



Enfermería *Intensiva*

www.elsevier.es/ei



ORIGINAL

Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros

G. Via Clavero*, M. Sanjuán Naváis, M. Martínez Mesas, M. Pena Alfaro, C. Utrilla Antolín e I. Zarragoikoetxea Jáuregui

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 6 de julio de 2009; aceptado el 4 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería;
Enfermería;
Identidad de género;
Unidad de cuidados intensivos

Resumen

Introducción: La enfermería ha sido fundamentalmente un trabajo de mujeres. El incremento en la incorporación de hombres a la enfermería nos hace reflexionar en torno a la cuestión de si existen diferentes formas de expresar y practicar una profesión en relación con el género.

Objetivo: Describir si existen diferentes maneras de percibir y valorar el trabajo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) desde una perspectiva de género.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico. Muestra: 6 enfermeros y 6 enfermeras de la UCI del Hospital Universitario de Bellvitge. Recogida de datos: entrevista semiestructurada en profundidad. Análisis de contenido.

Resultados: Los enfermeros describen el trabajo en la UCI en términos de autonomía en las decisiones y competencia profesional, reivindican su identidad como enfermeros y destacan el bajo reconocimiento social que se hace de la profesión, priorizan más la responsabilidad en la toma de decisiones que el resultado final y valoran la satisfacción familiar en términos de prestigio y competencia. Son más prácticos. Las enfermeras califican el trabajo en términos de control y seguimiento en la evolución del enfermo, destacan más el resultado final del cuidado y valoran la satisfacción en términos de relación de confianza y calidez asistencial. Son más detallistas.

Conclusiones: Existen diferencias en la manera de calificar el trabajo en la UCI, en la valoración de la identidad profesional, el comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería y en la percepción de la satisfacción familiar. No se observan diferencias en relación con el abordaje en la resolución de problemas con la tecnología.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gemmavia@ya.com (G. Via Clavero).

KEYWORDS

Nursing care;
Nursing;
Gender identity;
Intensive care unit

Identity of gender and intensive cares: Influence of masculinity and femininity in the perception of nursing care

Abstract

Introduction: Nursing has essentially been the work of women. The increase in men incorporating into nursing makes us think about whether there are different ways of expressing and practicing a profession in relationship to gender.

Objective: To describe if there are different ways of perceiving and assessing ICU work from a gender perspective.

Methodology: A qualitative phenomenological study. Sample: 6 male nurses and 6 female nurses from the ICU of the Hospital Universitario de Bellvitge (HUB). Data collection: In-depth semi-constructed interview. Content analysis.

Results: Male nurses describe ICU work in terms of autonomy in making decisions and professional competence. They claim responsibility for their identity as nurses and stress the low social recognition of the profession. They prioritize the responsibility of decision making over the final outcome and evaluate family satisfaction in terms of prestige and competence. They are more practical. Female nurses describe the work in terms of control and follow-up of the patient's evolution. They emphasize the final care outcome and evaluate satisfaction in terms of a relationship of confidence and warm patient care. They are more meticulous.

Conclusions: There are differences in how they classify their ICU work, in the self-evaluation of professional identity, behavior in the development of the nursing care and in perception of family satisfaction. No differences are observed regarding problem solving with the technology.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

De la enfermería siempre se ha dicho, y es una percepción socialmente reconocida, que es un trabajo «propio de mujeres». Cuidar es y ha sido una tarea femenina que, trasladada a la enfermería, en su trayectoria histórica, se contemplaba como una extensión del rol femenino en el ámbito privado¹.

Pero no fue hasta mediados del siglo XIX cuando la enfermería inicia su feminización a nivel social influenciada por un cambio de dirección en la percepción de la masculinidad y la feminidad y la coincidencia de un movimiento feminista enfermero encabezado por Florence Nightingale. La enfermera anglosajona promovió la idea de que para ser «buena enfermera» se debía ser también «una buena mujer»². Klaus Theweleit describe esta visión ideal de la enfermera femenina como la *white nurse*, una «pura» figura materna que trasciende ausencia de sensualidad³. La enfermera descrita por Florence Nightingale debía incorporar los calificativos de empática, compasiva, tierna, generosa y dulce para ser esencialmente femenina y esencialmente «como una enfermera debe ser». Además, afirmaba que las manos de los hombres eran excesivamente duras y ásperas e inadecuadas para el cuidado de las extremidades heridas⁴. Estos planteamientos causaron impacto en la enfermería de aquel siglo modificando la filosofía y la educación enfermera y definiendo las bases de la argumentación que sostiene que la feminización de la enfermería surgió de una reivindicación histórica y que, por consiguiente, ésta nunca fue «naturalmente femenina»³.

El concepto *género* significa *la manera en que cada sociedad concibe ser mujer u hombre y la forma de relación*

*entre ambos*⁵. Se trata de una construcción sociocultural dentro de un proceso histórico, social, económico y político donde intervienen diferentes instituciones y agentes para explicar las diferencias entre hombres y mujeres⁶. Estas diferencias existen en todos los ámbitos vitales y también se extienden a la manera de entender y percibir la actividad del cuidar⁷.

Pero esta relación entre perspectiva de género y realidad social está viviendo una nueva etapa de reformulación iniciada en el último tercio del siglo XX y que constatamos objetivamente a partir de la incorporación de los hombres a la enfermería, al mismo tiempo que se incrementa la proporción de mujeres en medicina⁸.

Este hecho modifica la imagen «natural» y socialmente considerada en la que el hombre desarrollaba el papel de médico y la mujer el de enfermera asociándose a atributos socialmente considerados «masculinos» como competencia, ambición, fuerza, actividad, independencia, dominación, y atributos femeninos vinculados a las mujeres como sumisión, compasión, obediencia, pasividad, sensibilidad, dependencia, fragilidad y emotividad, compatibles con las funciones de la enfermera. Además, también cuestiona las consecuencias y problemáticas ocasionadas por la vinculación del sexo a determinadas profesiones: menor prestigio y reconocimiento social de las profesiones mayoritariamente femeninas, subordinación o predominio del poder médico, menor remuneración, menor representación proporcional en cargos de gestión y toma de decisiones¹.

La modificación de la tendencia representa un signo más del tiempo que vivimos y permite hacernos reflexionar en torno a la nueva relación que se establece entre el sexo y la enfermería teniendo en cuenta que los enfermeros todavía

representan una minoría mínimamente estudiada, ya que según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2007 todavía ocho de cada diez enfermeras son mujeres⁹.

La documentación sobre género e identidad de género en el campo de la salud se ha incrementado de manera exponencial en los últimos treinta años. En todos estos trabajos las preguntas enfocadas desde una perspectiva de género pretenden profundizar en torno a dos cuestiones fundamentales: si la modificación en la proporción de la masculinidad y feminidad en determinadas profesiones (enfermería, medicina) transforma la práctica y la estructura de la profesión y si existen diferentes formas de practicar una misma profesión en relación con el género. Por ejemplo ¿practican las enfermeras la profesión de una manera diferente a los enfermeros?⁸

Los estudios centrados en la perspectiva de género buscan aprender más de la profesión a partir de la comprensión y análisis de la diferencia en los significados subjetivos de hombres y mujeres a través de los datos obtenidos en relación con su experiencia, actitudes, preferencias, percepciones, expectativas y comportamientos de hombres y mujeres en determinadas situaciones⁸.

Por esta razón, la mayor parte de la información procede de las fuentes orales, entendidas como un recurso fundamental para conocer los diferentes estilos de las prácticas profesionales y la construcción de identidades. Las fuentes orales ayudan a indagar en la subjetividad⁸.

En España se han llevado a cabo diferentes estudios de género en relación con la profesión enfermera, centrados en dos líneas de investigación: los aspectos relacionados con el desarrollo profesional y las relaciones de poder¹⁰⁻¹⁴ y la influencia del género en la historia de la profesión¹⁵. Pocos estudios han centrado su atención en la influencia de género en relación con la percepción de los cuidados enfermeros y ninguno se ha contextualizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Las UCI son áreas cerradas altamente tecnificadas, en las cuales el personal de enfermería debe estar bien formado y mantener una actitud de vigilancia estrecha y dominio tecnicocientífico, en un entorno considerado a priori deshumanizado, y en el cual el enfermo y la familia se sienten altamente vulnerables y con un alto grado de angustia¹⁶. En este contexto, la humanización de los cuidados y la preocupación por los aspectos de apoyo emocional y establecimiento de una relación terapéutica de confianza con el enfermo y la familia siempre ha sido un reto por lograr. Cuidados intensivos siempre ha sido un área, como las urgencias, en la que el porcentaje de enfermería masculina ha sido superior respecto a otras áreas, sin conocer exactamente si se debe a una preferencia personal (requerimiento de un alto grado de conocimientos, entorno tecnificado, diferente relación interpersonal con el paciente y la familia) o a una decisión de los cargos gestores.

Por todas estas razones, se ha planteado la realización de este trabajo centrado en la relación que se establece entre identidad de género y cuidados intensivos.

Marco teórico

La mayoría de los trabajos de género se plantean desde el marco teórico de la antropología estructural de las décadas

de 1960 y 1970 del siglo xx, inspirados en la lingüística y, en concreto, en la obra de Levi-Straus, Bordieu y Foucault. Estos planteamientos destacan la asignación de valores, entendida desde la globalidad (idea de universalidad, sistema, estructura y relación). El estructuralismo propone extraer generalidades, esquemas aplicables a las diferentes culturas; relaciones que todos esperan que se sucedan de una determinada manera y que, en nuestro caso, se aplican a las definiciones de las profesiones en términos de masculinidad y feminidad¹⁷.

El otro enfoque teórico se centra en la relación de la enfermería con el poder o con la forma de asignar un valor y distribuir el poder, como suele suceder con muchas de las acciones relacionadas con las mujeres y concretamente con el rol de cuidar. Los estudios que tratan las cuestiones de género desde una perspectiva foucaultiana ejemplifican las relaciones de poder entre la enfermería y el equipo médico, entre ellas y los pacientes y entre ellas mismas, desde el enfoque en que las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres son social y culturalmente construidas. Los discursos de poder estarán determinados socialmente¹⁸.

Objetivo e hipótesis

La intención principal del estudio consiste en describir y analizar si existen diferentes formas de percibir y valorar el trabajo en la UCI y los cuidados de enfermería desde una perspectiva de género a través de los datos obtenidos en relación con las preferencias, percepciones, experiencia, comportamientos, actitudes y expectativas de enfermeros y enfermeras de UCI para poder aprender más de la profesión y el cuidado.

Además, se pretende averiguar si estas diferencias se corresponden con las definiciones sociales habituales y estereotipadas de masculinidad y feminidad.

La hipótesis del trabajo es que existen formas diferentes de entender la profesión y los cuidados de enfermería entre hombres y mujeres.

Material y método: descripción del proceso de investigación

Se ha desarrollado un diseño cualitativo fenomenológico para profundizar en los aspectos culturales y vivencias subjetivas de los entrevistados. La perspectiva fenomenológica entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo, y que la interpretación ocurre en el contexto en el que el investigador es partícipe¹⁹.

El trabajo se llevó a cabo en la UCI del Hospital Universitario de Bellvitge de principios de octubre de 2008 a mediados de enero de 2009. Los participantes fueron enfermeros y enfermeras de la UCI con más de un año de antigüedad en el servicio y se escogieron por propósito²⁰, atendiendo los criterios tipológicos de edad (21-32, 33-44, más de 45), sexo, tiempo trabajado en la UCI (menos de 10 años, de 10 a 20 años, más de 20 años) y turno de trabajo (mañana, tarde o noche) para conseguir mayor heterogeneidad en la muestra. En total, se realizaron 12 entrevistas (6 enfermeros y 6 enfermeras). Se alcanzó el punto de saturación teórica de los datos, y no se obtuvo nueva información.

Durante la primera etapa del trabajo se realizó la búsqueda bibliográfica en inglés y en español en las bases de datos PubMed y CUIDEN de enfermería, usando las palabras clave «género», «enfermería», «cuidados de enfermería» y «UCI», con el objetivo de conocer la literatura médica escrita en relación con el tema.

Metodología de investigación

Se escogió el método de la entrevista semiestructurada individualizada en profundidad como principal fuente de datos, porque es un instrumento válido que permite conocer cómo los actores sociales construyen la realidad, qué sentido le otorgan y cómo la interpretan. Durante la primera etapa del trabajo de campo y después de haber seleccionado y leído la bibliografía se elaboró una guía de entrevista que incluía preguntas abiertas relacionadas con las preferencias, percepciones y los comportamientos habituales de los entrevistados en su trabajo diario de la UCI que serviría de hilo conductor, pero totalmente flexible y adaptable a la información que se iba obteniendo. Se acordó un día y una hora para poder llevar a cabo la entrevista frente a frente, con una duración mínima de una hora para poder comentar las respuestas y redireccionarlas hacia aquellos aspectos que resultaran más interesantes de cara al objetivo del trabajo. Se intentó adecuar el horario para poder entrevistar a los profesionales de enfermería con tranquilidad, sin que la entrevista coincidiera con los picos de trabajo, teniendo en cuenta que ésta podría ser suspendida en cualquier momento. La lengua utilizada fue indiferentemente tanto el catalán como el castellano, según la preferencia de los entrevistados, y posteriormente fueron traducidas. Las entrevistas fueron grabadas y después transcritas. Posteriormente, se entregó a los entrevistados la transcripción correspondiente a su entrevista por si querían aclarar, corregir o completar la información recogida. En cada caso se garantizó el anonimato de las respuestas respetando la decisión de abandonar el proyecto^{21,22}.

Consideraciones éticas

Se pidió permiso al centro a través de la adjunta de enfermería del área de críticos.

La colaboración de los participantes fue totalmente voluntaria y se pidió consentimiento para la utilización de los datos orales y escritos a través de la firma de un consentimiento informado garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Se adquirió el compromiso con los entrevistados de poder releer la entrevista transcrita y de disponer de una copia del trabajo cuando estuviera finalizado, así como el compromiso de destruir las grabaciones una vez finalizado el proyecto.

Limitaciones o dificultades planteadas al inicio del estudio

- Limitaciones relacionadas con la selección de la muestra: dado que se trataba de un trabajo voluntario, era posible que no pudieran seleccionarse los sujetos de acuerdo con los criterios tipológicos.

- Limitaciones relacionadas con las áreas de estudio: debido a que la relación entre género y enfermería es muy amplia, se acotaron determinadas áreas en las que indagar en la subjetividad.
- Rigor del análisis: para garantizar el rigor se corroboró la transcripción con la relectura de la entrevista por parte de los informantes, así como la obtención de consenso en cuanto a las respuestas y categorización de etiquetas por parte de los investigadores.

Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas después de la relectura por parte de los entrevistados. Se realizó un análisis del discurso en profundidad del contenido de la entrevista. Cada investigador subrayó aquellas palabras, frases o párrafos que resultaran significativos y los agruparon por códigos y etiquetas con el objetivo de elaborar categorías con significados compartidos. Se llevó a cabo un proceso de reflexión profunda y consensuada entre los investigadores. Se definieron seis grandes categorías. En cada categoría se analizaron las respuestas por sexos.

Resultados

En total, se realizaron 12 entrevistas (6 enfermeros y 6 enfermeras) distribuidas estratificadamente por edad, turno de trabajo y años de antigüedad en UCI. La mediana de edad de los informantes masculinos fue de 37,5 años; tres trabajaban en turno de mañana, dos de tarde y uno de noche, y la mediana de antigüedad en la UCI fue de 12,5 años. En el caso de las informantes femeninas, la edad osciló entre 28 y 52 años (mediana: 42 años); el turno mayoritario fue noche³, dos de tarde y una de mañana y la mediana de antigüedad fue de 17 años.

Categorías de análisis

Tras el análisis de los datos, las respuestas se codificaron de acuerdo con las siguientes categorías, que se muestran en la [tabla 1](#): calificación del trabajo en la UCI, valoración de la identidad profesional, comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería, abordaje en la resolución de problemas en relación con la tecnología, percepción de la satisfacción en relación con la atención al paciente y la familia, percepción de diferencias en función del género.

Calificación del trabajo en la unidad de cuidados intensivos

El primer contacto con los informantes consistió en averiguar cómo habían llegado a la UCI a partir de una breve descripción de su relato de vida laboral. Los más jóvenes prácticamente trabajaban en la UCI desde el inicio de su trayectoria profesional después de haber pasado por unos meses en prácticas. Los informantes con más de 10 años de antigüedad habían ejercido su función como enfermeros en otras áreas, como unidades de hospitalización, médicas y quirúrgicas. En respuesta a la pregunta «¿Qué adjetivo destacarías que definiera lo que más valoras

Tabla 1 Resultados: variables específicas

Calificación del trabajo en la UCI	Enfermeros: independencia, autonomía, dominio, conocimientos, competencia, efectividad Enfermeras: control, seguimiento, evolución, dedicación
Valoración identidad profesional	Enfermeros/as: variabilidad, técnicas de enfermería Enfermeros: reconocimiento social, prestigio profesional, reconocimiento de la responsabilidad de las decisiones por parte del equipo Enfermeras: no lo manifiestan
Comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería	Enfermeros: centrado en la toma de decisiones y responsabilidad. Riesgo/beneficio Enfermeras: centrada en los resultados
Abordaje en la resolución de problemas en relación con la tecnología	No se observan diferencias
Percepción de la satisfacción en la atención del paciente y la familia	Enfermeros: satisfacción en términos de prestigio y competencia Enfermeras: satisfacción en términos de relación de confianza y calidez humana de la asistencia
Percepción de diferencias en función del género	¿Cómo trabajan los hombres desde el punto de vista de las mujeres? Dos tipologías de enfermeros Prácticos Necesidad de demostrar lo que saben ¿Cómo trabajan las mujeres desde el punto de vista de los hombres? Detallistas y estéticas

UCI: unidad de cuidados intensivos.

del trabajo en la UCI?» aparecieron respuestas como: variabilidad, movimiento, dinamismo, control, dedicación, seguimiento, inmediatez, decisión, autonomía, independencia, dominio. Agrupando las respuestas por sexo pudo observarse que cinco de los seis informantes masculinos se expresaron con más frecuencia en términos de efectividad, independencia del rol, autonomía de las decisiones y competencia profesional, como muestran las siguientes respuestas: «Autonomía en relación con las actividades, con nuestro trabajo. Si controlas la tecnología y sabes lo que tocas confían en ti. Si no eres competente, nunca se fiarán».

«La dinámica de trabajo. Cuando debes hacer algo lo haces, cuando debes buscar resultados los buscas. Cuando tienes una duda, normalmente tardas poco tiempo en desvelar la duda. [...] Aquí, la respuesta, si no es inmediata es casi inmediata».

En contraposición, sólo dos enfermeras, que cabe destacarlas como las dos de mayor antigüedad, hacían referencia en algún momento a la autonomía de las decisiones. Las otras cuatro se expresaron más en términos relacionados con la seguridad, la vigilancia, el control y el seguimiento en la evolución del enfermo, valoraciones que sólo se obtuvieron en uno de los seis informantes masculinos. Las siguientes respuestas así lo muestran.

«El control. Saber lo que tengo entre manos. Control en el buen sentido, no en el sentido de controlarlo todo, sino en el sentido de que me da seguridad saber cómo son mis pacientes desde el día que ingresaron y tener un seguimiento, una evolución, aunque yo no venga».

«La globalidad. Cuidas al enfermo, haces una valoración completa, ves la evolución, tienes tiempo para dedicarte [...]. No es como en las plantas, que tienes un montón de

enfermos, tienes poco tiempo y te limitas a trabajar por tareas [...]. No son unos cuidados centrados en el paciente como pasa en la UCI».

En los dos grupos, la variabilidad en la tipología de enfermos y la realización de técnicas de enfermería eran otros adjetivos para destacar.

Valoración de la identidad profesional

La segunda categoría extraída fue la de la valoración de la identidad profesional. Esta categoría se recogió únicamente del análisis del discurso de cuatro de los seis enfermeros entrevistados que plantearon la cuestión a lo largo de la entrevista y algunos en más de una ocasión, mientras que no se registró ningún comentario en relación con la identidad profesional por parte de las informantes femeninas.

Los enfermeros reivindican la responsabilidad en las decisiones enfermeras y se quejan del bajo reconocimiento social y personal que se hace de la enfermería relacionándolo, a la vez, con la calidad de los cuidados que se prestan. Un enfermero, en respuesta a una pregunta en relación con la atención de las familias, respondía en los siguientes términos: «Pienso que lo que nos falta es saber vender nuestro producto, el producto enfermero. Es una cuestión de *marketing*. Si tú no vendes lo que haces, la gente no lo valora [...]. Entonces, si tú vendes tu producto, todo lo que tú haces, y das a conocer a la familia que cuidas a su familiar como ellos lo harían si supieran, entonces la familia valora tu trabajo y tu información». Otro enfermero se queja del reconocimiento social en términos económicos: «La consideración que te tienen como diplomatura universitaria es

inferior respecto a otras diplomaturas. Enfermería es un trabajo de mujeres y como trabajo de mujeres se cobra menos. Socialmente no está bien, pero es la realidad». Esta reivindicación del rol enfermero también se traslada al equipo multidisciplinario expresado como el deseo y a la vez la exigencia de un reconocimiento a la responsabilidad en la toma de decisiones, cuando la decisión tiene relación con los cuidados enfermeros. Como ejemplo, se propuso el caso de cómo actuarían en caso de tener que tomar la decisión de realizar la higiene a un enfermo inestable y complicado. La higiene del enfermo es una tarea enfermera, pero en ocasiones algunos médicos dan la orden de no mover al enfermo si está muy inestable. Ante este planteamiento, algunos enfermeros discuten tanto la implicación del médico en una decisión enfermera como la sumisión de algunos enfermeros de no ejercer su trabajo aduciendo razones médicas. Y responden. «A nivel profesional yo soy quien toma la decisión. Lo que no voy a buscar es una orden médica, alguien que esté por encima mío para que me diga que no puedo lavar al enfermo [...]. Yo, lo que diga el doctor, no. Él da una orden y yo la puedo acatar o no. Yo, en todo momento, soy consciente de la orden que me da y entonces decido si la acato o no bajo mi responsabilidad». «Yo reivindico mi profesionalidad, asumir una responsabilidad, de la cual yo soy quien más sabe de cuidar a un enfermo». O aquel otro que dice: «No hay ninguna excusa, aunque el enfermo esté grave y haya alguien que busque la excusa de preguntarle al médico [...], hay gente que busca que los médicos los liberen de hacer aquellas higienes costosas y penosas de hacer».

Cinco de las seis enfermeras ante la higiene de un enfermo inestable aceptarían hacer la pregunta al médico responsable y sólo una, la más antigua, evita la pregunta y asume la responsabilidad en relación con la experiencia: «Primero miro las posibilidades que tengo. Evidentemente, si el enfermo está muy inestable... si está a seis de tensión no lo moveré, pero si veo que puedo moverlo, pido ayuda a más gente. Otra fórmula es preguntarle al médico, pero entonces sabes que te dirá que no».

Comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería

En relación con el comportamiento frente a los cuidados, en el discurso de los enfermeros de nuevo se destaca la importancia que otorgan a la responsabilidad que tienen en la toma de decisiones (realización de una valoración personal de la situación) priorizando más la reflexión, el análisis del riesgo/beneficio y la efectividad de la decisión que el resultado final del cuidado. En contraposición, las informantes femeninas, en su discurso, valoran más el resultado final, la «fotografía» del enfermo al final del cuidado, y no tanto la toma de decisiones.

Los enfermeros masculinos (5/6) destacan la realización de una valoración personal de las situaciones cotidianas de la UCI. Este énfasis sólo se observa en las dos enfermeras de más antigüedad. La expresión de esta evaluación personal se refleja en respuestas como: «Mi normativa al principio de cada turno es hacer las calibraciones de todas las máquinas que se pueden calibrar». U otro que dice: «Habitualmente hay mucho estigma en esto de “no se puede tocar a un

enfermo”». No se puede tocar porque nadie lo ha tocado. Pero he comprobado que de todos los enfermos que he girado a priori, de éstos que dicen que no se pueden girar, después no ha pasado nada». Además, destacan la calidad en términos de riesgo/beneficio y efectividad en respuestas como: «Se debe intentar hacer el máximo posible con el mínimo riesgo. Entre no hacer nada y hacerlo todo siempre hay un punto medio». «Mi praxis siempre ha ido dirigida a que el enfermo obtenga beneficio de todos los que lo tratamos. Debemos proporcionarle los mejores cuidados, en el menor tiempo».

Por otro lado, cuatro de las seis informantes femeninas valoran más la predisposición hacia los cuidados y el resultado final del comportamiento. Una enfermera lo expresa de la siguiente forma: «Encuentro que hay enfermeros que saben mucho, pero después no tienen muchas ganas de trabajar y no se preocupan de otros aspectos para mí más de enfermería. No se dan cuenta que aunque tú hayas estado subiendo a un enfermo 50.000 veces en la cama, cuando llega la familia a las siete y cuarto y lo tienes hecho una chapuza tú no puedes decir qué has hecho, porque allí no luce nada». O cuando dice: «Hay enfermeros que saben mucho pero puede estar el enfermo con un moco colgando y no le dan ninguna importancia».

Abordaje de la tecnología y resolución de problemas

Tanto los enfermeros como las enfermeras siguen los mismos patrones de resolución de problemas ante la tecnología, intentando solucionarlos de manera autónoma a partir de la experiencia, con la ayuda de un compañero, haciendo pruebas de ensayo-error o con la ayuda del manual de instrucciones sin observarse diferencias en función del género.

Percepción de la satisfacción en la atención del paciente y la familia

En relación con la atención emocional directa con el enfermo y la familia, los informantes no destacan ni aprecian diferencias entre sexos, pese a que sí refieren que las enfermeras suelen tener mayor capacidad para detectar cambios emocionales y más paciencia para gestionarlos. Pero en todos los casos se remite más como una variabilidad individual.

En lo que sí se observan diferencias es en la percepción o valoración de la satisfacción de los pacientes y las familias respecto a la atención de enfermería.

Tres de los seis enfermeros consideran que las familias valoran de la enfermería de UCI la competencia profesional y el dominio de la tecnología, mientras que para las enfermeras (4/6) lo que las familias valoran es la facilidad en la accesibilidad, receptividad, relación de confianza y calidez humana de la asistencia, ya que establecen una transferencia entre esta percepción y la atención que recibe el paciente.

En palabras de un enfermero: «Las familias, en intensivos, saben que los enfermeros de aquí somos, no mejores, sino que consideran que están mejor cuidados, porque su familiar está muy grave y la gente está mejor preparada y nos respetan más que en planta». Y en palabras de una

enfermera: «La gente es muy agradecida. Me gusta acercarme tanto el día que hay malas noticias o no ha habido muchos cambios, como los otros días [...]. Ya los ves, ellos sacan la cabeza por la puerta y creas un vínculo. Te buscan para que les digas algo».

Percepción de diferencias en función del género. Cómo trabajan los hombres desde el punto de vista de las mujeres

Tres de las seis enfermeras entrevistadas coincidieron en identificar dos tipos de enfermeros. Por un lado, el enfermero atento, perfeccionista y con más dedicación, y por otro lado, un tipo de enfermero correcto pero menos implicado en los cuidados. Una informante lo manifestaba de la siguiente manera: «En estos años he visto dos tipos de enfermeros, como dos equipos: el equipo A de enfermeros perfeccionistas, limpios, ordenados y pendientes del enfermo, y el equipo, B más informal, más perezoso a la hora de prestar cuidados y pendiente “de lo que salga”».

Cabe destacar también la opinión de un informante masculino que tipifica al enfermero como una especie de hombre más sensible: «El hombre clásico machista y de pelo en pecho no lo encuentras en enfermería».

Aun así, existe una percepción compartida por las entrevistadas femeninas que, en general, los chicos enfermeros son más prácticos y rápidos, apreciación que ellos comparten pero defienden. En palabras de un enfermero: «Yo creo que los chicos somos más rápidos y a veces parece que la rapidez sea no hacer bien las cosas, pero no siempre es así». U otro cuando manifiesta: «Siempre he oído que dicen que los hombres no somos tan pulcros a la hora de trabajar. No estoy de acuerdo. Yo creo que quizás podemos llegar a ser más rigurosos en la aplicación de un protocolo de lo que son las mujeres». O un tercero que admite: «Yo me considero un enfermero práctico. Lo necesario, lo que es útil, se debe hacer y no hay ninguna excusa».

Esta concreción de las tareas a veces es vista desde la perspectiva femenina como un exceso o limitación que mengua la calidad.

Además, otra característica que también destacan y que está en relación con el énfasis que dan los enfermeros al conocimiento científico como fuente de prestigio, es el hecho de que ellas detectan que a ellos les gusta demostrar lo que saben sin que se les pregunte explícitamente.

Cómo trabajan las mujeres desde el punto de vista de los hombres

La respuesta principal que dan los enfermeros a esta apreciación es que ellas, en general, son más detallistas y estéticas.

«Te pongo un ejemplo: cuando llevo a un paciente que tiene fiebre no me importa dejar una toalla semiarrugada por encima y creo que una enfermera esto lo cuida un poco más. Procura que esté más simétrica, mejor puesta».

«Pienso que la enfermera femenina es más esmerada, más tiquismiquis, deja al enfermo más peinadito. En cuanto a efectividad pienso que no hay diferencia. Yo no necesito

poner un lacito en la cabeza del enfermo para ver que está bien cuidado».

Elas también lo admiten: «Pienso que las mujeres cuando vamos a hacer una cura somos más delicadas y en el momento de colocar el apósito nos fijamos mucho más».

Discusión

Hombres y mujeres somos diferentes y nos expresamos de forma diferente, pero ¿percibimos y aplicamos el cuidado de manera diferente? La intención de este trabajo perseguía averiguar y describir si existen diferentes maneras de entender el trabajo en la UCI desde una perspectiva de género.

A pesar de la cada vez mayor representación masculina en enfermería, todavía socialmente permanece la creencia de que las mujeres están más capacitadas para el cuidado del enfermo atendiendo a un criterio emocional y empático. Asimismo, en el análisis por sexos se ha demostrado que los hombres obtienen mejores resultados en las pruebas de representación espacial, en habilidad motora dirigida y razonamiento matemático y, por el contrario, las mujeres destacan más en test de velocidad perceptual, fluidez verbal, incluida la capacidad de encontrar palabras que satisfagan una condición, así como el reconocimiento al detalle del entorno, la percepción de los cambios y la comprensión del estado de ánimo. En resumen, las mujeres son mejores lectoras del lenguaje corporal y el estado de ánimo y los sentimientos que los hombres²³.

Esta constatación «natural» ha provocado una suprarrepresentación del sexo femenino en profesiones relacionadas con la atención a las personas, pero en ningún caso poniendo en entredicho las capacidades de los hombres en el ejercicio de la misma profesión. Por ello, debe establecerse la diferenciación entre la denominación de trabajos de mujeres (trabajos ocupados generalmente por mujeres) respecto a trabajos femeninos (trabajos condicionados por el sexo femenino), pese a que muchas veces sean las mujeres las que tradicionalmente realicen trabajos femeninos²⁴.

Y, por lo tanto, esta diferente presencia de hombres y mujeres en las diferentes profesiones se explica sencillamente desde las propias preferencias y no desde sus capacidades.

Este trabajo pone de manifiesto que los enfermeros destacan más la independencia y la autonomía conseguida a partir de un mayor dominio y nivel de conocimientos afirmando que, a la vez, esta mayor competencia profesional tiene consecuencias en la calidad de la asistencia y el reconocimiento de la profesión, y las enfermeras destacan más la atención y la vigilancia, la seguridad y la protección, sin obviar la competencia pero sin otorgarle tanta importancia, corroborándose los estereotipos masculinos de independencia y los femeninos de protección.

Asimismo, algunos autores relacionan este énfasis en la calidad determinado por la competencia profesional, desde la visión masculina, con la necesidad de buscar una identidad dentro de un colectivo mayoritariamente femenino, como si la minoría los hiciera sentirse enfermeros de segunda o se dudara de su decisión personal de ser realmente enfermeros y no médicos²⁵. Esta relación entre género e identidad para autores como T. Ortiz viene dada desde el exterior, y a la vez se recrea y redefine dentro del

ámbito laboral. La identidad se entiende como un proceso constante de interpretación y apropiación simbólica de la realidad, como una forma de autorrepresentación consciente. Reconocer la afirmación y conformación de la identidad individual y colectiva resulta ser de gran valor para los enfermeros masculinos dentro de una profesión marcada por valores y códigos sociales femeninos⁸.

En relación con la tercera categoría analizada destaca de nuevo la diferencia en la valoración del que supone dar calidad. En enfermería, y en concreto dentro de los cuidados intensivos, se conforma la dicotomía entre la atención científicotécnica racionalizada y la humanización de los cuidados proporcionada a través de la atención, y que algunos autores consideran como «cuidados invisibles» por el hecho de que no se acompañan del mismo reconocimiento y están infravalorados¹⁷.

Aun así, existe la controversia entre esta desigualdad en la percepción del reconocimiento social y lo que después realmente reflejan las encuestas de satisfacción de enfermos y familiares, cuando lo que más valoran de la calidad de la atención no es tanto la información sobre el proceso y la tecnología, sino el sentirse seguros y el poder establecer una relación de confianza con el profesional enfermero dentro de un entorno donde predomina la tecnología y la deshumanización^{26,27}. Las enfermeras incorporan más esta dimensión emocional en la valoración de la calidad de la asistencia, percibiendo la globalidad y el resultado final como la parte más importante de sus actuaciones y no otorgando tanta importancia a la toma de decisiones o al nivel de conocimientos. Esta mayor preocupación se manifiesta, entre otros aspectos, en una mayor dedicación de tiempo y preocupación por el confort y los cuidados, a la vez que les desagrada el exceso de práctica y preocupación por la eficiencia de sus compañeros masculinos. Aun así resulta interesante la diferenciación que establecen entre las dos tipologías de enfermeros, diferencias que no aparecen en la literatura médica, englobando al colectivo enfermero masculino como homogéneo.

La realización de este trabajo de campo ha supuesto un reto que, en un ejercicio de concreción, se ha limitado al análisis de unas dimensiones concretas para analizar la diferencia de la masculinidad y la feminidad. Las implicaciones son mucho más amplias y la muestra pequeña, hasta el punto que en algunos aspectos no se podría realmente afirmar si las diferencias se deben sólo a una cuestión de género o intervienen también otras variables, como la edad o la experiencia. Como propuestas para futuros estudios, el análisis de la influencia del género en la percepción y aplicación de los cuidados enfermeros podría completarse desde el punto de vista de pacientes y familiares, así como desde otros colectivos profesionales como médicos o auxiliares de enfermería, perspectivas que no se contemplan en el presente estudio.

Conclusiones

Existen diferencias en la manera de entender la profesión enfermera y los cuidados de enfermería en función del género en la UCI, en la calificación del trabajo de la UCI, la valoración de la identidad profesional, el comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería y en la percepción de la satisfacción en la atención emocional al

paciente y la familia. No se observan diferencias en relación con el abordaje en la resolución de problemas relacionados con la tecnología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Gemma Martínez Estalella por su incondicional ayuda, apoyo y dedicación.

Bibliografía

1. Enciso Huerta V. Género y trabajo: la enfermería. La ventana [serie en Internet]. 1997 [consultado 10/11/2008]; 6:182-9. Disponible en: <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppe/riod/laventan/Ventana6/ventana6-5.pdf>.
2. Gamarnikow E. Sexual division of labour: The case of nursing. En: Kuhn A, Wolpe AM, editores. *Feminism and materialism: Women and modes of production*. London: Routledge and Kegan Paul; 1978.
3. Brown B, Nolan PW, Crawford P. Men in nursing: Ambivalence in care, gender and masculinity. *Int Hist Nurs J* [serie en Internet]; 2000 Summer [consultado 10/11/2008]; 5:4-13. Disponible en: <http://www.academicarmageddon.co.uk/publications/MEN.htm>.
4. Summers A. *Angels and Citizens: British Women as Military Nurses 1854-1914*. London. Routledge and Kegan Paul; 1988.
5. Germán Bes C. Género y Enfermería. *Index Enferm* [serie en Internet] 2004 [consultado 5/10/2008]; 1346:07-08. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001&lng=es&nrm=iso.
6. Blázquez-Rodríguez MI. Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index Enferm* [serie en Internet]. 2005 [consultado 5/10/2008]; 14:50-4. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300010&lng=pt&nrm=iso.
7. Colliere MF. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
8. Ortiz Gómez T. Fuentes orales e identidades profesionales: Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo xx. *Asclepio* [serie en Internet]. 2005 [consultado 12/11/2008]; LVII (1). Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/31/30>.
9. Instituto nacional de estadística (INE). Distribución del número de diplomados en enfermería por sexos en España -2007: Varones (16'98%) Mujeres (83,02%). 2007 [consultado 15/11/2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
10. García Banon AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm*. [serie en Internet]. 2004 [consultado 1/11/2008]; 13(46):45-8. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es&nrm=iso.
11. Alberdi Castell RM. Género, enfermería y desarrollo profesional. XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca. 1995;215.
12. Roca Caparà N. Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. *Enfermería Clínica*. 1996;6:164-70.
13. Alberdi R. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de enfermería*. 1998-1999;11:20-6.
14. Cano-Caballero Galvez MD. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*. [serie en Internet].

- 2004 [consultado 5/10/2008];13:34–9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=pt&nrm=iso>.
15. Chamizo Vega C. La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones. *Index Enferm*. [serie en Internet]. 2004 [consultado 10/10/2008];13:40–4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=en&nrm=iso>.
 16. Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003;14:109–19.
 17. Fajardo Trasobares ME, German Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm* [serie en Internet]. 2004 [consultado 5/10/2008];13(46):09–12. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=en&nrm=iso>.
 18. Souza Ramos FR, Coelho S, Padilha MI, De Oliveira Vargas MA, Rolim Manica J. Foucault & Enfermería: arriesgarse a pensar de otros modos. *Index Enferm* [serie en Internet]. 2007 [citado 26 Dic 2008];16:37–41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200008&lng=es&nrm=iso.
 19. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Inv* [serie en internet]. 2006 [consultado 15/10/2008];(25): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf.
 20. Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro, AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Inv* [serie en internet]. 2007 [consultado 15/10/2008];(27):[aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf.
 21. Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa. La entrevista (I). *Nure Inv* [serie en internet]. 2008 [consultado 15/10/2008]; (33):[aprox 5 p.]. Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_332622008133517.pdf.
 22. Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa. La entrevista (II). *Nure Inv* [serie e internet]. 2008 [consultado 15/10/2008];(34): [aprox 6 p.] Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_34.pdf.
 23. Mosterin J. La naturaleza humana. Madrid: Gran Austral. Ed Espasa Calpe; 2006.
 24. Huebner L. Male nurses and intimate care: Practicing gender in nursing paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, TBA [serie en Internet].2007 [consultado 24/11/2008] [aprox. 18p]. Disponible en:http://www.allacademic.com/meta/p184800_index.html.
 25. Harding Thomas S. Constructing the “other”: On being a man and a nurse [tesis doctoral]. New Zealand: University of Auckland; 2005 [serie en Internet] [consultado 15/11/2008]. Disponible en: <http://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/103>.
 26. Hidalgo Fabrellas I, Vélez A, Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18: 106–14.
 27. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31:273–80.