornelio C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO*. 2016;3(2).
172. Venesson P. Estudio de caso y seguimiento de procesos: teorías y prácticas. En: *Enfoques y metodologías de las Ciencias Sociales*. Madrid: Akal Ediciones; 2013. p. 400.
173. Observatorio Laboral para la Educación. [Consultado 27 Sep. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3KfJExM>
174. Stake R. Estudio intensivo de los métodos de investigación con estudio de casos. En: *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata; 2007. p. 11-5.
175. Simons H. Tipos de estudio de caso. En: *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid: Morata; 2011. p. 42-5.



176. Stake R. Capítulo 1. El caso único. Estudio intrínseco e instrumental. En: Investigación con estudio de casos. España: Ediciones Morata; 2007. p. 15-25.
177. Denzin N, Lincoln Y. Stake R. Case Studies. En: Handbook of Qualitative Research. London: SAGE Publications, Inc; 1994. p. 236-47.
178. Galeano M. Selección de informantes y fuentes. En: Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004. p. 35-6.
179. Stake R. La naturaleza de la investigación cualitativa. En: Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata; 2007. p. 41-51.
180. Ministerio de Educación. Ley 013 2013. Artículo 229. [Internet]. [Consultado 9 Sep. 2021]. Disponible: <https://bit.ly/35Lz82m>
181. Gerrish K. Muestreo en investigación cualitativa. En: Investigación en enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 180-3.
182. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos de investigación: la búsqueda de significados. Paidós; 1987. 348.
183. Sandoval C. El muestreo. En: Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES.; 2002. p. 120-1.
184. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Cienc Saúde Coletiva. 2012;17(3):613-9.
185. Taylor S. J, Bogdan R. Capítulo 4. La entrevista en profundidad. En: Introducción a los métodos cualitativos en investigación La búsqueda de los significados. España: Paidós; 1992. p. 100-32.
186. Brookes N. El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. En: Modelos y teorías en Enfermería. Octava edición. España: Elsevier; 2015. p. 610-39.
187. Universidad del Norte. Blogs Uninorte. Egresados [Internet]. Juan José Ortega, egresado del programa de enfermería. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3CdaBzg>
188. Scotto C. Teoría bioética sinfonológica. En: Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier; 2015. p. 505-22.

189. Fundación Index. Manuel Amezcuca. Salud, historia, cultura y pensamiento. [Consultado 18 May. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pDRjy3>
190. ANA. Ernest Grant [Internet]. American Nurses Association. 2021 [Consultado 27 Mar. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3IIWAMc>
191. Negro L. San Camilo de Lelis. Soldado de las galeras del Papa, de Venecia y de España. Revista de Historia Naval. 2018;36(143):69-92.
192. Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los EE. UU [Internet]. La Segunda Guerra. [citado 11 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3hGeldK>
193. Jordan Z. Remembering a Nursing Icon: Luther Christman (1915–2011). PACEsetters. 2011;8(3):15-6.
194. Moreno-Ruiz José. Días cruciales en América. Madrid: El Club Diógenes; 2001. p. 9-23.
195. Appalachian State University. Biography of Nurse Eugene Tranbarger [Internet]. North Carolina Nursing History. 2021 [Consultado 24 Mar. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3tqxPOu>
196. Stake R. La entrevista. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta edición. Madrid: Morata; 2007. p. 63-6.
197. De la Cuesta Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. Enferm Clin. 2011;21(3):163-7.
198. Stake R. Las preguntas de investigación. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta. Madrid: Morata; 2007. p. 23-38.
199. Stake R. Énfasis en la interpretación. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta Edición. Madrid: Morata; 2007. p. 20-4.
200. Stake R. Formulación de los temas. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta edición. Madrid: Morata; 2007. p. 27-8.

201. Stake R. Analysis and Synthesis. How Things Work. En: Qualitative Research Studying How Things Work. New York: The Guilford Press; 2010. p. 133-56.
202. Stake R. Preguntas para recoger datos clasificados. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta edición. Madrid: Morata; 2007. p. 35-9.
203. Simons H. El mapeo conceptual. En: El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid: Morata; 2011. p. 173-4.
204. Stake R. La triangulación. En: Investigación con estudio de casos. Cuarta edición. Madrid: Morata; 2007. p. 94-104.
205. Arias M. Giraldo C. El rigor científico en la investigación cualitativa. Investigación y Educación en Enfermería. 2011;29(3):500-14.
206. Noreña A, Alcaráz N, Rojas J. Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. Aquichán. 2012;12(3):263-74.
207. Creswell J. Standards of Validation and Evaluation. En: Qualitative Inquiry & Research Design Choosing Among Five Approaches. United States: SAGE Publications, Inc; 2007. p. 201-21.
208. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3):164-7.
209. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liber. 2007;13(13):71-8.
210. Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. [Internet]. 2016. [Consultado 16 Sep. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3HKziZ8>
211. Ministerio de Salud. Resolución 008430 [Internet]. Bogotá 1993. [Internet]. 2016. [Consultado 16 Sep. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3tvMurF>
212. Zahourek RP. Men in Nursing: Intention, Intentionality, Caring, and Healing. Holistic Nursing Practice. 2016; 30:247-56.

213. Cupani M, Pérez E. Metas de elección y carrera: contribución de los intereses vocacionales, la autoeficacia y los rasgos de personalidad. *Interdisciplinaria*. 2006;23(1):81-100.
214. Peña J, Inda C, Rodríguez Menéndez M. La teoría cognitivo social de desarrollo de la carrera: evidencias al modelo con una muestra de estudiantes universitarios de la rama científica. *Bordón*. 2015;67(3):103-22.
215. Ahmed S. La vergüenza emocional. En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.171-8.
216. Zavala M., Castañeda S. Fenomenología de agencia y educación. Notas para el análisis del concepto de agencia humana y sus proyecciones en el ámbito educativo. *Magíster*. 2014; 26:98-104.
217. Berger P, Luckmann T. La sociedad como realidad subjetiva. En: *La construcción social de la realidad*. Novena reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 1986. p. 164-227.
218. Ahmed S. Vergüenza ante los otros. En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.161-91.
219. Honneth, Axel. Las formas básicas de reconocimiento. En: *Reconocimiento y menosprecio sobre la fundamentación de una teoría social*. Buenos Aires: Katz Editores; 2010. p. 23-35.
220. Hansberg O. De las emociones morales. *Revista de Filosofía*. 1996; IX (16):151-70.
221. Bueno G. Situaciones límite. En: *Filosofía en español [Internet]*. España: Fundación Gustavo Bueno; 2018 [Consultado 7 oct. 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3HDAYzr>
222. Ahmed S. Emociones justas En: *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.287-92.
223. Organización Mundial de la Salud. Escala de edades en la adolescencia y la juventud. En: *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad [Internet]*. España: Gráficas Reunidas; 2000 [Consultado 5 nov. 2020]. p. 11-3. (Serie de Informes Técnicos 731). Disponible en: <https://bit.ly/3pFQsga>

224. Ministerio de Educación. Sistema de educación básica y media [Internet]. La educación es de todos. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3IR5K9K>
225. Pogré A, De Gatica A, García A, Krichesky G. Introducción. En: Los inicios de la vida universitaria Políticas, prácticas y estrategias para garantizar el derecho a la educación superior. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 9-16.
226. Sánchez ML, Álvarez A, Flores T, Arias J, Saucedo M. El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado, estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. Educación y Salud [Internet]. 2014 [Consultado 22 oct. 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/36T8WTU>
227. Hopkins M, Featherston C, Morrison P. Agresión y violencia en la salud y su impacto en estudiantes de enfermería: una revisión narrativa de la literatura. Nurse Educ Today. 2018; 62:158-63.
228. Bolzán Y. Los roles de género en Enfermería: Una perspectiva histórica de la división del trabajo. Vis enferm actual. 2017;14(49):45-53.
229. Moura I et al. Calidad de vida de los estudiantes de licenciatura en enfermería. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(2): e55291.
230. Silva L. Los valores morales de la licencia en Enfermería: percepción de profesores y estudiantes. Texto Contexto Enferm. 2020;29: e20190104.
231. De Gatica A, Bort L, De Gatica N. Reflexividad y transformación en las prácticas docentes universitarias. En: Los inicios de la vida universitaria II Aportes de la investigación [Internet]. Edición. Buenos Aires: Teseo; 2020 [Consultado 21 oct. 2020]. p. 19-50. Disponible en: <https://bit.ly/3tvS5hH>
232. Moreno C, Carme L. Violência e discriminação contra estudantes de enfermagem numa universidade pública colombiana. Invest Educ enferm. 2013;31(2):226-33.
233. Chávez R, Antonio L, Abreu L. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. Gac Med Mex. 2016; 152:796-811.

234. Mariscal E, et al. Abuse and or violence: phenomenon study school's care: medical internship revolving Management 2005-2006. Cuad Hosp Clín. 2007;52(1):46-54.
235. Ayala R. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. Educ. Med. 2008;11(3):125-9.
236. Gugel S, Duarte C, Lima A. Valorização da enfermagem brasileira: analisando aspectos históricos e de gênero. Nursing. 2020;23(264):3930-3.
237. Burquette M et al. Acceso a los estudios de Enfermería en función del sexo de los estudiantes. Rev ROL Enferm. 2018;41(7-8):534-42.
238. Pires M, Fonseca R. La politicidad del cuidado al criticar los estereotipos de género. La politicidad del cuidado al criticar los estereotipos del género. 2016;69(6):1223-30.
239. Piqueras J, et al. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica. 2009;16(2):85-112.
240. Flores A, et al. Discriminación de género en el aula universitaria y en sus contornos. Ra Ximhai. 2016;12(1):11-21.
241. Herrera, Gustavo. El cuerpo disciplinado y el ocaso de la libertad: análisis del hospital psiquiátrico y la escuela en el pensamiento de Michel Foucault. Sincronía. 2019; 75:104-28.
242. Grayson Perry. No lo arregles si está roto. En: La caída del hombre. 1a. ed. Barcelona: Malpaso; 2016. p. 11-21.
243. Silva G, et al. Estudos sobre a imagem das enfermeiras: cinco décadas entre a imagética e suas repercussões. Escudela Anna Nery. 2020;24(4): e20200063.
244. Burquette M et al. Barreras y expectativas sobre enfermería identificadas por estudiantes varones del grado de enfermería. Rev ROL Enferm. 2019;42(5):336-40.
245. Mena D, González V. Imagen social de la Enfermería, ¿estamos dónde queremos? Index de Enfermería. 2018;27(1-2):5-7.

246. Quecan Rodríguez MF. La diversidad en el rol de enfermería. Una opinión basada en la experiencia. [Trabajo de grado]. Chía (Cundinamarca): Universidad de la Sabana; 2015.
247. Laguado E. Recorrido histórico de la enfermería en Colombia y Latinoamérica. Humanas. [Consultado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Cd8j3k>
248. Sanhuesa L. Segregación de género: narrativas de mujeres desde la academia. Polis. 2020;19(55):310-34.
249. Casado R. El ejemplo de la Enfermería: identidad profesional feminizada. En: Género y Salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud. 1ra. Edición. España: Díaz de Santos; 2018. p. 149-54.
250. Lázaro S. Influencia de los Estereotipos de género en los hombres profesionales de enfermería. [Trabajo de grado]. Madrid (España): Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
251. Viladot Á, Steffens M. Estereotipos de género En: Estereotipos de género en el trabajo. Barcelona: UOC; 2016. p. 20-4.
252. Ahmed S. Sobre la pegajosidad. En: La política cultural de las emociones. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.143-8.
253. Badinter E. ¿Qué es un hombre? En: XY La identidad masculina. 1ªed. Madrid: Alianza Editorial; 1993. p. 17-21.
254. Restrepo A. La fuerza física. En: Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 61-4.
255. Bacete R. ¿Por qué están tan enfadados algunos hombres? En: Nuevos hombres buenos La masculinidad en la era del feminismo. España: Ediciones Península; 2017. p. 75-81.
256. Bacete R. Las pequeñas historias y las grandes consecuencias. En: Nuevos hombres buenos La masculinidad en la era del feminismo. España: Ediciones Península; 2017. p. 67-9.
257. Viladot Á, Steffens M. Funciones de los estereotipos. En: Estereotipos de género en el trabajo. Barcelona: UOC; 2016. p. 24-5

258. Williams CL. The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the «Female» Professions. *Social Problems*. 1992;39(3):253-67.
259. Pinzón S, Aponte M, Useche M. ¿Sexismo en enfermería? Una mirada desde la perspectiva de género a roles feminizados como el cuidado. *Prospectiva*. 2017; 23:123-46.
260. Collado Quezada Claudia CPS. Reflexiones sobre enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado. *Cult cuid*. 2017;21(47):22-7.
261. Ortega J. «Una cuestión de entrega»: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. *Soc. e Cult Goiânia*. 2019;22(1):48-65.
262. Badinter E. Cuando el hombre era el hombre. En: *XY La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial; 1993. p. 23.
263. Aspiazu E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*. 2017; 28:11-35.
264. Observatorio del Caribe Colombiano. Región Caribe Colombiana [Internet]. 2015 [Consultado 13 Sep. 2021]. Disponible en: <http://www.ocaribe.org/region-caribe>.
265. Badinter E. Los constructivistas o el estallido de la masculinidad. En: *XY La identidad Masculina*. 1º edición. Madrid: Alianza Editorial; 1993. p. 43-6.
266. De los Pinos U. Metamorfosis hacia nuevas masculinidades. De dónde vienen y hacia dónde se dirigen las masculinidades. [Trabajo de grado]. San Cristóbal de la Laguna (España). Universidad de la Laguna; 2020.
267. Valenzuela A, De Keijzer B. Concepto de masculinidad. En: *Masculinidades en profesiones femeninas de Salud y Ciencias Sociales*. Chile: Universidad Veracruzana – Universidad Central de Chile; 2015. p.33-5.
268. Muñoz H. Masculinidades hegemónicas: una contextualización de la ciudad. En: *Hacerse hombres: la construcción de masculinidades desde las subjetividades. Un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos*. [Tesis de Doctorado]. Madrid (España): Universidad Complutense; 2014. p. 103-72.



269. Vásquez M, Carrasco A. Género, cuerpo y heteronormatividad. Reflexiones desde la antropología. *Interciencia*. 2017;42(9):616-22.
270. Zanatta L, et al. Normas de género entre jóvenes «Sin tierra»: evidencias para la práctica social de enfermería. *Rev esc enferm*. 2017;51: e03279.
271. Figueroa J, Hernández T. Hombres en profesiones de cuidado tradicionalmente feminizadas. *Pap poblac*. 2019;25(100):121-51.
272. Berkery E, Tiernan S, Morley M. The relationship between gender role stereotypes and requisite managerial characteristics: the case of nursing and midwifery professionals. *Journal of Nursing Management*. 2014;24(8):707-19.
273. Boschma G, Yonge O, Mychajlunow, L. Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-75. *Nurs Inq*. 2005;12(4):243-55.
274. Mosqueda A, Paravic T, Valenzuela S. División sexual del trabajo y Enfermería. *Index Enferm*. 2013;22(1-2):70-4.
275. Méndez A, García J. Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 2019; 8:15-23.
276. Villafuerte J, Bello J, Pantaleón Y, Bermello J. Rol de los docentes ante la crisis del COVID-19, una mirada desde el enfoque humano. *REFCaIE*. 2020;8(1):134-50.
277. Specht J, Pereira L, Pintanela D, Geri J, Devos E, Diniz E. Salud, comportamiento y gestión: impactos en las relaciones interpersonales. *Texto & Contexto – Enfermagem*.
278. Cordero E, et al. Dimensiones de la relación interpersonal del profesional de enfermería en una unidad de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(2):89-96.
279. Specht J, et al. Health, Behavior, and management: impact on interpersonal relations. *Texto de contexto-Enfer*. 2020;29: e20190057.

280. Álvarez Y. El poder y las relaciones de poder en las organizaciones. Algunas aproximaciones teóricas desde las perspectivas de Michel Foucault, Pierre Bourdieu y Max Weber. *GestSoc.* 2010;4(1):145-61.
281. Rojas L. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. *Horizonte sanitario.* 2019;18(1):17-26.
282. Molina K, Gallo J, Perelló C. Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;15(1):49.
283. Viladot Á, Steffens M. Maleabilidad de los estereotipos de género implícitos. En: *Estereotipos de género en el trabajo.* Barcelona: UOC; 2016. p. 36-42.
284. Scheler, Max. El «lugar» del pudor y el modo de existencia del hombre. En: *Sobre el poder y el sentimiento de vergüenza.* Salamanca-España: Ediciones Sígueme; 2004. p. 17-23.
285. Ahmed S. La política afectiva del miedo. En: *La política cultural de las emociones.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.105-33.
286. Muñoz LM, ¿Cómo perciben los estudiantes de enfermería la influencia del género en su desarrollo académico y clínico? [Trabajo de grado]. Palma de Mallorca (España): Universitat de les Illes Balears; 2015.
287. Restrepo A. Barreras de papel: «dificultades» percibidas para la enfermería masculina. En: *Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero.* [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 80-4.
288. Ahmed S. En nombre del amor. En: *La política cultural de las emociones.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.191-5.
289. Gallego M. ¿Existe realmente el «amor platónico?» [Internet]. Campus Unisabana. Portal de Noticias. 2019 [citado 17 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3HJfilu>
290. Velásquez S, Arroyave O. Relación entre el cuidado y la teoría del reconocimiento. *Temperamentvm.* 2021;17(e13143).

291. Honneth, Axel. Reconocimiento y menosprecio. En: Reconocimiento y menosprecio sobre la fundamentación de una teoría social. Buenos Aires: Katz Editores; 2010. p. 9-13.
292. Gil J. El reconocimiento afectivo como contenido moral. Feuerbach en diálogo: Fichte, Hegel, Honneth. Tópicos. 2015; 49:54-79.
293. Faundes J. Honneth y la demanda por el reconocimiento intercultural de los pueblos indígenas. Perfiles latinoamericanos. 2017;25(49):303-23.
294. Hartmann H. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En: Patriarcado capitalista y feminismo socialista. Primera edición. México: Siglo veintiuno editores; 1980. p. 186-221.
295. Montesó P. Dificultades para el adelanto de la mujer. Diferentes teorías sociológicas. Enferm Glob. 2014;13(36):265-74.
296. De Arco O, Suárez Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ Salud. 2018;20(2):171-82.
297. Fuentes G. Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. Revista Colombiana De Enfermería. 2020;19(1): e017.
298. Solano A. Resiliencia y COVID-19. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2020;71(1):7-8.
299. Ruano L, Torres A, Congote E. Roles y funciones en la Investigación Formativa. Percepciones de docentes y rectores de Instituciones Educativas de nivel medio. Atas - CIAIQ. 2018; 1:457-66.
300. Benedito G. Posibilidades para una praxis diferente o rol posible. En: Psicología: ideología y ciencia. México: Siglo veintiuno editores; 1982. p. 415-9.
301. Sánchez A, et al. Enfermería: simbología, estereotipos e imagen social. «Una visión transgeneracional» de enfermeras y médicos en la Fundación Santa Fe de Bogotá, un homenaje en sus 40 años. Actual Enferm. 15(4):8-20.
302. Mera F, Morales I, Mosquera M. Rol del psicólogo en la gestión de la política pública y la salud mental en el municipio de Cajibío Cauca. v. 3 (2018): Atas - Investigaçao Qualitativa em Ciências Sociais.

303. Moreno Y. Judith Butler y la construcción del sujeto en términos performativos. *Thémata*. 2017;(56):307-15.
304. Reverter S. Performatividad: la teoría especial y la general. *ISEGORÍA*. 2017;(56):61-87.
305. Abbagnano N. Ideal. En: *Diccionario de Filosofía*. Décima. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 637.
306. Ferrater J. Ideal, idealidad. En: *Diccionario de filosofía*. Quinta edición. Buenos Aires: Sudamericana; 1975. p. 896-8.
307. Prías H. Cuidado Humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. *REVISALUD Unisucre*. 2017;3(1):26-30.
308. Roy C. Overview of Processes for Creating Knowledge for Practice. En: *Generating Middle Range Theory*. United States: Springer Publishing Company; 2014. p. 3-26.
309. Heaton K, Weaver T. Innovate approaches to PhD in nursing curricula: What is lost and what is gained? *J Prof Nurs*. 2020;37(1):1-4.
310. Muñoz D. De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enferm Clin*. 2018;28(3):149-53.
311. Consejo Técnico Nacional de Enfermería. Educación en Enfermería y Calidad en la Formación. Caracterización de la situación. En: *Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. p. 15-9.
312. López G, Lemus E, Valcárcel N, Torres O. La superación profesional en salud como modalidad de la educación de posgrado. *EDUMECENTRO*. 2019;11(1):202-17.
313. García J, Rodríguez J, Parcon M. Formación de posgrados en Enfermería, una necesidad para Santo Domingo de los Tsáchilas. *AMC*. 2019;23(4):617-27.
314. Atehortúa S, Castaño Y, Restrepo R. Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2019;18(36). Disponible en: <https://bit.ly/3Cdn3zb>

315. Galindo M, Herrera S. La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate. *La ventana*. 2017;5(46):177-201.
316. García R, Buzón O, Piedra de la Cuadra J, Quiñones C. II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género. En Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010 [Consultado 7 jul. 2021]. p. 315-26. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/40179>.
317. De los Ríos Y, Hernández N. Presentación. En: El rol del profesional de enfermería en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) [Internet]. Ibagué: Universidad del Tolima; 2019 [Consultado 18 May. 2021]. p. 9-12.
318. De los Ríos Y, Hernández N. Ejes centrales en el desarrollo de la investigación. En: El rol del profesional de enfermería en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) [Internet]. Ibagué: Universidad del Tolima; 2019 [Consultado 18 May. 2021]. p. 13-8.
319. Problemática de liderazgo y autonomía en enfermería. En: Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. p. 23-4.
320. Cogollo Z, Polo A, Guzmán A, Gómez E. Condiciones de trabajo de los egresados de enfermería en Cartagena. *Panorama Económico*. 2019;27(1):105-15.
321. Véliz L, Bianchetti A. Enfoque de Género en la atención de salud de pacientes con enfermedades cardiovasculares en Chile. *Rev Chil Cardiol*. 2018;37(2):143-5.
322. Ortega-Bolaños, J. La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia 1990-2015. *Hacia promoc. salud*. 2016;21(1):37-51.
323. Chávez P, Navarro L, Prada E. Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Monografía]. Bucaramanga (Colombia) Instituto de las Ciencias de la Salud (CES); 2007.
324. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. [Consultado: 20 Jul 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3trxqvc>
325. Prada S, Pérez A, Rivera A. Clasificación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc. Polit Salud*. 2017;16(32):51-65.

326. Espinosa A, Enríquez C, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2015;21(2):39-49.
327. Arango J, Molina D, Mejía C, Faneyra L. La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018;17(35):1-49.
328. Cuadros K, Grillo K, Toffoletto M, Henríquez C, Canales O. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [Consultado 13 Jul 2021];25(e2841).
329. Pedace M, et al. Relatos sobre COVID-19 de profesionales de la salud en un hospital. *Rev Hosp Ital BAires*. 2021;41(2):97-102.
330. Ortega M, Jiménez A. Situación actual de enfermería en Colombia, una reflexión. *Cuidado y Ocupación Humana*. 2020;19(1):28-38.
331. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. CIE; 2012 [Consultado 20 de julio de 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3sMC0F8>
332. Peña D. El arte de la medicina: ética, vocación y poder. *Panorama Cuba y Salud*. 2014;9(3):31-41.
333. Irigibel X. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index Enferm*. 2008;17(4):276-9.
334. Casado R. Atención profesional a la salud. Influencia del género en quienes la prestan. En: *Género y salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus respectivas repercusiones en la salud*. Primera Edición. España: Díaz de Santos; 2018. p.145-56.
335. Perona E. La economía feminista y su aporte a la teoría económica moderna. *Estudios - Centro de Estudios Avanzados Universidad Nacional de Córdoba*. junio de 2012;(27):27-43.
336. Estrada D, Cardona J. La medicina en la obra de Michel Foucault: Meta-síntesis. *Civilizar*. 2018;18(34):223-36.

337. Meleis A. Human Barriers: Nurses as Women. En: Theoretical Nursing Development and Progress. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 89-90.
338. Ahmed S. La vergüenza y los actos de habla. En: La política cultural de las emociones. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 180-190.
339. Meleis A. Human Barriers: Nurses as Nurses. En: Theoretical Nursing Development and Progress. United States: Wolters Kluwer; 2018. p. 41-4.
340. Rojas L. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. Horizonte sanitario. 2019;18(1):17-26.
341. Restrepo A. La cenicienta de las profesiones de la salud. En: Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 44-6.
342. Errasti B, Arantzanmendi M, Canga N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales Sis San Navarra. 2012;35(2):269-83.
343. Pineda C, Galindo G, González D, Chaparro R. Validación de un inventario de roles de masculinidad hegemónica en varones colombianos. Diversitas. 2019;15(2):257-70.
344. Rodríguez J, Campos L. Mito de Prometeo, una mirada a la masculinidad de nuestro tiempo. En: Masculinidades en el siglo XXI El desafío de Adán. Primera Edición. México: Editorial el Manual Moderno; 2016. p. 1-13.
345. Connell R.W. La organización social de la masculinidad. En: Masculinidades poder y crisis. Primera edición. Chile: Isis Internacional; 1997. p. 31-48.
346. Batthyány K. Género. En: Políticas del cuidado. 1a ed. Buenos Aires, Argentina.: Universidad Autónoma Metropolitana - CLACSO; 2021. p. 17-23.
347. Batthyány K. Segregación. En: Políticas del cuidado. Primera edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Autónoma Metropolitana - CLACSO; 2021. p. 23-30.

348. Cascales J. I Congreso de Investigaciones Feministas en Transformación. Textos y reflexiones entre campus y calle. En Valencia: Instituto de Valencia; 2015. p. 333-41.
349. Pérez I, Quesada S. Género, masculinidad hegemónica y masculinidades subalternas. En: Género y masculinidades Miradas y herramientas para la intervención. Primera Edición. Uruguay: CLACSO; 2016. p. 9-21.
350. Marqués J. Varón y patriarcado. En: Masculinidades poder y crisis. Primera Edición. Chile: Isis Internacional; 1997. p. 17-31.
351. Martínez R, Rodríguez J, Valderrama R. Masculinidad y salud mental. En: Masculinidades en el siglo XXI El desafío de Adán. Primera edición. Ciudad de México: Manual Moderno; 2016. p. 91-8.
352. Esteban L. Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. Quaderns. 2017;22(2):33-48.
353. AP-EFE. Juan Pablo II critica el capitalismo salvaje. [Internet]. El tiempo. 1992 [Consultado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Ki8RYm>
354. Velandia Ana. Influencia de la "Cuestión Femenina en la educación de enfermería en Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. 2013;20(1):36-52.
355. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. CIE; 2012 [Consultado 20 de julio de 2021]. <https://bit.ly/3sMCOF8>
356. Ministerio de Educación. Ley [Internet]. 266 1996. Disponible en: <https://bit.ly/3tzQVld>
357. Gobierno de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. 84 p.
358. Instituto Nacional de las Mujeres. Sesgo de género. En: Glosario para la igualdad [Internet]. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2021 [Consultado 18 nov. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3tufLTu>
359. Calvo M. Estereotipos y sesgos sexistas asociados al modelo de mujer enfermera en la comunicación publicitaria. Texto Contexto Enferm. 2014;23(3):530-7.



360. Domínguez S. El perjuicio de los estereotipos cuando el profesional de enfermería es un varón [Internet]. Elsevier [Consultado 22 nov. 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/35CO1nN>
361. Kluczynska U. Motives for choosing and resigning from nursing by men and the definition of masculinity: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2017;73(6):1366-76.
362. Solera S, Sancho D. Construcción y análisis de las propiedades psicométricas de un test para medir la vocación en estudiantes de enfermería. *Therapeía*. 2017; 9:65-72.
363. Torres D, Ruiz E. La motivación para el cuidado. En: *Género y salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Primera Edición. España: Díaz de Santos; 2018. p. 184.
364. Mayos, Goncal. ¿Qué es la Ilustración? En: *La Ilustración*. Primera Edición. Barcelona: UOC; 2007. p. 11-8.
365. Goffman E. Actuaciones. Confianza en el papel que desempeña el individuo. En: *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Tercera reimpresión. Argentina: Amorrortu editores; 1997. p. 29-33.
366. Real Academia Española RAE. Estatus. En: *Diccionario de la Lengua Española* [Internet]. 23° edición. Madrid, España: Real Academia Española; 2014 [Consultado 14 dic. 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estatus>
367. Chan et al. Self-image of male nursing students in Hong Kong: multi-qualitative approaches. *Am J Mens Health*. 34;8(1):26.
368. Smith C, Lane S, Brackney D, Horne C. Role expectations and workplace relations experienced by men in nursing: A qualitative study through an interpretative description lens. *J Adv Nurs*. 2020;76(5):1211-20.
369. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058 [Internet]. Comunicado de prensa. 2019 [Consultado 3 Feb. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3HPfhMX>
370. Pérez J, Merino M. Saldo migratorio. En: *definicion.de* [Internet]. *Definicion.de*; 2016 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3vLyInv>

371. Organización de los Estados Americanos. Crisis de migrantes y refugiados venezolanos. [Internet]. Informe de situación-diciembre 2020. [Consultado 4 Feb. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3vKKEWx>
372. Rivero S, Incerti C, Márquez C. El reciente proceso migratorio en Uruguay algunos desafíos para las alternativas educativas y de cuidado. *Fronteras*. 2019; 12:100-14.
373. Arif S, Khokhar S. A historical glance: Challenges for male nurses. *JPMA*. 2017;67(12):1889-94.
374. Appiah S, Appiah EO, Lamptey VNL. Experiences and Motivations of Male Nurses in a Tertiary Hospital in Ghana. *Open Nurs [Internet]*. 2021;1(7).
375. Ceballos P, Jofré V, Mendoza S. Desigualdades en el ejercicio del cuidado a través del enfoque de género. *BENESSERE*. 2016;1(1):2-16.
376. Vargas M. Otro hombre es posible: GENDES y los hombres en la igualdad de género. *RDU*. 2020;21(4):1-11.
377. Mao et al. «I am called girl, but that doesn't matter»-perspectives of male nurses regarding gender-related advantages and disadvantages in professional development. *BMC Nurs*. 2021;20(1).
378. Hernández F, Herzog B. El desarrollo de la obra de Honneth. En: *Patologías de la libertad*. Buenos Aires, Argentina: Las cuarenta; 2016. p. 15-9.
379. Butler J. Prohibición, psicoanálisis y la producción de la matriz heterosexual. En: *El género en disputa*. Tercera Edición. España: Paidós; 2007. p. 101-73.
380. Butler J. Prefacio (1999). En: *El género en disputa*. Tercera Edición. España: Paidós; 2007. p. 7-34.
381. Butler J. Sujetos de sexo/género/deseo. En: *El género en disputa*. Tercera Edición. España: Paidós; 2007. p. 45-85.
382. Morcillo S, Martynoswskyj E, De Stéfano M. ¿El macho «apichonado»? Masculinidad, emociones y relaciones de género en los relatos de varones que pagan por sexo en Argentina. *Contemporánea*. 2021;11(2):608-22.

383. Editorial Herder. Fransesc Torralba Roselló [Internet]. 2020 [Consultado 24 Ene. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3CiZN2O>
384. Villamil M. Emociones y ética. Aportes al desarrollo de una ética integral. Franciscanum. 2011;53(156):171-210.
385. Mendieta, G, Tinjaca D, Cuevas J. Representations about Emotions and Masculinity in Bogotá Males. MCS. 2021;10(2):186-215.
386. Herder Editorial. Victoria Camps [Internet]. 2017 [Consultado 13 Ene 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3sM9d3l>
387. Camps V. ¿Qué son las emociones? En: El gobierno de las emociones. Barcelona: Herder; 2011. p. 23-43.
388. Broncano F. El valor de las emociones. En: Ética y emoción El papel de las emociones en la justificación de nuestros juicios morales. Primera edición. Madrid: Plaza y Valdés; 2014. p. 9-13.
389. Zago L. Conhecimento em tempos de ódio a pesquisa não fascista e a pesquisa impertinente com gênero e sexualidade. BAGOAS. 2017; 16:79-110.
390. Torralba F. El imperativo de reducir el sufrimiento. Lectura de Jeremy Bentham. En: ¿Qué es la Dignidad Humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Barcelona: Herder; 2005. p. 118-27.
391. Bacete R. Hombres en crisis y masculinidades en estado crítico. En: Nuevos hombres buenos La masculinidad en la era del feminismo. España: Península; 2017. p. 14-7.
392. Universidad Nacional Autónoma de México. Hansberg Torres Olga [Internet]. UNAM. Posgrado Filosofía. 2018 [Consultado 5 Feb. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3MslXEh>
393. Martínez S. ¿Qué es una emoción moral? Una propuesta desde la “ética del cuidado”. En: Reflexiones filosóficas sobre compasión y misericordia. España: Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir»; 2016. p. 103-34.

394. Camps V. Los afectos políticos. En: El gobierno de las emociones. Primera Edición. Barcelona: Herder; 2011. p. 279-306.
395. Nussbaum M. Un problema en la historia del liberalismo. En: Las emociones políticas ¿Por qué el amor es importante para la justicia? Primera Edición. Barcelona: Paidós; 2014. p. 13-42.
396. Fraser N. La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En: ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Primera Edición. Madrid: Morata; 2006. p. 17-88.
397. Hernández F, Herzog B. La posibilidad de una sociología crítica. En: Patologías de la libertad. Primera Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Las cuarenta; 2016. p. 23-4.
398. Escavador E. [Internet]. 2020 [Consultado 29 Ene. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3CoNVMz>
399. Saporoti E. Nursing: dialogue with the past in the commitment to the present. RLAE. 2019;27(e3220):1-3.
400. Velásquez C. Enfermería en Colombia en tiempos de la pandemia por coronavirus. Ciencia y Cuidado. 2020;17(2):5-7.
401. Ministerio de Salud. Mercado Laboral. En: Política Nacional de Talento Humano en Salud. Primera Edición. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. p. 27-31.
402. D'Alessandro M. El trabajo y las trabajadoras invisibles. En: Economía feminista. Segunda Edición. Colombia: Penguin; 2018. p.166-172.
403. Cárcamo S. Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y caso. Primera Edición. Argentina: FEDUN; 2021. 741 p.
404. Hobart HJK, Kneese T. Radical Care: Survival Strategies for Uncertain Times. Social Text. 1 de marzo de 2020;38(1 (142):1-16.

405. CIS Centro de Investigaciones Sociológicas. Biografía de María Ángeles Durán Heras. [Internet]. Semblanzas. 2017 [Consultado 11 Feb. 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3KnJULf>
406. Durán M. La riqueza invisible del cuidado. Una visión macroeconómica. En: La riqueza invisible del cuidado. Primera Edición. Valencia: Universidad de Valencia; 2018. p. 301-96.
407. Martínez R. Sobre el cuidatoriado de María Ángeles Durán [Internet]. CENIE. Centro Internacional sobre el Envejecimiento. 2020 [Consultado 15 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3hNpWx4>
408. Batthyány K. Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2018;17(34).
409. Mandal L. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. Nurs Philos. 2020;21(1): e12257.
410. Sevilla A. Cuentas Nacionales. Definición técnica [Internet]. Economipedia. 2012 [Consultado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3vLuEUv>
411. Moreno C. Cuidado no remunerado en Colombia equivale al 20% del PIB. [Internet]. AA Anadolu Agency. 2021 [Consultado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/35uD9IV>
412. ONU. Cuidado no remunerado en Colombia: brechas de género. [Internet]. ONU Mujeres Colombia. 2020 [Consultado 16 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/373mcW9>
413. Luzuriaga M, Zunino M. De las tramas invisibles del cuidado, al cuidado como acto político. En: Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur Conceptos, métodos y casos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: FEDUN; 2021. p. 149-205.
414. Pautassi L. El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. Revista de la Facultad de Derecho de México. 2018;68(272):718-42.
415. Arruzza C, Bhattacharya T, Fraser N ¿Qué es la reproducción social? En: Manifiesto de un feminismo para el 99%. Primera Edición. España: Herder; 2019. p. 89-94.

416. Fraser N. Las contradicciones del capital y de los cuidados. En: Los talleres ocultos del capital Un mapa para la izquierda. Madrid: Traficantes de Sueños; 2020. p. 73-93.
417. Universidad Autónoma de Madrid. Clásicos de la Psicología: Carol Gilligan y la ética de los cuidados. [Internet]. CanalBiblos. Blog de la Biblioteca de la UAM. 2016 [Consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/35wAO03>
418. Ministerio de Educación. Ley [Internet]. 911 2004. Disponible en: <https://bit.ly/3hNd7Tq>
419. Gilligan, Carol. IV. La ética del cuidado. En: La ética del cuidado [Internet]. Barcelona: Fundación Víctor Grifols; [Consultado 5 Jul 2021]. p. 30-8. Disponible en: <https://bit.ly/3HU9SUN>
420. Alvarado A. La ética del cuidado. Aquichán. diciembre de 2004;4(1):30-9.
421. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta bioethica. 2015;21(2):311-7.
422. Shannon SE. The Nurse as the Patient's Advocate: A Contrarian View. Hastings Cent Rep. 2016;46(1): S43-7.
423. Ramos D, Saiz M. Los cuidados invisibles ¿Son realmente invisibles? Nuberos. 2018;3(25):94-6.
424. Gorraiz M. El cuidado (La cura) del ahí del ser en Martín Heidegger. En: Hermenéuticas del Cuidado del Sí: Cuerpo Alma Mente Mundo. Madrid: Dykinson; 2017. p. 321-40.
425. Nieto F, Santamaría J. El SORGE como propuesta de humanización en el cuidado. Ene [Internet]. 2016 [Consultado 21 Feb 2022];10(3). Disponible en: <https://bit.ly/3tV0OKL>
426. Ahmed S. Sentimientos queer. En: La política cultural de las emociones. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p.221-55.
427. Collière MF. Prevalencia de los roles como forma de identificar los cuidados. En: Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana; 2. p. 80-93.

428. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe [Internet]. Repositorio digital. 2020 [Consultado 22 Feb 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11362/45335>
429. Chatzidakis A, Hakim J, Litter J, Rottenber C, Lynne S. Caring for the world. En: The Care Manifest. The Politics of Interdependence. First Edition. New York: Verso; 2020. p. 65-72.
430. Saldívar, Alicia, Díaz, Rolando, Reyes, Norma, López, Fuensanta. Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. Acta de Investigación Psicológica. 2015;5(3):2124-47.
431. Olarte C. Emoción y hegemonía, la vivencia masculina en Comunicación. Cinzontle [Internet]. 2016 [Consultado 24 Feb 2022];8(18). Disponible en: <https://bit.ly/3HJOdyR>
432. Santos de Lima A, Henrique M, Vieira E, Pereira A, Albuquerque G, Moreira J. Gênero e sexualidade na formação de enfermeiros no ensino superior público brasileiro: estudo documental. RECOM. 2021;11: e3877.
433. Lorber J. Using gender to undo gender. Feminist Theory. 2000;1(1):79-95.
434. Pescador, Erick. La salud y las masculinidades. En: Género y salud Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud. Primera Edición. España: Díaz de Santos; 2018. p. 127-9.
435. Muñoz H. El género no es solo de mujeres, los hombres también tienen género: opciones teóricas para el estudio de las masculinidades. En: Hacerse hombres La construcción de masculinidades desde las subjetividades. Primera Edición. Medellín: Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2017. p. 19-40.
436. Arrese I. II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata. En Universidad Nacional de la Plata; 2009 [Consultado 28 Feb 2022]. p. 1-7. Disponible en: <https://bit.ly/3tDXtzu>
437. Nightingale F. Notes on nursing: what it is, and what it is not. First Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott.

438. Aggleton P, Chalmers H. Working with the Riehl Model of Nursing. En: Conceptual Models for Nursing Practice. Third. Connecticut: Appleton & Lange; 1989. p. 403-8.
439. Brykczynski K. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la Enfermería. En: Modelos y Teorías en Enfermería. 8.a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015. p. 118-41.
440. Erickson M. Capítulo 25. Modelos y modelado de roles. En: Modelos y teorías de Enfermería. Octava. Barcelona, España: Elsevier España; 2015. p. 482-95.



## Anexos

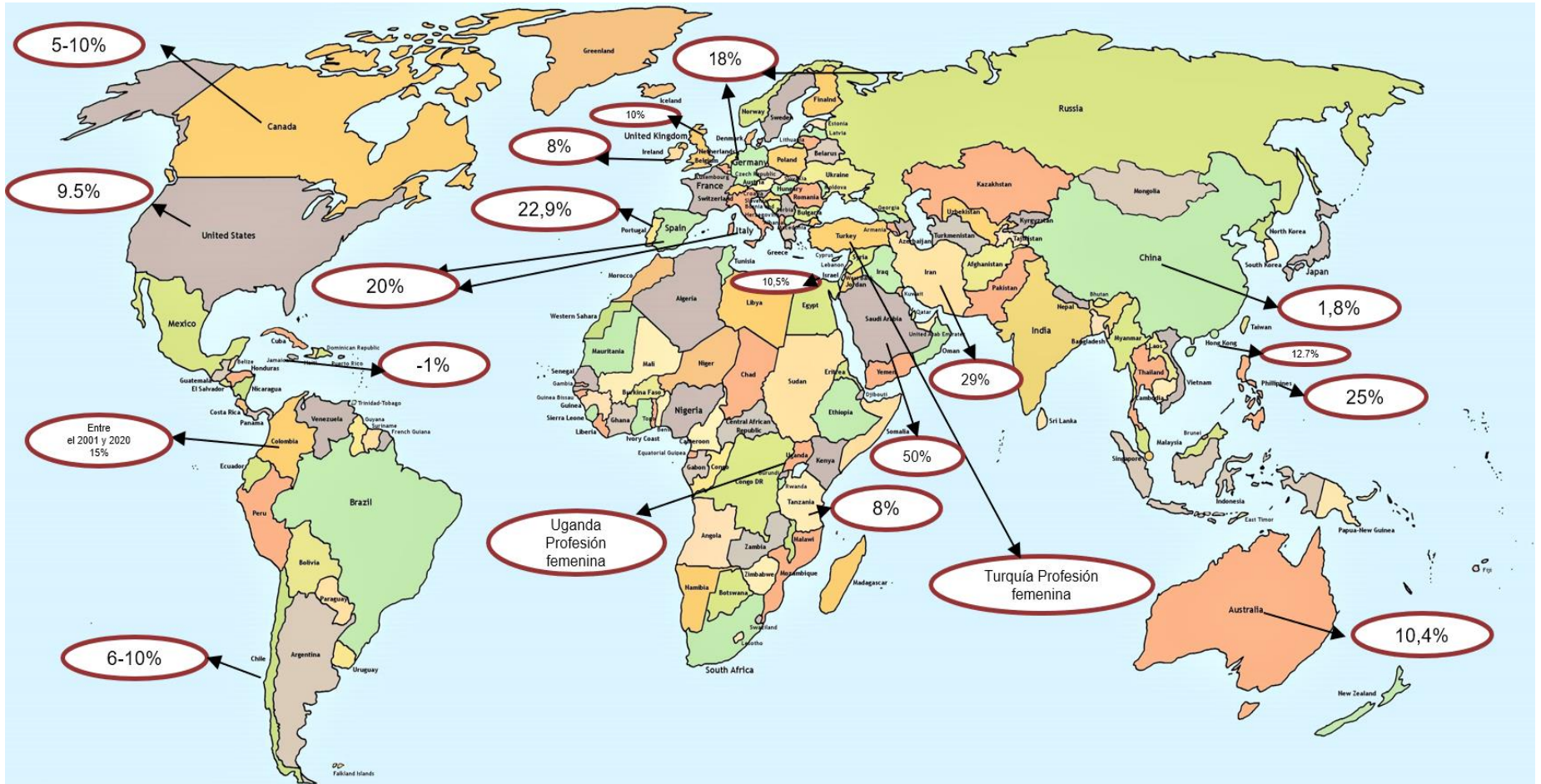
## Anexo 1. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial



Figura 2. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial

Fuente: figura creada a partir de la información obtenida de las referencias bibliográficas de la 16-20.

**Anexo 2. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial**



*Figura 3. Presencia de hombres enfermeros a nivel mundial*

Fuente: figura creada a partir de la información obtenida de las referencias bibliográficas: 17, 21-23.

### Anexo 3. Número de graduados en enfermería en Colombia (2001-2020) distribución por sexo

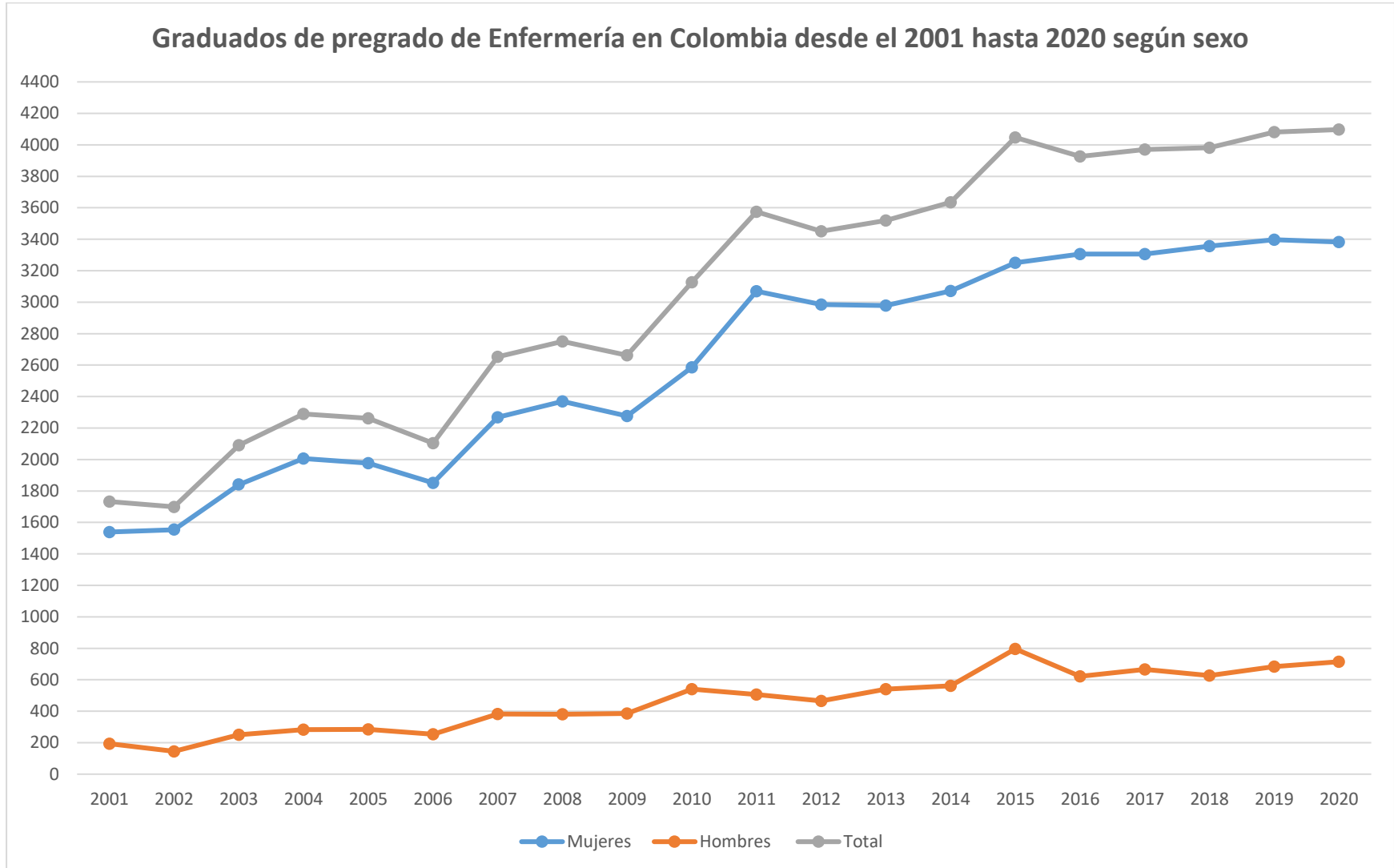


Figura 4. Número de graduados en enfermería en Colombia (2001-2020) distribución por sexo.

Fuente: gráfico creado a partir de la información obtenida de la referencia bibliográfica 23.

**Anexo 4. Sistema Conceptual Teórico Empírico**

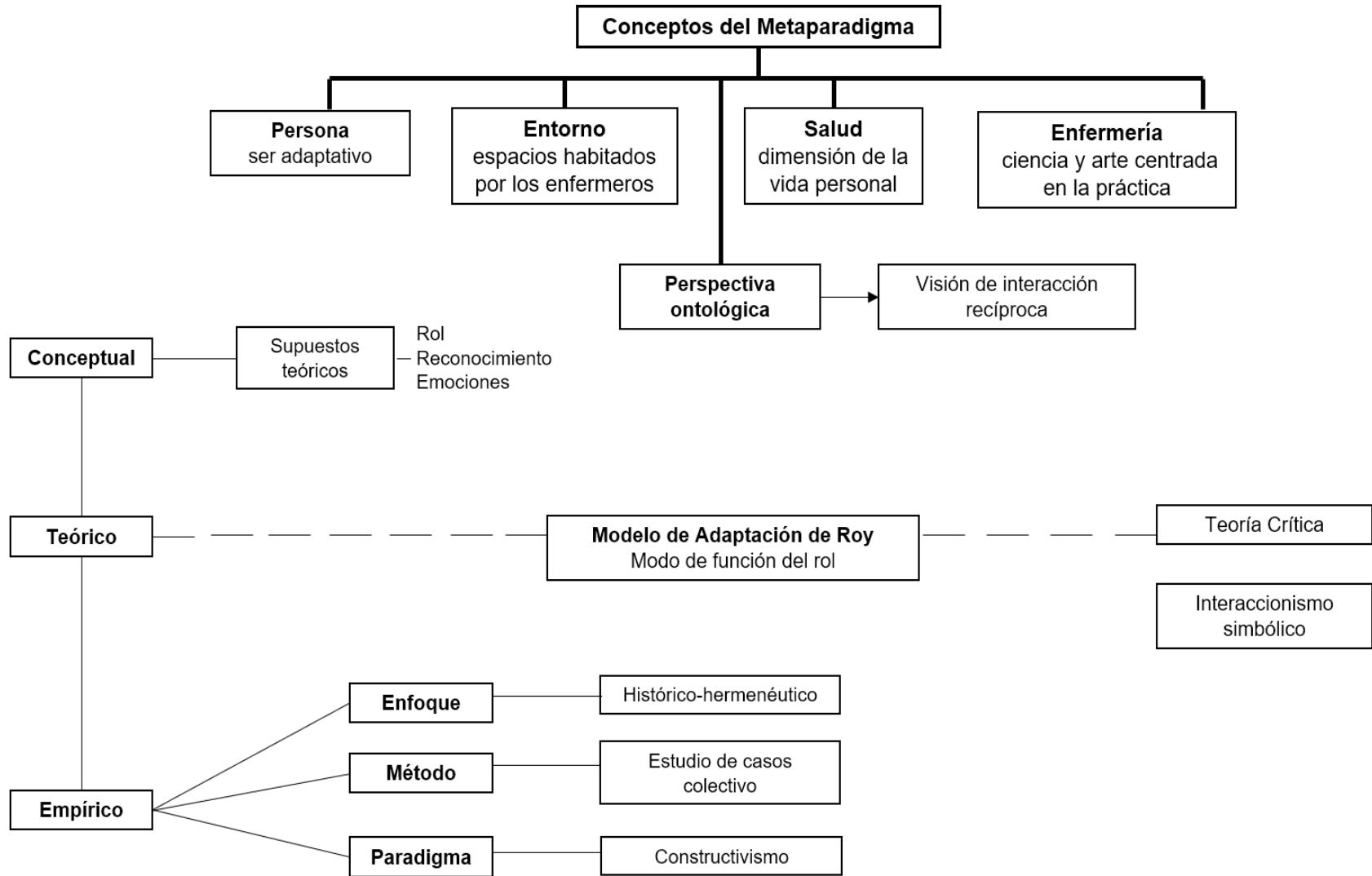


Figura 5. *Sistema Conceptual Teórico Empírico*

Fuente: elaboración propia.

Anexo 5. Prácticas de cuidados aseguradas por los hombres.

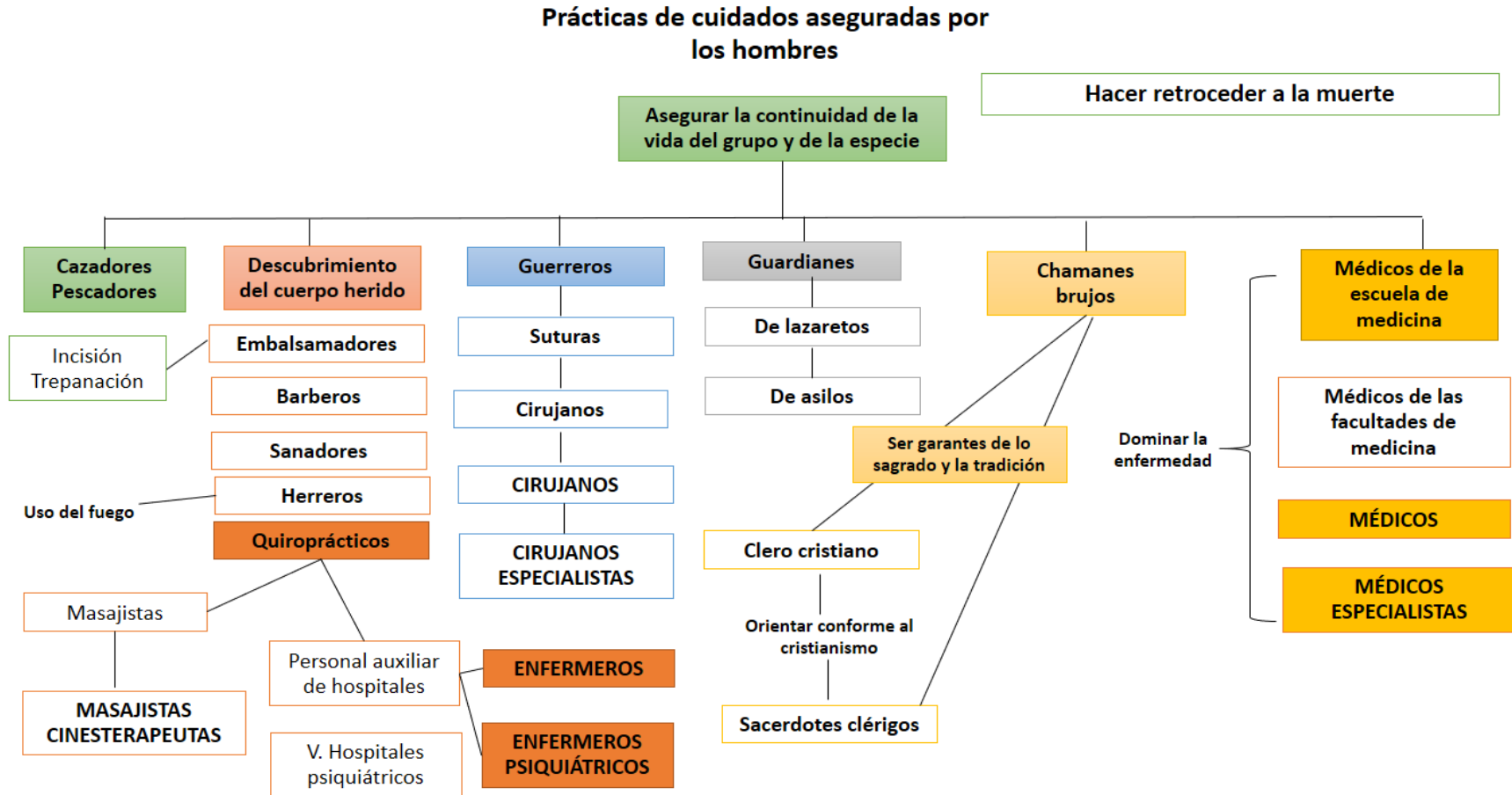
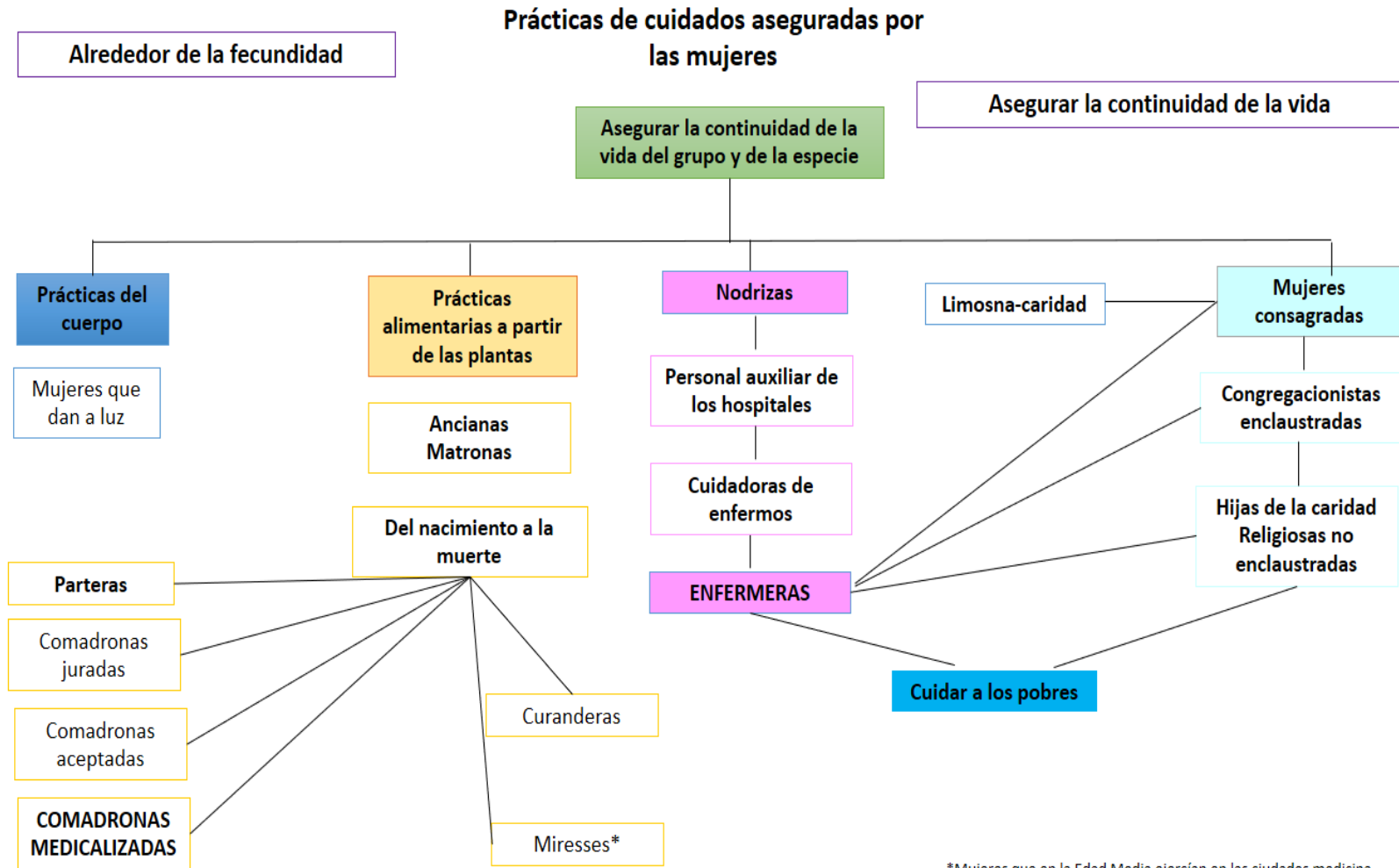


Figura 6. Prácticas cuidadoras aseguradas por los hombres

Fuente: Adaptado de Collière MF. Origen de las prácticas cuidadoras (65).

**Anexo 6. Prácticas de cuidados aseguradas por las mujeres**



\*Mujeres que en la Edad Media ejercían en las ciudades medicina reconocida hasta el siglo XIV

Figura 7. Prácticas cuidadoras aseguradas por las mujeres  
 Fuente: Adaptado de Collière MF. Origen de las prácticas cuidadoras (65).

## Anexo 7. Escuelas de pensamientos propuestas por Afaf I. Meleis

**Tabla 1.** *Escuelas de pensamientos propuestas por Afaf I. Meleis*

Escuela de pensamiento	Autoras	Concepto
Necesidades	Abdellah, Henderson, Orem	Enfermera solucionadora de problemas, suplente de necesidades fisiológicas y psicosociales del paciente.
Interacción	King, Orlando, Paterson and Zderad, Peplau, Travelbee, Wiedenbach	Rol, producto de interacciones deliberadas, repetitivas y situacionales.
Resultados	Johnson, Levine, Rogers, Roy	Agente regulador externo de los procesos de salud-enfermedad.
Cuidar-convertirse	Watson, Parse	Orientar al paciente en su recuperación.

Fuente. Tomado y adaptado del texto *Theoretical Nursing Development & Progress* (39,41-45)

**Tabla 2.** Definiciones del rol a la luz de varias autoras

Teórica	Concepto
Florence Nightingale	Enfermera: persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitada para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno.
Hildegard Peplau	<p><b>Rol de extraño</b> (<i>stranger role</i>): orientador del cuidado.</p> <p><b>Persona de recursos</b> (<i>role of resource person</i>): “fuente de suministro de conocimientos y procedimientos técnicos”.</p> <p><b>Docente</b> (<i>teaching roles</i>): la enfermera enseña el cuidado de la salud.</p> <p><b>Líder</b> (<i>The Role of Leadership Functions in Nursing</i>).</p> <p><b>Rol subrogado</b> (<i>surrogate roles</i>): asignación simbólica de figuras sustitutas.</p> <p><b>Asesor</b> (<i>role of counselor</i>): enfermera asesora de diversas acciones.</p>
Imogene King	Rol: conjunto de comportamientos que los demás esperan relacionado con la posición que la persona ocupa socialmente.
Callista Roy	<p>a) <i>Rol principal</i>: atribuido a lo largo de la vida, basado en la etapa de desarrollo individual.</p> <p>b) <i>Rol secundario</i>: asumido de manera voluntaria por la persona.</p> <p>c) <i>Rol terciario</i>: relacionado con el cumplimiento de una tarea menor.</p> <p>d) <i>Comportamiento instrumental</i>: actividades relacionadas con el rol que cada uno realiza.</p> <p>e) <i>Comportamiento expresivo</i>: sentimientos y actitudes frente al desempeño del rol.</p> <p>f) <i>Toma de roles</i>: se enfoca en el significado que los actos tienen para las personas.</p> <p>g) <i>Integración de roles</i>: gestión de los diferentes roles que ejerce el individuo.</p>
Joan Riehl-Sisca	Interprete, comunicadora proactiva. El rol se construye a partir de la interacción con el otro.

Fuente. Tomado y adaptado de los textos: Theoretical Nursing Development & Progress (39,41-45), Notes on nursing (437), Conceptual Models for Nursing Practice (438).



**Tabla 3.** *Definiciones del rol desde teorías de rango medio*

Teórica	Concepto
Erickson, Tomlin, Swain	Facilitador y guía del paciente.
Patricia Benner	Define cinco estadios por los cuales considera que transita una enfermera a lo largo de su vida profesional: <i>principiante, principiante avanzado, competente, eficiente, experto.</i>

Fuente: Tomado y adaptado del texto: Modelos y teorías en Enfermería (439, 440).

## Anexo 8. Comparativo entre las teorías

**Tabla 4.** *Comparativo entre las teorías de Callista Roy y los psicólogos Néstor Braunstein y Gloria Benedito*

Categoría	Nestor Braunstein (125,300)	Callista Roy (8,62)
<b>Definición del rol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de expectativas que existen en el mundo social que rodea al ocupante.</li> <li>• Papel, unido a una obra complementaria que le da sentido, incorporarlo y asumir el personaje.</li> <li>• Adoptar una posición para servir a los propósitos o fines de un grupo.</li> <li>• El rol está relacionado con la personalidad y la conducta del personaje.</li> <li>• El rol y la posición son inseparables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las funciones del rol dentro de la sociedad son un reflejo de la integridad psicosocial individual y las expectativas del individuo como miembro de la sociedad.</li> <li>• Los individuos pueden asumir una multiplicidad de roles, cada rol requiere aprender lo que se espera y las formas de actuar para desempeñar el rol adecuadamente.</li> <li>• Dentro del rol que se ejerce, pueden existir tensiones debido a las demandas externas sobre el desempeño del rol de una persona, dado que pueden quedar por fuera del rango de roles que el individuo puede aceptar.</li> <li>• <b>Rol:</b> categoría de comportamientos tanto de individuos como grupos; para estos últimos, el rol es el medio a través del cual el sistema social logra objetivos y funciones (8).</li> </ul>
<b>Categorías derivadas</b>	<p><b>Rol esperado:</b> toda posición que el individuo ocupe lleva consigo determinadas prescripciones en relación a la conducta que se espera del que la ocupa. (En otras palabras, lo que la sociedad espera que el enfermero haga).</p>	<p><b>Rol principal (60):</b> este rol es atribuido y está basado con la edad, el sexo y la etapa de desarrollo; determina la mayoría de comportamientos involucrados por una persona durante un período de crecimiento específico del ciclo vital.</p>

Expectativa que existe en el mundo social que rodea al ocupante de una posición, expectativa referente a su comportamiento y actuaciones en un entorno social.

**Rol desempeñado:** serie de conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o estatus en la estructura social, lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten.

Conductas que no son decisiones o autónomas, sino que responden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar que se viene a ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización.

Las instituciones (escuelas, clínicas, hospitales, etc.), son estructura relativamente permanente de pautas, papeles y relaciones que las personas realizan según determinadas formas sancionadas y unificadas, con el fin de satisfacer necesidades sociales básicas.

El estatus que se ocupa implica una concesión de poder por parte de la clase dominante.

**Rol asignado:** quien lo ejerce lo acepta porque está de acuerdo.

Se apoya en conocimientos técnicos y científicos. (Asociado con el psicoanálisis y el marxismo, uno que ayuda a encontrar las claves de la justicia social y la subjetividad).

**Similitudes  
entre  
ambas  
teorías**

El rol es visto como un sistema de expectativas dentro de determinada sociedad.

Papel que cada quien elige representar.

El rol está relacionado con los comportamientos del individuo.

El significado de los actos tiene para las personas dentro de la interacción.

**Rol secundario:** este es asumido por la persona para completar las tareas asociadas con una etapa de desarrollo y un rol primario (ej. Niño y etapa escolar, madre y abogada) (60).

**Rol terciario:** este es de carácter personal, de libre elección y a menudo, se relaciona con el cumplimiento de una tarea menor dentro del desarrollo actual de una persona (458).

**Comportamiento instrumental:** comportamiento orientado a objetivos; actividades relacionadas con el rol que la persona realiza.

**Comportamiento expresivo:** esta subdimensión agrupa los sentimientos y actitudes de la persona sobre el desempeño del rol.

**Toma de roles:** proceso de anticipación del comportamiento de otra persona, viéndolo dentro de rol atribuido, es decir, a partir de la interacción de uno en el juicio sobre el papel del otro, se enfoca el significado que los actos tienen para ambas personas dentro de una interacción de roles (458).

**Integración de roles:** proceso de gestión de los diferentes roles que ejerce el individuo y sus expectativas (458).

**Diferencias** Tanto Callista Roy como Néstor Braunstein tienen una perspectiva sociológica del rol. Sin embargo, difieren en el estatus y poder que plantea Braunstein. Roy habla de los múltiples roles que desempeña el individuo en su vida, mientras que Braunstein lo divide en tres categorías independientes.

Ambos autores coinciden en la satisfacción de necesidades sociales desde la institucionalidad. Entre ambas teorías existe cierta confluencia, por ejemplo:

Entre el **rol secundario y terciario** (Roy) y el **rol desempeñado** (Braunstein): dado que el rol es de libre elección y se convierte en el lugar que el individuo ocupa a nivel social guardando relación con el cumplimiento de una tarea.

El **comportamiento instrumental** (Roy) y el **rol asignado** tienen cierta conexión en tanto que, para ambos autores, el rol está relacionado con la realización de actividades.

**Relación  
entre los  
autores**

El **comportamiento expresivo** (Roy) es transversal a todas las categorías propuestas por Néstor Braunstein, pues tiene que ver con los sentimientos y actitudes que una persona experimenta en el ejercicio de su rol. Asimismo, **la integración de roles** definida por Roy se conecta con el **rol esperado, desempeñado y asignado** de Braunstein, donde tal y como lo plantea la autora, existe una gestión de los diferentes roles que ejerce el individuo y sus expectativas.

El **rol esperado** definido por Néstor Braunstein guarda relación con **la toma de roles** planteada por Roy, puesto que ambos autores coinciden en el juicio o expectativas que se esperan del otro en el cumplimiento de su rol.

Entre las categorías **rol principal** de Roy y el **rol desempeñado** de Braunstein, existe relación, pues el individuo ocupa lugares de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre.

---

## **Anexo 9. Guion de la entrevista y contacto inicial**

### *Preámbulo (primer contacto)*

Saludo (“buenos días”, “tardes” o “noches”; dependiendo del momento).

“Muchas gracias por aceptar esta invitación”.

“Mi nombre es Sandra Milena Velásquez Vergara, actualmente me encuentro realizando un doctorado en Enfermería en la Universidad de Antioquia y como parte de mi proyecto de tesis, debo realizar algunas entrevistas sobre el tema de mi investigación “*El rol de los hombres en la enfermería, el reconocimiento y las emociones subyacentes en su experiencia profesional*” y me gustaría saber si usted podría darme un espacio de aproximadamente una hora para realizar esta actividad de manera virtual, pues tal y como usted sabe, debido al confinamiento nacional derivado de la pandemia actual, no será posible la movilidad de ambos dentro de la ciudad. Debo aclarar que la participación es voluntaria, que no habría retribución económica ni en especie por la misma y que la información será manejada de manera anónima y confidencial”.

### *Evaluación del participante*

Tras la evaluación del posible participante, según los criterios de elegibilidad, se decidía si este podía ser incluido en el estudio o no y se programaba una cita para la realización de la entrevista, bajo la metodología antes mencionada. Se solicitaba el correo personal del participante, con el fin de enviar el consentimiento informado y en este sentido obtener su aval para la participación al estudio.

### *Cierre del encuentro.*

“Agradezco mucho su colaboración, el tiempo que me brindó y la valiosa información que me ha suministrado. Estoy atenta a cualquier inquietud o comentario que usted tenga respecto a la conversación que acabamos de sostener”.

Estos son mis datos de contacto para lo que necesite al respecto:

Nombre: Sandra Velásquez

Estudiante de Doctorado en Enfermería

Universidad de Antioquia

Teléfono: 219 63 00

Celular: 311 325 85 22

Correo electrónico: sandra.velasquez3@udea.edu.co

*Preámbulo (encuentro concertado previamente)*

Saludo (“buenos días”, “tardes” o “noches; dependiendo del momento en el cual se desarrolle la entrevista).

“Muchas gracias por aceptar esta invitación”.

“Como usted sabe, mi nombre es Sandra Milena Velásquez Vergara, soy estudiante de doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia y acordamos esta cita previamente de manera telefónica para realizar una entrevista que tiene como objetivo obtener información para mi tesis doctoral, la cual pretende comprender el rol actual de los hombres en enfermería, teniendo en cuenta el reconocimiento social de estos y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional”.

“Es importante que usted sepa que, para esta entrevista, no habrá respuestas buenas ni malas, que usted no está obligado a responder las preguntas que no quiera y que la información que me suministre solo tiene fines académicos e investigativos relacionados con mi formación doctoral”.

“Para mí es muy importante grabar esta conversación, ya que al tratarse de una entrevista de alrededor de una hora, es posible que no recuerde de manera puntual todo lo que en este espacio dialoguemos y es necesario poder transcribir de manera literal las entrevistas grabadas para su posterior análisis e interpretación; sin embargo, debo aclarar que sus datos personales serán manejados de manera confidencial y anónima, ya que se le asignará un pseudónimo, de manera tal que solo yo, como investigadora, sepa a quien corresponde la información; lo anterior significa, que en ningún momento, otras personas sabrán a quién corresponde la información que usted me brinde y que en tal sentido, no habrán consecuencias de ningún tipo para usted”.

“¿Está de acuerdo con lo que le acabo de decir?”

“¿Tiene alguna pregunta que me quiera hacer antes de empezar?”

“¿Me permite grabar la entrevista?”

*Desarrollo de la entrevista*

Una vez obtenida la aprobación por parte del participante y la resolución de sus posibles dudas, se encendió la grabadora, se le solicitó dar su consentimiento oral para

el registro de la grabación, se verificó si se entregó previamente el consentimiento informado con la firma escaneada y se inició la entrevista.

*Ficha frontal.*

Asignación de código asignado al número de la entrevista (no se incluye su nombre por razones de confidencialidad, ya que es posible que la entrevista sea transcrita por otra persona diferente a la investigadora principal), dicho código puede ser escogido por el informante.

1. Edad\_\_\_\_\_
2. Máximo nivel educativo alcanzado\_\_\_\_\_
3. Área donde se desempeña actualmente (comunitaria, clínica, administrativa)  
\_\_\_\_\_
4. Tiempo de experiencia trabajando en la profesión  
\_\_\_\_\_
5. Temática de interés (publicaciones, investigaciones realizadas)  
\_\_\_\_\_

*Preguntas de interés relacionadas con la tesis y que iniciarán esta entrevista*

Para empezar esta entrevista, podría decirme, por favor:

1. Desde su experiencia, ¿cómo ve el rol de los enfermeros actualmente?
2. ¿Qué tipo de reconocimiento ha recibido como enfermero en el ejercicio profesional?
3. ¿Cree que hay alguna diferencia en el trato que reciben los hombres en su rol como enfermero en comparación con sus colegas mujeres? (En el ámbito profesional, social y familiar).
4. En situaciones de no reconocimiento de su rol, ¿qué emociones usted experimenta? (En el ámbito profesional, social y familiar).

## **Anexo 10. Consentimiento informado para los participantes del estudio**

**Título del proyecto:** *El rol de los hombres en la enfermería, el reconocimiento y las emociones que subyacentes en su experiencia profesional.*

**Nombre de la investigadora:** Sandra Milena Velásquez Vergara (enfermera, especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, estudiante de Doctorado en Enfermería). Correo electrónico: [sandra.velasquez3@udea.edu.co](mailto:sandra.velasquez3@udea.edu.co)

**Nombre de la entidad que respalda la investigación:**

- Universidad de Antioquia (Facultad de Enfermería)

### **Sede del proyecto**

- Universidad de Antioquia
- Facultad de Enfermería
- Teléfono: 219 63 00

Nombre completo del participante: \_\_\_\_\_

Código del participante en el estudio: \_\_\_\_\_

Respetado señor, este documento de consentimiento informado, consta de dos partes:

1. Información sobre el estudio para usted.
2. Formulario de consentimiento para obtener su firma, si usted está de acuerdo en participar.

Se le suministrará información y se le invitará a que participe en esta investigación, dada su experiencia como profesional de enfermería en las diferentes áreas disciplinares, (académica, clínica, administrativa, comunitaria y/o investigativa). Antes de decidir, tómese el tiempo que usted considere necesario y si es el caso, puede hablar con cualquier persona con la que se sienta más cómodo para asegurarse de su participación en este estudio. Por favor, pídamme cualquier explicación si algo no le queda claro y



dedicaré el tiempo necesario para aclarar. Si tiene preguntas adicionales, durante cualquier momento del estudio, puede hacérmelas al teléfono celular: 3113258522 o a través de mi correo electrónico: sandra.velasquez3@udea.edu.co

**Propósito:** este estudio tiene como objetivo comprender el rol actual de los hombres en enfermería, teniendo en cuenta el reconocimiento social de estos y las emociones que subyacen en el ejercicio de su práctica profesional Medellín. A continuación, encontrará algunas preguntas sobre el estudio con sus respectivas respuestas. En caso que alguna información no le quede clara, no dude en preguntarme sin temor.

### **¿Qué pasaría si decide participar en este estudio?**

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria y para eso, le pediremos que firme este formato de consentimiento informado, en el cual autoriza que la investigadora principal le haga algunas preguntas relacionadas con su rol como profesional de enfermería, así como experiencias de reconocimiento y no reconocimiento durante su ejercicio profesional y las emociones que subyacen de acuerdo con la situación. Además, será necesaria su aprobación para grabar las entrevistas que se le realizarán sobre el tema. En caso de que alguna de las preguntas le genere algún tipo de incomodidad, está en todo su derecho de no responderlas o de pedirle a la investigadora que apague la grabadora si así lo desea.

### **¿Qué pasará si usted decide NO participar en este estudio?**

Si usted elige no participar en este estudio o si más tarde decide dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente, el trato respetuoso hacia usted por parte de la investigadora no cambiará y será respetada su decisión. En el momento que lo decida, podrá cambiar de parecer y negarse a que la investigadora le realice las entrevistas y en tal sentido, solo deberá notificar sus deseos a quien está a cargo de esta investigación. Dicha novedad podrá reportarla por medio de una llamada telefónica o vía correo electrónico a la investigadora principal. Dicha información la encontrará al inicio de este formato.

**¿Cuántas personas serán entrevistadas?**

Según los criterios científicos establecidos para investigaciones cualitativas como esta, se espera entrevistar alrededor de diez enfermeros que se hayan desempeñado en cualquiera de las siguientes áreas: clínica, comunitaria, administrativa, académica y/o investigativa, con el fin de comprender sus experiencias profesionales y analizar situaciones de reconocimiento y no reconocimiento en las diferentes esferas relacionales.

**¿Cuánto tiempo dura el estudio?**

La investigación tomará aproximadamente dos años, pero a usted, le pediremos que participe en la realización de una o varias entrevistas, las cuales tienen una duración aproximada de una hora cada una.

**¿Quiénes no pueden participar en esta investigación?**

Personas que no estén laborando actualmente como enfermeros, que actualmente desarrollen su práctica profesional en otro país o personas que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

**¿Existen riesgos o incomodidades?**

Según la Resolución N° 008430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio se considera de riesgo mínimo para la salud, ya que empleará una entrevista en profundidad que indagará sobre temas relacionados con el rol de los enfermeros en un contexto local, las experiencias de reconocimiento vividas por estos, así como las emociones que subyacen en la práctica profesional. En caso de que alguna de las preguntas lo incomode, está en todo su derecho de no responderla o de retirarse del estudio si así lo desea, sin que esto represente alguna sanción o consecuencia negativa para usted.

**¿Hay beneficios?**

Usted no se beneficiará directamente de esta investigación ni de forma económica ni en especie. Sin embargo, la información que este estudio proporcionará a la disciplina será de suma importancia para mejorar el ingreso de futuros hombres a la enfermería, en

un marco de respeto e igualdad, así como un conocimiento más amplio de las características que conforman el rol profesional.

### **¿Hay gastos?**

Considerando que su participación en este estudio es voluntaria y que la realización de las entrevistas será virtual, ya sea en su residencia o en el lugar que usted elija para su comodidad, se espera que esta investigación no genere gastos ni sobrecostos para usted.

### **¿Cuáles son mis compromisos si acepto participar en el estudio?**

- Responder a las preguntas que se formulen durante las entrevistas con sinceridad.
- Manifestar a la investigadora si en algún momento decido retirarme del estudio, manteniendo siempre la prudencia y el respeto.
- Tratar a la investigadora con respeto.

### **¿Cuáles son los compromisos de la investigadora?**

- Explicar completamente el consentimiento informado en su totalidad, con palabras claras y sencillas y entregarle copia de este.
- Responder a las preguntas hechas por usted asegurándose de que sus dudas e inquietudes sean aclaradas en su totalidad.
- No hacer preguntas innecesarias o que no estén contempladas dentro de los objetivos de la investigación.
- Garantizar la custodia y confidencialidad de sus datos, al igual que la información recolectada durante la o las entrevistas y utilizarlos solo con fines investigativos. Los audios de las entrevistas y las transcripciones serán custodiadas por la investigadora principal durante el tiempo establecido por las normas nacionales e internacionales para las investigaciones con seres humanos (cinco años) y solamente ella y sus directores de tesis tendrán acceso a las mismas.
- No publicar datos que identifiquen a los participantes o la institución donde labora o ha laborado, en ningún tipo de publicación, evento científico, académico o de cualquier tipo.

- Mantener la información de los participantes en reserva y absoluta confidencialidad.
- No forzarlo con dinero u otros beneficios para que acepte participar en este estudio o que continúe en el mismo si desea retirarse.
- Mantener siempre la amabilidad y el respeto hacia usted.
- Minimizar en todo momento los inconvenientes y malestares para los participantes.
- Respetar la privacidad de los participantes, su derecho a la autodeterminación, su intimidad, confidencialidad y anonimato.

**¿A usted se le pagará algún incentivo o indemnización en caso de participar en esta investigación?**

No se le proporcionará ningún incentivo económico o en especie por participar en este estudio.

**¿Quién recibirá los resultados de esta investigación?**

Cualquier información que lo identifique a usted, como el nombre, el número único de identificación personal, su dirección o su teléfono, será guardada bajo llave y se le asignará un código para que nadie pueda reconocerlo a excepción de la investigadora. Su nombre NO será revelado en las publicaciones o presentación de resultados que se deriven del estudio. Los resultados de esta investigación serán publicados en revistas indexadas y presentados en eventos científicos a nivel nacional o internacional, respetando siempre la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

**¿A quién debo contactar en caso de tener alguna pregunta?**

Por favor, siéntase libre de preguntar en cualquier momento todo lo que no entienda. Si lo requiere, puede ponerse en contacto con la investigadora: Sandra Milena Velásquez Vergara (enfermera, especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, estudiante del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia) al teléfono celular: 31113258522 o a través del correo electrónico: [sandra.velasquez3@udea.edu.co](mailto:sandra.velasquez3@udea.edu.co)

### ¿Este estudio ha sido revisado y aprobado por algún Comité de Ética?

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

### Declaración de Consentimiento Informado

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias para entender a cabalidad todo el estudio y se me ha respondido satisfactoriamente. Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio. Que dicha decisión, la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

He recibido una copia de este formato de consentimiento para futura referencia. Consiento voluntariamente mi participación en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DD \_\_\_\_\_ /MM: \_\_\_\_\_ AA: \_\_\_\_\_

**Declaración de la investigadora encargada del estudio:** he enviado una copia del documento en cuestión al participante potencial y he aclarado las dudas generadas después de su lectura, el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas de manera clara y adecuada. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la investigadora: Sandra Milena Velásquez Vergara

Firma de la investigadora: 

Cédula de ciudadanía: 32.564.914 de Yarumal, Antioquia

Dirección: Calle 64 #53-09 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

Teléfono: 3113258522

Correo electrónico: [sandra.velasquez3@udea.edu.co](mailto:sandra.velasquez3@udea.edu.co)

Fecha: DD\_\_\_\_\_/MM: \_\_\_\_\_AA: \_\_\_\_\_

**Declaración de testigo:** en mi calidad de testigo, declaro que el participante del estudio decidió participar en el mismo de manera voluntaria y que no recibió presiones de ningún tipo por parte de la investigadora para participar en el estudio.

## Anexo 11. Ejemplo ampliado de secuenciación de temas emergentes

Temas preliminares					
E	P	Citas textuales	Temas émicos	Pág del doc	Generación de temas
E5	P5	Yo pienso que, para el momento, era como mucho más relevante la posibilidad de poder presentarse a una universidad, y hac	Acceder a la educación superior, un aspecto importante.	2	Acceder a la educación superior
E4	P4	¿Con mis amigos?, no ellos nunca me dijeron nada, yo incluso les conté la historia y no tuve nunca como problemas frente a e	No tener problemas con sus amigos frente a su elección profesional.	6	Aceptación elección profesional en otras esferas
E1	P1	Dentro de mi familia en primer grado, o sea, mis papás, mis hermanos, digamos que ¿aceptación?, digamos sí...había acepta	Su núcleo familiar lo acepta como enfermero.	4	Aceptación familiar
E4	P4	Entonces, ese perfil ideal, es como donde el profesional tenga la capacidad de desarrollar actitudes profesionales, es decir, yo	Ser profesional es tener la capacidad de desarrollar actitudes profesionales.	13	Actitud profesional
E4	P4	Y...tenía a mis amigos pues, en grupos aparte y con ellos pues uno si tiene manifestaciones entre comillas "masculinas", dond	Tener actitudes masculinas al estar rodeado por sus congéneres.	5	Actitudes masculinas
E4	P4	pero... pues porque por lo general, mis compañeras eran mujeres y yo disfrutaba mucho porque yo era muy amigo de todas, q	Agradar a otros	5	Agradar a otros
E2	P2	Desde el punto de vista gremial, también pienso que los que han tenido cargos importantes en la Enfermería, o en comités de	Asociación gremial.	4	Agremiación
E1	P1	(refiriéndose a la U. Nacional), allá no se concibe un hombre como decano, es muy difícil, pues es lo que yo he percibido, es más ya se han presentado por ejemplo hemos tenido compañeros de la U. Nacional que se han presentado para decanos, pero pues son casi que, borrados prácticamente, pues no se concibe un hombre en ese rol.	Instituciones tradicionales, ejercer el rol de decano es difícil para el hombre.	5	Algunos roles son difíciles para los hombres
E2	P2	Yo creo que los que elegimos una profesión como esta, creo que lo hacemos en parte partiendo de un deseo altruista de quer	Elegir la Enfermería por altruismo	1	Altruismo
E6	P6	y es realmente también la falta de amor propio hacia la disciplina otro aspecto que considero importante y que debería ser q	<b>Tema émico:</b> quienes realmente aman la profesión, son lo que deberían ser enfermeros.	16	Amor por la Enfermería
E5	P5	Pues la verdad, eso es como un asunto aislado y digo aislado en el sentido de relaciones y es que yo únicamente he tenido con	Madre única figura.	2	Apoyo familiar
E1	P1	Sí, yo tengo algo y es que... yo digo que ya después de haber estudiado ¿cuánto?, ¿cierra los ojos? ¿15 años? que llevo estudiar	Convivir permanentemente con mujeres hace que sea más femenino.	8	Aprender a comportarse
E4	P4	para mí algo muy significativo de esa rotación, fue que el último día de prácticas me metieron a la UCI y me asignaron dos be	Aprender a realizar tareas delicadas en su condición de hombre.	7	Aprender a realizar tareas delicadas
E2	P2	Las mujeres sí tienen más dificultad para eso, entonces digamos que, para estar en la UCI, ser hombre para mí fue una desven	Ser hombre en UCI es una desventaja.	14	Áreas de interés
E1	P1	Entonces digamos que es común ese patrón y además es reforzado por las mismas colegas que tienen hijos: "él va a ser el médico", no dicen, por ejemplo: "él va ser, lo que quiera ser", "no él va a ser el médico, el cardiólogo", ¿y la niña?, "no lo que ella quiera ser, pero que sea otra cosa diferente a Enfermería". ¿sí o no?	La asignación de roles se refuerza en espacios laborales.	11	Asignación de roles sociales
E2	P2	quería ser un profesional que pudiera ayudar en muchos escenarios y el dolor y la enfermedad, me parecía un escenario en el	<b>Tema émico:</b> desplegar todo mi potencial	3	Ayudar: un deber
E12	P12	enfermería ha sido inclusive una de las gestoras en cierta medida, de todos esos cambios y enfermería de hecho, cuando tú m	Enfermería un actor importante dentro del Sistema de gestión de la calidad en salud.	11	Calidad
E8	P8	y en este tipo de profesiones, se necesita una actitud totalmente coherente con las decisiones y comportamientos que uno to	Actuar con calidez.	20	Calidez
E4	P4	Porque desde mi experiencia lo que he vivido es, que uno tiene que cambiar lo que es, y ser alguien completamente diferente	Cambiar lo que se es y ser completamente diferente en la práctica.	13	Cambiar lo que se es
E6	P6	porque no es por ser machista, ni cosas por el estilo ni mucho menos, pero biológicamente las mujeres son mucho más horm	Existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres que determinan comportamientos.	3	Características personales
E3	P3	Pues generalmente se espera que los hombres estudien algo como odontología (sonrie) o medicina, el tema de la Enfermería	Enfermería ligada a la mujer.	2	Carga histórica
E5	P5	Y, aparte de eso, una invitación como también a entender lo que ha pasado con la mujer a lo largo de la historia, y como las m	La Enfermería está ligada a la compasión y la caridad.	13	Caridad
E2	P2	Ajá, el hombre es más carismático, elocuente; la mujer es un poco más seria, a veces muy emocional, entonces si se trajo su p	El hombre es carismático.	15	Carisma
E6	P6	Entonces yo diría, que esa podría ser una de las causas por las que se dificulta el colegaje, porque al final cada uno pone por el	La individualidad dificulta el colegaje.	15	Colegaje
E6	P6	En cambio, cuando es así entre hombres, es más fácil el compañerismo. Y el compañero le dice a uno: "no pues sino pudo, ver	Es factible el compañerismo entre hombres.	4	Colegaje entre hombres
E5	P5	y he desarrollado una mayor empatía con las mujeres, en el hecho de comprender o entender cómo son sus circunstancias, c	Trabajar con mujeres permite una mayor comprensión de esta población.	7	Comprender a las mujeres
E5	P5	Pero por supuesto, eso yo no lo aprendí de la noche a la mañana, eso también me implicó una serie de aprendizajes, de golpe	Comprender al otro un camino difícil.	12	Comprender al otro
E2	P2	Cuando nosotros tenemos unas teorías, unos conocimientos propios. Pero pienso que eso desde el punto de vista cultural, nd	Los conocimientos propios de la Enfermería no son reconocidos socialmente.	4	Conocimiento
E5	P5	Entonces, a partir de ahí, ya se empieza a construir una imagen social de la enfermera que no es real, porque esa construcción	<b>Tema émico:</b> la construcción de la imagen social de la Enfermería, se da a partir de un pers	9	Construcción social de la Enfermería: algo no real
E3	P3	cuando el profesional de Enfermería entienda e introyecte esa dinámica, el rol va a cambiar.	Tener buen promedio para pasarse a medicina.	8	Contemplar la medicina como otra opción
E5	P5	entonces continúe estudiando Enfermería, pero, aun así, nunca llegué a sentirme completamente identificado con la profesio	<b>Tema émico:</b> Continuar estudiando sin sentirse completamente identificado con la profesio	3	Continuar estudiando a pesar de no sentirse identificado
E4	P4	uno debe tener esas condiciones personales y saber negociar con ellas para desarrollar una actitud profesional.	Saber negociar las condiciones personales para desarrollar una actitud profesional.	13	Control de emociones
E3	P3	Pues...en algún momento, al principio cuando uno empieza hay una pregunta como muy frecuente ¿Por qué estudiaste Enfer	Elección profesional cuestionada.	11	Cuestionamiento de la elección
E12	P12	El dolor sigue siendo el mismo dolor en el travesti, que en el que no es travesti ¿cierto? y las necesidades de limitación, de sod	Niega el cuidado diferencial y el cuidado interseccional.	13	Cuidado
E3	P3	el quehacer, porque ya no es un asunto de beneficencia, ni de bondad,	<b>Tema émico:</b> el quehacer no es un asunto de beneficencia, ni de bondad.	8	Cuidado asociado a la caridad
E3	P3	El sistema de Metro, (refiriéndose al sitio donde trabaja), también son observaciones que he hecho a ese sistema, porque ese	Cuidado como un aplicativo.	9	Cuidado: subvalorado
E11	P11	Entonces, siento que eso me ha enriquecido mucho como profesional de Enfermería porque yo trabajo de la mano de trabajo	La Enfermería se fortalece en contacto con otras disciplinas.	3	Cuidado interdisciplinario
E4	P4	Y, a partir de ese momento yo dije: "como enfermero, yo quiero llegar a ese punto", porque vi también lo que hizo el médico	Definir el rol del profesional de Enfermería a partir de actuaciones claras.	3	Darse cuenta de lo que sería ser en el camino
E3	P3	Hay como ciertos perfiles con los que uno se iba encaminando, por ejemplo: va la parte administrativa-gerencial, la parte de c	<b>Tema émico:</b> hay perfiles con los que uno se va encaminando.	2	Definir un perfil
E5	P5	Entonces, romperlo no significa ser irrespetuoso, romperlo significa simplemente poner los límites requeridos y delimitar los	<b>Tema émico:</b> delimitar escenarios de actuación, una estrategia para romper las relaciones d	14	Delimitar escenarios de actuación
E5	P5	Y a mí no me cuadraba que, teniendo ¡uno! una formación profesional, teniendo ¡uno! una formación universitaria, saliera a	<b>Tema émico:</b> ser profesional y depender de otra disciplina.	4	Dependencia de la Enfermería a la medicina
E5	P5	O sea, nunca he tenido ningún tipo de rechazo por el hecho de ser un hombre dedicado a la salud sexual y reproductiva y, de l	Trabajar en el área de la salud sexual y reproductiva le ha permitido desarrollar una mayor s	7	Desarrollar habilidades
E4	P4	de hecho, cuando yo salí del colegio, ni tenía idea de que era la Enfermería, para mí...realmente mi interés era estudiar medic	Desconocimiento de la Enfermería como profesión.	1	Desconocimiento
E2	P2	es una labor que implica muchas veces dejar de lado los intereses personales para satisfacer el bien general.	Dejar de lado intereses personales	4	Desprenderse
E3	P3	entonces como que no se diferencia mucho la atención médica de la atención de Enfermería;	No se diferencia la atención de Enfermería	5	Diferenciación entre la medicina y la Enfermería
E4	P4	Entonces yo creo que más allá de la condición de hombre o mujer, pues... es porque hay condiciones diferentes frente a eso, p	El acceso a los cargos es diferente para hombres y mujeres.	11	Diferencias entre hombres y mujeres
E4	P4	Yo recuerdo mucho una práctica en neonatos, al principio con esos niños yo no era capaz con esa incubadora y me dieron un r	Reconocer dificultades frente a la práctica clínica.	7	Dificultades en la práctica
E4	P4	De hecho, mientras yo estaba en prácticas, le bajaba mucho a la rumba, no salía casi, me quedaba en la casa estudiando y con	Emplear la disciplina para alcanzar el objetivo.	2	Disciplina
E5	P5	Lo que tiene la disciplina es lo que crean las personas que hacen parte de esa disciplina, entonces todo lo que hay alrededor d	Las disciplinas son constructos sociales.	15	Disciplina: un constructo social
E4	P4	entonces yo también fui reflexionando sobre eso y yo decía: "¡uy!, ya entiendo también...como las mujeres a lo largo de la his	La discriminación que sufre le permite hacer una lectura de la condición histórica de la muj	10	Discriminación
E5	P5	Pues a mí...la verdad es que me gustó, o sea, yo disfruté mucho mi formación como enfermero,	Disfrutar la formación profesional.	2	Disfrutar la formación
E6	P6	pero en general a todas las universidades les está faltando mucho todavía, y desde mi punto de vista es poder ahondar en las	<b>Código en vivo:</b> en la formación es necesario profundizar en la diversidad.	12	Diversidad
E4	P4	Es decir, no se la tiene que saber todas, porque yo pienso que un buen enfermero no es aquel que se las sepa todas, porque al	<b>Código en vivo:</b> el buen enfermero no es el que se las sabe todas.	13	El buen enfermero no es el que se las sabe todas
E7	P7	Nosotros sabemos que tenemos que hacer noches, que hacer fines de semana, festivales, etcétera. Entonces esas son las difer	Las nuevas generaciones en Enfermería se enfocan en otras actividades.	19	El cuidado de nuevas generaciones
E3	P3	De manera puntual en la institución donde estoy ahora, en los cargos directivos están médicos y odontólogos y eso me ha he	<b>Código en vivo:</b> el enfermero tiene una visión diferente.	1	El enfermero tiene una visión diferente

## Anexo 12. Temas descriptivos iniciales

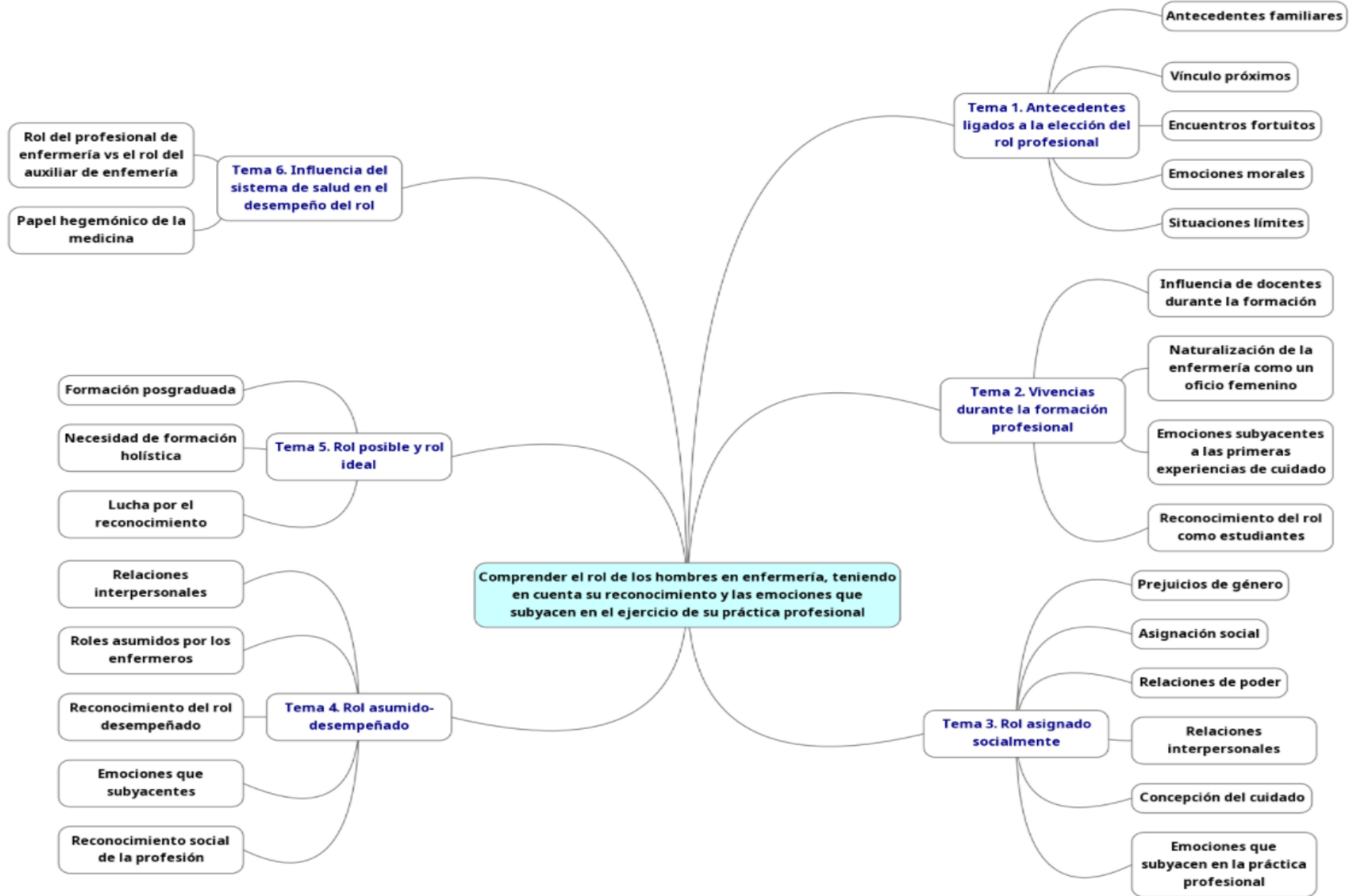
#	Tema
1	Características que conforman el rol de los enfermeros
2	Liderazgo
3	Análisis del rol de los profesionales de Enfermería
4	Ideal del rol profesional
5	Áreas de interés
6	Visibilidad de la medicina
7	El profesional de Enfermería vs el auxiliar
8	El sistema de salud influye en el rol del profesional de Enfermería
9	Formación en Enfermería, un asunto analizar
10	Formación posgraduada
11	Enfermería: una profesión subvalorada socialmente
12	Las relaciones de poder influyen en Enfermería
13	Limitaciones para avanzar
14	Carga histórica
15	En búsqueda de la visibilidad
16	Agremiación
17	Enfermería: un terreno femenino
18	Imaginario social
19	Política y Enfermería
20	Amor por la Enfermería
21	Dificultades en la práctica
22	Sentirse bien con la profesión
23	Antecedentes personales y familiares que marcan la elección profesional
24	La medicina presente en la elección profesional
25	Tener claro un objetivo
26	Ser aceptado
27	Elegir Enfermería: una postura altruista
28	Acceder a la educación superior
29	Avanzar
30	Darse cuenta de lo quería ser en el camino
31	Trabajar en otra región
32	Actitud
33	Ponerse en el lugar del otro
34	Homosexualidad
35	Género en la formación académica
36	Ser etiquetado por ser hombre
37	Igualdad de género
38	Diversidad
39	Discriminación
40	Enfermería marcada por estereotipos
41	El hombre está relacionado con la fuerza
42	Machismo
43	Minoría
44	Invisibilización de los hombres

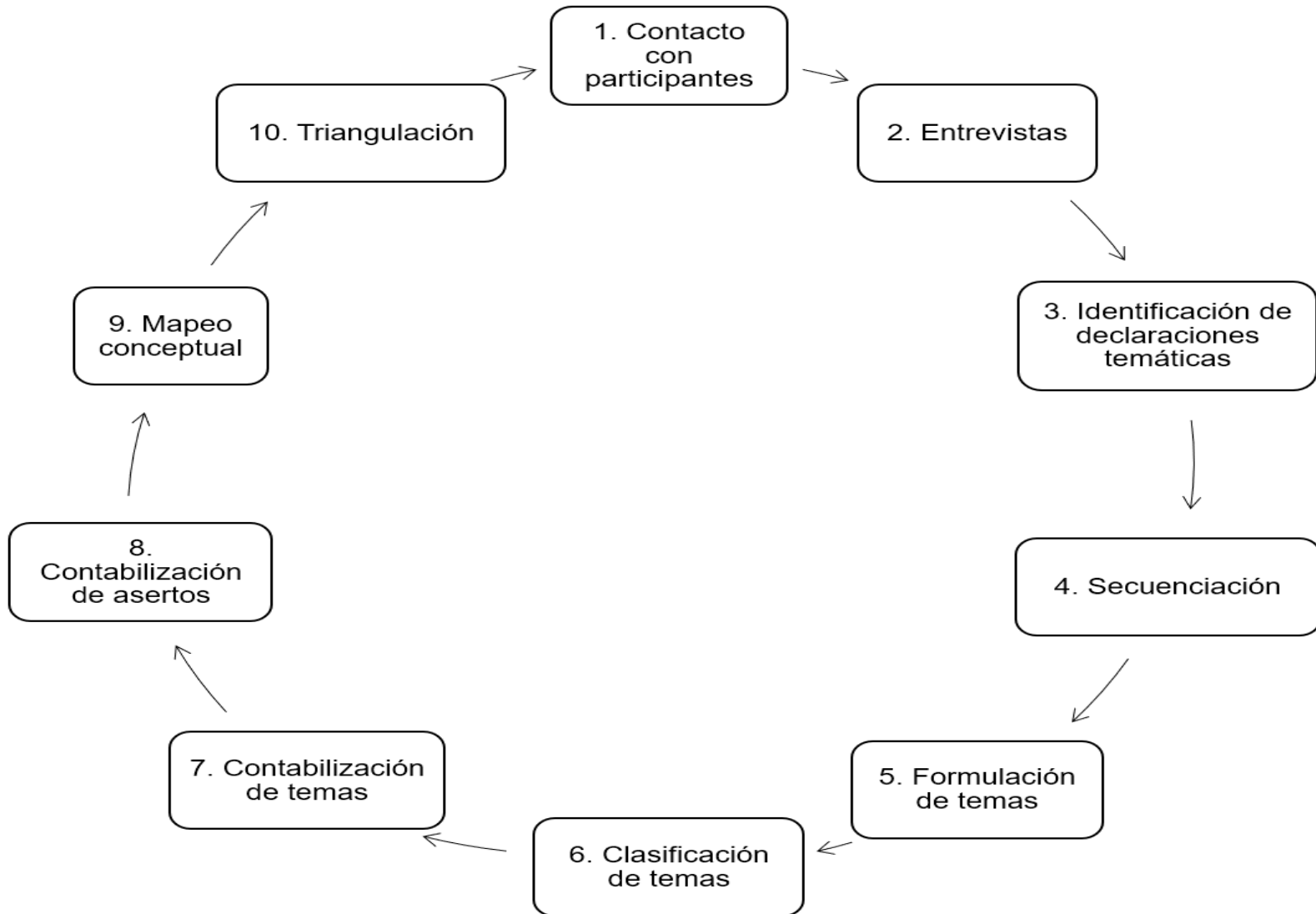


### Anexo 13. Contabilización de asertos

E	P	Citas textuales	Descripciones narrativas	Pág.	Repetición de datos	Número de asertos	Porcentaje
E1	P1	y digamos que cuando empecé a estudiar auxiliar de Enfermería, digamos hubo	Darse cuenta que pequeñas acciones de cuidado generaban	1	Cuidado	80	5.29%
E6	P6	Bueno, la decisión de estudiar Enfermería profesional surgió básicamente de haber	Haberse formado como auxiliar de Enfermería lo impulsó a ser enfe	1	Antecedentes	79	5.22%
E3	P3	y ya, mi experiencia laboral en los últimos años ha sido el tema de auditoría de cuer	Experiencias previas complementan su rol actual.	2	Rol	71	1.07%
E3	P3	el tema de la formación académica me ayudó mucho, ya me fui posicionando como	La adecuada formación académica ayuda a posicionarse.	3	Formación académica	64	4.23%
E10	P10	Aburrido, aburrido, a veces como frustrado otras veces como resignado, pero enco	Genera desilusión encontrar barreras con compañeros.	5	Emociones	60	3.97%
E2	P2	Las mujeres si tienen más dificultad para eso, entonces digamos que, para estar en	Ser hombre en UCI es una desventaja.	14	Áreas de interés	46	3.04%
E2	P2	Cuando nosotros tenemos unas teorías, unos conocimientos propios. Pero pienso	Los conocimientos propios de la Enfermería no son reconocidos so	4	Conocimiento	42	2.77%
E2	P2	pienso que les ha faltado como esa lucha por defender la profesión como una cien	Lucha por el Reconocimiento.	4	Reconocimiento	32	2.11%
E1	P1	Y, lo otro de si es hombre homosexual o no... pues porque sucede algo y se dice, p	El enfermero homosexual no sirve para conciliar.	8	Homosexualidad	29	1.91%
E1	P1	De otro lado mis tías por parte de mamá, no mucho. Mis primos, sí me llaman, me	El enfermero no entiende, el médico sí.	4	Visibilidad de la medicina	29	1.91%
E11	P11	ve, y ¿es que a los hombres en Enfermería nos están teniendo en cuenta? ¿qué es	Genera inquietud la realización de estudios desde una perspectiva r	7	Hombres en Enfermería	27	1.78%
E3	P3	Es decir que toooooo ese tema del sistema de salud, nos va llevando a que se des	El Sistema de salud desdibuja el rol.	10	Sistema de salud	27	1.78%
E3	P3	Pero ya en la atención como tal, no tuve dificultades con eso. Los pacientes acepta	Tener aceptación por los pacientes.	5	Ser aceptado	24	1.58%
E1	P1	lo que si me interesa en realidad es la visibilidad del papel enfermero, de que	Visibilidad del papel enfermero.	11	Visibilidad	24	1.58%
E5	P5	Pues...yo ya ahora que terminé mi doctorado, y que he podido profundizar como m	La formación doctoral permite ahondar en la disciplina.	4	Formación posgraduada	23	1.52%
E1	P1	Sin embargo, siento que hay todavía algunas situaciones de manejo de "egos" y ma	Existencia de poder y ego en la profesión.	4	Relaciones de poder	23	1.52%
E6	P6	porque no es por ser machista, ni cosas por el estilo ni mucho menos, pero biológic	Existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres que determi	3	Características personales	22	1.45%
E2	P2	Ehhh, (frunce el ceño), formarme como profesional, y tener conocimientos, no limita	El enfermero actúa bajo fundamentos científicos.	2	El profesional de Enfermería vs el auxiliar	21	1.38%
E1	P1	Yo creo que a veces me da es como un nivel de frustración. Frustración en el sentid	El no Reconocimiento despierta sentimientos de frustración e	7	No reconocimiento	21	1.61%
E7	P7	Bueno, en realidad al principio a la Enfermería uno entra muy enamorado	<b>Tema émico:</b> ingresar a la Enfermería enamorado.	2	Enamorarse de la profesión	20	1.32%

## Anexo 14. Temas emergentes



**Anexo 15. Fases del proceso de producción de datos, análisis y síntesis**

## Anexo 16. Aval Comité de Ética de Investigación Facultad de Enfermería



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE INVESTIGACION

Acta No. CEI-FE 2020-01

### COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

**Lugar y fecha:** Medellín, 24 de enero de 2020

**Nombre del proyecto:** El rol de los hombres en la enfermería, el reconocimiento y las emociones subyacentes en su experiencia profesional.

**Nombre de la estudiante-investigadora del Doctorado en Enfermería:** Sandra Milena Velásquez Vergara. **Director de Tesis:** Edgar Orlando Arroyave. **Asesora:** Jasmín Viviana Cacante Caballero.

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación conceptúa que este no se ajusta a los requerimientos de las *Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), *las normas internacionales que regulan la ética de la investigación* (Declaración de Helsinki, 2013; Pautas de la CIOMS, 2016) y *los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica* (Ezequiel Jonathan Emanuel), en los siguientes aspectos

- **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**

1. Asociación colaborativa: No aplica.
2. Validez científica: investigación con enfoque cualitativo. "El diseño propuesto para el desarrollo de esta investigación, es el estudio de caso, pues se pretende acceder al contexto social, político y práctico de los enfermeros de una manera profunda" (pág. 21) se llevará a cabo un "estudio de caso colectivo." (Pag. 22).

Para el abordaje de los participantes, utilizará la *entrevista en profundidad*, se acordará con los participantes, fecha, hora y lugar del encuentro, en el consentimiento informado indican que las entrevistas tendrán una duración de una hora aproximadamente, ajustar esta información al protocolo.

En el cronograma indican una prueba piloto. Indicar si se realizará o no. Ajustar.

## Anexo 17. Artículo publicado en revista internacional

TEMPERAMENTVM  
REVISTA INTERNACIONAL DE HISTORIA Y PENSAMIENTO ENFERMERO

CIBERINDEX CANTARIDA

---

Temperamentvm, 2021; v17: e13143  
<http://ciberindex.com/p/h/e13143>  
 ISSN: 1699-6011  
 © Fundación Index, 2021

Indexación  
 SCIELO, CUIDEN, MIA, LATINDEX, HEMEROTECA CANTARIDA,  
 CUIDEN CITACION, DIALNET, DULCINEA, GOOGLE SCHOLAR ME-  
 TRICS, CIBERE

TEORÍA Y MÉTODO  
 Recibido: 27.11.2020  
 Aceptado: 12.02.2021

### Relación entre el cuidado y la teoría del reconocimiento

Sandra Velásquez Vergara, Orlando Arroyave Álvarez  
 Facultad de enfermería, Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia)

Correspondencia: sandra.velasquez3@udea.edu.co (Sandra Velásquez Vergara)

#### Resumen

Desde un enfoque cualitativo, este artículo busca identificar la relación entre la teoría del reconocimiento y el cuidado, con el fin de explorar y analizar su aplicación en diferentes fenómenos intersubjetivos y sociales. Para explorar dicha relación se revisaron 65 fuentes documentales que se ocupaban de los dos temas de interés. Para el abordaje del concepto de reconocimiento se tomó la propuesta del filósofo de la Escuela de Frankfurt Axel Honneth, quien a partir de la teoría de Hegel reconfigura las tres esferas del reconocimiento en la experiencia humana (el amor, el derecho y la solidaridad social). En cada una, de ellas, se observa la importancia del cuidado que sobrepasa el ámbito clínico, pues extrapola a otros ámbitos no humanos, como el cuidado a otras especies y a la naturaleza en general. El análisis propuesto, desde la teoría del reconocimiento, permite dar un fundamento filosófico, ético y político al proceso de cuidado.

Palabras clave: Reconocimiento. Cuidado. Respeto. Solidaridad. Derechos.

#### Relationship between care and recognition

#### Abstract

From a qualitative approach, this article seeks to identify the relationship between the theory of recognition and care, in order to explore and analyze its application in different intersubjective and social phenomena. To explore this relationship, 65 documentary sources dealing with the two topics of interest were reviewed. To address the concept of recognition, the proposal of the philosopher of the Frankfurt School Axel Honneth was taken, who, based on Hegel's theory, reconfigures the three spheres of recognition in human experience (love, law and social solidarity). In each one of them, the importance of care that goes beyond the clinical field is observed, since it extrapolates to other non-human environments, such as caring for other species and nature in general. The proposed analysis, from the theory of recognition, it allows to give a philosophical, ethical and political foundation to the care process.

Key-words: Recognition. Care. Respect. Solidarity. Rights.

#### Introducción

El reconocimiento es un concepto filosófico que cada vez cobra mayor importancia en estudios e intervenciones en diferentes ámbitos políticos, económicos, educativos,<sup>1,2</sup> medios de comunicación,<sup>3</sup> conflicto armado<sup>4</sup> y en las luchas de grupos multiculturales y sociales marginados históricamente.<sup>5</sup> Incluso en el campo de la salud, el concepto de reconocimiento ha sido incorporado en diferentes investigaciones, como lo muestran los trabajos de Lopera<sup>6</sup> o Wernet, Falleiros de Mello y Carvalho.<sup>7</sup> En el presente artículo, se expone un tema poco atendido, tanto en los trabajos filosóficos como investigativos: la relación existente entre el cuidado y el reconocimiento. El cuidado cumple una función social que trasciende la experiencia intersubjetiva, extendiéndose a otros ámbitos biológicos no humanos (animales, plantas, etc.) y a la conservación de la naturaleza en general (agua, aire, etc.). El homo sapiens podría ser considerado como un homo curantis o animal que cuida, puesto que esta es una de sus funciones vitales.

Es importante aclarar que la relación existente entre reconocimiento y cuidado no debe pensarse por fuera de un contex-

to social, cultural e histórico. Sin embargo, es posible establecer algunos procesos universales que configuran esta relación siempre cambiante y problemática entre el cuidado y el reconocimiento, sin desconocer esas particularidades contextuales.

#### ¿Qué es el reconocimiento?

Una conceptualización cercana del reconocimiento y que guarda relación con las luchas por la reivindicación de derechos de grupos minoritarios, proviene del idioma alemán, donde el reconocimiento (*Anerkennung*) es definido como aquello reconocible que puede aprobarse o aceptarse. En lengua alemana, la palabra *Anerkennung* se aproxima a la idea de estima o valor social, aquello que es digno de aprecio por sus rasgos, acciones y características sobresalientes.<sup>8</sup>

En español, la Real Academia Española (RAE) define el término *reconocer* como “identificar, someter a examen”, “admitir como cierto o legítimo” y “agradecer”.<sup>9</sup> De manera similar, Oxford English Dictionary precisa el verbo *reconocer* como “distinguir a una persona (...) entre varias por una serie de características propias”; además, propone otras acepciones

## Anexo 18. Artículo publicado en revista internacional

TEMPERAMENTVM  
REVISTA INTERNACIONAL DE HISTORIA Y PENSAMIENTO ENFERMERO

CIBERINDEX CANTARIDA

---

Temperamentvm, 2020; v16; e12797 Teoría y Métodos  
 http://ciberindex.com/p/e12797 Recibido: 12.03.2020  
 ISSN: 1699-6011 Aceptado: 14.05.2020  
 © Fundación Index, 2020

Indización  
 SCIELO, CUIDEN, MIA, LATINDEX, HEMEROTECA CANTARIDA,  
 CUIDEN CITACION, DIALNET, DULCINEA, GOOGLE SCHOLAR ME-  
 TRICS, CIBERE

## El concepto de *Reconocimiento* y su utilidad para el campo de la enfermería

Sandra Velásquez Vergara,<sup>1</sup> Jasmin Cacante Caballero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Correspondencia: sandra.velasquez3@udea.edu.co (Sandra Milena Velásquez Vergara)

### Resumen

Objetivo: identificar la relación existente entre el concepto de reconocimiento y su utilidad en el campo de la enfermería. Metodología: se realizó un análisis de concepto utilizando la propuesta Walker y Avant, con la intención de examinar las características y atributos que definen el concepto de reconocimiento y su relación con la enfermería. Conclusión: el concepto de *reconocimiento* posee características que favorecen la comprensión de fenómenos como la exclusión y discriminación a las que se ven expuestos los seres humanos y las comunidades. La enfermería no es ajena a estas problemáticas, pues debido a su constitución sociohistórica, el reconocimiento social ha sido escaso. En la actualidad, diversos movimientos promovidos por organizaciones públicas y privadas trabajan mancomunadamente a nivel global por una lucha de reconocimiento para la profesión.

Palabras clave: Enfermería. Reconocimiento. Cuidado.

### The concept of Recognition and its usefulness for the field of Nursing

#### Abstract

Objective: to identify the relationship between the concept of recognition and its usefulness in the field of Nursing. Methods: a concept analysis was carried out using the Walker and Avant proposal with the intention of examining the characteristics and attributes that define the concept of recognition and its usefulness in the field of Nursing. Conclusion: the concept of recognition has characteristics that favor the understanding of phenomena such as exclusion and discrimination to which human beings and communities are exposed. Nursing is not immune to these problems since due to its socio-historical constitution, social recognition has been scarce. At present, various movements promoted by public and private organizations are working together at the global for professional recognition.

Keywords: Nursing. Recognition. Care.

### Introducción

*Reconocer* es la acción que permite diferenciar a un individuo entre los demás; es un acto de construcción intersubjetiva donde es posible enfatizar en las cualidades deseables o requeridas para el establecimiento y mantenimiento de diferentes relaciones humanas.<sup>1,2</sup> De esta manera, el reconocimiento se sumerge en nuestra cotidianidad, en tanto se fundamenta en un proyecto político que tiene como fin lograr que socialmente se acepten las diferencias del otro, haciendo evidente las patologías sociales y la noción de reconocimiento donde surgen los ideales de movimientos que propenden por la emancipación de los sujetos en el marco de la filosofía política y social.<sup>3</sup>

Partiendo de lo anterior, Fichte abordó el reconocimiento en términos jurídicos y legales, en función de las necesidades de extranjeros y migrantes, con el objetivo de que fuesen in-

chuidas en la constitución.<sup>4,5</sup> De manera similar, Kant y Habermas consideraron que el reconocimiento mutuo es compatible con la libertad, convirtiéndose en el "núcleo del Estado de Derecho democrático, pues a partir de allí se asegura el respeto a cada uno".<sup>2,6</sup> Esta visión no difiere del pensamiento de Nancy Fraser, quien enmarca el reconocimiento en términos de redistribución y justicia social.<sup>7</sup>

Hegel, por su parte, concibe una teoría del reconocimiento que aborda la organización del trabajo, la moral, el derecho, el Estado y la cultura, los cuales culminan en las relaciones jurídicas y sociales del Estado.<sup>8</sup> Además, dentro de su conceptualización, Hegel contempla el amor como un elemento básico para el reconocimiento entre seres humanos, es decir, "uno es con respecto al otro";<sup>9</sup> en este sentido, cada quien constituye su esencia a partir de la interacción con los demás, apreciando las diferencias individuales.<sup>10</sup>

## Anexo 19. Artículo publicado en revista nacional

## CES ENFERMERÍA

## Revisión de tema

**El rol de los hombres en enfermería: una revisión histórica-narrativa**

## The Role of Men in Nursing: A Historical, Narrative Review

Sandra Milena Velásquez Vergara <sup>1</sup>  [ORCID](#) - [CVLAC](#), Edgar Orlando Arroyave Álvarez <sup>2</sup>  [ORCID](#) - [CVLAC](#), Jasmín Viviana Cacante Caballero <sup>3</sup>  [ORCID](#) - [CVLAC](#)

**Fecha correspondencia:**  
Recibido: 6 de marzo de 2021.  
Aceptado: 9 de abril de 2021.

**Forma de citar:**  
Velásquez-Vergara S, Arroyave-Álvarez E, Cacante-Caballero J. El rol de los hombres en enfermería: una revisión histórica-narrativa. *Revista CES Enfermería*, 2021; 2(1): 21- 34.

[Open access](#)  
[Creative commons](#)  
[Ethics of publications](#)  
[Peer review](#)  
[Open Journal System](#)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesenferm.2.1.2>  
ISSNe 2745-049X

**Filiación:**

1. Enfermera, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, PhD(c) en Enfermería, Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de investigación Psicología, Sociedad y Subjetividades (U. de A.) Medellín, Antioquia.

2. Psicólogo, Magíster en Filosofía, PhD en Ciencias Sociales, Docente asociado de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de

**Resumen**

**Objetivo:** Visibilizar el papel de los hombres en el desarrollo de la enfermería desde una perspectiva histórica-narrativa. **Metodología:** Revisión integrativa de la literatura en ocho bases de datos con la siguiente pregunta: ¿cuál ha sido el rol de los hombres en enfermería y sus aportes al desarrollo disciplinar? Los elementos seleccionados fueron analizados por los autores de manera detallada para dar respuesta a la inquietud planteada. **Resultados:** Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron y analizaron veinticinco artículos que posibilitaron explorar, describir y discutir de manera amplia sobre el rol de los hombres en enfermería a partir de una mirada histórica-narrativa. **Conclusiones:** La revisión permite reflexionar sobre el rol que han desempeñado los hombres dentro de la enfermería, a través de la historia y la importancia de su presencia a nivel disciplinar en términos de igualdad de género, tomando como referentes los planteamientos de exponentes de las ciencias sociales y de la enfermería.

**Palabras clave:** rol; enfermeros; hombres.

**Abstract**

**Objective:** To make, the role of men in the development of nursing from a historical-narrative perspective, visible. **Methodology:** Narrative review of the literature in eight databases with the following question: What has been the role of men in nursing and their contributions to disciplinary development? The selected elements were analyzed by the authors in detail to respond to the concern raised. **Results:** After applying the inclusion and exclusion criteria, 25 articles were selected and analyzed, which made it possible to explore, describe and discuss broadly the role of men in nursing from a historical perspective. **Conclusions:** The review allows us to reflect on the role that men have played in nursing throughout history and the importance of their presence at the disciplinary level in terms of gender equality, taking as references the approaches of exponents of the Social Sciences and Nursing.

**Keywords:** role; nurses; men.