



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

LOS DISCURSOS DE LA SEXUALIDAD DE LA “TÉCNICA
DEL BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA” Y LA PRÁCTICA
PROFESIONAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRIA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL

PRESENTA

ANA CARLA REYES SORIANO

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR: DR. MAURICIO LIST REYES
DRA. ESMERALDA SOLEDAD COVARRUBIAS LÓPEZ
DR. JOSÉ MANUEL MÉNDEZ TAPIA



DICIEMBRE, 2020

**Esta investigación fue realizada gracias al
apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y
Tecnología**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. EL ESTUDIANTADO DE ENFERMERÍA: SALUD, CUERPO Y SEXUALIDAD.....	24
Introducción	24
Lxs estudiantes de la licenciatura en enfermería de la universidad “S”	39
¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre la salud previa su formación profesional en enfermería?.....	45
¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre el cuerpo previa su formación profesional en Enfermería?	55
¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre la sexualidad previa su formación profesional en enfermería?	65
Conclusiones	70
CAPÍTULO II. PRODUCIENDO SUJETXS PARA EJERCER LA ENFERMERÍA: DISCURSOS DE SEXUALIDAD Y CUERPO EN LA “TÉCNICA DEL BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA”	73
Introducción	73
La formación académica de lxs enfermerxs	79
Situación y ubicación de la “técnica del baño del paciente en cama” dentro de la enfermería.....	91
La “técnica del baño del paciente en cama”	99
La sexualidad: una categoría presente en la formación académica de lxs enfermerxs	139
Conclusiones	151
CAPÍTULO III. DEL DISCIPLINAMIENTO UNIVERSITARIO DE LA SEXUALIDAD A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	152
Introducción	152
La llegada al espacio hospitalario	155
La rutina de la práctica profesional de enfermería	164
El cuerpo y la sexualidad dentro de la rutina de enfermería: la “técnica del baño del paciente en cama”	178
Conclusiones	194
IV. CONCLUSIONES	196

V. BIBLIOGRAFÍA 206

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Mauricio List por la confianza, la espera y la resistencia. Doc, gracias por acompañarme de múltiples maneras. Gracias por ser profesor y amigo. Que esto sea el comienzo de una complicidad académica y personal.

A mi madre por no cortarme las alas. A mi padre por sonreír cuando conversábamos sobre mi tema de tesis y, sin duda, por sus porras. A mi hermana que día a día me enseña a vivir de una manera menos “cuadrada”.

A Manuel Méndez por los consejos y abrazos. Gracias por abrirme las puertas de tu casa y por siempre decirme lo que piensas. Que sigamos coincidiendo en la vida.

A Esmeralda Covarrubias por no solo leerme, también por caminar conmigo desde que la vida conspiró para encontrarnos.

A mis compañerxs enfermerxs por acceder a las entrevistas y observaciones. A lxs estudiantes que sin conocerme accedieron a platicar conmigo. Este trabajo solo pudo escribirse por ustedes. Por todo, gracias.

Al Colectivo Tamalli y el Colectivo Ajonjolí por leer y opinar sobre el archivo titulado “eso que llamo tesis”. En especial a Dama, Esmeralda y Flora, gracias por ser y estar.

A Yane, gracias por todo y por tanto. Gracias por abrirme la puerta de tu vida, de tu tierra y de tu casa. Gracias por el amor a distancia y por las infinitas porras.

A lxs amigxs de Córdoba, Argentina. Gracias Dr. Edu Mattio, Dra. Liliana, Flor, Juan, Martín, Ianina, Pili, Luci, Facundo, Cami y Emma, gracias por ser inspiración y escucha. Gracias a Guada y a Fainsod por el seminario. Gracias a Liarte por dejarme hablar de mis ideas con su grupo de estudiantes y así ayudarme a mantener la inquietud de seguir pensando y repensado. Gracias a lxs amigxs de Rosario Argentina. Didac, Violeta, Adrian, Fede y Javier gracias por el pollo, las papas, el vino y el paseo turístico, todo lo llevo en mi corazón. A Giselle por el intercambio. Sé que les quedo debiendo, pero sigo trabajando.

A Pau y a Josue por hacer hogar en la Av. Vélez Sarsfield.

A mis compañerxs de maestría por todos los encuentros y desencuentros. Gracias Ana, Ole, Daniel y Leo por las noches en la universidad, en mi corazón atesoro esos días. De manera especial, gracias a ti.

A Robert por ser mi amigo, compañero y cómplice. Te quiero por siempre y dónde este, estarás.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y al Colegio de Antropología Social (CAS), en especial a la Maestría en Antropología Social (MAS) y a la Línea de Antropología de la Sexualidad por permitirme ocupar un lugar. Gracias por confiar en mi proyecto. Gracias a todxs lxs profesorxs de la MAS que me enseñaron la antropología, en especial a Quetzi, Abel, Manuel y el Dr. List, gracias por todo lo que me dieron en tus clases.

INTRODUCCIÓN¹

El trabajo que aquí presento es el resultado de una serie de cuestionamientos personales y profesionales que comenzaron en la enfermería y, ahora, después de muchas dificultades, han tomado forma dentro de la antropología social. Aunque me considero enfermera desde hace doce años, fue hasta mi etapa como profesora en una institución pública superior en el estado de Oaxaca que, con los relatos y la convivencia diaria con lxs estudiantes de enfermería, comencé a cuestionar mi práctica docente, a recordar mis experiencias en la práctica hospitalaria y a preguntarme por el cuerpo y la sexualidad.

Y es que, frecuentemente en el salón de clases escuchaba pláticas entre alumnxs, casi siempre de tercero, sexto y séptimo grado, que son con quienes trabajé, porque las materias que impartía -Enfermería Comunitaria, Enfermería de Cuidado Intensivos y Enfermería Pediátrica- se ubicaban en estos semestres, en las que se reían burlesca o tímidamente de algunas situaciones que habían escuchado, visto o vivido durante su período de prácticas clínicas. Los protagonistas de estas situaciones eran pacientes que tenían erecciones durante actividades como el baño o el sondaje vesical, compañerxs que, en sus términos, coqueteaban con pacientes y trabajadores de la institución de salud a la que asistieron, estudiantes que se sonrojaban o tartamudeaban cuando como parte de sus prácticas daban pláticas en la sala de espera de los centros de salud y hospitales, sobre métodos anticonceptivos o exploración de mamas y de próstata.

Escucharlxs, me recordaba cuando en el hospital, lxs compañerxs enfermerxs me decían, cuando me veían platicar o reír con los pacientes y médicos (varones), que tenía que aprender a trazar un límite entre ellos y yo para llegar a ser la “gran” enfermera que parecía podía llegar a ser, de lo contrario, en algún momento alguno de ellos me faltaría al respeto. Pensar y sentir estos comentarios me permitió darme

¹ A lo largo del texto haré uso de la “x” para, primero, en términos de Donna Haraway, reconocer la presencia de lxs multiespecies que habitamos la entidad geofísica llamada tierra y, segundo, para seguir con la propuesta de Mauro Cabral de estropear la copia androcéntrica del texto y aunque puedo reconocer que causa incomodidad, a su vez, da la pauta para suspender la hegemonía de lo masculino, pero también del binarismo heterosexual.

cuenta de que la vergüenza, pena o temor que había sentido al escuchar estos comentarios me estuvieron acompañando durante la realización de actividades de enfermería específicas, tales como el baño en cama, la instalación de sondas o las pláticas con lxs pacientes.

Asimismo, constantemente me llamaba la atención que cuando en el salón de clases se revisaban técnicas de enfermería que incluían un contacto directo con lxs pacientes, en especial, con las zonas genitales (baño, instalación de sondas vesicales o enemas), percibía a lxs estudiantes inquietxs, nerviosxs o apenadx pero, aunque así lxs veía, “algo” pasaba en mí que tampoco lograba explicarles ni contarles nada más allá de una técnica que ya se encontraba plasmada en un libro o artículo, de hecho, yo misma me daba cuenta que no podía enunciar cómodamente los términos genitales, pene, vagina, vulva o ano.

En esta situación, veía y sentía que, aunque quería explicarles más y contarles situaciones de la práctica real no sabía cómo decirlas, cómo compartirlas, así que solo hablaba de erecciones, coqueteos, incomodidades o vergüenzas cuando alguien de la clase preguntaba. Sin embargo, en las clases pocxs me preguntaban algo referente a cómo tocar a lxs pacientes, cómo hablarles, cómo explicarles o cómo es que nosotrxs nos sentimos al hacer estas actividades de enfermería. Mis inquietudes se acrecentaron cuando se me asignó ser profesora de estudiantes de propedéutico, o sea, de alumnx que muchas veces pertenecen a comunidades originarias de Oaxaca, y aspiran a ingresar a la carrera de enfermería y, para ello, tienen que asistir dos meses a un curso de preparación/regulación.

En dicho curso se me asignó la materia Taller de Integración a la Vida Universitaria (TIVU). Dentro de esta, la primera unidad se llamaba² *Sexo, Sexualidad y Género*, misma que se conformaba de diversos temas, dentro de estos se ubicaron dos muy reveladores para mí: 1) Desensibilización de términos y, 2) Paso a paso el uso del condón. Los temas del taller tenían que revisarse más con la realización de actividades que con lecturas o bloques informativos muy largos, por ende, era común que lxs estudiantes trabajaran en equipo. Las actividades ya

² Hablo en pasado porque desde el 2018 el taller dejó de impartirse.

se encontraban determinadas en el programa y lxs profesorxs que impartíamos la materia únicamente teníamos que desarrollar lo indicado. En el primer tema, teníamos que formar equipos de entre cinco y seis estudiantes y, después, cada equipo tenía que elaborar una lista de palabras que conocían y utilizaban como sinónimos para nombrar “pene”, “vagina”, “mamas” y “relaciones sexuales”, según el manual del taller, mismo que fue diseñado por docentes psicólogxs de la misma universidad. El propósito de la actividad era que lxs alumnxs comentaran que gracias a los “tabús” y “morbos” que se poseen de la sexualidad, se conocen muchos términos asociados a ella, términos que nosotrxs, como profesorxs, teníamos que clasificar en dos grupos: correctos e incorrectos.

Desarrollar la actividad, o ver a lxs docentes enfermerxs desarrollarla, así como ver a lxs estudiantes dentro de la misma era muy interesante: primero, porque muchxs de lxs estudiantes se sentían incómodxs en la actividad, en especial las estudiantes mujeres. Era común ver como se agachaban o se sonrojaban cuando los integrantes del equipo mencionaban palabras como verga, pucha, chichis, melones, echar pata y despeinar a la cotorra. Algunxs estudiantes participaban serixs, pero otrxs nerviosxs y risueñxs y unxs más calladxs. Observando esto, comprendí por primera vez que no todxs lxs estudiantes de enfermería de la universidad eran iguales, pues notaba que lxs estudiantes de la Costa, del Istmo o de la región del Papaloapan se reían, opinan y participaban en estos temas con facilidad, pero lxs originarixs de Valles Centrales, de la Mixteca o de la Sierra Sur o Norte eran calladxs ante el tema. En particular, recuerdo a una estudiante de la Mixteca que leyó la lista de “sinónimos” y, aunque terminó, nunca levantó la mirada de la hoja y siempre se mantuvo sonrojada y temblorosa de las manos.

Segundo, el cómo dentro de las carreras de las ciencias de la salud nos desenvolvemos en actividades de este tipo. Recuerdo que después de que lxs estudiantes leyeron las listas de palabras, comenté que existían muchas maneras de nombrar “una serie de cosas que habitualmente parecemos conocer” pero, que ahora que ellxs iban a ser enfermerxs tenían que aprender a llamar las “cosas” por su nombre, porque solo así serían enfermerxs profesionales y, que, por supuesto,

tenían que recordar que no era correcto reírse o apodar de las partes del cuerpo porque éstas eran “naturales” y “normales” y ellxs con frecuencia las iban a ver y a tocar, así que era importante que empezaran a quitarse “malos pensamientos” para así cuidar “correctamente” a sus pacientes. Mientras hablaba, unxs estudiantes se reían, otrxs se veían apenadx y algunxs más miraban calladx.

Con relación a la segunda actividad, si la universidad no los proporcionaba, se le pedía a cada estudiante presentarse con un preservativo masculino a la clase. Nosotrxs, lxs profesorxs, teníamos que llegar a ella con cinco o seis juegos de enunciados que equivalían a los pasos para el uso “correcto” del preservativo³ y con cinco o seis penes de plástico, nunca vaginas ni preservativos femeninos. Una vez en el salón, nos correspondía formar equipos; cada equipo recibía un pene y un juego de pasos, de tal manera que la actividad consistía en ordenar los pasos y, que después unx representante pasará al frente de los equipos y colocará el preservativo siguiendo la orden de pasos que en conjunto habían establecido, si este era incorrecto, como profesorxs teníamos que corregirlos y ellxs, después, tenían que regresar a su mesa y junto a sus compañerxs rehacer el listado y así colocarlo correctamente. Si desde el principio la secuencia era correcta, lo que restaba era que lxs integrantes del equipo practicasen.

Durante la actividad era posible observar a lxs estudiantes como en el ejemplo anterior, con la diferencia de que aquí también lxs profesorxs se veían nerviosxs, sonrojadx y titubeantes. Las revisiones que hice de esta actividad frente al grupo, más las conversaciones que entablaba con mis compañerxs profesorxs sobre la misma, me llevaron a darme cuenta de que muchxs de nosotrxs enseñábamos la actividad sin contar con una experiencia previa, es decir, sin antes haber usado o colocado un preservativo, de hecho, muchxs revisábamos la actividad en clase basándonos únicamente en lo que estaba escrito en el manual;

³ Es importante recordar que la secuencia del “buen” uso del preservativo fue estipula por el grupo de psicológxs que diseñaron el manual del taller, dicha secuencia proviene del paradigma biomédico y principalmente se enfoca en mantener su “efectividad” como método anticonceptivo.

de tal manera que, yo, por ejemplo, muchas veces inicié el tema preguntando quién sabía y podía explicar su colocación frente al grupo.

Así, entonces, era en estas condiciones que abordaba estos temas en el salón de clases, pero sin poder reconocerlas frente a lxs estudiantes porque era la enfermera y profesora. Con mis inquietudes por no saber cómo manejar las reacciones de lxs estudiantes ante estos temas, lo que escuchaba que vivían y leían en su práctica clínica y, mis recuerdos constantes de lo vivido en mi práctica clínica como enfermera, decidí proponer un proyecto a la maestría en Antropología Social, que principalmente se preguntaba cómo es que el discurso médico dentro de las prácticas profesionales docentes de lxs profesores de una universidad pública de Oaxaca definía, percibía y regulaba las representaciones y los comportamientos relacionados con la sexualidad de lxs estudiantes de enfermería que participaban en el Curso Propedéutico Institucional.

Sin embargo, al ingresar al posgrado mi pregunta se modificó. Aunque sabía que tenía la oportunidad de desarrollar la investigación en la institución donde trabajaba, las clases presenciales de la maestría y el curso propedéutico para realizar trabajo de campo se empalmaban; de tal manera que no podría estar en los dos lugares al mismo tiempo, además de que el proyecto aún no estaba lo suficientemente avanzado y el contenido del curso propedéutico había cambiado. Por ello, el motivo más importante para replantear el proyecto fue que dentro del curso propedéutico se dejó de impartir el TIVU.

Según dijeron las autoridades, al comenzar a ofertarse la Licenciatura en Medicina dentro de la universidad, ya no hubo suficientes profesorxs para que los grupos de todas las carreras cursaran la materia. Al dejar de impartirse, los temas comenzaron a revisarse en conferencias a las cuales lxs estudiantes podían asistir si así querían, además el tema “sexo, sexualidad y género” se redujo a una conferencia que contemplaba las definiciones y los derechos sexuales y reproductivos, ambos en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ende, ya no había asignatura donde fuera posible observar la enseñanza de la sexualidad, así que me vi obligada a mirar de otra forma, a otros elementos y a

replantearme los cuestionamientos, pero ¿cuáles eran esas otras formas, esos otros elementos y esas nuevas preguntas?

Las lecturas y actividades de la maestría, las conversaciones con mis compañerxs, las pláticas con gente que destinaba minutos a escucharme y las asesorías con mi director de tesis, me dieron la pauta para andar el camino que me llevaría a saber qué es lo que quería investigar o, mejor dicho, qué es lo que quiero saber. Esto, ha significado un camino caótico, ya que de alguna forma lo tenía claro, pero Michel Foucault, Judith Butler, Gayle Rubin, Elsa Muñiz, David Le Bretón lo complicaron todo. Y, aunque ahora creo tener más claro lo que quiero saber, no estoy completamente segura. Tal vez, la única certeza que tengo es que este es el camino sobre el cual me gustaría seguir andando.

Así que, retomando el comienzo del trabajo que ahora planteo, nunca tuve que responder una pregunta más difícil que aquella que cuestiona qué es lo que quieres trabajar. Yo, no lo sabía, pero dadas mis inquietudes, tres cosas tenía claras: a) que los protagonistas de mi trabajo fueran lxs estudiantes de enfermería y los co-protagonistas lxs profesorxs de enfermería; b) discutir la sexualidad en el marco de la formación académica de lxs enfermerxs y; c) tender hilos para cuestionar la práctica de la enfermería y, si alcanzaba, la práctica médica. Afinar estos elementos, me llevó demasiado tiempo, puesto que esperaba sentirme preparada teórica y metodológicamente para hacerlo, pero esto no precisamente sucedió como lo pensaba.

Pensar a la enfermería fuera del marco biomédico ha sido muy complejo y doloroso. Dentro del posgrado las lecturas me dormían, podía revisar textos de cincuenta páginas y llegar al final sin entender nada, aun cuando los leía dos o tres veces, es más, recuerdo que me tardé aproximadamente seis meses en poder ejemplificar lo que leía con algo de la enfermería, para mí, lo que entendía de las lecturas no aplicaba en la enfermería. A estas dificultades se sumaban las correspondientes a la comprensión de la sexualidad, el poder, el género y el cuerpo desde lugares, enfoques y teorías no hegemónicas o convencionales para mí.

Reconozco que “me cayó el veinte” de muchas cosas ya que llevaba cerca de 15 meses en la maestría.

Sin embargo, con lo que entendí, elaboré un proyecto de posgrado renovado, no sin antes realizar cerca de diecinueve borradores. En ellos me concentré en señalar que los actuales conocimientos de la ciencia médica habían hegemonizado los discursos de la sexualidad y, por lo tanto, habían determinado lo que hay que decir, a quién y cómo hay que decirlo, situación que producía nuevos saberes, prácticas y técnicas, no sólo en las relaciones de control de enfermedades, también en las condiciones sociales que garantizan la salud. Por ende, señalaba que el discurso médico de la sexualidad podía entenderse como un dispositivo de poder capaz de regular determinadas actividades sociales y mantener la heteronorma. Hasta aquí, entendía que lo importante era saber cómo el discurso de la sexualidad de la enfermería, el cual, según yo, desde Foucault, podía llamarse médico-pedagógico, operaba en lxs estudiantes de enfermería, por lo tanto, la pregunta que me hacía se vinculaba con qué subjetividades y sexualidades produce el discurso médico-pedagógico de la sexualidad en lxs estudiantes de enfermería de una universidad pública de Oaxaca.

La pregunta parecía ser muy foucaultiana, pues incluía elementos muy claros de su teoría, tales como subjetividad, discursos y sexualidad. No obstante, en el coloquio institucional, mismo que se realiza al finalizar el primer semestre del posgrado, en el que presenté mi proyecto de investigación, me hicieron ver que carecía de delimitación y que en el trabajo de campo sería difícil ver algo, porque al plantear conceptos tan amplios y ambiguos, todo podía ser parte de éste. Así que me tocó delimitar qué de las subjetividades, qué de las sexualidades y qué del discurso médico-pedagógico.

Recuerdo que mientras en el coloquio escuchaba lo anterior, me preguntaba cómo podía delimitar la pregunta si llegar a ella había sido muy difícil. Hacer una nueva pregunta me parecía imposible. No obstante, después del coloquio, releí con mi asesor el proyecto y conversamos sobre algunas opciones, sin embargo, la clave estaba en la respuesta que podía darle a una pregunta que consideré ya habíamos

superado: qué era lo que quería saber, qué es lo que en este trabajo quería decir. Sostuve con mayor claridad, aunque titubeante, que lo que quería saber era cómo influían los discursos de la sexualidad de la universidad para que lxs enfermerxs fuéramos así en la práctica profesional. Una vez que mí asesor me escuchó, me dejó de tarea pensar qué de la universidad me llamaba la atención para explorar, qué quería saber de lxs estudiantes de enfermería y que definiera qué significaba eso de que lxs enfermerxs somos de tal o cual forma. Díficil ¿no?

Para llegar a la última propuesta de proyecto de investigación realicé quince borradores más. En ellos fui afinando lo solicitado. Así que comencé a tomar decisiones que lejos de pláticas colectivas nunca hubiera logrado. Los planteamientos que venía desarrollando se afinaron paso a paso. En los documentos inicié señalando que en la universidad, dentro de la cual se llevaría a cabo el trabajo de campo, se encontraba una compleja e interesante diversidad socio-cultural, pero que la formación académica de enfermería no las tomaba en cuenta y que, aunque la carrera, como muchas de las ofertadas en universidades del territorio nacional, señalaba que la enfermería era una disciplina profesional capaz de brindar cuidados autónomos (objeto de estudio de la enfermería) y colectivos a personas, familias y grupos desde una perspectiva “holística”, esto no era así. Pues, los conocimientos biomédicos pautan que la concepción del ser humano se dé bajo nociones organicistas y fragmentadas, por ende, la enfermería, alineada a dicho paradigma, enseña a lxs estudiantes a ver en lxs pacientes cuerpos de intervención biomédica.

En este sentido, explorar la formación académica de enfermerxs invitaba a ver la prevalencia del aprendizaje, la ejecución y la reproducción de técnicas coadyuvantes al mantenimiento (o restablecimiento) de las funciones “normales” del cuerpo. Los contenidos de los planes de estudio de la carrera de enfermería se encuentran mayoritariamente centrados en el manejo de cuerpos, tanto que uno podría señalar que para la enfermería el cuidado es sinónimo de técnica y no un principio ético. Así que, el proceso formativo por el que pasan los estudiantes antes de asistir a alguna institución de salud a realizar prácticas intersemestrales o de

servicio social puede analizarse como un proceso disciplinario que alberga múltiples enseñanzas, prescripciones, prohibiciones, recomendaciones, anécdotas y castigos que, en diversas situaciones, se convierten en recursos simbólicos reguladores de prácticas sociales.

Por ende, es posible señalar que los planes de estudio, los programas académicos y sus contenidos, como parte del currículum formal de las instituciones, constituyen un artefacto político y, al mismo tiempo, una producción cultural “relacionada con la producción socio-histórica de poder por medio de la producción de reglas y patrones de verdad, de selección, organización, jerarquización y evaluación de lo que se define como conocimiento” (Diniz, 2012: 278). No obstante, también el currículum oculto, como parte del proceso formativo, contribuye de forma implícita a aprendizajes sociales relevantes. Ambas nociones, la de currículum explícito o formal y, la de currículum oculto, me hicieron salir del bache en el que me sentía por no saber qué ver y cómo ver la sexualidad dentro de la formación académica de enfermerxs.

De tal manera que, partiendo de lo anterior, en mi protocolo de investigación también señalé que los pronunciamientos de que los profesionales de enfermería proporcionan un “cuidado holístico” era una idea utópica, es decir, que si se revisan los planes de estudio de la carrera de enfermería, a lxs estudiantes se les educa en la utopía del cuidado holístico, pero nunca se llega a él, y tampoco se dan las herramientas para que en la práctica real se lleve a cabo. Para sustentar esto, argumenté que, dentro de la formación de enfermerxs, suele otorgársele poca atención al tema de la sexualidad pese a que es un tema transversal a los contenidos teóricos y prácticos de buena parte del currículum académico, sin embargo, esto no significaba que la sexualidad no estuviera presente dentro del campo de la enfermería.

Pero que, para poder dar cuenta de ello, era necesario rechazar la idea de que la sexualidad es sinónimo de genitalidad y reproducción, idea particularmente presente dentro de las ciencias biológicas y de la salud. De tal manera que, siguiendo a Foucault, planteo que la sexualidad es un dispositivo histórico, pues

pensarla así nos llevaría a comprender porqué, por ejemplo, lxs enfermerxs sienten incomodidad a la hora de bañar pacientes, bañan sin lavar el área genital o se sonrojan a la hora de dar platicas referentes a los genitales o a la “sexualidad”. En este tenor, antes de llegar a la pregunta que me ha acompañado en la realización de este trabajo, señalé que la forma en la que opera la sexualidad dentro del currículo de la carrera de Enfermería parece definir, entre muchas cosas, los contenidos, las estrategias de enseñanza-aprendizaje, las relaciones entre lxs estudiantes y profesorxs, las relaciones entre lxs enfermerxs y pacientes y la práctica profesional del cuidado de la enfermería. De tal manera que, la presencia explicita e implícita de la sexualidad en formación académica de enfermerxs, define que la práctica profesional del cuidado de lxs enfermerxs se lleve a cabo de maneras muy particulares.

Apoyándome en esto, la pregunta de investigación que ha guiado mi trabajo hasta este momento es ¿de qué manera los discursos de la sexualidad presentes en el proceso educativo de la “técnica del baño del paciente en cama” operan sobre la práctica profesional del cuidado de los estudiantes de enfermería de la universidad “S”? Aunque en el segundo capítulo profundizo las razones que me llevaron a elegir la “técnica del baño del paciente en cama”, de inicio, puedo mencionar que el contacto al que obliga la actividad entre profesorxs-estudiantes y estudiantes-pacientes permite que este sea un elemento de la formación profesional en enfermería capaz de dar cuenta de los discursos de la sexualidad de la enfermería. Así, con dicha pregunta, planteo que el objetivo de mi trabajo sería analizar la operatividad de los discursos de la sexualidad presentes en el proceso educativo de la “técnica del baño del paciente” en la práctica profesional del cuidado de los estudiantes de enfermería de la universidad “S”.

Para el planteamiento anterior, los comentarios de mi Comité Tutorial y la estancia en la provincia de Córdoba, Argentina fueron de vital importancia, pues mucho de haber logrado analizar lo hago gracias a su lectura y sus opiniones. Sin duda, no hubiera podido descolocar mis ideas de la sexualidad en el espacio educativo, y para ser más exacta no hubiera escrito el capítulo dos de esta

investigación, si no me hubiera encontraba con lxs compañerxs argentinxs y no hubiera logrado aterrizar mis planteamientos en un escenario real sin las lecturas y opiniones de mis lectorxs.

En este sentido, y buscando respuestas, seguí un camino que contempló lo siguiente: mi trabajo de campo comenzó en octubre de 2018 y culminó en noviembre de 2019. De octubre a diciembre del 2018 asistí al municipio donde se ubica la universidad a entrevistar a seis estudiantes del curso propedéutico de enfermería 2018, lxs estudiantes entrevistadxs fueron tres mujeres y tres varones de entre 17 y 22 años. Estas entrevistas, en un principio, tuvieron la finalidad de conversar con ellxs sobre el curso propedéutico, su llegada a la enfermería y su experiencia dentro de la materia Sociología y Salud, asignatura que dé inicio seleccioné para explorar los discursos de la sexualidad, pues era la única materia donde se revisaba explícitamente el tema de la sexualidad. Así que cuando lxs entrevisté, ellxs cursaban el primer semestre.

Sin embargo, aunque sigo en contacto con ellxs, no volví a contactarlx para otras entrevistas, pues abandoné la idea de trabajar dentro de esta materia porque lxs profesorxs que impartían la materia se “saltaban” el tema (o sea, no lo impartían). Además, cuando replantee el proyecto, empecé a abordar el concepto de discurso desde la teoría foucaultiana y deje de insistir en ubicar un lugar explicito en el que se hablará de la sexualidad dentro de la formación académica de lxs estudiantes de enfermería. Menciono “explicito”, porque hasta antes de que entendiera la noción de sexualidad y discurso, estuve buscando una asignatura que, como *Sociología y Salud*, y antes *TIVU*, enlistara en sus contenidos a revisar clara y formalmente el tema de sexualidad. No obstante, la información que me brindaron fue guardada y transcrita.

De hecho, cuando comencé a escribir la tesis hablé con ellxs para que me autorizaran ocupar sus datos socio-culturales, datos socio-demográficos y la información que formó parte de nuestras conversaciones, ya que durante las entrevistas, algunos me compartieron sus apuntes del tema de sexualidad. De lxs seis entrevistadxs, dos tuvieron profesoras (mujeres) que si revisaron el tema en

clase y que también hablaron de género. Así que, hay partes de este trabajo donde menciono cómo es que el tema de sexualidad aparece dentro de la curricula de enfermería (tercer capítulo), y lo hago con datos que provienen de estas entrevistas.

Posteriormente, en diciembre del 2018, como parte de un ejercicio de la materia de Métodos de Investigación I, asistí a la universidad a realizar un ejercicio de observación. No sabía que iba a observar, porque como ya es posible darse cuenta, muchas de las cosas que comencé a hacer las entendí mucho tiempo después de haberlas hecho. Realizar la observación fue una actividad compleja, pero cuento a esta actividad como parte de la metodología, porque me ayudó a tomar la decisión de que sí quería explorar los discursos de la sexualidad de la formación profesional de enfermería, no era mala idea que lo hiciera dentro de lo que la enfermería llama una técnica de enfermería. Además, en esta visita aproveché para preguntarle a mis compañerxs de trabajo si en un futuro, cuando el proyecto fuera más claro, podía entrevistarlx y describir físicamente el espacio universitario y la Clínica Robotizada de la universidad.

Hasta aquí, pensar mi espacio de trabajo como el lugar de la investigación sonaba fácil pues ingresaba, observaba y conversaba con mis compañerxs sin problema. Sin embargo, posteriormente me di cuenta de que no era así, sobre todo cuando las autoridades y el resto de lxs compañerxs me veían diario en la universidad, es decir, cerca de dos meses (junio y julio de 2019) estuve haciendo trabajo de campo dentro de las instalaciones de la universidad y aproximadamente por tres meses (junio, julio y agosto) en el municipio, así que muchxs me preguntaban qué era lo que estaba haciendo por allá⁴, pero nunca pude plantear claramente el motivo de mi presencia en las instalaciones, ante las únicas personas que expuse mis intereses fueron con mis entrevistadxs y lxs profesorxs que me permitieron acceder a sus clases conceptuales y prácticas.

A estxs últimxs, siempre les dije el motivo de mi presencia, el objetivo de la investigación y que, debido a mi experiencia dentro de la universidad, la cual no es

⁴ Mi presencia dentro de la universidad llamaba la atención porque desde marzo del 2018 estoy fuera de la dinámica institucional por una licencia académica de tres años.

diferente a la de otrxs que como yo saben y han vivido la burocracia de la universidad, las autoridades no estaban enteradas de que estaba realizando una investigación. Asimismo, es importante señalar que, a pesar de todas las actividades que pude realizar durante el trabajo de campo, me di cuenta de que la investigación demandaba una mayor permanencia en el lugar y un mayor número de encuentros con lxs entrevistados, es decir, que para explorar a fondo los temas propuestos necesitaba más tiempo dentro de la universidad y el hospital, y mayor número de encuentros con lxs estudiantes y lxs profesorxs para lograr el *rapport*⁵ necesario y, así, profundizar los cuestionamientos y la reflexión de las categorías propuestas.

Dentro de la universidad comencé trabajo de campo sin autorización de la planta administrativa, ya que sabía que no me autorizarían a hacer la investigación, y menos porque contemplaba al espacio universitario como el lugar de partida para problematizar la sexualidad. Con las autoridades hablé casi al final del trabajo de campo, cuando estaba por realizar observación participante dentro de las clases de mis compañerxs profesorxs, y porque sabía que de alguna forma se enterarían de que estuve presente en las clases de ciertxs compañerxs y no quería meterlxs en problemas. Cuando conversé con la vicerrectora le comenté sobre el ejercicio de observación de la clase de metodología, por lo que solicitaba su autorización para revisar el tema con ciertos compañerxs, ella aceptó y me pidió notificarlo formalmente a la jefatura de Enfermería, y entrar solo a las clases de aquellxs profesorxs que me lo permitieran y en total silencio. Eso hice y así accedí a la observación universitaria.

Debido a esto, requiero señalar que la universidad dentro de la cual realicé trabajo de campo y que retomo para hablar de la formación profesional de enfermería, aparecerá a lo largo del texto como universidad “S”. Puesto que, aunque la contextualizaré, la describiré y este trabajo tomará sentido desde sus especificidades, decido mantenerla al margen de un enunciado explícito porque no

⁵ Según Rosana Guber (2001), el *rapport* es un proceso que genera empatía entre lxs sujetxs que participan en los encuentros, en este dentro de la entrevista, entre lxs estudiantes y yo.

busco una crítica institucional, sino elementos situados que permitan trazar una reflexión y crítica a la enfermería como disciplina profesional. Asimismo, en general, ha sido difícil hacer el trabajo de campo en estas condiciones porque siempre sentí mi presencia como algo ilegal y, hasta cierto punto, también la información obtenida.

En este tenor, realicé entrevistas a dos grupos de sujetxs de la universidad: primero, entre dos y tres entrevistas a ocho compañerxs enfermerxs de entre 26 y 40 años que contaban con la experiencia mínima de haber impartido el tema de la “técnica del baño en cama” en una ocasión. Dado sus horarios de trabajo, las entrevistas sucedieron en sus oficinas y tuvieron una duración de entre 50 y 80 minutos. Previa autorización, las entrevistas fueron grabadas y, posteriormente, transcritas. De acuerdo con el guión de entrevista, se preguntaron características socio-culturales de lxs profesorxs, el contexto de la técnica, es decir, la ubicación de la misma dentro del plan de estudio; el proceso educativo de la técnica: preparación, revisión del bloque teórico, revisión del bloque práctico y unas que otras preguntas directas relacionadas con ¿qué es la sexualidad? ¿qué es el cuerpo? y ¿cómo crees que se entiende la sexualidad dentro de la universidad?

El otro bloque de entrevistadxs se conformó por estudiantes del curso propedéutico pues, al señalar a la universidad como un espacio disciplinario de la sexualidad, era importante contar con nociones de la salud, el cuerpo y la sexualidad de estudiantes que aún no estuvieran avanzadxs en la carrera de enfermería, por ende, contacté a seis estudiantes que tenían entre 17 y 21 años. Dichas entrevistas se llevaron a cabo entre julio y agosto de 2019. Lxs estudiantes entrevistadxs fueron invitadxs a participar aleatoriamente, es decir, fueron estudiantes que invité cuando coincidimos en la cafetería, en los pasillos de la universidad, en los salones de clases de mis compañerxs profesorxs o en la biblioteca.

Y es que, como me cuidaba de las autoridades universitarias, me acerqué únicamente a estudiantes que desayunaban o encontraban por algún espacio de la escuela solxs o en grupos pequeños. Al verlxs, lxs invitaba a participar en este trabajo y si aceptaban platicábamos en sus horarios disponibles y en el lugar que ellxs seleccionaran. A diferencia de lxs profesorxs, con lxs estudiantes platiqué una

o dos ocasiones, pero por sesión conversábamos cerca de 90 minutos. A algunxs estudiantes lxs vi en alguna cafetería del municipio o dentro de la universidad; sin embargo, siempre en sus horarios de comida o de salida. Al igual que con lxs profesorxs, una vez autorizado, las entrevistas eran grabadas y posteriormente transcritas.

El guión de entrevista para lxs estudiantes se estructuró con preguntas que tuvieron como objetivo indagar las nociones del cuerpo y la sexualidad que lxs estudiantes de enfermería poseen previa su formación académica, de tal manera que realicé preguntas vinculadas a sus comunidades, a sus familias, a la escuela y, otras tantas, a la enfermería. Además, para algunas preguntas también fue útil el dibujo, aunque no ocupó al dibujo como una técnica metodológica, únicamente como apoyo para ciertas respuestas, sobre todo las relacionadas con el cuerpo. Del mismo modo, en mi libreta de campo me esforcé por registrar los elementos que estaba observando, por ejemplo, las preguntas con las que sonrojaban lxs estudiantes, lo que hacían con las manos o pies cuando les preguntaba por lxs novixs, lxs métodos anticonceptivos o el inicio de su vida “sexual”.

He de adelantar que el análisis de estas últimas entrevistas forma parte del primer capítulo, mientras que el de las primeras del segundo y tercero. También, es necesario que reconozca que el primer capítulo se queda muy lejos de lo que quería plantear. Primero, porque no tuve el tiempo suficiente para hacer un vínculo que me permitiera profundizar en temas más puntuales; segundo, porque me tardé mucho en encontrar preguntas que me ayudaran a entender la sexualidad en lxs estudiantes; tercero, porque no me costó trabajo la realización de las entrevistas, es decir, me sucedieron cosas como las siguientes: pensaba solo en las preguntas que tenía en la guía y me perdía lo que me estaba respondiendo mi entrevistadx o escuchaba a lxs entrevistadxs, pero solo pensaba sobre la pregunta que podía unirse a lo que me estaban diciendo, o me concentraba en lo que me respondía y cuando terminaba, no sabía que pregunta hacer porque se me olvidaba que había preguntado o de que estamos hablando y; cuarto, debido a la velocidad con la que hacia las entrevistas por el tiempo tan limitado que tenía para hacerlas, no me daba

tiempo re-escucharlas y reconocer correctamente qué preguntas me faltaban o cuáles podían ayudarme a continuar en la indagación. Así que, aunque el capítulo se queda un poco corto, intento desarrollar en él elementos capaces de ser punta de hilo para comprender en los siguientes o para desarrollar un análisis con mayor profundidad en un futuro.

Aparte de las entrevistas, también realicé observación participante en dos espacios físicos: en la universidad “S” y en el hospital “M”, hospital nombrado de esta forma por cuestiones del anonimato solicitado. Dentro de la universidad, observé dos clases conceptuales y dos clases prácticas, cada clase tuvo una duración de 50 minutos y lo observado fue registrado en el diario de campo. El trabajo de campo en el hospital “M” tuvo la finalidad de observar la manera en la que se objetivaban los discursos de la sexualidad en la “técnica del baño del paciente en cama”, que llevan a cabo los estudiantes de enfermería de la universidad “S”. Para ello, me acerqué a un hospital oaxaqueño de segundo nivel, gracias a que la jefa de enfermería de la institución era amiga de una de mis compañeras de trabajo. Para ingresar al hospital, la jefa me solicitó elaborar un oficio dirigido al director del hospital en el que le señalará mis intereses, el horario y el servicio donde estaría, para ello, me comentó que no anotará que era una investigación, sino que, al estar de licencia académica, lo que quería era aprovechar el tiempo para reforzar procedimientos básicos de enfermería.

Ante tal sugerencia, realicé un oficio con dicho objetivo. Dentro del hospital estuve dos semanas en el servicio de hospitalización en un horario de 8 a 1 de la tarde de lunes a viernes. Estas dos semanas me presenté al hospital uniformada. La dinámica intrahospitalaria fue muy complicada porque 1) los baños sucedían esporádicamente; 2) al ser los baños una actividad esporádica, tenía que participar en las demás actividades si quería establecer una buena relación con lxs enfermerxs y lxs estudiantes; 3) al participar dentro de las actividades, entonces, con frecuencia se me asignaban pacientes o estudiantes, lo cual, me llevaba a olvidar el objetivo de mi estancia en el hospital. Es decir, había horas que dejaba de observar porque me concentraba en preparar medicamentos, tender camas, llevar

a estudios de gabinete a lxs pacientes o en dar las altas y; 4) al haber sido profesora de estudiantes que estaban haciendo prácticas intersemestrales o de servicio social dentro de la universidad, me costaba trabajo acompañar la realización de actividades de lxs estudiantes, pues ante mi presencia se ponían nerviosxs.

En este sentido, en el hospital observé la realización de cinco baños de cama, en ellxs, participaron tres enfermerxs de base y tres estudiantes de enfermería (de sexto y octavo semestre) de la universidad “S”. No obstante, no dejé fuera la observación de la práctica de enfermería de lxs estudiantes de la universidad que en este hospital realizaban servicio social; sin embargo, difícilmente ellxs formaron parte de las actividades de baño, porque dentro del hospital lxs pasantes de licenciatura tienen funciones administrativas. A esta observación, además, agregué el registro (no grabación) de pláticas informales con lxs estudiantes de enfermería de la universidad “S” y con lxs enfermerxs del hospital “M”. Lxs involucradxs participaron después de haber sido informadxs.

Después de este recorrido metodológico, lxs datos obtenidos fueron agrupados en tres capítulos. El primero se titula “El Estudiantado de Enfermería: Salud, Cuerpo y Sexualidad”. Aquí, presento los discursos en torno a la salud, el cuerpo y la sexualidad que lxs estudiantes expresan previa su formación académica en enfermería y que buscan legitimar dentro de la misma. Para ello me apoyo de autorxs como Michel Foucault, David Le Breton, Georges Calguilhem y Jeffrey Weeks. El segundo capítulo es titulado “Produciendo Sujetxs para Ejercer la Enfermería: Discursos de Sexualidad y Cuerpo en la “Técnica del Baño del Paciente en Cama”, en este mediante dicha técnica exploro los discursos de la sexualidad y el cuerpo presentes en la formación profesional de lxs enfermerxs. Por último, en el tercero, el cual se titula “Del Disciplinamiento Universitario de la Sexualidad a la Práctica Profesional de Enfermería”, presento la objetivación de los discursos de la sexualidad de la “técnica del baño del paciente en cama” dentro de la práctica profesional de enfermería.

CAPÍTULO I. EL ESTUDIANTADO DE ENFERMERÍA: SALUD, CUERPO Y SEXUALIDAD

Introducción

La intención de comprender los discursos de la sexualidad que se transmiten a lo largo de la formación de la carrera de enfermería me llevó a entrevistar a un grupo de jóvenes aspirantes a ingresar en la licenciatura de enfermería de la Universidad “S” de Oaxaca, pues deseaba explorar cuáles eran sus ideas previas al inicio de sus estudios formales, y contrastarlo con lo que ellos plantean una vez concluida la carrera. Dos factores evitaron que lograra mi objetivo: uno fue el poco tiempo que dispuse para llevar a cabo mis entrevistas, entre que realizaban sus estudios propedéuticos y el inicio de clases formales. El otro fue que los aspirantes aparentemente consideran que, si han de ingresar a una licenciatura del área de la salud, es incorrecto que hagan uso de sus saberes no científicos o tradicionales en torno al cuerpo y la salud, y por ello sus respuestas fueron siempre intentando convencerme de que priorizan absolutamente los discursos de la biomedicina. Es esto lo que analizaré en el presente capítulo.

Este capítulo se compone de seis apartados. El primer apartado lo dedico a presentar los elementos y las dinámicas de lxs estudiantes para que ingresen a la licenciatura en enfermería de la universidad “S”. En el segundo, caracterizo a lxs estudiantes de enfermería de la universidad “S”. Como señalan diversos trabajos realizados dentro de la sociología de las profesiones, dadas las normatividades de la enfermería, ésta es una carrera que se conforma por elementos específicos y similares, independientemente de la institución a la que se encuentre adscrita. El tercero, cuarto y quinto apartados establecen una discusión en torno a lo que lxs estudiantes dicen saber sobre la salud, el cuerpo y la sexualidad. Aunque estos apartados tienen cierta especificidad, porque lxs estudiantes son de Oaxaca, estado ubicado al sureste del país, las discusiones buscan realizar planteamientos críticos más amplios. Asimismo, estos apartados se apoyan de planteamientos de autorxs como Michel Foucault, David Le Breton, Georges Canguilhem y Jeffrey Weeks. Por último, en el sexto apartado, se ubican las conclusiones del capítulo.

Considero indispensable señalar que este capítulo se apoya en datos estadísticos que permiten situar y caracterizar a la enfermería estatal y nacionalmente. Del mismo modo, se apoya en entrevistas realizadas a cinco estudiantes de entre 17 y 21 años que asistieron al curso propedéutico institucional de la universidad “S”, de julio a septiembre del 2019. Lxs estudiantes fueron contactadxs con la ayuda de una profesora de enfermería de la universidad; sin embargo, el periodo de entrevistas tuvo una duración de dos semanas, y en ese tiempo fue complicado construir un *rapport* que favoreciera el cumplimiento de su objetivo inicial, pues al ser sujetxs de primer ingreso, y no contar con un acercamiento previo entre nosotrxs, como clases o pláticas, hablar de la sexualidad y el cuerpo se tornó difícil, así que en gran medida fueron poco profundas. A estos elementos se sumaron dos conversaciones informales que establecí con dos estudiantes de décimo semestre; asimismo la experiencia que tengo como profesora de enfermería de la universidad, pero también como enfermera y amiga de muchxs de lxs estudiantes que asisten a ella, así como algunas notas de campo provenientes de las observaciones realizadas en el campus universitario, completaron la información manejada en el presente capítulo.

De acuerdo con esto, en este apartado, lo dicho por lxs estudiantes traza un eje de problematización para esta tesis, pues en el siguiente capítulo priorizo los discursos de la sexualidad dentro de la formación profesional de enfermería, pero aquí señalo cuáles son los discursos en torno a la salud, el cuerpo y la sexualidad que lxs estudiantes pretenden legitimar, una vez que cursen institucionalmente la carrera de enfermería. Así que en este capítulo surgen dos principales preguntas: 1) de acuerdo con las respuestas que construyen lxs estudiantes para responder a mis preguntas ¿cuáles son los imaginarios que consideran lxs estudiantes propios de la disciplina de enfermería? y; 2) ¿los imaginarios relacionados a la salud, el cuerpo y la sexualidad de lxs estudiantes que buscan ingresar a la licenciatura en enfermería, se materializan a lo largo de su formación académica?

Michel Foucault señala que las instituciones educativas son espacios disciplinarios porque implementan un conjunto de técnicas que tienen por objeto los

cuerpos y por objetivo su normalización, es decir, la singularización de lxs seres humanxs. Es por ello, argumenta el autor, que la disciplina es productiva, pues el disciplinamiento genera una individualidad (aumenta su fuerza económica y disminuye su fuerza política) dotada de cuatro características: celular, orgánica, genética y combinatoria (2002: 172). Estas características representan, a su vez, una técnica de poder específica: a) la repartición de los cuerpos en el espacio, aquí, el rango es la unidad del espacio disciplinar, pues busca clasificar y ordenar la multiplicidad de cuerpos; b) el control de las actividades, por ejemplo, la implementación de horarios; c) la organización de la génesis, es decir, la acumulación del tiempo, el ejercicio, la división del tiempo en segmentos y la serialización de las actividades pertenecen a esta estrategia y; d) la composición de fuerzas, ésta, incluye las series cronológicas y la articulación de los cuerpos.

Del mismo modo, agrega Foucault, que para generar la singularización de lxs sujetxs, esta técnica de poder se apoya en instrumentos como: 1) la vigilancia jerárquica, aquí se encuentran las técnicas que hacen posible ver sin ser visto; 2) la sanción normalizadora, en esta técnica se ubican aquellas que no reprimen, sino que comparan las conductas de los individuos, que miden sus capacidades y, que delimitan la frontera entre lo normal y anormal y; 3) el examen, mismo, que equivale a una técnica que combina las dos técnicas anteriores, pues la mirada jerárquica vigila con la sanción normalizadora. De acuerdo con esto, no solo la cárcel es un espacio disciplinario, también lo son el hospital, la escuela, las ciencias humanas, los saberes “psi”: psicología y psiquiatría, por supuesto, las ciencias biomédicas y, en torno a lo que aquí planteo, los saberes de la enfermería.

Según lo anterior, las ciencias humanas están estrechamente ligadas a la disciplina porque sus saberes encuentran lugar en los procedimientos de individualización. En este sentido, aunque en *Vigilar y Castigar* no se refiere ampliamente a las ciencias biomédicas, lo descrito permite saber que la enfermería también se encuentra vinculada al disciplinamiento.

El momento en el que se pasó de los mecanismos histórico-rituales de formación de la individualidad a los mecanismos científico-disciplinarios, en el que lo normal relevó

lo ancestral y la medida tomó el lugar del estatuto, sustituyendo de este modo la individualidad del hombre memorable por la del hombre calculable, este momento en el que las ciencias del hombre se hicieron posibles es aquél en el que fueron puestas en funcionamiento una nueva tecnología del poder y otra anatomía política del cuerpo (Foucault, 2002: 195).

No obstante, para él, la disciplina no sólo es la anatomo-política del cuerpo, sino también una forma discursiva de control de nuevos discursos. De acuerdo con esto, la disciplina es una forma interna de limitación discursiva, por lo que “determina las condiciones que debe cumplir una proposición determinada para entrar en el campo de lo verdadero: establece de qué objetos se debe hablar, qué instrumentos conceptuales o técnicas hay que utilizar, en qué horizonte teórico se debe inscribir” (Castro, 2011: 120). Esto, a finales del siglo XVIII se denominó disciplinamiento de los saberes. Dicho disciplinamiento operó mediante cuatro estrategias: 1) eliminación y descalificación de los saberes inútiles; 2) normalización de los saberes; 3) clasificación jerárquica de los saberes y, 4) centralización piramidal. En este tenor es posible ubicar el desarrollo de enciclopedias, el surgimiento de la ciencia y la creación de la universidad moderna: “selección de saberes, institucionalización del conocimiento y, consecuentemente, la desaparición del sabio-amateur” (Castro, 2011: 122).

Siguiendo las dos vertientes que plantea Foucault es que en este capítulo adquiere importancia la disciplina. Por un lado, retomando lo que señala el autor, el perfil estipulado para ingresar y egresar de las escuelas de enfermería, los planes de estudio (sus contenidos conceptuales y prácticos), los criterios de evaluación, son ejemplos de estrategias de disciplinamiento que se componen, a su vez, de técnicas disciplinarias como el examen de selección, la revisión de los certificados de estudios para el conocimiento de las calificaciones previas y la estipulación de calificaciones mínimas, las entrevistas de ingreso, los estudios socioeconómicos y el porte del uniforme. Estas estrategias y técnicas posibilitan que a la carrera de enfermería ingresen estudiantes con una serie de características y egresen otros que son capaces de cumplir con las normativas de la enfermería.

Edgardo Castro (2011) agrega que al tener la disciplina como objetivo la normalización, Foucault argumenta que la sociedad de normalización se cruza con la norma de la disciplina de los individuos, y la norma de la regulación de la población, es decir, la disciplina y el biopoder, o una sociedad de gobierno de las poblaciones. Esto significa que *la disciplina* permite una *disciplinización*, así que, regresando a lo aquí planteado, las estrategias no solo permiten construir elementos característicos de lxs enfermerxs, sino darle especificidad a la enfermería, es decir, un perfil de lxs enfermerxs, un disciplinamiento de la profesión.

Dichos elementos permiten, por su parte, realizarle una crítica a la enfermería como disciplina de saber. Autorxs como Beatriz Morrone, enfermera argentina, y Ricardo Ayala, enfermero y sociólogo chileno, han realizado diversos trabajos en los que señalan que la romantización de la enfermería es una construcción histórico-social. En estos trabajos, dichxs autorxs⁶ se han esforzado por señalar la responsabilidad que han tenido teóricas de la enfermería como Florence Nightingale, nombrada *madre de la enfermería moderna*, para que la enfermería sea lo que actualmente es y, por ende, dejando claro que la enfermería no nació así, sino que se le construyó. De acuerdo con lo que Foucault plantea, abre la puerta para discutir que lxs sujetxs de la enfermería son el resultado de una serie de estrategias disciplinarias y biopolíticas.

Por otro lado, el concepto de disciplina posibilita que en este capítulo se desarrollen tres subapartados, que tienen como objetivo presentar lo que lxs estudiantes de enfermería dicen saber sobre la salud, el cuerpo y la sexualidad antes de acceder a la educación formal de enfermería. A lo largo de las entrevistas realizadas, las respuestas de lxs estudiantes en torno a mis cuestionamientos sobre la salud, el cuerpo y la sexualidad, establecieron una transmisión de saberes sustentados en distinciones y jerarquizaciones entre distintos saberes. Es decir, lxs estudiantes brindaron discursos que comparaban y descalificaban saberes

⁶ Menciono a estxs autorxs porque es a ellxs a quienes me he acercado teórica y conceptualmente, pero no descarto que existan enfermerxs investigadorxs de lxs cuales desconozco su trabajo.

populares o tradicionales de la salud, el cuerpo y la sexualidad, y privilegiaban los considerados *científicos* o propios del área biomédica.

En este sentido, la lectura foucaultiana me llevó a sustentar que, al margen de los lineamientos de la disciplina médica, lxs estudiantes que entrevisté construyeron una conversación con discursos que pretendían legitimar su presencia dentro de la carrera de enfermería. Retomando a Foucault, podríamos agregar que los discursos no son el simple abordaje del análisis de las dimensiones de la lengua, sino prácticas que producen objetos, es decir, prácticas que objetivan (Foucault, 1970). Así, que lo que expresan lxs estudiantes son discursos que a lo largo de este trabajo ayudan a reflexionar sobre la salud, el cuerpo y la sexualidad dentro de la enfermería, pues al encontrarse presentes en el propedéutico de enfermería de la universidad “S”⁷, inducen a cuestionar las nociones de dichos conceptos, la relación que como enfermerxs aprendemos a establecer con lxs pacientes, y la forma de entender la salud-enfermedad y el cuidado en la formación profesional de enfermería.

La llegada de estudiantes a la licenciatura de enfermería de la universidad “S”

Al momento de hablar de la enfermería con lxs estudiantes entrevistadxs, cuatro de lxs cinco evidenciaron que elegir una carrera profesional no es tarea fácil, pero que seleccionar a la enfermería es aún más complicado, principalmente porque no habían pensado en estudiarla, ya que sus intereses académicos se encontraban en medicina. Yadira⁸, la quinta estudiante, no muy entusiasmada mencionó que nunca había tenido claro qué estudiar, y que únicamente sabía que la enfermería le llamaba la atención por el uniforme y porque son las (en femenino) que están en “verdadero” contacto con lxs pacientes: “ellas son las que de verdad conocen a los

⁷ El curso propedéutico es una etapa previa a la formación académica formal de enfermería que tiene una duración de dos meses y que dentro de la universidad “S”, y para la licenciatura en enfermería, se conforma de cuatro materias: Biología, Química, Matemáticas y Análisis de Textos Científicos. Este curso, en general, tiene como principales objetivos regularizar los conocimientos de lxs estudiantes y favorecer su adaptación a la vida universitaria, pues muchxs de ellxs, según los indicadores educativos, presentan rezagos o deficiencias.

⁸ Por respeto a la confidencialidad de lxs informantes se les citará con nombres diferentes a los originales, mismos que no guardan relación con sus nombres reales. Asimismo, haré uso de comillas cuando cite textualmente algo dicho por ellxs.

pacientes, siempre los están viendo, así que pensé que, si quiero ayudar a la gente, la enfermería era una buena opción”⁹.

De acuerdo con esto, son dos primeros planteamientos con los cuales comenzaré este subapartado. Primero. Los motivos para elegir a la enfermería como profesión. Diversos estudios argumentan que existe una diversidad de elementos que influyen para que los estudiantes “decidan” estudiar enfermería, entre ellos las experiencias con el ámbito médico, la “vocación” de “servicio”, las opciones de ingreso al campo laboral y la “similitud”¹⁰ que se piensa guarda la enfermería con la medicina (Buitrago-Echeverri, 2008; San Rafael-Gutiérrez, Arreciado-Marañón, Bernaus-Poch y Vers-Prat, 2010; Troncoso, Garay, Sanhueza, 2016). Segundo. La demanda que existe para ingresar a estudiar a nivel superior la carrera de enfermería. Aunque una cifra importante de estudiantes cursa enfermería con deseos de haber estudiado otra profesión¹¹, la carrera de enfermería es una de las más demandadas del país.

Sobre esto último, cifras del 2019 de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), señalan que la enfermería es una de las diez carreras más demandadas de la institución (Lugo, 2019). La mejora en los salarios, el perfil humanístico de la disciplina y la formación integral que reciben los estudiantes, son motivos de dicha situación. El Instituto Politécnico Nacional (IPN) evidencia algo similar, pues aproximadamente 2225 estudiantes solicitaron su ingreso a la carrera de enfermería en 2019. Esta cifra la llevó a colocarse en ese año en el lugar 13 de la demanda académica institucional, en número uno se ubica medicina con 9832 aspirantes y en el segundo y tercer lugar un tipo de ingeniería, sistemas computacionales y mecatrónica, respectivamente (Instituto Politécnico Nacional [IPN], 2019). Sin embargo, aunque estos datos pueden analizarse en diferentes

⁹ Entrevista del 31 de julio de 2019.

¹⁰ Entrecomillo estas palabras porque como veremos a lo largo de este trabajo, aunque podemos afirmar que los estudiantes deciden (como un acto voluntarioso) estudiar enfermería, muchos de ellos, en realidad, llegan porque una serie de dinámicas operan para que así. Del mismo modo, plantearemos algunas ideas sobre cómo los términos de vocación y servicio le han servido a la enfermería para seguir reproduciendo, por ejemplo, la división sexual del trabajo. Y cuáles son esas semejanzas que tiene la enfermería con la medicina.

sentidos, quiero ponerlos sobre la mesa para plantear algunas ideas sobre la jerarquización de las profesiones, pues, en la realidad social, la enfermería se siente y vive de una manera menos romántica, es decir, no siempre existen buenos salarios, tampoco la práctica del cuidado es humana porque, aunque no aparezca dentro de los indicadores del sector salud, lxs pacientes siempre tienen quejas del tono en el que les hablan lxs enfermerxs o de que no les expliquen lo que en miras de su tratamiento les van a realizar, así que, en estos términos, la formación académica de lxs enfermerxs no es integral, sino técnica, memorística y rutinaria.

En la jerarquización social de las profesiones, las pertenecientes al área de la salud suelen encontrarse en los lugares más altos, pero dentro y fuera de ellas, la enfermería se encuentra en una posición inferior, es decir, dentro de los discursos académicos y sociales la enfermería se ubica por debajo jerárquicamente de carreras como medicina, nutrición, biología o agronomía, pero también por debajo de otras que no son del área, por ejemplo, derecho, arquitectura, informática y matemáticas. Varios elementos convergen para dicha situación. Ricardo Ayala (2013) señala que, si por profesión se entiende un concepto técnico que refleja cierto nivel de experticia o un estatus honorífico existen limitaciones para señalar que la enfermería lo es, pues pueden realizarse muchos cuestionamientos sobre si su conocimiento disciplinar es propio y si tiene autonomía en su ejercicio práctico. En este sentido, Ayala ve importante criticar los marcos teóricos que al margen de estas limitadas concepciones indican cuál es o cuál no una profesión.

No obstante, dice el autor que lo relevante está en que las ocupaciones se encuentran jerarquizadas socialmente, porque reproducen las características de la sociedad en que funcionan “esto da como consecuencia, por ejemplo, que las ocupaciones operan en una lógica jerárquica y que se ubican dentro de un sistema ocupacional en que distintos mecanismos de control definen los límites de la práctica y, por ende, el trabajo profesional” (Ayala, 2013: 12). Complementando esto, Beatriz Morrone (2018) argumenta que el “legado de la religión y el sello fundacional de Nightingale que feminizaron la disciplina” (pág. 68) han brindado los motivos para la subordinación de la enfermería, principalmente ante la medicina.

Para Morrone, la situación laboral desfavorable, la crisis de identidad y las hegemonías globales de género y patriarcado médico (sostenidas principalmente por organizaciones de dominio femenino, es decir, por enfermeras), se vinculan con los lineamientos de los grupos hegemónicos (instituciones médicas, organizaciones supranacionales y políticas nacionales y extranjeras), la influencia de la Iglesia Católica y los financiadores del sector de la atención, es decir, con la expansión mercantilista de la medicina. En este sentido, señala que, por ejemplo, la división sexual del trabajo y, por ende, la feminización de la enfermería, así como el respaldo de dicha división mediante señalamientos de la aparente naturaleza de las mujeres para el cuidado, son productos del disciplinamiento propuesto por y para el capitalismo (Méndizabal y Morrone, 2018). Por ello, considera indispensable desromantizar la enfermería y cuestionar sus actuales nociones de salud y cuidado, además de preguntarse por el cómo las prácticas de enfermería reproducen y fortalecen las desigualdades que cuestiona.

De acuerdo con esto, retomando cómo es que llegan lxs estudiantes de enfermería a la universidad “S”, podríamos argumentar que muchas veces estudiar la carrera atraviesa otras lógicas que no siempre se relacionan con el deseo de querer hacerlo. Sara Ahmed argumenta que “el deseo es aquello que nos promete algo, nos da energía, pero también aquello que falta, incluso en el momento mismo de su aparente realización [...], desempeña así la función psíquica de preservar la fantasía de que obtener lo que queremos nos hará felices” (2019: 76-77), así que los deseos se relacionan con la felicidad, con los objetos de felicidad, ante esto, es posible ver como en la sociedad la carrera de medicina tiene “pegados” adjetivos calificativos como éxito, reconocimiento social y estabilidad económica, así que se es un objeto de deseo para varixs, pero accesible para pocxs.

Por su parte, a la enfermería, se describe como subordinada a la indicación médica, en compañía de lxs médicxs pero sin un “protagonismo” reconocido, porque se nos considera *ayudantes*, o de mal humor, porque las jornadas de trabajo son extenuantes. Es por ello que a esta profesión se le “pegan” adjetivos como sumisa y subordinada, lo cual la lleva a ocupar el lugar de los objetos no deseados, es decir,

la enfermería se convierte en un objeto no causante de felicidad. Un cuestionamiento que se le hace a las enfermeras es si nos gusta ser la sombra de lxs médicxs, o realizar todo lo que ellxs no quieren hacer. Y es que, en estos señalamientos, las disputas de saber-poder presentes en las organizaciones profesionales, establecen que es la enfermería la que ayuda a la medicina, invisibilizando el trabajo interdisciplinario que muchas veces existe, y sin aspirar a mantener una relación igualitaria. Considerando entonces las actividades propias de esta profesión, podríamos discutir si es la medicina la que apoya la práctica de enfermería.

En cuanto a los motivos para llegar a la enfermería de la universidad “S”, Sandy, estudiante de enfermería que actualmente realiza servicio social en un hospital oaxaqueño de segundo nivel, me comenta que lo que la llevó a estudiar enfermería fue su interés por la carrera de medicina, sin embargo, que a su papá le pidieron 150 mil pesos para asegurarle un lugar en la facultad de medicina de la universidad pública más importante del estado oaxaqueño, pero al no tener el dinero y tampoco querer que su padre los pagara, se presentó al examen de selección y no lo aprobó, por lo tanto, dice, “elegí estudiar enfermería aquí, son algo parecidas [se refiere a medicina y enfermería], bueno, menos en el sueldo [risas]”¹².

Por ende, como lo he venido mencionando, la primera noción que emerge es la referente a la elección, pues estudiar enfermería no siempre puede leerse como una decisión de “camino directo”, como sí podría suceder en carreras como medicina o ingenierías. Trabajos como los de Verderese y García (1979) y Pineda-Olvera, Lara-Barrón, Rocha-Lara, Piña-Jiménez y Romero-Villalobos (2018) dan cuenta de ello, porque en sus estudios señalan que la cifra de estudiantes que llegan a la enfermería sin dudarlo o sin pensar en otra carrera es muy pequeña.

En este sentido, partiendo de las opciones que hay dentro del estado para cursar enfermería, la universidad de la capital del estado y la universidad “S” son

¹² Entrevista del 11 de marzo de 2019.

las dos instituciones más importantes¹³. Aunque la elección para estudiar en alguna de estas pasa por la ponderación de aspectos no estrictamente académicos. Por un lado, parece ser que la historia, tradición, reconocimiento y ubicación de la escuela de la capital, pese a conocerse sus problemas sindicales e innumerables señalamientos de corrupción, la mantienen vigente dentro de las opciones de lxs oaxaqueños que desean realizar estudios a nivel superior. Por el otro, la universidad “S”, ubicada a unos cien km de la capital, cuenta con elementos, sobre todo de infraestructura (ej., la Clínica Robotizada, la Clínica Universitaria y los laboratorios), que la vuelven atractiva para la selección. Aunque no quedarse en las primeras opciones institucionales (por ejemplo, en la universidad de la capital del estado) y disciplinares (tal es el caso de lxs estudiantes que querían estudiar medicina) son los principalmente motivos para que lxs estudiantes lleguen a la enfermería de la universidad “S”.

Por ejemplo, Susana, estudiante de 17 años y originaria de Soledad Etna, cuenta que sacó ficha¹⁴ en la universidad “S” porque no aprobó el examen de ingreso a la Licenciatura de Enfermería de la universidad de la capital. Este rechazo, mismo que vivió Yadira, estudiante de la misma edad, es descrito como insignificante, porque, usando sus palabras, “[la universidad de la capital] no tiene como que buen prestigio [...] casi no tienen clases [y] se la pasan de paro en paro”¹⁵. No obstante, dos elementos no muy evidentes surgen del comentario: el primero, que pese al “prestigio” de la universidad “S”, no es la primera opción de lxs

¹³ Dentro del estado de Oaxaca, según cifras de la Comisión Estatal para la Planeación de la Educación Superior (COEPES), hay quince instituciones educativas públicas y privadas que ofertan la carrera de enfermería a nivel superior (COEPES, 2018), de ellas, la universidad “S” y la de la capital del estado son las más demandadas. Entre 2018 y 2019 alrededor de 5,900 estudiantes oaxaqueños ingresaron por primera vez a un programa de Licenciatura en Enfermería, de ellos, aproximadamente el 25% se matriculó en algunas de las sedes de la escuela de la capital y 20% en la universidad “S”. Aunque, en general, el 45% de lxs estudiantes que querían estudiar enfermería se inscribieron en algunas de las universidades del sistema al que pertenece la institución que aquí describo (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES], 2018).

¹⁴ Sacar ficha significa asistir a las instalaciones de la universidad o a alguna de sus oficinas (en Ciudad de México, Oaxaca centro o a cualquiera de las otras universidades que también son del sistema) para entregar la documentación solicitada (copia de acta de nacimiento, copia de certificado de secundaria, copia de certificado de bachillerato, copia del CURP, una fotografía no infantil y original y copia de la línea de captura con sello del banco) y así

¹⁵ Entrevista del 31 de julio de 2019.

estudiantes y, segundo, pese a lo anterior, existen características que predefinen que una institución sea reconocida como de prestigio, entre ellas, sus antecedentes de creación, su ubicación, las carreras profesionales que ofertan o las recomendaciones boca a boca.

En términos de la universidad “S”, las recomendaciones boca a boca poseen un lugar importante dentro de los motivos de llegada que expresan lxs estudiantes. De acuerdo con ellxs, después de ser rechazadxs en sus primeras opciones llegan a esta institución gracias a dos argumentos principales que circulan dentro de la sociedad oaxaqueña: i) que lxs estudiantes y egresadxs de enfermería de esta universidad son muy “buenxs” y, ii) que la escuela tiene una Clínica Robotizada que sirve para que lxs estudiantes hagan prácticas “como si fueran reales”. Ambos enunciados obligan a la realización de dos preguntas 1) ¿qué es aquello a lo que la enfermería y la sociedad en general llama buenxs enfermerxs? y, 2) ¿qué es lo que se espera de lxs estudiantes puedan hacer después de una formación académica en enfermería en una institución en la que tienen la oportunidad de ocupar simuladores para realizar de manera “real” el quehacer de enfermería? Agregaré algunas líneas en torno a estos cuestionamientos, aunque profundizaré sobre algunos elementos en los siguientes capítulos de este trabajo.

Susana, la estudiante de propedéutico, recuerda que en una ocasión su hermano, como parte de una tarea relacionada a las profesiones, entrevistó a su madrina que es enfermera y escuchó que “los [estudiantes] de [enfermería de] la [universidad del estado] se quedan cortos frente al trabajo que desarrollan dentro de las instituciones hospitalarias lxs estudiantes de aquí”¹⁶. Para ella, esta afirmación fue importante puesto que la refiere como una de las razones por las cuales, después de ser rechazada por la escuela del centro del estado, pensó en estudiar en la universidad “S”. De hecho, profundiza comentando que, “aunque la escuela está lejos de mi casa y de mis padres, sé que valdrá la pena estudiar aquí porque egresan buenos enfermeros”¹⁷. La tía de Manuel, estudiante originario de

¹⁶ Entrevista del 31 de julio de 2019.

¹⁷ Entrevista del 31 de julio de 2019.

Ella, comparte la idea de la madrina de Susana, cuando le dice que, ya que no se quedó en medicina de la universidad del estado, se inscriba en esta universidad para estudiar enfermería, porque “es más fácil [...], le dijeron que el examen de ingreso no es difícil, que es muy buena [la enfermería de esta universidad] porque sus egresados lo son”¹⁸.

En este sentido, los enunciados que incluyen el término “buenxs” guarda relación directa con lo que éste puede significar dentro del sistema de salud o, específicamente, dentro del *quehacer* de enfermería. Cuando como profesorxs asistimos a evaluaciones de prácticas clínicas o a clausuras de servicio social, y el personal de salud (operativxs y administrativxs) se refiere a lxs estudiantes de la universidad como “buenxs”, lo que acompaña a dichas expresiones son elementos relacionados directamente con el disciplinamiento que atraviesa la formación en enfermería, así como normativas propias de la profesión. Es decir, dicho término alude a las normas que incentivan que el estudiantado porte el uniforme correctamente, que sean puntuales, que realicen los procedimientos con adecuada técnica y sustento teórico, que sean respetuosxs con las autoridades, que muestren interés por seguir aprendiendo y que hagan todo lo que se les pide¹⁹. Así que sí, lo que está valorado dentro de la enfermería es el hacer técnico.

Del mismo modo, nos podemos dar cuenta de cómo existe una enorme cantidad de imaginarios que se relacionan con las profesiones y sus dinámicas. Por ejemplo, por un lado, podemos encontrar que se cree que la medicina es una carrera bien pagada, pero sin tomar en cuenta la enorme cantidad de médicxs desempleadxs o subempleadxs en farmacias; por otro lado, como lo mencionaba anteriormente, podemos sostener que la enfermería es sumisa y subordinada, pero

¹⁸ Entrevista del 03 de agosto de 2019.

¹⁹ En diversos espacios (ej., reuniones de capacitación, seminarios, evaluaciones de prácticas clínicas y jornadas académicas), lxs docentes de la universidad hemos tenido la oportunidad de conocer la opinión que tienen lxs trabajadorxs de la salud sobre lxs estudiantes de diferentes escuelas. En tales espacios me ha tocado escuchar que lxs alumnos de la UABJO no le pasan a lxs pacientxs los cómodos, tampoco lxs bañan y menos tienden sus camas porque no les gusta y porque dicen que no les toca hacerlo (y es que según en la jerarquización de las actividades de enfermería, éstas le pertenecen a lxs enfermerxs de rangos académicos inferiores, es decir, a lxs auxiliares y técnicxs); sin embargo, a palabras de lxs trabajadorxs, lxs chicxs de la universidad “S” lo hacen sin quejarse aunque muchas veces tampoco les gusta hacerlo.

en la práctica hay enfermerxs que defienden su actividad profesional, evitando que el personal médico les delegue actividades que no les corresponde.

A lo anterior, podemos agregar elementos físicos o materiales de la formación en enfermería de la universidad “S” que se encuentran cargados de valor y, a su vez, hacen posible que la institución se vuelva una opción para lxs estudiantes oaxaqueñxs. Elementos que, por su parte, no figuran en lxs discursos que llevan a lxs estudiantes a pensar en la universidad del centro de Oaxaca. En el caso de la universidad “S”, la Clínica Robotizada es un referente institucional al que se le atribuye la “buena” preparación de lxs enfermerxs de la universidad, además de que es el elemento que la sociedad oaxaqueña reconoce como pieza clave y, muchas veces, el motivo por el cual lxs estudiantes de aquí pueden ser lxs mejores enfermerxs del estado (Comunicado, 2018; Comunicado, 2019).

Lorena, jefa de carrera de enfermería de la universidad “S”, argumentó en una ocasión que la clínica es un espacio muy importante para los estudiantes porque dentro de ella se realizan una infinidad de prácticas sin el temor de que los pacientes mueran o presenten complicaciones²⁰. Esto, es muy relevante porque al ser la clínica un espacio al cual asisten lxs alumnxs con el objetivo de realizar las técnicas que forman parte de la práctica profesional de enfermería, tal como se efectúan dentro de las instituciones de salud, funge como un lugar destinado para el aprendizaje de la objetividad científica, principal característica de la práctica médica (Le Breton, 2002).

Así, al reconocer la jefa de carrera que la clínica ayuda a que lxs estudiantes realicen las actividades de enfermería sin riesgo de que cometan errores graves con un paciente, se evidencia la idea hegemónica de la ciencia y de las disciplinas de la salud, es decir, emerge la idea de que la clínica es un espacio en donde lxs estudiantes aprenden a desarrollar una práctica profesional que disocia la mente y el cuerpo, privilegiando la racionalidad y buscando dominar los elementos subjetivos (ej., emociones o sentimientos) que pudieran entorpecerla.

²⁰ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

En este sentido, entonces, reconociéndose el valor de las prácticas biomédicas y sus nociones científicas, muchxs de lxs familiares y amigxs de lxs estudiantes les hablan de la escuela y les enfatizan, como la madrina de Susana, que “hay una clínica robotizada [y] robots con los que prácticamente se hacen prácticas como reales”²¹. En la vida universitaria cotidiana el término de “real”, con algo de certeza remite 1) a que la administración ha invertido mucho dinero para construir una clínica que tenga una infraestructura semejante a la de los hospitales del estado. Sin embargo, principalmente, cuando lxs discursos enfatizan la idea de lo “real”, se piensa en 2) los pacientes simuladores, o sea, en los robots (de ahí el nombre) que se tienen en la clínica, para que lxs alumnxs aprendan a realizar las técnicas de enfermería. Así, que la noción de “real” traza un camino de exploración bastante interesante, pues devela el valor otorgado a la tecnología en la enseñanza de la enfermería.

Así, los elementos antes descritos hacen que lxs estudiantes dejen su lugar de origen y salgan a cursar enfermería y a hacer estudios a nivel superior a otro municipio del estado, pese a que muchxs de ellxs nunca antes habían vivido solxs y, en palabras de Ernesto, costeño de 19 años que hizo examen para ingresar a estudiar medicina en la universidad del estado, pero también en la Universidad Veracruzana por dos años consecutivos, “no me gusta del todo la idea, pero espero la enfermería me convenza y me acostumbre a estar aquí”²².

Y es que muchxs de lxs estudiantes al llegar a la universidad se acercan por primera vez a la dinámica de vivir solxs, pues dejan su ambiente familiar para rentar cerca de la institución y comienzan a vivir de manera independiente desde entonces, hasta el final de la carrera, y rentando de forma individual o compartida. Así que de alguna forma se ven orilladxs a aprender a realizar muchas actividades por sí mismxs.

De hecho, para muchxs de lxs estudiantes de la universidad “S”, la etapa de vivir solxs comienza cuando deben asistir al Curso Propedéutico, requisito para el

²¹ Entrevista del 31 de julio de 2019.

²² Entrevista del 02 de agosto de 2019.

ingreso formal a la carrera. Por lo tanto, quienes no son del municipio donde se ubica la universidad deben mudarse para cursarlo, de aprobarlo vivirán dentro de esta dinámica hasta el final de la carrera. En este sentido, las visitas a la casa de sus padres se reducen a los fines de semana, si la tarea, el dinero y la distancia lo permiten; o como para aquellxs que viven a más de 4 horas de la universidad, más o menos el cincuenta por ciento de lxs estudiantes están en esta condición, a los fines de semana largos y las vacaciones.

Así que como parte de la dinámica que involucra llegar a la universidad “S” a estudiar enfermería, lxs estudiantes deben *separarse* físicamente de su familia. Dicho cambio brinda peculiaridades a la dinámica social de lxs estudiantes, aunque también de la carrera y de la universidad, pues implican contrastes y reafirmaciones de los discursos universitarios y los discursos familiares. Es en esta etapa en la que emerge la posibilidad de que se (re)construyan y (re)apre(he)ndan nuevas dinámicas, y tengan nuevas experiencias en relación a su salud, cuerpo y sexualidad. Y es que es en esta etapa cuando muchxs experimentan su primer noviazgo, sus primeras prácticas sexo-afectivas o cuando se distancian o niegan los saberes populares o tradicionales propios de sus comunidades.

Lxs estudiantes de la licenciatura en enfermería de la universidad “S”

De acuerdo con información no oficial de la universidad “S”²³, al curso 2019-2020 “A” (cursándose en ese período el primero, tercero, quinto, séptimo y noveno semestre de Enfermería), se inscribieron aproximadamente 913 estudiantes, 75% mujeres y 25% varones. Esta relación numérica es similar en todas las instituciones donde se imparte la carrera de enfermería. Aunque actualmente la enfermería es una disciplina altamente feminizada, Beatriz Morrone señala (2013) que esto no siempre ha sido así, porque en América Latina la enfermería no nació femenina como en Occidente, sino se construyó, pues hay antecedentes de que escenarios

²³ Llamo a estos datos informales porque no accedo a la base de datos de servicios escolares, sino a las listas de asistencia de los grupos, así que no tengo la certeza de que todxs hayan continuado o concluido el semestre.

coloniales y poscoloniales (por ejemplo, en la batalla del Mar de Plata) hubo enfermeros al frente de la atención a las milicias.

Para Morrone, “la influencia del modelo Nightingale y las representaciones culturales en la sociedad que miraba y admiraba el progreso en clave europea, consolidó la legitimación exclusiva de un trabajo para las mujeres” (2018: 64). Así, la colonialidad eurocéntrica y el poder y la influencia de la iglesia católica bajo cierta moralidad, validaron la relación mujer-cuidado reproductivo. Al margen de esto, el disciplinamiento de los cuerpos de la enfermería, da cuenta de cómo la carrera se encuentra anclada a relatos que romantizan el cuidado maternal de las mujeres, es decir, caracterizan a esas mujeres con vocación de servicio y no como sujetxs profesionales (Morrone, 2013).

Así que, aunque por razones burocráticas no pude acceder a la base de datos de la universidad “S”, apoyándome en mi experiencia como profesora y en las entrevistas realizadas a lxs estudiantes del curso propedéutico, presentaré elementos que caracterizan al estudiantado de enfermería.

Las edades de lxs estudiantes de enfermería oscilan entre los 17 y 27 años, éstas pueden corroborarse si retomamos las edades de lxs entrevistadxs, pues al momento de hablar con ellxs, lxs menores tenían 17 años, cuando terminen la carrera tendrán 22, y lxs mayores 21, al finalizar la carrera tendrán 26.

Las variaciones en las edades de lxs estudiantes²⁴ se relacionan con dos dinámicas principales: sus intereses académicos, pues muchxs de ellxs hacen exámenes en otras carreras y universidades, de tal manera que si no se quedan en ellas llegan aquí y; por las dificultades económicas familiares, y es que, varixs alumnxs llegan a la universidad hasta que se enteran que la universidad tiene becas o que sus familiares pueden apoyarlx economicamente para la compra de los uniformes, el pago de la renta, de los pasajes o la alimentación. Por su parte, ambas

²⁴ En los discursos institucionales se dice que la edad promedio para estudiar la universidad va de los 18 a los 22 o 23 años, dicho rango de edad se calcula con ayuda de las normativas que estipulan que es a los seis años que ingresamos al nivel primario de educación.

situaciones no pueden aislarse de las condiciones políticas de género, raza y etnia que atraviesan al estado de Oaxaca²⁵.

Aunque la universidad “S” se ubica en uno de los municipios de la región Sierra Sur de Oaxaca, año con año se reciben solicitudes de ingreso de jóvenes que son originarios de los diversos municipios del estado. No obstante, aunque ahora hay cinco instituciones hermanas (del mismo sistema educativo), que también ofertan la carrera de enfermería (una ubicada en la región Mixteca, otra en la Costa, dos más en el Istmo y una última en un municipio perteneciente a la Cuenca del Papaloapan), es posible ubicar un alto índice de estudiantes provenientes de Valles Centrales, Sierra Sur, Costa e Istmo. Por lo tanto, aunque el número no es muy alto, dentro de la universidad “S” se sabe de la presencia de estudiantes que hablan alguna lengua indígena, predominantemente zapoteco, mixteco, mixe y chatino. Sin embargo, por experiencia y convivencia con ellos sé que la cantidad de estudiantes que dominan (entienden, hablan y escriben) una lengua indígena es menor comparada con aquellos que solo la entienden o la entienden y la hablan, pero no la escriben. De acuerdo con esto, es alto el número de estudiantes que reconocen que sus familiares dominan alguna lengua originaria, pero ellos, o en ocasiones desde sus padres, al salir a estudiar o trabajar a otro lado, perdieron la práctica.

Por ejemplo, Sofía²⁶, originaria de Santa María Tlahuitoltepec (municipio ubicado en el distrito Mixe perteneciente a la Sierra Norte oaxaqueña), ve la situación anterior en su familia, sobre todo cuando dice que una de sus hermanas lleva años viviendo en la Ciudad de México, y ha cambiado su forma de hablar el mixe: “[mi hermana] como que [...] ha olvidado palabras [del mixe], ya lo habla diferente, no sé dónde lo ha escuchado, pero ya habla diferente [...], diferente

²⁵ Así como todos los que hemos tenido la oportunidad de conocer Oaxaca podemos asegurar que es un estado hermoso, es importante que también reconozcamos que llegar al estado es entrar a una parte del mundo en el que el abuso de poder de sus gobernantes, la repartición desigual de su riqueza y su diversidad étnica lo llenan de grandes contrastes socioculturales, pues constantemente nos acercamos a casos de discriminación, injusticia social y marginación.

²⁶ Sofía es la estudiante que no salió beneficiada en las becas y que recientemente dejó de asistir a la escuela.

pronunciación, tono [y] entonación y yo no quiero que me pase eso porque si no como hablo con los de allá”²⁷.

Aunque dicha situación Sofía la observa en su hermana, es un suceso que viven, vivieron o vivirán muchxs estudiantes y profesorxs de la universidad. Actualmente, en la licenciatura en enfermería, solo hay una profesora que entiende una variante del zapoteco. Ella reconoce que antes lo hablaba y lo entendía al 80% pero ahora, después de diez años en la universidad y alejada de la comunidad donde aprendió a hablarla, solo lo entiende y recuerda algunas palabras para conversar y escribir. Asimismo, hay estudiantes como Rosalba, alumna de la universidad que actualmente realiza servicio social, que dice “antes hablaba más zapoteco, ahora se me ha olvidado un poco, es que ya casi no lo práctico [...] y tal vez lo olvide más porque no quiero volver, quiero trabajar en hospitales grandes”²⁸. Dichas situaciones son relevantes para dar cuenta del disciplinamiento institucional, tanto universitario como hospitalario, pues los dos espacios se encuentran alejados de formar enfermerxs acordes a las características de la población oaxaqueña, sin embargo, sí funcionales para un sistema de salud normativo y medicalizante.

Con relación a lo anterior, también es cierto que hay estudiantes que sienten pena por aceptar su relación con alguna lengua originaria. Aunque solo en servicios escolares se puede conocer con “certeza” el número de estudiantes que las hablan, en la vida universitaria cotidiana, sobre todo en las presentaciones de las asignaturas o en los trabajos finales de las materias, lxs profesorxs podemos darnos cuenta de esta característica. En una ocasión lxs profesorxs nos dimos cuenta de que una estudiante hablaba mixteco hasta su ceremonia de graduación. Ese día un compañero profesor le cuestionó por qué no había dicho en sus cursos que sabía hablar mixteco, ante la pregunta la estudiante contesto que “por pena a que todos se rieran o me miraran extraño, ya ve cómo son lxs compañerxs”²⁹. Pero ¿la

²⁷ Entrevista del 02 de agosto de 2019.

²⁸ Entrevista del 11 de marzo del 2019.

²⁹ Comentario escuchado en la graduación de la generación 2012-2017.

estudiante está obligada a decir si habla o no una lengua indígena?, ¿por qué tendría que ser la lengua originaria su carta de presentación?

Para Eve Sedgwick, la vergüenza (pena) es una instancia constitutiva de la subjetividad, es una forma negativa de sentirse consigo mismo que está originada en la mirada del otro y es constitutiva de los sujetos. Es decir, para ella, y retomando las nociones de performatividad de Austin, en las escenas sociales hay un “tú” que debería avergonzarse y un “yo” que pretende avergonzar al “tú” (el tú y yo no sólo y únicamente como pronombres, sino como términos alusivos a sujetos corporizados que participan en diversas escenas) (Sedgwick, 2013). Por ende, la pena no es un afecto individualizante sino construido y orientado hacia lo social y las relaciones con los otros. O sea, son los sujetos que corporizan la modernidad, la colonización y la transformación, quienes van construyendo a una estudiante que no se atreve a presentar sus raíces indígenas con el objetivo de cumplir con las normativas escolares y profesionales hegemónicas, y por ende, reconocidas.

Ahora, presentar las características socioeconómicas de los estudiantes no es tarea sencilla, sobre todo si no hay registros exactos de, por ejemplo, el nivel de estudios, el ingreso mensual de los tutores, los gastos mensuales o el nivel educativo de la familia. Sin embargo, como profesores sabemos que el 100% de los estudiantes de enfermería cuenta con la beca colegiatura³⁰, de tal forma que la mayoría tiene tutores con ingresos mensuales de entre 2500 y 3500 pesos, y que arriba del 40% del total de las becas de alimentación³¹ son para ellos. Asimismo,

³⁰ La beca colegiatura va del 0 al 100% y tiene la finalidad de que los estudiantes paguen lo mínimo, o nada, por los servicios escolares (el porcentaje de beca beneficia el pago del curso propedéutico, la reinscripción, la colegiatura mensual, los exámenes extraordinarios y especiales, la emisión de la constancia de estudios y la asistencia a los cursos de verano. Sin embargo, también hay conceptos que se pagan independientemente del porcentaje de beca; tal es el caso de la ficha para el examen de selección, la inscripción, la reposición de credencial, el certificado total, el curso de preparación semestral para el certificado de inglés y el examen de titulación). Por ejemplo, si mediante un estudio socioeconómico, más el cumplimiento de asistencia a las horas sala de cómputo, biblioteca, educación física o club, así como la entrega de la lectura del programa legere, una estudiante de tercer semestre accede a una beca del 100% pagará cero pesos cuando le toque reinscribirse o dar su colegiatura mensual. En su defecto, si no cumple con algunas o todas las actividades, el porcentaje de beca puede ser del 75, 50, 25 o 0%, es decir, en el caso de tener 0% de beca tendría que pagar (de acuerdo a las tarifas del 2013) 300 pesos de la re-inscripción y 1,460 de colegiatura mensual.

³¹ Las becas de alimentación constan del pago del desayuno y la comida de lunes a viernes, es decir, la escuela paga el desayuno y la comida (a consumirse del menú y dentro de la cafetería

todxs dependen de sus padres o de familiares cercanos y es que, aunque muchxs de inicio llegan a la universidad pensando que trabajarán medio tiempo para pagar lo que no cubre la beca (ej., la renta, los uniformes, los materiales de la escuela y el transporte), al darse cuenta de que el modelo educativo es de tiempo completo³², se ven obligadxs a darse de baja porque sus tutores no logran cubrir sus gastos.

Por último, si tomamos en cuenta la educación formal que antecede a la universidad, hay un número considerable de estudiantes que llegan a la enfermería de la universidad “S” familiarizadxs con el área Química-Biológica y unxs más con el título de alguna carrera técnica. En el estado de Oaxaca, las instituciones medio superiores pertenecen a tres grupos: a) Bachillerato General; b) Bachillerato Tecnológico y; c) Técnico Bachiller (Comisión Estatal para la Planeación y Programación de la Educación Media Superior [CEPPEMS], 2019). De tal modo, que algunas escuelas ofertan carreras técnicas; por ejemplo, el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Oaxaca (CECyTEO) y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) tienen la opción de egresar estudiantes con el título de enfermerxs generales. En general, cerca de un 20% de lxs estudiantes de enfermería poseen una carrera técnica, la mayoría enfermería o sistemas computacionales.

No obstante, hay otrxs que, aunque no egresan con algún título, poseen cierta experiencia en el campo institucionalizado de la salud. Ejemplo de ello son lxs que estudiaron en COBAO’s (Colegio de Bachilleres de Oaxaca) o en Institutos de Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca (IEBO’s). Estxs estudiantes tuvieron la oportunidad de tomar como componente de Formación Propedéutica³³

universitaria) de lxs estudiantes beneficiadxs. Para que lxs estudiantes accedan a esta beca deben requisitar un formato y entregarlo a jefatura de carrera; posteriormente, deben someterse a una etapa de entrevistas, mismas que son realizadas por lxs profesorxs que integran la Comisión de Becas de Alimentación. Dichxs profesorxs son responsables de las entrevistas y, en consenso, de decidir quiénes sí y quiénes no necesitan la beca.

³² Dentro de la universidad “S”, lxs estudiantes suelen entrar a las 7 u 8 de la mañana, a la 1 o 2 de la tarde salen a comer y a las 4 de la tarde regresan a clases, de éstas salen entre 7 u 8 de la noche.

³³ Esta parte de la formación tiene como finalidad direccionar los espacios laborales donde lxs estudiantes podrían, o les gustaría, desarrollarse. Entre las opciones, además de Higiene y Salud, podemos encontrar Dibujo Arquitectónico y de Construcción, Asistencia Infantil, Tecnologías de la Informática y la Comunicación, Laborista Clínico y Promoción Social.

el módulo de “Higiene y Salud Comunitaria” y cursaron los submódulos de Anatomía – Fisiología y el Proceso Salud – Enfermedad, Salud Pública, Salud Sexual y Reproductiva y Nutrición (COBAO, 2019). La cifra de estxs estudiantes aproximadamente es del 70%. Sin embargo, aunque son menos, cerca del 10% de lxs estudiantes de enfermería llegan a ella después de haber cursado materias de otras áreas, sobre todo de aquellas que guardan relación con la informática o, siendo egresadxs de bachilleratos generales. Por último, también hay estudiantes que llegan a la enfermería con la experiencia de haber sido ayudantes de paramédicxs de la Cruz Roja.

¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre la salud previa su formación profesional en enfermería?

Partiendo de los antecedentes académicos de lxs estudiantes de enfermería de la universidad “S”, podríamos afirmar que muchxs de ellxs, por haber cursado alguna carrera a nivel técnico perteneciente al área de la salud (Enfermería General, Laboratorista Clínico o Salud Comunitaria), o por haber llevado en los últimos semestres de la escuela media superior asignaturas (cursos) (Higiene y Salud Comunitaria o Temas Selectos de Ciencias de la Salud I y II) con enfoque en la misma, tienen las bases para estudiar a nivel superior alguna carrera del área Ciencias Biológicas y de la Salud, pues supone un acercamiento al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, a la biología, la anatomía y la fisiología.

Lo anterior podría ser cierto si reducimos las nociones de salud a lo institucionalizado, es decir, si consideramos que la salud únicamente es un concepto racional y científico; no obstante, si seguimos a George Canguilhem, filósofo y médico francés, podemos reivindicar el valor “vulgar” de la salud, valor que indica que la salud no es algo trivial sino algo común, una noción enunciada, no reflexiva, precientífica y operante en nuestra experiencia al reconocernos sanos o enfermos (2004) y, así, darle espacio a la presencia de otros saberes, reconocer que aquellxs estudiantes que llegan sin cursar materias relacionadas al tema también tienen una forma de entender y relacionarse con la salud y que hay normativas que van jerarquizando y clasificando nuestras nociones en torno a la

salud, es decir, que legitiman lo que significa la salud dentro de la enfermería y fuera de ella.

De inicio, al hablar de la salud con lxs estudiantes que cursan el propedéutico de enfermería dentro de la universidad “S”, puntualizan que este concepto se encuentra completamente relacionado con la enfermería y que, en gran medida, por ello la estudiarán: “porque puedo ayudar a la gente a recobrar su salud es que me esforzaré en estudiar enfermería”³⁴. Para Sofía, por ejemplo, estudiar esta carrera significa “ayudar a las personas a tener buena salud [y] poder curarlos”, por su parte, Francisco, estudiante originario de Valles Centrales, menciona que entre las principales actividades de la enfermería está la promoción y educación para la salud, “promoción [es] ir a hablar con los pacientes para prevenir ciertos padecimientos [...], prevención [es] hacer campañas de vacunación, de limpieza [y] descacharrización³⁵³⁶ y, agrega, “estas actividades son indispensables para la salud, de ellas depende la salud de los pacientes, o sea, son necesarias para que vivan, así que nosotros debemos aprender lo necesario para explicarlas y así cuidarlos”³⁷.

De acuerdo con lo que comentan lxs estudiantes, el vínculo entre la enfermería y la salud obliga a que ésta última sea entendida dentro de los límites de lo normal y lo patológico y que asistir a la escuela sea la pauta para brindarle científicidad a muchas de las actividades que llevan a cabo bajo el marco de tal clasificación. Desde el surgimiento de la medicina científica, como es posible verlo en los comentarios de Sofía y Francisco, la salud se ha entendido como aquello que es contrario a la enfermedad. Esta forma hegemónica de entender la salud ha obligado a que las profesiones que integran el grupo de las Ciencias Biológicas y

³⁴ Yesenia. Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

³⁵ La descacharrización en gran medida significa la eliminación de cualquier elemento chatarra que puede servir de criadero de mosquitos. Al margen de este término se agrupan actividades como la limpieza de hogares, la eliminación de charcos o contenedores de agua o la eliminación de objetos inservibles dentro de los hogares.

³⁶ Entrevista del 01 de agosto de 2019.

³⁷ Entrevista del 01 de agosto de 2019.

de la Salud (CBS)³⁸, entre ellas, la enfermería, sean ampliamente criticadas, puesto que en sus planes de estudio existe un énfasis por aprender a “dominar” la enfermedad³⁹, y no en reflexionar a la salud desde una perspectiva social, es decir, los contenidos de la formación en enfermería están en clave de enfermedad y no de salud pues, por ejemplo, los temas preventivos no ocupan ni el 30% de los temas revisados.

Dentro de las profesiones CBS, la salud se entiende bajo los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS estipula que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y, aunque la definición ha sido criticada desde diversas perspectivas sociales por utópica, patologizante y normativa, es la que forma parte de los contenidos revisados en la enfermería. De acuerdo con esto, los temas académicos que revisan lxs enfermerxs giran en torno a esta forma de comprender la salud, así que, como plantearé en el siguiente capítulo, la enfermería concentrará sus lineamientos para que lxs estudiantes memoricen y reproduzcan una serie de técnicas enfocadas en las patologías (enfermedades), pero no en lxs sujetxs que viven los padecimientos, es decir, lxs pacientes como lxs enunciado en este trabajo.

En este sentido, si algo se hace evidente dentro de la práctica de cuidado de enfermería, es que los saberes de la disciplina acerca del cuerpo y de la salud difieren, se oponen o imponen a la experiencia que expresan lxs pacientes, pues los criterios normalizantes y patologizantes de la medicina se concentran en las funciones del organismo “normal” y no, dice Canguilhem, en los significados valorativos de la enfermedad. De tal manera que, según sus planteamientos, la mirada médica universaliza y naturaliza las valoraciones de lxs sujetxs bajo la

³⁸ En este grupo además de encontrarse enfermería, se ubica medicina, nutrición, odontología y fisioterapia; mismas que, por un lado, contemplan las “ciencias naturales”, o sea, estudian los cambios y procesos que viven los seres vivos y, por el otro, las “ciencias de la salud”, es decir, el diagnóstico y tratamiento de las patologías. Existen disciplinas que están clasificadas para pertenecer únicamente a las Ciencias Biológicas, ejemplo de ellas es la biología y la ecología. Igualmente, por ejemplo, psicología suele pensarse, únicamente, como parte de las Ciencias de la Salud.

³⁹ Dentro de la carrera de enfermería, por ejemplo, es más fácil que aparezcan los temas de VIH-SIDA, Sífilis y Gonorrea y no el uso de métodos anticonceptivos o la masturbación.

etiqueta de la fisiología “normal”, encapsulándolos de esta manera dentro de la categoría científica. Es decir, para Canguilhem, la ciencia que respalda la autoridad de lxs profesionales de la salud es la fisiología, pero, agrega, que las descripciones anatomo-fisiológicas “objetivas” del cuerpo deben suponer la referencia valorativa de lxs sujetxs, pues es a través de ellxs que los lineamientos de normalidad se han construido; sin embargo, dice, la medicina no reconoce dicha conformación.

Por ende, siguiendo a Michel Foucault, si la normalidad de la salud y del cuerpo depende de agentes sociales, ya que Canguilhem menciona que la fisiología no es la descripción objetiva de cuerpo sino “la condición de las soluciones cuyos problemas han sido planteados por los enfermos mediante sus enfermedades” (Canguilhem, 1978: 70), entonces, no estamos ante una normalidad biológica, sino una normalidad social porque concierne a agentes políticos, económicos y morales que buscan cumplir funciones disciplinarias (Foucault, 2001). Por ende, el corpus de las técnicas de curación, el saber médico, el conocimiento del hombre saludable “en la gestión de la experiencia humana toma una postura normativa [...] que autoriza a dirigir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad donde vive” (Foucault, 2001: 36).

Retomo dichos planteamientos porque si algo van a recalcar lxs estudiantes en sus discursos referentes a la salud es que ésta, por un lado, puede entenderse como lo contrario a la enfermedad y, por otro lado, que lo correcto es apegarse a la biomedicina para hablar del tema, así que para ellxs llegar a la universidad es el comienzo de un proceso que deslegitima las prácticas no reconocidas o avaladas por la biomedicina, y así hacerle entender a la gente que no son útiles porque carecen de científicidad: “pues es que llegar a la universidad nos va ayudar a hacer cosas que si sirvan [...], a tratar las enfermedades correctamente”⁴⁰. Para Ernesto, dentro de las “cosas” que no sirven para curar las enfermedades se encuentran principalmente lo que él llama “remedios caseros”, por ejemplo, lxs té’s y las limpias.

Por ende, para lxs estudiantes, la salud se vincula con las enfermedades y el sistema de salud, a este último lo definieron como malo porque “el personal siempre

⁴⁰ Ernesto. Entrevista del 14 de noviembre de 2019.

está de malas, aunque las enfermeras más [...], además, hay que hacer filas enormes para que alguien te atienda y te den una consulta que es mala [...], ni te exploran, es más, ni te escuchan, hay medio te ven y te dan algo [risas], pero uno a veces se tiene que aguantar porque a dónde vamos”, por ello, Yadira argumenta que su mamá considera que es mejor ir a los servicios privados de salud, sobre todo “si algo es grave [...] como una infección”⁴¹, de lo contrario, es decir, en el caso de padecimientos menores como “la gripe y la tos la podemos dejarlos pasar o solo tomar unas pastillas antigripales”⁴².

No obstante, atenderse en los servicios privados de salud es un privilegio para pocxs pues, pese a que el costo de la consulta puede no ser alto⁴³, hay mucha gente que no puede solventar dicho gasto, por ende, tienen que hacer largas filas fuera de las instituciones públicas de salud del país o, esperar horas para poder ingresar y ser atendidxs por lxs profesionales que ahí laboran. De hecho, cifras oaxaqueñas señalan que aproximadamente el 20% de lxs habitantes no tienen acceso a los servicios de salud, y que de las 22, 000 unidades médicas que hay en el país, únicamente el 7% de ellas se ubican dentro del estado. Aunado a estas cifras, según el tercer informe del estado, dentro de dichas unidades de salud trabajan 5,448 médicxs (aproximadamente 3% de lxs médicxs en el país); 8,729 paramédicxs y; 12,881 otrxs (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2010; Comunicado, 2019; Oaxaca, 2019).

Sin embargo, aunque Oaxaca, a nivel nacional, ocupa el quinto lugar en riqueza de especies y ecosistemas (atrás de Chiapas y Veracruz), lo que significa que cuentan con plantas medicinales, saborizantes y aromas, tinturas, resinas y productos químicos, insecticidas y otras toxinas útiles (Valdés-Cobos, 2013), Yadira argumenta que en su familia, ante cualquier padecimiento, lo correcto es consumir compuestos farmacológicos y no té’s, porque “en casa nos vamos por lo científico

⁴¹ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁴² Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁴³ En México, los precios de las consultas privadas no están unificados, en algunos espacios, sobre todo aquellos que pertenecen a fundaciones o asociaciones, tienen un costo de entre 30 y 35 pesos, tal es el caso de las consultas de la Fundación BEST; en otros, aquellas dentro de hospitales privadas, oscilan entre 100 y 200 pesos y; por su parte, las consultas de especialidades tienen un costo de entre 300 y 500 pesos.

y no por los tecitos o cosas así, mi mamá dice que no tiene caso, que si hay que tomar algo para alguna enfermedad deben ser pastillas o cosas que si sirvan”⁴⁴.

Ante el comentario de Yadira, aproveché para preguntarle qué es lo que pensaba de la gente que no va a los centros de salud porque prefieren ser atendidos por curanderxs o parterxs y, por lo tanto, para curarse se apegan a los productos naturales. Ella respondió que no está de acuerdo porque “si algo se complica no hay quién los atienda correctamente, pienso en el parto por ejemplo, si algo sale mal, se desangra y eso, lo que ellos tienen o saben no va a ser suficiente para ayudarles, no van a poder ayudarles en nada [...], no hay como ir a donde te puedan ayudar de verdad, porque tienen todo para hacerlo [...], a lo mejor si ayudan en enfermedades que no son graves, pero para otras pues no”⁴⁵.

Según lo que argumenta la estudiante, las instituciones de salud son los lugares más seguros para atenderse, pero de aceptar sin cuestionamientos dicha aseveración estaríamos pasando por alto situaciones en las que dentro de los hospitales o centros de salud no hay oxígeno, alcohol, jeringas y equipos de infusión venosa para la atención inmediata, o en la que lxs enfermerxs llegan a ocupar dicha categoría solo porque heredaron las plazas y, por ende, no tienen una formación profesional como enfermerxs, sin olvidar, por supuesto, los casos de discriminación y racismo en los que lxs médicxs, enfermerxs o administrativxs niegan la atención a la población indígena y, por ejemplo, sus hijxs nacen en la banqueta o fuera de las salas de urgencias.

En este tenor, al poseer un discurso legitimado, la medicina hace ver que todo lo relacionado con ella es seguro y certero, descalificando otras prácticas mediante una descripción que se centra en el miedo y la desconfianza, por ende, nuestra relación con la medicina deviene dentro de un marco en el que se norma que debemos abandonar las prácticas ajenas a la medicina alópata⁴⁶ porque son inseguras. Así que parte de los objetivos de la formación profesional en enfermería

⁴⁴ Entrevista del 08 de agosto de 2019.

⁴⁵ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁴⁶ La medicina alópata es aquella dentro de la cual las enfermedades son abordadas con el uso de ingredientes activos o intervenciones físicas,

es que lxs estudiantes se encaminen, dice Foucault, disciplinen y disciplinen a la población, para que dejen de reconocer como valiosas las prácticas vinculadas a las hierbas y las energías, es decir, para que disocien el cuerpo y la mente (Le Breton, 2005). Por ende, dentro de las filas de la enfermería encontramos comentarios como los de Israel, profesor de enfermería de la universidad “S”, o los de Yadira, estudiante de propedéutico, en los que dejan ver cómo consideran que la enfermería ayudara a la gente a tener información veraz para su salud.

En esta disociación, además, Yadira, Francisco y Sofía denotan que entonces estar sano equivale a no estar enfermo y que los padecimientos pueden ser de dos tipos: menores y mayores. Retomando palabras de Francisco, enfermarse equivale a “sentir molestias o preocupaciones, [...], es tener un cierto grado de incomodidad en el organismo, en el cuerpo”⁴⁷. Así que los padecimientos se jerarquizan de acuerdo con la intensidad o la duración de los síntomas. Por ende, dice Yadira, que para acudir con lxs médicxs es necesario que “las molestias no nos dejen realizar las actividades de diario o que los síntomas sean muy difíciles de soportar”⁴⁸. Dice Francisco que “no tiene caso” asistir con lxs médicxs cuando “las molestias no son incómodas, cuando uno entiende que son pasajeras [...] que te duela el oído o los ojos no es igual a estar sangrando”⁴⁹, este señalamiento se matiza cuando comenta que “a veces, independientemente de la que uno crea que está enfermo, si ves que dura mucho la sintomatología si hay que acudir al médico porque seguro si estamos enfermos de algo grave”⁵⁰.

No obstante, al centro de lo anterior se encuentra lo que George Canguilhem (1978) plantea en su libro *Lo normal y lo patológico*. El autor retoma la popular frase de René Leriche “la salud es la vida en el silencio de los órganos”, para señalar que la salud puede entenderse como “la inconsciencia que el sujeto tiene de su cuerpo”, pues mientras los órganos no se quejen, es decir, mientras el cuerpo no se siente a sí mismo, lxs sujetxs modernxs se definen como sanxs, ya que la enfermedad debe

⁴⁷ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁴⁸ Entrevista del 12 de noviembre de 2019.

⁴⁹ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁵⁰ Entrevista del 15 de noviembre de 2019.

sentirse, expresarse u observarse para ser considerada como tal, por ello que lxs discursos de lxs estudiantes planteen la necesidad de asistir con lxs médicxs hasta que haya una “muestra” de que está pasando algo.

Para David Le Bretón (2002) esta forma de relacionarse con la salud es propia de la medicina alópata u Occidental y corresponde a las nociones del cuerpo, mismo que dentro de las concepciones modernas se encuentra dissociado de la naturaleza, lxs otrxs y de unx mismx. De acuerdo con esto, Le Breton argumenta que la noción moderna del cuerpo es individualista porque plantea una ruptura con la comunidad y con el cosmos. De tal manera que, en los discursos respectivos a la salud de lxs estudiantes vemos como sus planteamientos de la salud, siempre los lleva a hablar de la enfermedad y a anclarse a la idea de que el cuerpo se posee y no que se es un cuerpo. Esto, va marcando la formación académica de lxs estudiantes, pues ellxs se alinean a nociones de salud individualista, y en diversos espacios es posible ver cómo le imponen a lxs pacientes la misma.

Un ejemplo de esto es la imposición de la bata a la que están sujetxs lxs pacientes que ingresan a las unidades hospitalarias, y es que, aunque expresen pena o deseos de quedarse con su ropa, mínimo la ropa interior, se les obliga a despojarse de ella bajo el argumento de que es por su bien, ya que la ropa puede contaminar o dificultar las intervenciones. Dicho despojo no contempla la relación que lxs pacientes establecen con ella para sentirse seguras, acompañadas y no violentadas. Lo mismo sucede con la imposición que muchas veces se da para la medicalización y las actividades de la vida diaria: comer, vestirse, bañarse, caminar, dormir, entre muchas otras.

En este sentido, aunque Oaxaca es reconocida a nivel mundial por la diversidad cultural que posee⁵¹ y por la cantidad de hierbas con fines curativos⁵² que forman parte de las prácticas curativas de lxs habitantes del estado, lxs estudiantes ponen en tela de juicio su utilidad por no ser científicas, pero no sus propiedades terapéuticas. Por ejemplo, Francisco reconoce que en su casa se toman repetitivamente tés de boldo, limón o hierbabuena para cenar, pero no para curar alguna enfermedad sino porque “esos tés tienen buen sabor [...] nos ayudan a descansar o a aliviar la pesadez del estómago”⁵³.

Sin embargo, ante la noción científica de qué es estar sanx y qué es lo que posee propiedades curativas, esas características de las plantas se reconocen únicamente como sus propiedades naturales. Por ende, cuando le pregunto a Yadira por qué considera que las hierbas no son curativas, me responde que porque “nunca han pasado por ningún método capaz de darles veracidad a las propiedades que tienen [...], pero cuando forman parte de pastillas o jarabes, entonces sí, ahí obtienen los elementos para consumirse [...] ya es algo que los respalda”⁵⁴. Así que, para lxs estudiantes el conocimiento de las plantas es algo de las abuelas que ahora ya no debe tener gran relevancia porque existen otras cosas.

⁵¹ En Oaxaca se encuentran quince de los sesenta y ocho pueblos indígenas reconocidos en el país, un pueblo negro afroamericano, cinco familias lingüísticas, quince lenguas indígenas y 176 variantes de lengua. Esto en cifras puntuales significa que alrededor del 70% de la población (aproximadamente 4, 061, 497 habitantes hasta 2018) se identifica como indígena y, que aproximadamente un millón del total habla alguna lengua indígena, cerca del 26% son monolingües. El zapoteco, mixteco, mazateco, mixe y chinanteco suman el 89% de todas las lenguas hablantes en el estado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015; Secretaría de Pueblos Indígenas y Afromexicano [SEPIA], 2016; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2017; Coordinación General del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Oaxaca [COPLADE], 2017; Dirección General de Población de Oaxaca [DIGEPO], 2017; Atlas de los Pueblos Indígenas de México, 2018; Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2018).

⁵² La herbolaria oaxaqueña ha sido explorada y proyectada en diferentes trabajos, por ejemplo, se me viene a la mente un libro que fue resultado de un proyecto del Instituto Nacional de Mujeres del 2009 en el que con ayuda de curanderxs y sanadorxs oaxaqueñxs se exploraron hierbas de las comunidades zapotecas, chinantecas, mixes y mixtecas. En este libro las autoras mencionaron las propiedades de algunas hierbas y las agruparon en torno a las mismas quedando hierbas dulces (el ajo y la albahaca), amargas (el pirul y el diente de león), insípidas (la caléndula y la cola de caballo) y el copal (Méndez, Hernández, López y Morales; 2009).

⁵³ Entrevista del 13 de noviembre del 2019.

⁵⁴ Entrevista del 14 de noviembre del 2019.

Una muestra de lo anterior es lo que menciona Susana, “en tiempos pasados [...] cuando no había doctores, se ocupaban las plantas, mi abuela ahí aprendió y se le quedó [...], ahora ya estamos en otros momentos, ya hay más servicios médicos y muchos medicamentos”⁵⁵. Sin embargo, con relación a esto, Sofía, estudiante de propedéutico perteneciente a una comunidad indígena, asegura que ella no olvidará todo lo que ha aprendido con las plantas, “pero sé que tengo que aprender otras cosas que de verdad ayuden a mí comunidad, porque con las plantas sé que no puedo curar enfermedades como el cáncer y el alcoholismo”⁵⁶.

Así, en lo que señala Sofía, se encuentra la disputa entre los saberes científicos y los populares, pues ante la normalización que estipulan los primeros sobre los segundos, lxs estudiantes que cuentan con nociones no hegemónicas de la salud, el cuerpo y la sexualidad ven necesario desprenderse de ellas para cumplir con los lineamientos que se marcan para ser un profesional de la enfermería. Además, mediante el disciplinamiento que plantea la formación académica de enfermería, lxs estudiantes también disciplinarán a lxs pacientes para que estxs lleven a cabo actividades “propias” de las nociones de salud dominantes, Francisco y Yadira dan cuenta de ello cuando mencionan que si la gente no quiere dejar de usar las plantas, o de creer que lo natural es mejor opción que los medicamentos, ellxs, como enfermerxs deberán convencerlxs: “nuestra función será convencerlos de que tomen y usen los medicamentos, pues, al final, la planta no hará lo mismo que los fármacos y hay que convencerlos de ello, hay que decirles todo lo bueno que hacen los medicamentos”⁵⁷.

En este sentido, como veremos a lo largo de los siguientes capítulos, el marco institucional de la salud y su cuidado normará las prácticas de lxs estudiantes y lxs pacientes, tanto que al margen de considerar que algo es o no saludable, se jerarquizan y clasifican un sinfín de prácticas, entre ellas las relacionadas a los vínculos con la salud y la enfermedad.

⁵⁵ Entrevista del 04 de agosto de 2019.

⁵⁶ Entrevista del 02 de agosto de 2019.

⁵⁷ Yadira. Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre el cuerpo previa su formación profesional en Enfermería?

David Le Breton, sociólogo francés, publicó en 1990 el libro *Antropología del cuerpo y modernidad*, mismo que en 1995 fue editado en español. En él, señaló que “el ascenso del individualismo occidental [logró], poco a poco, discernir, de manera dualista, entre el hombre y el cuerpo, no desde una perspectiva directamente religiosa, sino en un plano profano” (Le Breton, 2002: 39). En este sentido, su discusión pone la mirada en la distinción ontológica de “poseer un cuerpo” y “ser un cuerpo”, es decir, en sus palabras, el ascenso del individualismo (entre los siglos XVI y XVII que nace el hombre de la modernidad) logró despojar al cuerpo de su capacidad de representar una colectividad humana (el hombre se separó de él mismo, lxs otrxs y el cosmos).

Esta individuación convirtió al cuerpo en un objeto de saber experto para la biomedicina, por lo tanto, ésta, devino con gran prestigio por el nivel de especialización que alcanzó sobre el cuerpo. Así, los anatomistas con los cadáveres trazaron una ruptura epistemológica: separar el cuerpo del hombre. Dicha ruptura, además, marcó la presencia de la racionalidad moderna. En este sentido, Andrés Vesalio y René Descartes son un claro ejemplo de cómo la medicina ha trazado caminos independientes para el pensamiento y el cuerpo, es decir, al margen del enfoque biomédico, los sentidos no poseen ninguna certeza racional. En palabras de Michel Foucault (2002) esto sustentará nuevas prácticas sociales que tendrán el objetivo de asegurar la utilización instrumental del cuerpo, por lo tanto, la disciplina obtendrá un lugar.

Asimismo, para Le Breton, el factor de individuación permite visibilizar la disputa existente entre la medicina popular, las medicinas alternativas y la biomedicina. Sin embargo, agrega que esta última se encuentra en crisis porque es una medicina sin sujeto. Ejemplo de estos señalamientos es, por ejemplo, cuando nos referimos a lxs pacientes diciendo “el pulmón de la 12” o “la escara de la 34” (Le Breton, 2002: 180), lo cual ha llevado a que medicinas como la acupuntura, homeopatía o herbolaria se reubiquen de mejor forma dentro de la jerarquización

de las mismas, porque en ellas no se disocia el cuerpo de la mente, es decir, en estas últimas no se separa al hombre de sí mismo, de lxs otrxs y del cosmos, la meditación es un ejemplo de esto porque dentro de las sesiones es requisito conectar con nuestro yo interno mediante la respiración, sentir cómo se mueven nuestros músculos y cómo somos parte de la naturaleza. En este sentido, el autor señala que la medicina occidental ha centrado sus bases en la dualidad ver – saber, por ende, la importancia del diagnóstico por imágenes.

Retomar a Le Breton en este apartado del capítulo, en primer lugar, me obliga a reconocer que antes de realizar trabajo de campo tenía dos planteamientos sobre los que creía versarían los discursos de lxs estudiantes de propedéutico en torno al cuerpo: a) que lxs estudiantes por ser originarixs de comunidades indígenas vincularían en “automático” el cuerpo con elementos cósmicos o naturales, es decir, que explícitamente mencionarían que para ellxs el cuerpo se encuentra relacionado con el universo o que es algo sagrado y que; b) por el conservadurismo que atraviesa a las instituciones familiares y educativas de Oaxaca, lxs estudiantes no lograrían hablar del cuerpo físico (del propio y de lxs otrxs).

No obstante, aunque dichos planteamientos si son encontrados en los discursos de lxs estudiantes, estos tienen muchos matices, por ejemplo, la mayoría de lxs estudiantes nombró las partes del cuerpo físico, pero no las ubicó dentro de las siluetas normativas, es decir, no pudieron identificarlas dentro las ilustraciones que en los libros de anatomía representan a lxs seres humanxs. Asimismo, pasó que no solo el disciplinamiento, al margen del conservadurismo, de lxs estudiantes condicionó sus respuestas, sino que también influyó en mis preguntas, de tal manera que una y otra vez mis cuestionamientos tenían que ver con el cuerpo descrito en la biomedicina. Por ende, como señala Le Breton, los discursos de lxs estudiantes puntualizan cómo el cuerpo para la enfermería es una propiedad de lxs pacientes que puede ser manipulado e intervenido un sinnúmero de ocasiones.

De acuerdo con esto, durante las entrevistas, lo primero que conectaron lxs estudiantes con la categoría de cuerpo fue la enfermería, es decir, en palabras de Ernesto “la enfermería tiene mucha relación con los cuerpos, es lo que en realidad

cuida, uno entra a cualquier hospital y... cuerpos a los que se les hace algo por aquí, cuerpos que se les hace algo por allá”⁵⁸. En este señalamiento, el estudiante plantea que el cuidado equivale a intervenir e invadir a los cuerpos, lo cual, en nociones de cuerpo, invita a dos principales reflexiones: 1) ¿qué es lo que cuida la enfermería?, es decir, cuando señala que su objeto de estudio es el cuidado ¿a qué, a quiénes y cómo cuida? y, 2) la idea de que el cuidado de enfermería es una práctica humanística, pues, si como señala Ernesto, la enfermería se encarga de cuerpos que se intervienen en diversas partes de las instituciones de salud, ¿las intervenciones de enfermería contemplan al cuerpo como una materia orgánica universal o cuerpos sexuados?

Relacionadas a estas preguntas, lxs estudiantes entrevistadxs argumentan que conocen poco de la práctica de enfermería, Yadira dice que no sabe muy bien qué es lo que hace, pero ha escuchado muchas cosas, entre ellas, las que reproducen la imagen social de esta. Por ejemplo, ella, Ernesto y Susana tienen familiares enfermerxs que laboran dentro de diversas instituciones hospitalarias y, por ello, argumentan que la enfermería sigue las indicaciones de lxs médicxs, “mi madrina dice que las enfermeras tienen mucho trabajo, que la rutina es muy cansada porque hay que cumplir con lo que dicen los médicos y con lo que necesitan los pacientes”⁵⁹. Asimismo, los discursos de lxs estudiantes señalan que la enfermería es la máxima responsable de lxs pacientes porque registra desde que estxs entran hasta que salen y que, además, las principales actividades que realizan lxs enfermerxs son toma de signos vitales, vacunación, censos y registros y curaciones.

En este sentido, ante la pregunta ¿qué actividades de las que has escuchado que realiza enfermería te gustaría llevar a cabo y cuáles no? encuentro que a lxs estudiantes les causa agrado pensar que podrían atender partos e instrumentar cirugías. Este “agrado” se relaciona con lo que Foucault llamó el “cuerpo máquina”. Para Foucault el cuerpo máquina es una visión producto de la anatomo-política del

⁵⁸ Entrevista del 07 de agosto de 2019.

⁵⁹ Yesenia. Entrevista del 15 de noviembre de 2019.

cuerpo, es decir, a raíz del dispositivo de poder disciplinario los mecanismos de poder se centraron en el cuerpo en tanto máquina, buscaban “su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos” (Foucault, 2011: 129), así, entonces, el cuerpo se convierte en fuerza útil para ser productivo y sometido.

A lo anterior, Le Breton agrega que el cuerpo dentro de la filosofía cartesiana, es decir, al trazarse la separación entre el cuerpo y el alma, el primero perteneciente a la ciencia y el segundo a Dios, es una máquina porque se encuentra privado de sensibilidad y sometido al ordenamiento analítico, por ende, debe funcionar tal como un reloj: meticulosamente. De tal manera que, ante dicha analogía, saber del cuerpo implica una curiosidad por querer conocer cómo es que dentro de éste se bombea la sangre, expulsa fetxs o alberga e interconecta a un sinfín de órganos. Esto lo deja ver Francisco cuando señala que “como enfermero me gustaría... bueno, me intriga saber qué es lo que pasa, qué sucede, cómo es que nace un bebé, qué es lo que hace o pasa en el cuerpo para que eso suceda”⁶⁰. Asimismo, la posibilidad de instrumentar cirugías es atractiva porque dice Ernesto “aunque sé que un enfermero no opera, sé que está dentro de una cirugía apoyando, preparando y pasando lo necesario para la operación [...], imagínese profa, poder instrumentar algo en el cerebro, ver su tamaño, poder tocar algo que está escondido, que no todos ven pero que sabemos existe y, entonces, así poder explicar lo que ahí pasa”⁶¹.

De acuerdo con esto, la relación que trazan lxs estudiantes con el cuerpo se enmarca en el saber-poder, para ellxs, entenderlo como estipula la biomedicina, que al igual que la Real Academia Española (RAE) define como el “conjunto de sistemas orgánicos que constituye un ser vivo” (RAE, 2019) y, por lo tanto, como argumenta Le Bretón y Foucault, es una materia individualizada y de funcionamiento, les permite suponer que una vez dentro de la carrera podrán acceder a prácticas que les brindan la “verdad” del cuerpo y les posibilitan la corrección de prácticas

⁶⁰ Entrevista del 08 de agosto de 2019.

⁶¹ Entrevista del 03 de agosto de 2019.

identificadas como incorrectas, tal como argumenta Sofía “participar en cirugías es como saber porque el cuerpo funciona así y entender que las cosas pasan de tal forma y que por ello no debemos comer o hacer tal cosa [...], pienso en las cirugías de corazón y la grasa que se puede ver”⁶².

Por su parte, en cuanto a las prácticas enfermeras que no les gustaría hacer, Manuel agrega que a él no le agradarían aquellas en donde lxs pacientes son pediátricxs porque son muy delicadxs y sensibles, “bien o mal, los adultos ya resisten, pero ¿los pediátricos?, apenas los mueves y lloran, su piel es frágil... no sé, todo ellos son frágiles y de cuidado”⁶³. Asimismo, Yadira menciona que a ella no le gustaría realizar las prácticas que se vinculan con los desechos, por ejemplo, las referentes a las ostomías “yo no conocía una actividad, pero en clase una profesora comentó que el personal de enfermería limpia los desechos que se sacan por el abdomen después de ciertas operaciones y eso si me da asco, me da cosa ver eso y tener que tocarlo para limpiarlo [...] ah, tampoco me gustaría bañar pacientes porque hay que tocar zonas íntimas como los genitales”⁶⁴.

Acorde con lo anterior, para lxs estudiantes entrevistadxs, la actividad del baño es la más difícil, ya que se enmarca en la incomodidad y la pena. Susana dice que “es incómodo bañar a otra persona [porque] es un cuerpo ajeno que no conoces y que tienes que tocar”⁶⁵. Además, durante la entrevista, agrega que le da pena bañar personas porque hay que “tocar sus partes [risas] y no son cualquier parte sino las íntimas [...], es vergonzoso para los pacientes y para nosotros estar tocando partes que no tocas como si nada”⁶⁶. Estos pronunciamientos, argumenta Yadira, son culturales, ya que “sentir esto [pena, incomodidad y vergüenza] en gran parte es por los estereotipos. La sociedad como que te va marcando esa mentalidad [...] como que te van diciendo qué no debes de hacer, te educan diferente, como que desde pequeños nos van diciendo que eso es algo sucio, que tocar ciertas zonas,

⁶² Entrevista del 02 de agosto de 2019.

⁶³ Entrevista del 03 de agosto de 2019.

⁶⁴ Entrevista del 31 de julio de 2019

⁶⁵ Entrevista del 31 de julio de 2019

⁶⁶ Entrevista del 31 de julio de 2019.

más si son ajenas, es sucio”⁶⁷. De acuerdo con esto, como sucede en el siguiente capítulo, es indispensable preguntarnos por los elementos que operan para que con el área genital se establezca un contacto jerarquizado.

Por su parte, Eve Kosofsky Sedgwick señala que la pena y la vergüenza son emociones, mismas que se encuentran ligadas a las cosas, a las personas, a las relaciones e incluso a otros afectos. De tal forma que, son prácticas sociales y culturales y no solo resultados de ciertas creencias y culturas. Siguiendo lo que plantea la autora, entonces, los discursos en los que lxs estudiantes mencionan que bañar personas les da pena o tocar heces u orina les provoca asco invitan a ciertos cuestionamientos ¿cómo es que la zona genital o las secreciones del cuerpo se consolidaron objetos, en términos de Sara Ahmed, por los cuales se “sienten” dichas emociones? o ¿qué prácticas de la enfermería refuerzan la jerarquización de las zonas y secreciones del cuerpo y, por qué?

Aunque algunxs estudiantes entrevistadx cuentan con cierta experiencia en la práctica del baño porque han asistido o cubierto la necesidad de algunxs familiares, todxs enfermxx, en sus discursos, las personas ajenxs, extrañxs o, como dice Francisco, “los que no son de la familia, ni conocidos”, son lxs que causan “más” incomodidad. Sin embargo, aunque bañan familiares, en términos generales lxs estudiantes describen la práctica de baño como una actividad sencilla porque “solo hay que hacer lo que hacemos siempre: echar agua, tallar y secar”⁶⁸, tienen áreas restringidas para tocar. Por ejemplo, Manuel cuenta que él no ve nada malo en bañar a una persona, pero que cuando bañó a su abuela únicamente le ayudó con la cabeza, los pies y las manos, pero no con las zonas íntimas porque “no me sentía como al 100 para bañarla así tan *íntimamente* [...] no sabía que iba a pensar, a mí me daba pena, ya ve que las abuelas son como que muy reservadas y aunque aquella vez no me dijo nada, la sentía tensa”⁶⁹.

⁶⁷ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

⁶⁸ Francisco. Entrevista del 01 de agosto de 2019.

⁶⁹ Entrevista del 02 de agosto de 2019.

No obstante, dice Sofía “yo creo que una vez en la carrera las cosas que nos dan pena dejan de darnos por tanto que se hacen [...] seguro a usted ya no le da pena bañar personas porque muchas veces lo ha hecho, porque se va acostumbrando, pero yo creo que a nosotros nos da pena porque no estamos acostumbrados, no hemos bañado a mucha gente”⁷⁰. El comentario de Sofía es interesante, primero, porque supone que dentro de la carrera de enfermería bañamos a muchas personas, sin embargo a veces la primera vez que bañamos a alguien es hasta nuestras prácticas de servicio social, porque a lo largo de la carrera nunca coincidimos con pacientes a lxs que pudiéramos apoyar con la práctica, o lxs enfermerxs con lxs que trabajamos no la realizaban y; segundo, porque en el encontramos el carácter disciplinario de las instituciones educativas, pues como menciona la estudiante, y como veremos en los siguientes capítulos, la universidad exigirá bajo el título de “ciencia” y “profesionalismo”, que lxs estudiantes dejen fueran todos los elementos subjetivos, así que no es que lxs enfermerxs ya no sientan pena o vergüenza, sino que tienen “prohibido” manifestarla porque entorpecería el *quehacer de enfermería*.

Así, a raíz de estos señalamientos, para lxs estudiantes el cuerpo se vincula con la idea de poseer un cuerpo, un cuerpo que debe permanecer en lo íntimo, en lo privado y no puede ni debe ser manipulado por cualquier persona, por ello, mediante el cumplimiento de ciertas normas, lxs estudiantes identifican que hay sujetxs que tienen permitido acceder a lo considerado íntimo y, lxs enfermerxs, son ejemplo de esto, al menos así lo creen lxs estudiantes cuando plantean que dentro de la universidad deben aprender a no sentir pena y vergüenza, dado que “los enfermeros no sienten esas cosas, al menos no deberían porque aprendieron a realizar muchos procedimientos que requieren cercanía con las personas y en los que tienen que convencerlos de que es por su bien verlos y tocarlos”⁷¹. Para Francisco, entonces, lxs enfermerxs “solo” deben trabajar y ya. “En la escuela

⁷⁰ Entrevista del 02 de agosto de 2019.

⁷¹ Francisco. Entrevista del 03 de agosto de 2019.

debemos aprender a ver el cuerpo de forma profesional, sin morbo, es decir, sin malos pensamientos, sin criticar ni ver de más, nosotros vamos al baño y ya”⁷².

Entonces, en el marco de estos señalamientos, al preguntarle directamente a lxs estudiantes ¿qué es el cuerpo?, ellxs argumentan que es “algo” que se posee y se conforma de elementos internos y externos. Lo que denominan “interno” alude a las características del paradigma biológico, es decir, lxs estudiantes relacionan al cuerpo con los huesos, los órganos y los sistemas, aunque Yadira, estudiante de propedéutico que se reconoce como cristiana, señala que el cuerpo son órganos responsables de proteger algo sagrado “el cuerpo es todo un mundo, están los órganos y eso, pero lo más importantes es que el cuerpo es la casa del alma”⁷³. De tal manera que como señala Le Breton (2002), en la actualidad, el concepto que se admite con mayor frecuencia es el que se formula desde la anatomofisiología, ese que proviene de la medicina y la biología, y que permite decir “mi cuerpo”.

Por el otro lado, aunque también bajo el paradigma biológico, el lado externo del cuerpo se conforma, en palabras de Ernesto, por “los órganos que no son internos [...], el cuerpo también es eso que vemos a simple vista, lo que queda fuera, los brazos, el cabello”. Asimismo, Yadira expresa que hay cosas externas que no son propias del cuerpo pero que influyen en el mismo, “las enfermedades o cosas de la naturaleza que no están propiamente adentro tienen que ver con nuestro cuerpo porque pueden alterarlo [...], ciertos alimentos o hasta animales pueden llevar a que nuestro cuerpo padezca de algo”⁷⁴. En este sentido, aunque Yadira reconoce el carácter social del cuerpo, en el centro de su idea se localiza la noción de que hay un cuerpo prediscursivo, que debe cuidarse o protegerse de lo externo, sin tomar en cuenta que el cuerpo es inaprensible porque no es un dato, sino el efecto de una construcción social y cultural, es decir, una construcción simbólica y no una realidad en sí mismo (Le Breton, 2002).

⁷² Entrevista del 03 de agosto de 2019.

⁷³ Entrevista del 31 de julio de 2019.

⁷⁴ Entrevistas del 31 de julio de 2019.

A lo anterior, hay que agregar que en el discurso de lxs estudiantes encontramos que sus nociones de cuerpo tienen la influencia de dos principales instituciones: la familia y la escuela. Aunque, también se identifican normativas religiosas, decido contemplar a éstas no como una categoría separada sino como parte de las normativas que participan dentro de las prácticas familiares y escolares. De inicio, muchxs de lxs estudiantes entrevistadxs dicen que el tema del cuerpo no se toca en casa, es decir, que en sus casas sus padres no hablan del tema, y que lo que saben es porque lo aprendieron en la escuela, en especial en el nivel secundario. En este espacio, señalan que el cuerpo se entiende como “en la escuela nos hablan de huesos, órganos y sistemas [...] mi mamá me explica de algunas partes del cuerpo y su funcionamiento”⁷⁵.

También, al hablar del cuerpo en la familia, Manuel argumenta que “en mi casa, cuando hablamos del cuerpo, hablamos de las enfermedades y la higiene [...] mi mamá luego me anda diciendo que me bañe bien y me cuide mucho [...], de hecho, cuando me vine para acá [para el municipio donde se ubica la universidad “S”] me dijo que tenía que cuidar mi cuerpo, que me portará bien [...] yo creo que se refería a que no fuera a hacer de las mías [risas]”. En este sentido, lo que menciona Ernesto y Manuel evidencia dos enunciados importantes: el primero que se relaciona a la hegemonía del concepto biomédico del cuerpo, mismo que como argumenta Graciela Morgade (2006) y Carlos Figari (2012) no es exclusivo de ciertos espacios e instituciones y; segundo, en semejanza a lo que planteo en el siguiente capítulo de la sexualidad, es relevante reconocer que aunque no se hable explícitamente del cuerpo o no se enuncie la palabra cuerpo dentro de diversos espacios siempre hay un discurso en torno al mismo.

Sin embargo, pese a que los discursos de lxs estudiantes se sustentan en el enfoque biomédico, al explorar la profundidad de estos, encuentro que a) al hablar del cuerpo enlistan partes específicas del mismo, cabeza, cabello, ojos, manos y pies, pero nunca el área genital o, lo que con anterioridad han llamado, partes íntimas, genitales, ano, mamas y axilas. Por esta razón decido pedirles que me

⁷⁵ Ernesto. Entrevista del 02 de agosto de 2019.

describan o dibujen el área genital propia y opuesta, el resultado que obtengo es que de ambas estructuras anatómicas dibujan los contornos de las zonas más grandes, es decir, a) de los genitales de los varones contornearon el pene y los testículos y, b) de los genitales de las mujeres únicamente delinearon la vulva y la entrada de vagina, el resto de las estructuras, por ejemplo, el meato urinario, la uretra, el glánde y el clítoris, fueron enunciadas pero no ubicadas.

No obstante, Sofía, la estudiante originaria de Santa María Tlahuilottepec, reconoció de tajo que no se sabe las estructuras, y al cuestionarle el por qué, y después de reírse, mencionó que le daba pena decírmelas porque no se las sabía “muy bien” y, además, porque nunca las había visto, ni en la escuela porque sus maestrxs nunca hablan de eso. Al final, concluyó argumentando que “por los libros y las cosas que aparecen en internet sé que el pene y la vagina nos hace diferentes, el primero es de hombres, el segundo de mujeres”⁷⁶. Ante este panorama, Ernesto me dijo que en la escuela “siempre hablan de todo el cuerpo menos del área genital, como que a los profesores les da pena, chance ni ellos conocen esa parte del cuerpo [risas]”⁷⁷.

Con relación a lo que se dice del cuerpo dentro la familia, Manuel comenta que es su mamá quien le habla del mismo. Para él, su madre se enfoca en recordarle que se cuide, que se bañe bien y que se proteja para no adquirir enfermedades. En este sentido, la visión instrumental del cuerpo alude a un “cuidado” que tiene por objetivo que éste cumpla funciones específicas y que, al mismo tiempo, jerarquiza diversas prácticas. En un contexto similar, es decir, entre biomedicina y moralidad, se enmarca lo que le dicen a Yesenia en su casa “mi mamá siempre me dice que me cuide porque mi cuerpo es algo sagrado [...], que en todo caso es para las personas que lo merezcan”⁷⁸.

En este tenor, si algo van a dejar claro lxs estudiantes es que el cuerpo es una estructura orgánica de individualización que equivale al ser humano, mismo que

⁷⁶ Entrevista del 02 de agosto de 2019.

⁷⁷ Entrevista del 07 de agosto de 2019.

⁷⁸ Entrevista del 13 de noviembre de 2019.

al margen de las nociones cartesianas está desprendido de emociones. De tal manera que, al contemplar al cuerpo como una realidad evidente, lxs estudiantes se ven obligadxs a manipularlo bajo lineamientos que buscan su correcta operatividad y el profesionalismo de enfermería. Por ende, a lo largo de este trabajo, la formación académica de enfermerxs fortalecerá mediante las nociones de ciencia y profesionalización cuál es el manejo correcto de los cuerpos.

¿Qué dicen saber lxs estudiantes sobre la sexualidad previa su formación profesional en enfermería?

Hablar con lxs estudiantes de sexualidad fue un proceso complejo, principalmente porque en las entrevistas se fueron entretrejiendo preguntas vinculadas a las nociones hegemónicas del término, así que muchas de ellas guardan relación con las prácticas coitales y los métodos anticonceptivos. De tal manera que, lo que emerge como primer elemento de reflexión, es el paradigma en el cual se inscribe la sexualidad para lxs estudiantes. No obstante, también existieron respuestas no verbales, por ejemplo, la risa o el cruzamiento de brazos, principalmente, pero a veces también mías.

En este sentido, es importante no pasar por alto la diversidad de respuestas a las preguntas planteadas, ya que, como señala Foucault, los discursos no constan del simple abordaje o del análisis de las dimensiones de la lengua, sino de prácticas que producen objetos, es decir, de prácticas que objetivan (Foucault, 1970). Por ende, como argumenta Le Breton (2012) sobre la risa, en el contacto establecido con lxs estudiantes, ésta se convierte en el espacio liberador de tensiones. Asimismo, la risa permite reflexionar sobre el “sexo”, pues ante la dificultad de enunciar todo aquello que describiría sus prácticas, es con ella que muestran que el tema es algo íntimo, algo de lo cual no debe hablarse, pero de lo cual hay que bromear y hasta burlarse.

En este tema, similar a lo que sucede con el cuerpo, los discursos de lxs estudiantes evidencian que hay tres principales instituciones que han participado y participan en lo que ellxs podrían entender como *sexualidad*: la escuela, lxs amigxs

y la familia. Susana, la estudiante de propedéutico, de inicio argumentó que la sexualidad es algo normal “porque tarde o temprano tendremos relaciones, a lo mejor ahorita no estamos en edad, pero tendremos [...] de aquí a que eso sucede debemos prepararnos”⁷⁹. Dicha preparación, comenta Yadira en una entrevista, consta de “mi mamá dice que para tener una familia o comenzar a estar con alguien es importante tener una carrera o mínimo algo estable por si algo sale mal [...], imagínese que algo salga mal, quedes embarazada y no haya seguridad de nada”⁸⁰.

Lo anterior forma parte de los ideales regulatorios de la matriz heterosexual, pues, ésta además de imponer la heterosexualidad, controla los modos de presentación de las cuestiones de género (Butler, 2002). De tal manera que, dichos ideales norman prácticas para que, por ejemplo, consideremos que hay momentos adecuados o elementos necesarios para vínculos afectivos, relaciones coitales o matrimonio. Del mismo modo, como lo mencionaba anteriormente, para lxs estudiantes hablar de la sexualidad significa hablar de las cuatro principales características de la sexualidad en Occidente: heterosexualidad, monogamia, matrimonio y reproducción.

En general, lxs estudiantes dicen que hablan poco o nada de la sexualidad con sus padres y hermanxs, de hecho, ante el constante cuestionamiento de ¿y [eso]⁸¹ dónde lo escuchaste?, ¿quiénes dicen [eso]? o ¿con quiénes hablas de [ello]?, Francisco me dijo “ni me pregunte si en mi casa me hablan de esto [risas], en mi casa no, al menos a mí no, porque no tenemos una relación tan cercana, aunque tampoco con mis hermanos se habla [...], yo no hablo con mis papás de esto, en la escuela, con los amigos pues sí”⁸². De tal manera que, para lxs estudiantes, al entender como sexualidad a “las relaciones entre hombres y mujeres [...], el proceso de reproducción biológica y social” (Weeks, 1998: 24), éste, se convierte en un tema privado, pues, argumenta Ernesto, “no podemos hablar con

⁷⁹ Entrevista del 04 de agosto de 2019.

⁸⁰ Entrevistas del 31 de julio de 2019.

⁸¹ Con el “eso” y “ello” me refiere a que dichas preguntas las hacía cuando, por ejemplo, hablábamos de métodos anticonceptivos, del acto sexual o de VIH.

⁸² Entrevista del 08 de agosto de 2019.

cualquiera de ´eso´, de métodos anticonceptivos, de embarazo o de enfermedades [...] siempre hablamos con quien tenemos confianza [...], en mi caso a veces mi mamá, pero más mis amigos”⁸³.

Cuando Susana, Yadira y yo nos encontramos en una cafetería para hablar sobre la enfermería, el cuerpo y la sexualidad, Yadira comento que para ella la sexualidad va más allá del sexo porque “no solo es acostarse [risas] con alguien, sino también educación para evitar embarazos y enfermedades”⁸⁴. No obstante, aunque la estudiante considera que sus planteamientos recorren caminos separados, lo que se ubica en el centro de ambos es la idea de que la sexualidad es una práctica reproductiva, lo cual, como plantea Foucault, tiene que ver con el despliegue discursivo de la sexualidad, mismo que jerarquiza los placeres y los sentires.

Para ellxs, entonces, es en la secundaria y dentro de las escuelas de nivel medio superior donde lxs profesorxs hablan del tema. Al hablar de la sexualidad, Ernesto me dijo “en el COBAO si nos hablaban de sexualidad, ahí me hablaron de los métodos anticonceptivos”. Graciela Morgade (2002) menciona que, dentro de los ámbitos educativos, el enfoque biomédico es el paradigma hegemónico de la sexualidad, es decir, que de los enfoques de la sexualidad que predominantemente se encuentran dentro de las escuelas (biológico, moralizante y biomédico), el que enfatiza en enfermedades, embarazos o estructuras anatómicas, es el que prevalece dentro del contexto académico. Así que, siguiendo los discursos de lxs estudiantes, en las escuelas cuando se habla de la sexualidad se abordan la anatomía genital, la prevención de embarazos no deseados mediante la explicación de métodos anticonceptivos y las enfermedades de trasmisión sexual⁸⁵.

⁸³ Entrevista del 08 de agosto de 2019.

⁸⁴ Entrevista del 31 de julio de 2019.

⁸⁵ Francisco Maglio propone que lo que dentro de las ciencias médicas se conocen como enfermedades de transmisión sexual deben llamarse enfermedades de transmisión genital porque, apoyándose de Wilhelm Reich, señala que la sexualidad solamente transmite placer y amor. No obstante, dice, la medicalización de la sexualidad la redujo a numerosos contactos y riesgos de embarazo y de transmisión de enfermedades, descontextualizándola de la historia, de la cultura y del complejo deseo- placer (Maglio, 2008).

Del mismo modo, para lxs estudiantes, el papel de lxs amigxs adquiere relevancia a la hora de resolver o intercambiar dudas sobre la sexualidad. Pues, aunque Yadira menciona que en su familia hay comunicación, es decir, que platican sobre cómo les va en el día o cómo están, los temas que ella relaciona con la sexualidad los habla en privado con su madre, pero en general con sus amigas, porque con ellas puede conversar sobre chicos que le gustan, lo que siente por algunas personas, o lo que en su momento, dice, considera será su “primera vez”, dejando para las conversaciones con su mamá asuntos relacionados pero que le mencionan en la escuela, por ejemplo, “como prevenir enfermedades como el SIDA o evitar embarazos”⁸⁶. En sus términos, la estudiante agrega que no habla más con su mamá porque ella le comparte información que ya se la han dicho en la escuela, y aunque considera que sus amigas no saben mucho más, piensa que a lo mejor porque algunas ya han tenido novios saben algo diferente.

En este sentido, la idea que expresan lxs estudiantes de querer saber algo que no siempre se les informa en espacios institucionalizados, permite reflexionar sobre las rupturas que va teniendo el discurso hegemónico de la sexualidad, pues, aunque éste se ubica en diversos lugares y ha penetrado múltiples prácticas, lxs estudiantes evidencian la inconformidad que tienen ante el mismo, tanto que dejan ver cómo, aunque ellxs repiten o retoman el discurso de la sexualidad desde el paradigma hegemónico, buscan otros espacios o personas para acceder a la información de otras actividades.

De acuerdo con esto, Yadira agrega que a ella le gustaría saber sobre otros métodos anticonceptivos “no solo del condón, supongo que deben existir más”⁸⁷. Por su parte, Francisco dice que con sus amigos puede hablar de cosas que le resultan “más íntimas e interesantes [...], de mi novia, de... pues de otras cosas, cosas de mí [risas] [...] de eso me gustaría saber”⁸⁸. Esto último, fue parte de la respuesta que me dio Francisco cuando le pregunté sobre erecciones y orgasmos. En este sentido, en la idea del “querer saber más” y “son mis cosas” se ubican los

⁸⁶ Entrevista del 3 de agosto de 2019.

⁸⁷ Entrevista del 31 de julio de 2019.

⁸⁸ Entrevista del 03 de agosto de 2019.

deseos por querer hablar de los placeres, es decir, de todo aquello que no se enmarca en las cuatro características del modelo de sexualidad de Occidente, pero que no se reconocen como parte de la sexualidad o que, por el contrario, se enseñan o se reconocen como parte de una sexualidad anormal o desviada.

Así, dentro de las escuelas, la familia o lxs amigxs el enfoque de la sexualidad no se despega del acto coital, los embarazos y los métodos anticonceptivos. Por ende, del mismo modo, la idea que acompaña a los temas familiares también se enmarca en el “debemos tener cuidado para no cometer tonterías”⁸⁹. Por ejemplo, Susana dice “en mi casa, cuando se habla de esto [la sexualidad] me enfatizan en que yo me cuide, me proteja siempre... en cualquier momento [risas] y que no cometa tonterías..., que no me vaya a embarazar”⁹⁰. Algo no muy diferente sucede con Manuel, él dice que cuando su mamá lo acompañó al municipio donde se ubica la universidad “S”, ya que estaba por comenzar el Curso Propedéutico, le señaló que se cuidara porque, aunque iba a vivir solo, estaba ahí para estudiar y por ende tenía que comportarse, de tal manera que, dice, antes de irse le dejó unos preservativos masculinos.

En este sentido, las respuestas que dan lxs estudiantes reflejan como es que sustentan sus nociones sobre la sexualidad, pero también nos aproximan al contenido del paradigma biomédico de la sexualidad. Ya que, por ejemplo, la información que tienen lxs estudiantes de los métodos anticonceptivos se concentra en el preservativo masculino, sobre todo en sus características y en una única forma de usarlo. Aunque durante las entrevistas lxs estudiantes no logran completar la secuencia de uso que dijeron les han enseñado lxs profesorxs, dejan ver que la práctica de la que hablan es heterosexual y, que, se concentra en la reproducción y no en el placer y el goce: por un lado, aluden a la serie de pre-recomendaciones para un uso “correcto” (p.ej., checar caducidad, no abrir el empaque con los dientes sino con la yema de los dedos y no llevarlo en la cartera) y, por el otro, mencionan los pasos que son referentes al uso del preservativo masculino dentro de las

⁸⁹ Susana. Entrevista del 31 de julio de 2019.

⁹⁰ Entrevista del 31 de julio de 2019.

prácticas heterosexuales (p.ej. el condón debe colocarlo el varón o la mujer una vez que el pene este erecto y para que el preservativo no se quede dentro de la vagina, una vez que se ha sucedido la eyaculación hay que sostener el pene con el condón y retirarlo para desecharlo con un nudo en la basura)

En este tenor, los discursos de lxs estudiantes que se encuentran relacionados a los métodos anticonceptivos evidencian los lineamientos heteronormativos de la educación de la sexualidad, misma que sin duda promueve e inhibe sujetxs, cuerpxs y conductas (flores⁹¹, 2015). Asimismo, estos discursos, como veremos en los siguientes capítulos se refuerzan y atraviesan la práctica profesional de la enfermería, ya que, por ejemplo, las nociones de la sexualidad hegemonía mediante las enfermedades de transmisión sexual empiezan a marcar sujetos de cierta peligrosidad y culpabilidad. En este sentido, se vuelve posible ubicar prácticas que construyen un muro entre lo correcto e incorrecto, entre lo normal y lo anormal, entre lxs sanxs y lxs enfermxs y entre lxs que saben para educar y lxs que desconocen para ser educadx. De tal manera que, vale la pena preguntarse ¿qué hace la universidad con estos discursos?, ¿cómo van estos discursos de la sexualidad, aunados a los de la universidad, constituyendo, delimitando o influenciando en la práctica profesional de la enfermería? y ¿en el marco de qué nociones de cuerpo y sexualidad se forman lxs profesionales de la enfermería y llevan a cabo su práctica del cuidado?

Conclusiones

Las nociones sobre salud, cuerpo y sexualidad de lxs estudiantes de enfermería que están por comenzar oficialmente su formación académica estructuro un espacio de reflexión para tres conceptos que están normalizados dentro de la carrera. Así que, lo que aquí se plasma es el resultado de una serie de preguntas que, aunque pretendían explorar *conocimientos*, dieron cuenta de la jerarquización de saberes y

⁹¹Coloco su apellido en minúscula dado que val flores es una escritora activista de la disidencia sexual que mediante la escritura ensayística y poética hace intervención estético-política. De tal forma, que para ella las minúsculas en el nombre propio son una estrategia de minorización del nombre y una problematización de las convenciones gramaticales. Por ende, coloco así su nombre con el deseo de respetar la manera en la que gusta de aparecer en los textos.

el imaginario que se tiene de la enfermería y, por ende, lo que suponen deben saber para ser reconocidx como enfermerxs.

Para lxs estudiantes fue importante exponerme que la relación que tienen con la salud la construyen a partir de considerarla opuesta a la enfermedad. De tal manera que, aunque por momentos reconocieron la presencia de los saberes que en sus comunidades relacionan con la salud dentro de sus prácticas (toman tés para curarse de algunos malestares o reconocen que en sus lugares de origen la gente desconfía de los medicamentos), los deslegitimizaron cuando, por ejemplo, les cuestioné si consideraban que era importante que dentro de la enfermería se abordaran los saberes tradicionales dentro de la carrera. Ante dicha pregunta ellxs decían que no eran importantes porque lo que en la enfermería aprenderían serían saberes científicos, es decir, comprobados.

Por ende, durante las entrevistas, lxs estudiantes mostraron como consideran que para ser enfermerxs es importante que sus prácticas cumplan con los ideales regulatorias de la *ciencia* (médica) y, aunque, posteriormente caí en cuenta de que si quería conocer su *verdadera* relación con la salud tenía que acercarme a sus prácticas, hasta el momento de nuestros encuentros, lo conversado en las entrevistas me permitía situar el imaginario que tienen lxs estudiantes de la enfermería, pues principalmente estas representaciones posibilitan que relacionen la disciplina con la enfermedad y no con la salud. Esto porque hablar de la salud con ellxs, era hacer puente con las ideas de que la enfermería esta enfocada a curar enfermedades.

Entonces, en los discursos de lxs estudiantes, el cuerpo es una estructura orgánica que alberga la enfermedad. Para ellxs, hablar del cuerpo es enunciar el funcionamiento de una estructura: el correcto y organizado es la salud, su alteración la enfermedad. Por ende, plantean que lo que conocen del cuerpo se vincula con su composición y funcionamiento orgánico, lo que, a su vez, señalan, se relaciona con la enfermería porque a esta le toca participar para la solución de dichas alteraciones.

Aunque saber que lxs estudiantes pertenecían mayoritariamente a comunidades originarias de Oaxaca me llevó suponer que sus nociones del cuerpo eran predominantemente cósmicas o religiosas, pero dado el poco tiempo destinado a las entrevistas me llevó a no saber si mis suposiciones eran ciertas porque en el camino de legitimar su lugar dentro de la enfermería, ellxs me hablaron del cuerpo desde dónde suponían que era correcto hablar. Por ello, como mencionaba anteriormente, sus respuestas fueron consideradas para preguntarse ¿qué es lo que sucede dentro de la universidad “S” con los supuestos de lxs estudiantes?, ¿los reafirma o los desmonta? De tal manera que, para lxs estudiantes llegar a la enfermería es aprender a manipular cuerpos formados por órganos y sistemas.

Por último, cuestionando explícitamente el concepto de sexualidad con lxs estudiantes, antes que nada, reconocimiento que muchas de las preguntas que realicé en las entrevistas ya se encontraban bajo el paradigma biomédico, es en el marco de la genitalidad, las enfermedades y los embarazos que ellxs vincularon el término. De inicio, hablar de la sexualidad evidenció un momento *incómodo* en las entrevistas, dicho momento se relacionó principalmente con la idea de que consideraban que el tema era *íntimo* y *privado*.

Asimismo, establecieron una relación entre la sexualidad y la enfermería en cuanto indican que la enfermería debe *apoyar* durante los embarazos, el tratamiento de las enfermedades o la valoración de los genitales. Es decir, para ellxs, llegar a la universidad para formarse como enfermerxs representa hablar de la sexualidad, como el “hacer del sexo”, de una forma científica y relacionada a temas específicos: planificación familiar, métodos anticonceptivos, embarazos y partos y enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, para lxs estudiantes hablar científicamente de la sexualidad conlleva *disciplinar* sus saberes.

CAPÍTULO II. PRODUCIENDO SUJETXS PARA EJERCER LA ENFERMERÍA: DISCURSOS DE SEXUALIDAD Y CUERPO EN LA “TÉCNICA DEL BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA”

Introducción

El propósito de este capítulo es reflexionar sobre los discursos de la sexualidad y el cuerpo en la formación académica de enfermerxs. Michel Foucault dentro de su libro *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber* (2011) realiza un análisis del poder en el que identifica que las relaciones, dominios e instrumentos de éste, dependen de los momentos históricos. En este sentido, el autor señala que a partir de los siglos XVII y XVIII, la sexualidad se convirtió en articuladora del poder porque el sexo, el elemento más interno del dispositivo de sexualidad, “organiza los cuerpos, su materialidad, sus fuerzas, sus energías, sus sensaciones, sus placeres” (2011: 146), así que el análisis del poder que propone también es un análisis de la sexualidad.

De acuerdo con esto, para Foucault, en el siglo XVIII predominaba el poder jurídico-discursivo del sexo. Éste poder se caracterizaba (aunque sus rasgos podrían situarse predominantemente en un momento histórico, sus estrategias y mecanismos no se eliminan para dar paso a otras, sino que se acompañan, se ensamblan o sustentan con otras) por establecer una relación con el sexo sustentada en prohibiciones, negaciones y censuras, es decir, una relación en la que la ley mandaba y lxs sujetxs obedecen. Sin embargo, a partir del siglo XIX, el autor construye una analítica en la que el poder es caracterizado como una multiplicidad de relaciones de fuerza, y un juego que se transforma, refuerza e invierte según las luchas y los enfrentamientos, así que el poder no significa algo que se adquiriera, sino que se ejerza, además, de que al ser las relaciones de poder inmanentes, intencionales y omnipresentes, están presentes en todos los instantes y los vínculos.

En el marco de esta propuesta, Foucault contempla la importancia de “sumergir la abundante producción de discursos sobre el sexo en el campo de las relaciones de poder múltiples y móviles” (2011: 92). Así que, su postura señala que:

La sexualidad aparece más bien como una vía de paso para las relaciones de poder [...]. En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más inerte, sino, más bien, uno de los que están más dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias (Foucault, 2011: 97).

Por ende, en este capítulo retomo a dicho autor para señalar que entiendo a la sexualidad como un dispositivo sociohistórico, es decir, como “una red de superficie en la que la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos, el refuerzo de los controles y la resistencia se encadenan unos a otros según grandes estrategias de saber y de poder” (Foucault, 2011: 99-100). Para mí, fue importante acercarme a la sexualidad desde dicho referente teórico porque me obligó a re-pensarla fuera del marco biomédico hegemónico. Marco donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda la definición operativa dentro de las llamadas ciencias biológicas y de la salud (CBS). Para la OMS la sexualidad es:

un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida [que] abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, funciones y relaciones. Si bien es cierto que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, así como religiosos y espirituales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018: 16).

Y es que al ser la enfermería parte de las disciplinas de las CBS, es principalmente el enfoque biomédico el eje de la formación académica de lxs enfermerxs. Podríamos señalar fácilmente que la sexualidad no es un concepto explícito en el currículo porque al estar relacionado con la genitalidad y la reproducción, los contenidos de asignaturas que los abordan se consideran suficientes para que lxs estudiantes de enfermería sepan del tema. Ejemplo de ello, es la importancia que

se le da a asignaturas como anatomía, fisiología y patología dentro de la formación académica de enfermerxs, pero también asignaturas (es más, la presencia de estas) como enfermería materno – infantil, enfermería gineco – obstétrica, salud pública y enfermería comunitaria. Pues es que, aunque lxs estudiantes no reflexionen sobre la sexualidad, si preguntamos a familiares y amigxs quiénes son lxs más aptxs para hablar de la sexualidad, siempre se encuentran en las respuestas lxs profesionales de la salud (lxs médicxs en primer lugar), porque a ellxs se les habla a lo largo de sus carreras de métodos anticonceptivos, embarazos y enfermedades de transmisión “sexual”. En este sentido, la revisión (a veces exhaustiva, otras no tanto) de los contenidos de estas materias es lo más cerca que están lxs estudiantes de los temas de “sexualidad”.

Asimismo, en el trabajo de campo me di cuenta de que era posible que el concepto se ubicara dentro del temario de alguna asignatura del plan de estudio de la enfermería, pero que independientemente de su ubicación, era definido, como lo mencionaré a lo largo de este capítulo, apoyándome en el trabajo de Gayle Rubín (1989), desde el esencialismo sexual, es decir, argumentando que el sexo es una fuerza que existe con anterioridad a la vida social y que es inmutable, asocial y transhistórica. También, durante el trabajo de campo vi cómo hay profesorxs que “deciden” no impartir el tema de sexualidad, pese a que éste forma parte de los contenidos a revisar. Entrecorillo *deciden* porque no me interesa realizar juicios de valor de dichas situaciones, sino problematizar qué es y cómo es que operan las relaciones de poder dentro del marco de la formación académica en enfermería.

De acuerdo con esto, sigo los planteamientos de Michel Foucault para señalar que contemplo a lo antes mencionado como *discursos* de la sexualidad, es decir, como producciones mismas de la sexualidad. En este sentido, a lo largo del capítulo sostendré que los discursos de la sexualidad no son, como dice Foucault, una “simple superficie de proyección de los mecanismos de poder [...] [sino] elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de fuerza” (2011: 95-96). De tal manera que es importante poner atención en los efectos del poder-saber

que los discursos refuerzan, y en las coyunturas y fuerzas que vuelven necesaria su utilización, es decir, en el carácter performativo de los discursos (Butler, 2007).

Así que, apartándome del marco hegemónico de la sexualidad, el biomédico (Figari, 2012), y apoyándome en la teoría foucaultiana, feministas y queer, en este capítulo desarrollo cuatro apartados que señalan que, aunque no se habla, o se habla en términos biomédicos, en el currículo formal, de la sexualidad, está siempre presente dentro de la formación académica de lxs enfermerxs.

Para este análisis retomo un componente de los planes de estudio de la enfermería: los procedimientos, específicamente la “técnica del baño del paciente en cama”. Aunque dentro los planes de estudio de enfermería los procedimientos pueden aparecer como técnicas o procedimientos, aquí intentaré sentar algunas bases para que las técnicas/procedimientos se entiendan como *prácticas* de la enfermería.

Según Edgardo Castro (2011), para Foucault la práctica⁹² es “un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que han definido, para una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio” (pág. 320). Por ende, pensar los procedimientos de enfermería como *prácticas*, significa reconocer que el contenido que las explica, enseña y reproduce está regulado por normas que devienen en el encuentro de diversas relaciones de poder situadas y específicas, es decir, que el conocimiento, definido en la enfermería como científico, es un producto histórico y social que posee normatividades epistémicas (Covarrubias, 2018) y no un género neutral como señala el apriorismo (Esteban y Martínez, 2008).

Además, opto por apoyarme en algunos planteamientos de Annemarie Mol para no perder de vista la líneas teóricas, epistemológicas y metodológicas enfocadas en la praxiografía (aunque me acuso de no usar amplia y detalladamente su teoría por temor a haber hecho una lectura poco detallada), para puntualizar que las prácticas son interacciones entre actores humanos y no humanos mediante las

⁹² Aunque Michel Foucault habla de *prácticas discursivas*, en este capítulo ocuparé sus planteamientos para discutir lo que aquí nombraré *prácticas* de la enfermería.

cuales se accede a realidades múltiples (Mol, 2002), o como señala Covarrubias (2019), “lo material y lo humano se entrelazan en la práctica” (pág. 33). En este capítulo, esto se vuelve importante porque las *prácticas* de enfermería, como lo veremos con la “técnica del baño del paciente en cama”, condicionan interacciones entre lxs profesionales de salud, lxs pacientes y lxs objetos que le brindan especificidades a los discursos de la sexualidad.

Entonces, la “técnica del baño del paciente en cama” será la práctica a través de la cual exploraré en este capítulo, los discursos de la sexualidad y el cuerpo, y la cual me da la pauta para señalar que la sexualidad es una categoría presente en la formación profesional de lxs enfermerxs, pese a que no se busque hablar o se hablé explícitamente de ella. Asimismo, con su ayuda intentaré dejar claro cómo es que la discursividad de la sexualidad se encuentra con los conocimientos previos que poseen lxs estudiantes acerca de la salud-enfermedad, el cuerpo y la sexualidad, y cómo es que esto influye en la práctica profesional del cuidado. Esto último desarrollado ampliamente en el siguiente apartado.

Del mismo modo, quisiera señalar que la categoría de *cuerpo* también es importante e indispensable en este capítulo, sobre todo, si tomamos en cuenta que es sobre los cuerpos que la enfermería lleva a cabo muchas de sus prácticas, pero también porque son cuerpos los que están presentes en el escenario de la práctica profesional del cuidado. De acuerdo con esto, me despego de las nociones de *cuerpo* del paradigma biomédico, mismo que argumenta que (en dicha singularidad y generalidad) es únicamente un conjunto de órganos y sistemas, para alinearme a planteamientos como los de Judith Butler, David Le Bretón y Elsa Muñoz, y señalar que en los cuerpos hay úteros, próstatas, vaginas, testículos, etcétera (el cuerpo material), de los que nos valemos para diferenciar, clasificar y jerarquizar a lxs seres humanxs. Es decir, que el cuerpo es una construcción simbólica y no una realidad *per se*; que es materia ubicada dentro de un sistema que produce y es producida por significados sociales. Por ende, en estas hojas agrego algunas reflexiones de la mano de Anne Fausto-Starling y Judith Butler, para hablar de la sexualización de los cuerpos en la enfermería y, simultáneamente, su influencia dentro de la práctica

profesional. De tal manera que los cuerpos de cuidado no son solo cuerpos, sino cuerpos significados.

Con estos elementos entonces, el capítulo se compone por cinco apartados. En el primero, partiendo del trabajo de campo realizado en la universidad “S”, comienzo por presentar las características de la formación académica de lxs licenciadxs en enfermería. En el segundo, sitúo y ubico la “técnica del baño del paciente en cama” dentro de la enfermería. En el tercero presento y reflexiono sobre los discursos de la sexualidad y el cuerpo presentes en la “técnica del baño del paciente en cama”, para ello enlace las observaciones que realicé de la enseñanza conceptual y operativa de la técnica, con los referentes teóricos que ocupó para repensar la sexualidad dentro de la carrera. En el cuarto, establezco una discusión teórica de la sexualidad dentro de la enfermería. Y en el quinto, redacto algunas conclusiones.

Para terminar este apartado introductorio, se me hace indispensable señalar que la elaboración de este capítulo se apoya metodológicamente en dos técnicas de recolección de datos: observación participante y entrevistas en profundidad. De tal manera que, en primer lugar, realicé cuatro observaciones participantes dentro de las instalaciones de la universidad “S”: dos de ellas se concentraron en los discursos de la sexualidad y el cuerpo de la enseñanza conceptual de la “técnica del baño del paciente en cama”, y las otras dos en los discursos de la sexualidad y el cuerpo de la enseñanza operativa de la misma. Las clases conceptuales se desarrollaron en las aulas de la universidad “S”, y las clases operativas en la Clínica Robotizada de la universidad. A lo largo del capítulo detallaré las características de estos espacios físicos y también las de lxs sujetxs y objetos que participan en la práctica. A esto, se suman, en segundo lugar, enunciados y fragmentos de una serie de entrevistas realizadas a ocho profesorxs que contaban con la experiencia mínima de haber revisado frente a estudiantes la técnica en una ocasión. En ambas técnicas metodológicas y previa autorización de lxs participantes, se realizaron grabaciones de audio y notas de diario de campo.

La formación académica de lxs enfermerxs

En México no hay una cifra exacta del número de escuelas que ofertan la carrera de enfermería y tampoco de la cantidad de enfermerxs en el país. Sin embargo, retomando los anuarios estadísticos del ciclo escolar 2018-2019 de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), hay cerca de 300 instituciones académicas que la imparten en los niveles de estudios técnico superior, licenciatura en educación tradicional y licenciatura universitaria y tecnológica (ANUIES, 2019). No obstante, en esta cifra no se encuentran las instituciones que ofertan la enfermería a nivel medio superior: educación profesional técnica y bachillerato tecnológico. Del mismo modo, según el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), en México hay más de 280 mil enfermerxs, aunque lxs profesionales que se dedican al ejercicio libre de la profesión o a otras actividades no están contabilizadxs (SIARHE, 2020). Por lo tanto, el número de escuelas y profesionales de enfermería en el país seguro excede lo registrado.

Sin embargo, los planes de estudio de la enfermería del país, al igual que los de muchas carreras pertenecientes a las CBS, como medicina, odontología y nutrición, se conforman por un conjunto de temas que se imparten principalmente en dos bloques: uno conceptual o procedimental y otro, práctico. Esto significa que más de la mitad de los contenidos que integran los programas de estudios de la formación en enfermería son explicados, primero, con definiciones, esquemas, dibujos y secuencias provenientes de diversas fuentes de información, por ejemplo, libros de texto, manuales operativos, artículos científicos y experiencias personales-profesionales y, después, con la realización de las actividades enseñadas de manera práctica. El resto de los contenidos se revisan únicamente con bloques informativos, es decir, con definiciones y esquemas.

Las clases conceptuales se imparten dentro de los salones de clase, aunque es posible que algunxs profesorxs contemplen una forma diferente de impartirlas, en general son clases que suceden en aula y en donde lxs profesorxs se colocan frente a grupos de entre cuarenta y cincuenta estudiantes para *transmitirles*

información. En otros espacios académicos, estas clases se conocen como formativas o teóricas; sin embargo, aquí decido no llamarlas de estas formas porque dentro de la enfermería hay un mayor interés de que lxs estudiantes memoricen conceptos, y no en que analicen o problematicen lo revisado. Por su parte, las clases prácticas se desarrollan en espacios que son, a veces, salones pequeños y, otras, grandes edificios, pero que en mayor o menor cantidad disponen de objetos que permiten la realización de técnicas, como se supone sucedería dentro de las instituciones de salud del país: pacientes-maniquís, camas y camillas, instrumental médico, etcétera. Pese a que más adelante profundizaré en estas características, considero importante señalar desde ya que los espacios prácticos (a veces llamados laboratorios de propedéutica, salas de prácticas o clínicas robotizadas), se han esforzado por cumplir con la presencia de cuerpos que simulen pacientes, de tal manera que es posible que dichos espacios no tengan agua, pinzas o alcohol, pero sí maniquís y simuladores.

En torno a los contenidos que se revisan dentro de la formación en enfermería, la primera característica a señalar es que los temas que se imparten también son similares en la mayoría de los planes de estudio de enfermería del país. Lo cual nos lleva a mencionar que al margen de la búsqueda que hace la enfermería para darle *cientificidad* a su práctica, han pautado una homologación de la disciplina, pues parten de la idea de que ésta puede ser una, y así enseñarse y desarrollarse de la misma manera en todos los contextos. Ejemplo de ello son los indicadores generalizados que permiten evaluar y reconocer la carrera en todo México: lineamientos preestablecidos que los planes y programas de estudios deben seguir para su elaboración y aprobación, y el Examen General para el Egreso de Licenciatura (EGEL)⁹³.

⁹³ La enfermería es una de las once profesiones (Biología, Ciencias Agrícolas, Enfermería, Medicina General, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Nutrición, Odontología, Psicología, Química, Química Clínica y Químico Farmacéutico Biológico) pertenecientes al grupo, denominado por CENEVAL, “de las Ciencias de la Vida y la Conducta”, en las cuales lxs estudiantes se titulan mediante el EGEL. El EGEL para enfermería (EGEL-ENFER) se compone de 162 reactivos, mismos que se dividen de la siguiente forma: 24 corresponden a educación y promoción de la salud, 57 a cuidados integrales al paciente, 56 a técnicas y procedimientos y 25 a gestión, administración e investigación (CENEVAL, 2014). El EGEL-ENFER forma parte de las modalidades de titulación de aproximadamente el 95%

Ambos son elementos que permiten re-pensar el o los intereses que tiene la enfermería por alinearse a las nociones hegemónicas de los saberes científicos (objetivos y verificables). De tal manera que, por un lado, se pierden de vista las dinámicas y los conocimientos socioculturales locales que deberían ser de relevancia, porque influyen y conforman a lxs sujetxs que se atenderán dentro de las instituciones de salud. No obstante, este perder de vista o, como dice Eve Kosofsky Segwick, este ignorar “lejos de formar parte de una oscuridad ancestral, está producida por conocimientos específicos y circula como parte de regímenes de verdad específicos” (1998: 18), es decir, no es un simple descuido sino una estrategia que sostiene el binarismo entre conocimiento e ignorancia. Por ende, las normas que establecen que un conocimiento es válido porque es científico, también determinan aquellos que deben quedarse fuera del reconocimiento porque se consideran empíricos o populares.

Por otro lado, esta homologación invisibiliza la participación de todos los conocimientos de lxs profesionales de la salud en la formación académica de lxs enfermerxs, pues al señalar que los planes y programas de estudios, así como la metodología de enseñanza-aprendizaje de lxs profesorxs, son neutrales se pierda de vista que en realidad todo lo anterior es parte de los efectos de las disputas de poder encargadas de jerarquizar conocimientos, es decir, producto de una serie de normas que regulan lo que debe y lo que no debe formar parte de la educación profesional en enfermería. Por ende, es importante reflexionar y criticar aquello que llamamos “científico”, pues como señala Martínez (2008), el conocimiento siempre se encuentra “mediado por modelos, habilidades, instrumentos, estándares y situaciones” (pág. 166).

En cuanto a las características de la metodología de enseñanza-aprendizaje del bloque conceptual y práctico de la enfermería, podría señalar que posee dos características: 1) la presencia de la educación tradicional, misma que posiciona de un lado a lxs profesorxs, es decir, a sujetxs con conocimientos superiores y

de instituciones de enfermería. Por este medio, en la universidad “S” se titulan cerca del 98% de lxs estudiantes. A nivel nacional la cifra asciende al 85% aproximadamente.

específicos y, al otro, a lxs estudiantes que son o deben ser, en términos de val flores, iluminados y colonizados por dicho conocimiento (flores, 2018) y; 2) que siguiendo la tradición médica, la observación y la experimentación son parte fundamental de la formación de enfermerxs. De acuerdo con esto último, en *El Nacimiento de la Clínica*, Michel Foucault (2001) señala que las acciones de ver y tocar fueron privilegiadas por la medicina porque ayudaron a construir la idea organicista del hombre. Por ende, ver y tocar se han vuelto indispensables dentro del tecnicismo constituyente de la enfermería.

De tal forma que, reconociendo que el currículo formal de la carrera se entiende en términos de Rogério Diniz como un artefacto político y, al mismo tiempo, una producción cultural “relacionada con la producción socio-histórica de poder por medio de la producción de reglas y patrones de verdad, de selección, organización, jerarquización y evaluación de lo que se define como conocimiento” (Diniz, 2012: 278), considero importante continuar mencionando las prácticas conceptuales y prácticas que integran la licenciatura en enfermería para, posteriormente, enfocarme en una de ellas: la “técnica del baño del paciente en cama”.

Dentro de la enfermería, lo conceptual tiene que ver con los bloques de información que integran la revisión de los temas que forman parte de los cincuenta programas de estudio de la carrera. En cada uno de los diez semestres de la universidad “S”, los estudiantes revisan cinco asignaturas o materias, cada asignatura tiene un programa que contiene entre 3 y 11 unidades y, cada unidad, entre 5 y 20 subtemas. Hay materias que revisan un mínimo de 16 temas y otras que se estructuran con cerca de 125. Los programas de asignatura más grandes son aquellos que se relacionan con las ciencias exactas, en especial, con la química y la biología, Microbiología y Parasitología, por ejemplo. Y, los programas académicos más cortos son aquellos que no contienen temas vinculados a áreas asistenciales de enfermería sino de docencia, investigación y administración en enfermería, tal es el caso de la materia Estrategias de Enseñanza-Aprendizaje en Enfermería y del Seminario de Tesis. Lo que de alguna manera se relaciona con la proyección académica-laboral de lxs enfermerxs, pues más del 70% de lxs

contenidos académicos de los planes de estudio de enfermería se relacionan con el área operativa, más del 60% de lxs egresadxs espera laborar en una institución de segundo o tercer nivel de salud y cerca del 95% de lxs enfermerxs del país laboran en una unidad hospitalaria (Escobar y Covarrubias, 2019; SIARHE, 2019).

En este sentido, los temas que se revisan durante la formación en enfermería están organizados bajos criterios del tecnicismo y, por ende, están ubicados según sus grados de profundidad y complejidad: de lo *más* sencillo hasta lo *más* complejo. Por ello, en el primer año se ubican los contenidos relacionados con la epistemología de la enfermería (ej. historia de la enfermería en el mundo, ética de enfermería y el proceso enfermero); más, aquellos que introducen a la práctica médica científica (microbiología y parasitología a nivel básico pero anatomía y fisiología con amplia profundidad) y los que poseen un enfoque sociológico y filosófico (ej. construcción social de la salud-enfermedad, filosofía griega, de la edad media y contemporánea y; teoría general de sistemas).

En el segundo, tercer y cuarto año disminuyen considerablemente los temas vinculados a las Ciencias Sociales (sociológicos y filosóficos) y aumentan los clínicos. Aquí, se revisan temas relacionados con las especialidades de enfermería, mismas que están agrupadas de acuerdo con los niveles de atención: primero, los contenidos referentes a los fundamentos de enfermería (ej. reconocimiento de la unidad de lxs pacientes, signos vitales y somatometría); después, los relacionados al primer nivel de atención (ej. determinantes de salud, promoción a la salud, atención comunitaria y cadena de red de frío⁹⁴); posteriormente, los vinculados a las especialidades, comenzando por las de segundo nivel (las especialidades básicas del segundo nivel son: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría) y terminando con las de tercer nivel de atención (de tal forma, que se revisan temas de las áreas de materno-infantil, médico-quirúrgica, ginecología, obstetricia, urgencias, geriatría y psiquiatría) y; por último, los que tienen que ver

⁹⁴ La Organización Panamericana de la Salud define la Cadena de Frío como el "sistema logístico que comprende los recursos humanos y materiales, necesarios para llevar a cabo el almacenamiento, conservación, transporte de las vacunas en condiciones óptimas de temperatura, desde el lugar de fabricación, hasta el sitio donde las personas son vacunadas" (OPS, 2000).

con los tres campos de acción de la enfermería restantes: administración, docencia e investigación.

Asimismo, en estos años se afinan los temas correspondientes a la disciplina médica, o sea, aparecen los referentes a la semiología (ej. terminología por aparatos y sistemas, técnicas de exploración física y expediente clínico), la patología (ej. patologías infecciosas, oftalmológicas, renales, oncológicas y de trauma) y la farmacología (ej. farmacología cardiovascular, anestésica, de urgencias y tópica). Además, se suman los contenidos de esta misma disciplina pero que fueron pensados y colocados en ciertos programas de enfermería para darles *sustento* (validez) a los cuidados (ej. antes de llevar la materia de Enfermería Pediátrica, llevaron Pediatría Clínica. Lo mismo sucede con Enfermería Psiquiatría o Enfermería Comunitaria). Aunque de manera muy superficial, aquí también se revisan contenidos que complementan las actividades del quehacer enfermerx, por ejemplo, los referentes a tanatología, nutrición, bioestadística y legislación.

En el último año, la carga de asignaturas sigue siendo del perfil para enfermerxs pero ahora enfocada a la docencia e investigación (ej. investigación cualitativa aplicada, estrategias de enseñanza y aprendizaje y simulación como medio de enseñanza), a la evidencia clínica y metodología de la enfermería (práctica clínica basada en la evidencia, búsqueda de mejor evidencia y elaboración de guías de práctica clínica) y al ejercicio libre e *innovador* de la profesión (ej. prescripción farmacología de enfermería, consultoría de enfermería en diversos grupos etarios, plan de negocios para enfermería y mercadotecnia para emprendimientos en enfermería).

Por ende, dentro del plan de estudios, podemos encontrar que cerca de un tercio de las materias cursadas son totalmente conceptuales, sobre todo las pertenecientes al área básica y complementaria. No obstante, dos tercios son conceptuales y prácticas. Esto, guarda relación con lo anteriormente señalado, puesto que el tecnicismo influye y define ampliamente el quehacer de enfermería. Pues al ser (o entenderse) el cuidado dentro de la enfermería una serie de

actividades que se ejecutan sobre los cuerpos, los planes de estudio de la carrera se concentran en las técnicas y procedimientos.

En este sentido, las actividades que dentro de la enfermería se consideran prácticas son aquellas que involucran que lxs estudiantes y profesorxs enseñen y realicen actividades con fines específicos, en este caso el *cuidado*. Por lo tanto, a lo largo de cinco años de carrera, lxs estudiantes revisan y realizan aproximadamente ochenta procedimientos. De ellos, 62, todos pertenecientes al área disciplinar, se encuentran estandarizados: 17 son de la asignatura de Bases de la Enfermería Clínica (tercer semestre), 6 de Enfermería Comunitaria (cuarto semestre), 11 de Enfermería Materno-Infantil (cuarto semestre), 12 de Enfermería Médico-Quirúrgica (quinto semestre), 5 de Enfermería de Cuidados Intensivos (sexto semestre) y 11 de Enfermería Pediátrica (séptimo semestre)⁹⁵. Dentro de este bloque de actividades *prácticas*, se encuentra el procedimiento que retomaré en este capítulo para reflexionar en torno a los discursos de la sexualidad. Sin embargo, primero realizaré tres precisiones: la primera, tiene que ver con la elección del procedimiento; la segunda, con el por qué estaré hablando de la técnica como una *práctica* de la enfermería y; la tercera, qué es aquello a lo que dentro de la enfermería se le ha denominado *estandarización*, es decir, práctica o procedimiento estandarizado y por qué este término nos impulsa a preguntarnos ¿cuál es el verdadero objeto de estudio de la enfermería?

Primera. Debo señalar que me limitaré a mencionar las inquietudes epistemológicas que me llevaron a elegir el procedimiento de la “técnica del baño del paciente en cama”. No obstante, en el siguiente apartado ubicaré el procedimiento de manera disciplinaria e institucional.

Dentro del curriculum formal de la Licenciatura en Enfermería, hay una limitada presencia explícita de los conceptos teóricos sobre los que me interesa repensar en este proyecto: cuerpos y sexualidad(es). En la universidad “S”, el primer

⁹⁵ Estos procedimientos no son los únicos que se revisan durante la carrera, hay algunos que se imparten por cuenta de lxs profesorxs, ya sea porque consideran que son importantes o porque lxs estudiantes lo solicitan.

concepto aparece en el marco del estudio de la anatomía y fisiología; el segundo, junto a los subtemas de masculinidad y feminidad; ambos temas de la unidad “construcción social de la salud-enfermedad” de la asignatura Sociología y Salud. No obstante, en ninguna asignatura aparecen los conceptos “solos” para la reflexión; aunque a diferencia del cuerpo que, aún enmarcado en el discurso biomédico, aparece muchas veces en el plan de estudios, la sexualidad aparece textualmente una sola vez, pues los aspectos biomédicos, fisiológicos y anatómicos vinculados a la sexualidad que le interesan a la enfermería revisar se encuentran en asignaturas como ginecología, obstetricia y materno infantil.

Ante este panorama y acercándome en la maestría a la teoría foucaultiana, comencé a preguntarme en qué o en cuáles *espacios* de la formación en enfermería era posible ubicar el discurso (aparentemente oculto) que lxs docentes tenían en torno a las sexualidades y los cuerpos. Así, esto que comenzó como una inquietud, después fue tomando sentido, pues con las entrevistas y observaciones me di cuenta de la importancia y necesidad de re-pensar la sexualidad y el cuerpo dentro de la disciplina para, a su vez, problematizar la práctica del cuidado de enfermería. Por ello, tuve que decidir dos cosas: primero, que por la cantidad de procedimientos que se revisan en la formación académica de enfermerxs sería uno de éstos en el que centraría mi análisis, no podemos olvidar que el tecnicismo es ampliamente buscado y valorado dentro de la carrera; después, que de entre dos opciones: la instalación de sonda vesical⁹⁶ y el baño del paciente en cama, era este último el elegido.

Elijo este último porque la “técnica del baño del paciente en cama” es una de las primeras prácticas que hacemos como estudiantes de enfermería e incluye a todxs lxs pacientes. Además, es el primero que nos lleva a establecer un contacto directo e invasivo con lxs pacientes, es decir, es en esta actividad donde muchxs tocamos por primera vez a sujetxs desnudxs, y no siempre conocidxs, y también es

⁹⁶ El sondaje vesical es una técnica con fines diagnósticos (ej., para tomar muestras de orina), terapéuticos (ej., irrigación vesical) o hemodinámicos (ej., control estricto de líquidos) que consiste en introducir a través del meato urinario una sonda, tubo de látex, que llega a la vejiga y causa que la orina salga del cuerpo. De acuerdo con esto, la técnica condiciona que lxs enfermerxs se pongan en contacto directo con el área genital de lxs pacientes.

aquí donde por primera vez observamos el área genital similar o no a la nuestra, así que tanto para nosotrxs como para lxs pacientes no es lo mismo bañar o ser bañadx por una persona con vulva y vagina similar a la mía que a una persona con pene. De tal manera que, este procedimiento es una práctica viable para reflexionar y discutir la manera en que la institución, sus contenidos y lxs profesorxs entienden, transmiten y reproducen nociones de cuerpo, sexualidad y género y, por ende, el lugar que me da la pauta para reflexionar acerca del papel que tiene la universidad y la enfermería en la definición y delimitación de quiénes y cómo serán lxs enfermerxs.

Segunda. De acuerdo con Susana Rosales y Eva Reyes, enfermeras y autoras de uno de los libros más utilizados en la formación de enfermerxs en México: *Fundamentos de Enfermería*, es prioritario para la ejecución y evaluación de las prácticas de cuidado distinguir entre actividad, procedimiento y técnica de enfermería. Según sus planteamientos, las *actividades* son acciones específicas que se llevan a cabo en una intervención⁹⁷ y se encuentran relacionadas con el diagnóstico de lxs pacientes. Por su parte, el *procedimiento* es un “método para ejecutar un acto o una serie de actos y contiene una serie de instrucciones aprobadas y recomendadas [...]. Describe la realización secuencial de cada uno de los pasos necesarios para conseguir un objetivo concreto” (2004: 45). Académicamente, los apartados que conforman a los procedimientos son: nombre o título, definición, objetivo, material/equipo y técnica. Por ende, la *técnica* forma parte del procedimiento y se concentra en la ejecución, es decir, en el hacer de los pasos.

En este sentido, aunque dentro de la enfermería hay un interés por distinguir puntualmente qué es una intervención, una actividad, un procedimiento y una técnica, en este trabajo me acercaré a la “técnica del baño del paciente en cama”, nombre con el que aparece en el temario de prácticas de la enfermería de la universidad S, desde el concepto de práctica, misma que aludiendo a la clasificación

⁹⁷ Por su parte, las intervenciones también son diferentes a los procedimientos pues se enfocan en “el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico” (Rosales y Reyes, 2004: 45).

señalada por Rosales y Reyes guarda relación con lo que ellas definen como *técnica*. Para Mol (2002) las prácticas enuncian objetos porque son interacciones, y es que es en el acto que se está diciendo algo. Así que seguir esta línea de lectura permite re-pensar en torno a la ejecución de un conjunto de pasos, pero también en la diversidad de elementos que participan en la actividad y la forma en que estos operan para que los profesorxs definan de tal o cual forma lo que enseñan; para saber cómo y por qué usan tales o cuales equipos o materiales y para que enseñen siguiendo tal o cual metodología. Por lo tanto, en estas hojas me estaré refiriendo al procedimiento de la “técnica del baño del paciente en cama” como una práctica.

Tercera. Según organismos como la Secretaría de Salud y la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), la estandarización es una sistematización *necesaria* que busca homologar y ordenar las prácticas de enfermería. Es decir, es un proceso que pretende una aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de enfermería. Aunque dentro del marco de la enfermería no existe un documento oficial que argumente qué se entiende por conocimientos, valores, actitudes, habilidades y funciones *propias* de enfermería, sí hay archivos que dan la pauta para su definición. En las fuentes más consultadas que conozco (Secretaría de Salud, 2005; Torres y Urbina, 2006; Comisión Permanente de Enfermería [CPE], 2019) las *actitudes* se entienden como estados de ánimo que se expresan de diversas maneras; los *valores*, por su parte, como principios que orientan las acciones hacia los otros; las *habilidades*, como capacidades para hacer correcta y fácilmente alguna actividad y; los *conocimientos* como aquellos saberes que le dan fundamento al cuidado.

De acuerdo con esto, la *estandarización* busca que, mediante protocolos y documentos normativos, exista la regulación de los haceres de enfermería (Posos-González y Jiménez-Sánchez, 2013; Secretaría de Salud, 2018). Es decir, al considerarse como *saber científico* solo aquello proveniente de teorías o capaz de ser explicado a través de ellas, la enfermería se alinea a prácticas como la Enfermería Basada en la Evidencia y la estandarización de procedimientos, para señalar que sus conocimientos, habilidades y actitudes son racionalizadas,

característica principal del método científico (Esteban y Martínez, 2008). Por lo cual, lo que emerge es la pretensión de darle sustento *científico* a todo aquello que, se dice, imposibilita que la enfermería sea considerada una ciencia y no un arte. Así que, la homologación busca darle científicidad a la “naturaleza” del cuidado. No obstante, como señala Ricardo Ayala, enfermero y sociólogo chileno, la jerarquización de las profesiones, y la ubicación de la enfermería dentro de esta, responde a una organización construida socialmente por los diversos mecanismos de poder, así que no es una actividad innata sino políticamente determinada (Ayala, 2013).

En la universidad “S” las técnicas estandarizadas se construyen cuando lxs profesorxs que las han impartido o impartirán se reúnen para *acordar* los pasos de su hacer. En diversas reuniones lxs profesorxs hacen uso de su experiencia y de diferentes textos (libros, Guías de Práctica Clínica y Planes de Cuidados de Enfermería) para unificar los pasos que deben seguirse para la enseñanza y la realización de las técnicas. Una vez acordado⁹⁸, todxs lxs profesorxs deben llevar a cabo la enseñanza teórica y práctica de los contenidos de la misma forma. Es posible que lxs profesorxs agreguen una modificación, recomendación o sugerencia; sin embargo, al final, las evaluaciones de lxs estudiantes deben constar de lo estandarizado.

No obstante, como veremos en la presentación de la técnica, así como en los fragmentos de las entrevistas que colocaré en este capítulo, a pesar de que en los salones de clases algunxs profesorxs argumentan que alinean sus explicaciones a lo acordado en las reuniones; detrás de los discursos que integran su práctica profesional se ubican elementos subjetivos, mismos que se encuentran fuera de los marcos de la “racionalidad”. Esto es una oportunidad para reflexionar en torno a lo que llamamos ciencia. Por ejemplo, autorxs como Thomas Laqueur o Anne Fausto

⁹⁸ Estos “acuerdos” son, en realidad, campos de disputa, es decir, espacios que legitiman qué y quiénes tienen voz para decir tal o cual cosa. En el caso de los textos, los elegidos son aquellos que fueron escritos por médicxs o enfermerxs reconocidos y son de años recientes. Por su parte, lxs profesorxs que dentro de las reuniones tienen voz son aquellxs que laboran actualmente dentro de instituciones de salud o que llevan muchos años impartiendo la asignatura donde se ubican las actividades que se revisan.

Starling han problematizado en sus trabajos a la ciencia médica, y han dado cuenta de cómo la medicina reproduce las concepciones sociales y, por lo tanto, la clasificación binaria de los cuerpos. Por ende, como intentaré señalar más adelante, los discursos de la enfermería no se dan dentro de un marco “científico” neutral (Foucault. 1996; Butler 2002; Mol, 2002).

En la estandarización, en cuanto a estrategia de homologación de la profesión, también permite dar cuenta de cómo se unifican los cuerpos *con y sobre* los que trabaja la enfermería. Mari Luz Esteban (2013) señala que para dejar de considerar al cuerpo como un objeto y considerarlo como un sujeto, es indispensable partir de la identificación de sus yoes y cuerpos, de acuerdo con esto, considerar a lxs pacientes como sujetxs, es tomar en cuenta que son cuerpos sexuadxs y generizadxs atravesadxs e influenciados por diversas categorías sociales, entre ellas, clase, raza y edad. No obstante, dentro de la enfermería se encuentran dos situaciones, por un lado, dentro de la carrera hay un énfasis por brindar cuidados acordes a lxs pacientes, aunque en las clases las particularidades de lxs pacientes y de lxs enfermerxs no se contemplan, es decir, para el quehacer de enfermería no se problematizan las condiciones sociales de lxs participantes, pues lo único que se vuelve importante es aprender y llevar a cabo los algoritmos de atención; pero, por otro lado, que los cuerpos que interactúan estén sexuadxs y generizadxs ya le da especificidad a los haceres de enfermería.

En este sentido, los planteamientos de la *estandarización* no retoman que en la práctica profesional las actividades del quehacer enfermerx no se llevan a cabo de la misma forma, y que ni lxs enfermerxs ni lxs pacientes son lxs mismxs, es decir, ejemplificando con la “técnica del baño del paciente en cama”, no es lo mismo bañar a un paciente varón joven, que a un paciente varón adulto, tampoco es igual si quien lo realiza es una enfermera y no un enfermero y, menos, si lxs enfermerxs laboran en un hospital de segundo nivel ubicado en una región rural o en una urbana. La técnica no es igual en ningún sentido y en la práctica las diferencias se hacen (más) evidentes porque, por un lado, hay diferencias materiales y, por el otro, independientemente del espacio social, las normativas de género se encuentran

operando para y en el desarrollo de esta. Por ello, muchas veces lxs estudiantes de enfermería regresan de sus prácticas expresando que bañar a tales o cuales pacientes les causó pena, vergüenza o miedo o, que el baño que realizaron lo hicieron sin los materiales que habían aprendido.

Por ende, uno de los elementos más importantes a problematizar es el cómo operan los estándares homologatorios dentro de la práctica profesional de la enfermería, sobre todo porque no se reconoce que dentro del escenario educativo se encuentran también presentes las emociones, las creencias y las nociones (es decir, la subjetividad) de lxs profesorxs, lo que hace imposible reflexionar sobre el cómo es que ésta incide en la forma de impartir los cursos y, a su vez, cómo en la formación profesional conceptual y en la práctica de lxs estudiantes. Y es que, por ejemplo, como iremos viendo, uno de los principales elementos de especificidad que adquieren lxs sujetxs de cuidado, así como estudiantes y profesorxs, dentro del espacio educativo tiene que ver con el área genital, pues es al llegar a esta zona donde lxs profesorxs explican a lxs estudiantes, o lxs estudiantes a lxs pacientes, la importancia de modificar la ejecución de muchas técnicas, pero también el desarrollo de otras. Sin embargo, esto se encuentra normalizado porque para la ciencia existen únicamente dos sexos, o sea, dos sujetxs de cuidado o capaces de cuidar, pero al no ser la ciencia neutral, la explicación y realización de la técnica ya se encuentra influenciada por el contexto social.

Situación y ubicación de la “técnica del baño del paciente en cama” dentro de la enfermería

María Durán de Villalobos, en *Marco epistemológico de la enfermería*, un texto clásico para estudiar el marco epistemológico de la enfermería señala que la perspectiva de la enfermería está compuesta por cuatro características: “la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras y la perspectiva de salud y bienestar” (2002: 08). Y, aunque existe un sinnúmero de definiciones de la enfermería, como la dada por Florence Nightingale (1990) en la que argumenta que la enfermería es el arte y la ciencia del

cuidado, lo que comparten todas es la delimitación del *cuidado* como objeto de estudio de la disciplina.

También, dentro de la enfermería, el cuidado es conceptualizado de múltiples formas, por ejemplo, siguiendo con Nightingale, el cuidado se entiende como *acciones* que se proporcionan a *un paciente enfermo* para potencializar su *recuperación* (1990). Pese a la forma en que múltiples autoras (en femenino porque las teorías de la enfermería existentes son de mujeres) puedan definir al cuidado, en general, funge como sinónimo de *preservación o conservación de la vida* y, por lo tanto, se encuadra dentro de un conjunto de conocimientos y habilidades que, se dice, deben ser ejecutados por un personal especializado y capacitado (Rosales y Reyes, 2004).

Es más, desde antes de que se buscará la profesionalización del cuidado, el pensamiento nightingaleano señalaba que las mujeres tarde o temprano serían enfermeras porque son ellas las que en cualquier momento de su vida estarían a cargo de la salud de alguien: padres, hermanxs, esposos, hijxs, nietxs, etcétera. Es decir, desde los comienzos de la enfermería se lee y vive una situación que persiste hasta estos años: que la enfermería es una profesión de y para mujeres. En la actualidad, la carrera se encuentra altamente feminizada (cerca del 90% de lxs estudiantes de enfermería del país son mujeres) y los enfermeros con frecuencia son blanco de burlas en las que principalmente se somete a juicio su masculinidad y su ejercicio profesional del cuidado; no obstante, estos últimos también tienen la posibilidad de gozar de los privilegios que da ser varones (remuneraciones académicas y laborales y, a veces, distanciamiento del trabajo doméstico y de cuidados) (Jiménez, 2020).

Aunado a esto, en el discurso profesional, junto a la noción de cuidado aparece el término *holismo*, es decir, según lo estipulado, el cuidado que brinda la enfermería es *holístico*. El *cuidado holístico*, retomando a Rogers (1980) y Mijangos-Fuentes (2014) se entiende como la serie de actividades enfocadas a sanar a la persona completa mediante la unidad de su cuerpo, mente, espíritu y medio ambiente. En realidad hospitalaria, el *cuidado holístico* es un ideal dentro de los

servicios de salud; primero, porque dentro de los planes de estudio de la enfermería no se revisan crítica y reflexivamente los temas vinculados a la psicología, sociología, antropología y filosofía, los cuales, bien podrían ayudar a que lxs enfermerxs otorguen una atención más vinculada a las necesidades de lxs pacientes y menos memorística, mecánica y protocolaria y; segundo, aunque susceptible a problematizarse dentro de las instituciones de salud privadas donde lxs enfermerxs tienen únicamente entre unx o dos pacientes a su cargo, en la mayoría de las instituciones hospitalarias del país, el personal de enfermería realiza jornadas de trabajo de entre ocho y once horas (sin contar sus guardias o dobles turnos), en las cuales como mínimo tienen, por ejemplo, en servicios de hospitalización, cinco pacientes a su cargo, situación que complica *detenerse* a brindar un *cuidado holístico*, pues la atención debe dividirse entre varios pacientes en un tiempo muy corto.

Pero, al margen de que en la enfermería el cuidado se entiende como una serie de actividades por realizar, parece ser que muchas veces lxs enfermerxs son lxs que *deciden* voluntariamente hacer o no lo que les toca y aunque no quiero decir que no sea así, considero que no es la única forma de leer la ausencia de esta característica del cuidado, tal vez, de inicio habría que preguntarnos si aun teniendo las condiciones *óptimas* es posible brindar un cuidado holístico, y si no es que de lo único que estamos cerca es de brindar un cuidado *integral*. Sin embargo, en busca de este cuidado, los planes de estudio reflejan el innumerable interés porque lxs estudiantes aprendan a realizar un gran listado de procedimientos que tienen como objetivo cubrir la “capacidad” que tienen lxs sujetxs para satisfacer sus necesidades de manera autónoma. Lo que también es relevante dentro de la enfermería es que los programas académicos de los planes de estudios de la enfermería están enfocados al tratamiento de patologías y no a la prevención, situación que nos obliga a reflexionar en torno a la dicotomía salud-enfermedad.

La selección y ejecución de los cuidados se trabaja desde ciertos *modelos y teorías* de enfermería, sin embargo, al final, todos estos son visiones particulares del mundo y muchas veces no corresponden a la visión actual ni al contexto donde

serán aplicados. Un ejemplo de ello es el metaparadigma onto-epistemológico de la enfermería. El metaparadigma es un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la enfermería (Marriner y Raile, 2011), los conceptos que lo conforman son: persona, entorno, cuidado (así, en singular) y salud. Éste, define las relaciones entre las ideas y los valores de la disciplina: persona-salud, persona-entorno, salud-cuidado y persona-entorno-salud. Aunque integra el primer nivel de especificidad y perspectiva del cuidado, cada modelo teórico brinda una forma específica para definirlo.

De acuerdo con la clasificación de las escuelas de pensamiento que realiza Kérouac (1996), también un “clásico” en la enfermería, a la escuela de las necesidades pertenecen las teorías de Virginia Henderson y Dorothea Orem. Estas teorías son de las más importantes en las escuelas de enfermería del país y, aunque enfatizan en lugares diferentes, al final coinciden en que el ser humano (así, en general) tiene múltiples necesidades que deben ser cubiertas, entre ellas, alimentación, eliminación, movimiento, descanso, higiene, comunicación y religión. No obstante, cubrir dichas necesidades conlleva lo que Aurelia Martin Casares (2006) le critica a la *antropología de las mujeres*. Para ella, el término “mujeres” reduce las particularidades de lxs sujetxs a características universales *solo* por compartir el sexo biológico, pero no puede ser así, no se puede hablar de “ellas” solo por dicha coincidencia. Bueno, en la enfermería bien podría darse una reflexión similar porque el “ser humano”, el “cuidado” y la “necesidad” albergan una serie de generalizaciones, ignorando que no todxs respiran, comen, se mueven o se bañan en las mismas condiciones, con las mismas cosas y de la misma forma.

En este sentido, en la formación académica de enfermerxs, y como parte de los procedimientos que tienen la finalidad de cubrir las necesidades de *higiene*, lxs estudiantes revisan la “técnica del baño del paciente en cama”. Ésta forma parte de las diecisiete técnicas estandarizadas que se ubican dentro de la asignatura “Bases de la Enfermería Clínica” de la universidad “S”, aunque, dependiendo del plan de estudios, la materia también puede llamarse Enfermería Fundamental (como en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla [BUAP]), Fundamentos de

Enfermería (como en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia [ENEO-UNAM]), Cuidado en la Clínica (como en la Universidad Autónoma Metropolitana [UAM]) o Propedéutico de Enfermería (como en la UABJO).

Aunque la asignatura puede variar de nombre, en general, se conforma por contenidos conceptuales y prácticos definidos como la base y orientación del *quehacer enfermerx*. Es decir, es en esta asignatura donde se revisan y realizan las actividades que se argumenta se realizan independientemente del nivel de estudios de lxs enfermerxs o de la especialidad a la que estxs se dedican. En este grupo de actividades se encuentran los planes de alta, la toma de signos vitales, la somatometría, la movilización y traslado de pacientes, el manejo de equipos estériles y el baño y tendido de cama. Dicha clasificación bien podría tener como primera lectura el resultado de la materialidad de las fuerzas de poder históricas en las que participó el saber médico. Pues, la jerarquización de las actividades de enfermería guarda relación con el vínculo que éstas tienen con la práctica médica, es decir, aquellas que se encuentran relacionadas con las altas especialidades de la medicina son consideradas complejas (ej. cateterizaciones y sondajes), por su parte, aquellas que tienen que ver con los aspectos “naturales” de lxs pacientes, son consideradas básicas (ej. comer, dormir, vestir y caminar).

De acuerdo con el plan de estudios de la universidad “S”, la asignatura de “Bases de la Enfermería Clínica” se ubica en el cuarto semestre (aunque en la mayoría de los planes de estudio de enfermería se localiza en el primer semestre, en su defecto, en el primer año de carrera), y tiene como objetivo que lxs estudiantes realicen procedimientos de enfermería fundamentales con sustento científico, de tal forma, que consecutivamente sean capaces de brindar una atención con enfoque integral. Dentro de la enfermería, la integralidad siempre tiene que ver con el holismo, con la idea de brindar una atención que contemple los recursos internos (por ejemplo, las creencias y los valores) de lxs pacientes y no solo los exteriores (la enfermedad y el tratamiento); sin embargo, aunque escribiendo desde un contexto de educación sexual diferente al de la enfermería y al de México, Eduardo Mattio (2018) señala que la enseñanza y la educación integral para ser

consideradas como tales, deben desafiar las constricciones de los sistemas opresores, por ende, si queremos que lxs estudiantes de enfermería brinden un cuidado integral debemos estar conscientes de cuáles son las relaciones de normalización y separación que en el interior del cuidado se están reproduciendo. Además, regresando a la materia, es en ésta donde se agrupan las primeras técnicas de enfermería que lxs estudiantes realizarán en la Clínica Robotizada. También es la primera asignatura a la que le corresponde un período de prácticas intersemestrales.

En términos de enfermería, los contenidos que se revisan en la asignatura de “Bases de la Enfermería Clínica” son considerados *básicos*, es decir, la “técnica de baño del paciente en cama” es un básico de la enfermería. La técnica forma parte de la unidad “Higiene del paciente”, dentro de ella se revisan los temas de “baños y aseo personal del paciente” y “tendido de cama”. Para la disciplina, en cuanto a las técnicas/procedimientos, la palabra “básico” deriva de una clasificación que indica que las actividades pueden ser de dos tipos: básicas o complejas, todo, por supuesto, según su dificultad técnica. Por ejemplo, tomar signos vitales o bañar pacientes son procedimientos básicos, pero reanimar pacientes o intubarlxs complejos.

Retomando la visión de la enfermería hegemónica, los *quehaceres* básicos, a su vez, pueden reflexionarse en torno a dos ideas principales: 1) dentro de teorías o modelos de enfermería como los de Florence Nightingale, Virginia Henderson y Dorotea Orem, los procedimientos básicos se presentan como parte fundamental de la enfermería, puesto que se vinculan con los cuidados básicos: seguridad, comunicación, alimentación, respiración, eliminación, higiene, sueño y descanso, temperatura y ejercicio y movilidad (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath y Robertson-Malt, 2010), mismos que lo son porque se llevan a cabo independientemente del diagnóstico de lxs pacientes; sin embargo, 2) en la práctica asistencial, los procedimientos básicos son tareas que se delegan a enfermerxs con

menor nivel académico, o sea, a lxs técnicxs o auxiliares en enfermería, pues son considerados actualmente de poca importancia⁹⁹.

Aunque no estoy en total desacuerdo con lo anterior, tampoco se debe perder de vista las características estructurales del sistema de salud en las que labora la enfermería; por ejemplo, las cargas de trabajo y las jerarquías laborales. Dichas características influyen en la realización de las actividades de enfermería, puesto que son el resultado de una serie de relaciones de poder. Dentro de las instituciones de salud la “técnica del baño del paciente” suele llevarse a cabo dentro del turno matutino, aunque también es en este turno donde se administra la mayor cantidad de medicamentos, donde se realizan los cambios de ropa, la mayoría de las curaciones y el noventa por ciento de los exámenes de laboratorio y gabinete. Dentro de la enfermería no conozco una referencia científica en torno al porque lxs pacientes deben bañarse por las mañanas, en el discurso hospitalario se alude a los beneficios del baño matutino: que estimula la circulación y reactiva el cuerpo, que favorece el estado de alerta y que quita la suciedad y brinda frescura. No obstante, no debemos perder de vista que el baño es una práctica cultural y que su ubicación dentro de la rutina de enfermería bien podría responder a las nociones propias de la higiene.

De acuerdo con esto, estas actividades de enfermería, aunadas a muchas otras, deben ser realizadas por enfermerxs que al mismo tiempo tienen a su cargo entre ocho y diez pacientes en el caso de hospitalizaciones (cirugía general, urgencias y medicina interna) o, entre uno y dos si se labora en áreas de cuidados intensivos. En este panorama, es viable que, dentro de las jornadas de las instituciones de salud, muchas veces el personal de salud opte por realizar las actividades directamente relacionadas a la estabilidad del estado de salud de lxs pacientes, es decir, aquellas que de no realizarse comprometerían inmediatamente la vida, y delegar o retardar aquellas enfocadas a la conservación de la salud (y no a la recuperación, como podría la administración de medicamentos y la aspiración

⁹⁹ En el siglo XIX, durante el surgimiento de la higiene, se mostró que las prácticas higiénicas podían salvar vidas. No obstante, actualmente su ejecución parece no ser de relevancia porque aparentemente no compromete los procesos terapéuticos ni la vida de lxs seres humanxs.

de secreciones), o sea, aquellas que de no realizarse “no” pondrían en riesgo inmediato a lxs pacientes¹⁰⁰.

Para finalizar la contextualización del procedimiento quisiera agregar que en la licenciatura en enfermería de la universidad “S”, la higiene comienza a ser un tema hasta que se cursa la materia de “Bases Clínicas de la Enfermería”, es decir, hasta el tercer semestre. Dentro de esta materia, siguiendo el libro de *Fundamentos de la Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas* de Barbara Kozier, la higiene se define como “la ciencia de la salud y su mantenimiento” (Berman, Snyder, Kozier y Erb, 2013: 750). De tal manera que, por su parte, la “técnica del baño del paciente en cama” se entiende como la limpieza general que se le proporciona a lxs pacientes hospitalizados para mantener o recuperar su salud, cuando éstos no pueden o no deben deambular. Sin embargo, como lo mencionaré en uno de los apartados, el discurso sobre la higiene oscila dentro de una serie de discursos contradictorios, por un lado, se dice que es importante e indispensable y, por el otro, se deja de realizar al margen de enunciarse que existen otras más importantes. Aunque no llevarla a cabo guarda relación con los problemas estructurales u organizativos antes mencionados, la jerarquización de actividades presente dentro del quehacer de enfermería también se relaciona con las dinámicas subjetivas que incluye su realización, tal es el caso de la incomodidad que causa tocar a otrxs, la vergüenza que da la desnudez y la carga sexual que posee el área genital, y que es indispensable tocar para asear.

En este sentido, alineándose a las características científicas, la “técnica del baño del paciente en cama” se imparte en dos bloques: el conceptual y el práctico. Aunque, pese a que se dice que hay *libertad de cátedra*, ambas clases se rigen,

¹⁰⁰ De acuerdo con esto, es posible que en el quehacer diario de enfermería se atienda a lxs pacientes que se encuentran en estados críticos y se desatiendan lxs que “solo” necesitan atenciones básicas. Por ejemplo, es viable que una enfermera vea “correcto” aspirar las secreciones nasofaríngeas de un paciente intubado y dejar para “después” los baños de otrxs pacientes. Lo mismo sucede con los cuidados de un mismo paciente, es decir, si un paciente está intubado, pero también requiere baño, se prioriza la preparación de sus soluciones y sus medicamentos y no su baño o movilización, pues de no realizarse las primeras, el paciente se deshidrataría o sufriría de dolor y de no realizarse las segundas “solo” olería feo, estaría sudado y le rozaría la piel la ropa de cama. Es decir, al no evidenciarse en estas últimas consecuencias inmediatas, son delegadas para otro momento.

sobre todo desde octubre del 2017, que inició el programa de simulación y la implementación de listas de cotejo de la universidad “S”, por los lineamientos de estandarización. El bloque conceptual se desarrolla dentro de los salones de clase y usualmente lxs profesorxs siguen el método expositivo para su revisión. El bloque práctico se lleva a cabo en alguna de las áreas de la Clínica Robotizada. Las clases prácticas, a diferencia de las conceptuales, que son de 50 minutos (una sesión), duran 100 minutos o dos sesiones. Y aunque con ayuda de las academias se ha buscado la homologación de los referentes académicos para su revisión, en lo que si han podido coincidir todxs lxs profesorxs es en el uso de la Clínica Robotizada para la clase práctica.

Así, en los intentos por acordar una misma formación académica en enfermería, y en este camino cimentar la estandarización de los procedimientos como una estrategia para lograrlo, la dinámica entre lxs profesorxs y las actividades de éstxs frente y con el grupo permite dar cuenta de múltiples situaciones. En el siguiente apartado, describiré la enseñanza conceptual y práctica de la “técnica del baño del paciente en cama”. Para ello, enlazaré lo que está acordado en la lista de cotejo (que es el documento que lxs profesorxs siguen para su enseñanza), mis notas de campo vinculadas a la observación de la enseñanza de la técnica que realicé dentro de los salones de clases, y la Clínica Robotizada de la universidad “S”, y los postulados teóricos de la sexualidad y el cuerpo que guían mi análisis del *quehacer de enfermería*. Dejaré para después la observación que realicé del procedimiento dentro de una institución hospitalaria.

La “técnica del baño del paciente en cama”

Aunque existen diversas versiones de la enseñanza conceptual y práctica de la “técnica del baño del paciente en cama”, dentro de la universidad “S” se acerca a lo siguiente.

En los salones de clases

Susana y Alejandra, profesoras de enfermería de la universidad¹⁰¹, entran al salón de clases y comienzan señalando que el “baño del paciente en cama” es un procedimiento que se realiza cuando lxs pacientes no pueden bañarse por cuenta propia, ya sea porque presentan alguna alteración en su nivel de consciencia o porque tienen restricciones en su movilidad. También, agregan que el baño es “una actividad fundamental porque favorece la eliminación de secreciones y células muertas” y que, asimismo, “beneficia la circulación y brinda confort, comodidad y bienestar a lxs pacientes”¹⁰². Hasta aquí, las profesoras no hicieron referencia a la importancia de la higiene por su relación directa con el control y la prevención de infecciones u otras patologías (ej. gripe, infecciones vaginales, gingivitis, infecciones de las vías urinarias), su interés recayó en dejar claro el rol estético del mismo, “la principal actividad que cubre las necesidades de higiene de los pacientes es el baño, realizarlo ayudará a que el paciente no acumule secreciones y huelga feo, así que deben bañarlo bien porque luego solo les untan la mugre”¹⁰³.

¿Por qué dentro de la enseñanza de lxs profesorxs es más importante el rol estético que la prevención de enfermedades o los planteamientos de comodidad y bienestar que pueden derivarse de la técnica del baño? De acuerdo con George Vigarello, la higiene es una normativa disciplinaria del cuerpo, tanto que en el siglo XIX fue entendida como “las modificaciones a las que el estado social obliga al hombre” (2006: 256). Por ello, hablar de higiene es sinónimo del énfasis que existe para que lxs sujetxs modifiquen y adquieran ciertas prácticas: vacunarse y bañarse entre ellas. A finales de este siglo se mencionaba que el riesgo sanitario tenía “el rostro de la dispersión, del desorden [... y] la incoherencia” (2006: 11), lo cual construyó la representación de que lxs sujetxs de la burguesía eran lxs únicxs

¹⁰¹ Como lo mencioné con anterioridad, dentro de la plantilla de profesorxs de enfermería, las mujeres son mayoría. Si algo comparten las profesoras de las clases que observé, es que son egresadas de la misma universidad, aunque en periodos generacionales diferentes. Susana es la mayor de ellas (en cuestiones de edad, pero también de años laborables dentro de la universidad), es especialista en enfermería pediátrica y administración de los servicios de salud y trabaja en la jornada especial (fines de semana y días festivos) dentro de un hospital público del estado de Oaxaca; por su parte, Alejandra tiene 31 años y, cinco siendo profesora de la universidad, actualmente estudia la especialidad en enfermería quirúrgica.

¹⁰² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁰³ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

sujetxs limpixs. De tal manera que, por ejemplo, lxs trabajadorxs y lxs enfermxx fueron focos para la aplicación de normativas que incentivaban el lavado de manos, el baño y la vacunación.

Sin embargo, con los estudios de Pasteur se develó que los microorganismos, los amigos invisibles como los llama Vigarello, habitaban lejos del alcance de la vista humana, es decir, lejos de lo considerado mugroso. Así que la imposición cotidiana del baño se volvió un disciplinamiento de la voluntad humana, pues “el agua ‘borra’ al microbio [pero] el baño [hace] que desaparezca [la] presencia corpuscular” (1991: 252). Es aquí donde la pedagogía se vuelve el lazo entre la medicina y la moral, tanto que la educación resalta que estar limpio no solo es quitar o eliminar microorganismos, sino cumplir con las normativas estéticas que se encuentran de antemano sustentadas en los índices patológicos realizados por la medicina (Vigarello, 1991). En este sentido, gran parte del discurso que sustenta el por qué y para qué hay que bañar a lxs pacientes tiene que ver con su aroma y apariencia y no con las infecciones o su confort, es decir, con la moral que atraviesa el discurso médico, pero al ser considerado este último como científico es incuestionable y, por ende, creíble. En este tenor, la limpieza se convierte en una de las condiciones esenciales para el mantenimiento de la salud, pero ¿de qué salud estamos hablando en la enfermería?

Además del rol estético del baño, en algo que también insistieron las profesoras fue en dejar claro que lxs pacientes que *deben* ser bañadxs son aquellxs que “de verdad no puedan realizar la actividad por si mismos”¹⁰⁴. Aunque no exploraron los antecedentes que lxs estudiantes puede tener en cuanto a esta actividad, sí invirtieron minutos de las clases para saber qué leyeron lxs estudiantes sobre el tema. De tal forma que, antes de iniciar su explicación, aunque una lo hizo ya que había dado un preámbulo, preguntaron cómo es que tal o cual libro define el “baño del paciente en cama”, o según los libros o artículos revisados quiénes deben recibirlo. A dichos cuestionamientos respondieron lxs estudiantes que por hablar

¹⁰⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

fuerte y conciso y por tener apuntes en sus libretas sobre una lectura previa, me parecieron ser lxs más participativxs de las clases.

Aunque lxs grupos son muy diversos entre sí¹⁰⁵, siempre hay un pequeño número de estudiantes que responden con frecuencia a las preguntas de lxs profesorxs, y otrxs, la mayoría, que solo observan y anotan lo que se va diciendo durante las clases. Y es que, en la clase de esta técnica, al igual que en la técnica de la instalación de sondaje vesical o la técnica de colocación de enemas, las cuales conozco desde mi experiencia como profesora, el ambiente es de incertidumbre, hay muchos silencios, miradas interrogantes y, en ocasiones, sonrisas nerviosas. Si algo tienen en común estas técnicas es que establecen un contacto directo con zonas altamente sexualizadas y con cuerpos desnudxs o expuestxs. Es en este ambiente que una estudiante se apoya en Rosales y Reyes (2004) y Berman et al (2013) para señalar que quiénes deben ser “apoyadxs” con la “técnica del baño del paciente en cama” son “todos aquellos pacientes inconscientes o aquellos que desaturan¹⁰⁶ al movimiento, y también los que por algún motivo están conscientes, pero no pueden moverse”¹⁰⁷.

En esta secuencia de explicación, después de la presentación y las indicaciones, las profesoras le enseñaron a lxs estudiantes el equipo y material para la realización de la técnica. Aquí, las profesoras les mencionaron que, para la ejecución de la técnica, “como mínimo”, deberían tener agua caliente y fría, lebrillos¹⁰⁸, jabón, apósitos, toallas y ropa de cambio para lxs pacientes y las camas. Del mismo modo, les señalaron que antes de empezar a bañar deberían procurar, con ayuda de biombos, cortinas corredizas o, en su defecto, batas: “la privacidad es

¹⁰⁵ Con la palabra *diverso* me quiero referir a las múltiples características de lxs estudiantes y profesorxs que se encuentran en los salones de clases. Aunque los grupos en tamaño son muy similares (el número de estudiantes por grupo de enfermería oscila entre los 30 y 40), en cuestiones de edad, lugar origen, antecedentes escolares e idiomas hablados son muy diferentes.

¹⁰⁶ Desaturación es un término médico que significa que la saturación de oxígeno de lxs pacientes se ubica por debajo del 90%, aunque hay diversos criterios para determinarlo, entre los signos clínicos más comunes se encuentra la dificultad respiratoria, el aleteo nasal, la distensión de las venas del cuello y la palidez.

¹⁰⁷ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁰⁸ Retomando al Diccionario de la Lengua Española (2019) los lebrillos son recipientes de metal más anchos por el borde que por el fondo.

de lo más importante para el baño, podemos tener todo pero si no aseguramos la privacidad del paciente, no va a tener caso, ya sé que no en todas las instituciones de salud habrá cortinas pero deben ser creativos, ahí están las batas de los pacientes, las sábanas, los hules clínicos, no sé, hay que ingeniárselas”¹⁰⁹.

Sin embargo, aunque comenzaron a existir algunas recomendaciones alejadas de los libros y más cercanas a la realidad hospitalaria, las profesoras recalcaron que “lo correcto” es realizar la “técnica del baño del paciente en cama” con los siguientes materiales: agua a temperatura adecuada, toallas de baño chicas y grandes, bata limpia del paciente, ropa de cama limpia, esponja de baño, tres pares de guantes, dos lebrillos, una bandeja riñón¹¹⁰, dos cubetas, hisopos, abatelenguas, gasas, pinza foerster¹¹¹ y torundas. Una vez enlistado el material “ideal” o “correcto”, las profesoras le recordaron a lxs estudiantes que es con éste que dentro de la Clínica Robotizada se realizará y evaluará el procedimiento. Los estudiantes asintieron y anotaron en sus libretas lo enlistado en la diapositiva de Power Point que tenían al frente.

No obstante, en la frase “como mínimo” que mencionan al principio las profesoras, se ubica la posibilidad de que lo estandarizado, lo señalado como lo correcto, no se encuentre dentro de las instituciones de salud, donde lxs estudiantes llevarán a cabo la actividad o, que no se tengan las cantidades con las que aprendieron a realizarla. Sin embargo, esto no se reconoce y problematiza explícitamente, las clases siempre se concentran en la información estandarizada. De hecho, Susana, la profesora con mayor experiencia docente, les pidió a sus estudiantes que para la práctica que realizarían dentro de la Clínica Robotizada llevaran cubetas y bandejas de sus casas porque, dijo, “en la Clínica no están los

¹⁰⁹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹¹⁰ La bandeja riñón es un recipiente (regularmente de acero inoxidable o plástico) en forma de riñón utilizado para servir, depositar o transportar objetos y líquidos.

¹¹¹ Las pinzas foerster, también conocidas como pinzas de aros o anillos, son instrumentos metálicos de dos ramas que sirven para aproximar, coger, sujetar, atraer o comprimir diversos tejidos, gasas o esponjas.

elementos suficientes para hacer la actividad como se debe, así que traigan sus cosas para que practiquen bien”¹¹².

Para Pérez y Amezcua “el pensamiento racionalista ha sido el eje central en los estudios sobre la utilización y la implantación de la ciencia en el contexto asistencial” (2017: 245). Dicho pensamiento, dicen, está relacionado con el enfoque científico, mismo que señala que la teoría debe guiar la práctica. Estos señalamientos permiten situar a la enfermería dentro de dicho pensamiento, pues disciplinariamente se argumenta que la formación académica de lxs enfermerxs es teórica y práctica (teórica porque se supuestamente se revisan los “fundamentos científicos” del quehacer de enfermería y práctica porque se ejecuta lo revisado, sin embargo, si la teoría tiene como objetivo analizar, explicar o interpretar prácticas, la enfermería se queda lejos de ello porque no se busca la reflexión sino la memorización, por ende, planteo que la formación académica es procedimental y práctica) y, que la última debe desarrollarse al margen de la primera, aquí una de los principales problemas de la enfermería, pues en el ejercicio de la disciplina, la búsqueda de un cuerpo sólido de conocimientos ha validado que el quehacer enfermerx se desarrolle sobre planteamientos teóricos que han sido desarrollados en otros contextos y con otrxs sujetxs, tal es el caso de la práctica que aquí presento, así que con frecuencia lxs estudiantes de enfermería señalan que la práctica no tiene nada que ver con lo revisado en el salón de clases.

Un ejemplo de lo anterior es que las profesoras nunca le explicaron a lxs estudiantes qué hacer en caso de que no tuvieran lo “correcto” o lo “mínimo” dentro de las instituciones de salud donde laboraran, es hasta la práctica hospitalaria (los haceres directos) que lxs estudiantes aprenden a realizar las actividades con lo que tienen y a adecuar los insumos para que lo que se tiene sea de utilidad.

Por ejemplo, según la estandarización, debemos tener tres pares de guantes para bañar a lxs pacientes, pero en múltiples ocasiones, dentro de las instituciones de salud, solo hay un par para el procedimiento y, éste se reserva para el aseo de la zona genital o, en otras instituciones, el par de guantes es por enfermerx y para

¹¹² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

toda la jornada laboral, así que se debe decidir si se usa para esta actividad o se reserva para otras, por ejemplo, curaciones, cambios de cómodos o instalación de accesos venosos. Pero, repito, estas especificidades pocas veces ocupan un espacio en la enseñanza de la técnica, pese a que muchxs de lxs profesorxs han vivido u observado los limitados recursos materiales con los que cuentan las instituciones de salud, y la frecuencia con la que lxs trabajadores improvisan ante las faltas. La formación en enfermería basa su enseñanza en escenarios ideales que pocas veces corresponden con las condiciones de las instituciones públicas de salud en México.

En una entrevista, Alejandra, profesora de enfermería, mencionó que como profesorxs “debemos hablarles de lo correcto, hay que decirles cómo deben de realizar los procedimientos, que conozcan lo que se debe y si llegan a la práctica en los hospitales y no están los materiales, que es lo más seguro, pues se sorprenderán, pero se adecuarán rápidamente porque ya saben que es lo que deben tener”¹¹³. Dolly Pinzón (2017) menciona que el *shock de realidad* de lxs estudiantes debe obligar a reflexiones y propuestas que permitan dismantelar las nociones hegemónicas de *ciencia* dentro de la enfermería para lograr articular diversos conocimientos, aptitudes, destrezas y habilidades. Pues, como argumenta Ambrosio Velasco (2008), reconocer el pluralismo epistémico impide que bajo el enunciado de medicina científica se descalifique la herbolaria, a lxs curanderxs o, en general, a los saberes y prácticas no hegemónicas.

Aunque pretendo continuar con la explicación de la técnica, dentro de la presentación que realizan las profesoras del equipo y material, las pinzas foerster me obligan a hacer una pausa en la secuencia. En el salón, las profesoras, y también la bibliografía sugerida, argumentan que “las pinzas son indispensables para asear la zona genital de las mujeres”¹¹⁴, ¿y la de los varones? Según el discurso de las profesoras las pinzas no son necesarias para el aseo genital de los varones. De acuerdo con el discurso médico, los genitales de mujeres y varones

¹¹³ Entrevista a Alejandra, profesora de enfermería de la universidad “S”. 19 de junio de 2019.

¹¹⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

son órganos sexuales porque cumplen con funciones reproductivas y, como señalan Saéz y Carrascosa (2011), su uso erótico es considerado una perversión. Sin embargo, recordando a Michel Foucault y a Thomas Laqueur, existen condicionantes culturales y sociales de eso que llamamos sexo. Las genealogías entre sexo y género evidencian como hay discursos que configuran valores y prácticas muy concretas, mismas que en la técnica del baño pueden relacionarse, verse si realizamos preguntas del tipo qué tocar, cómo tocar y quiénes pueden tocar.

Así que la relación entre pinzas y el área genital de las mujeres se puede vincular con el cómo se produce género por medio de la regulación del contacto, pues el régimen heterocentrado impone, por un lado, la presencia de dos sexos y, por el otro que, dado los roles de género, que se debe proteger la susceptibilidad y el pudor de las mujeres, y tener precaución con los “impulsos” de los varones. En torno a esto, Héctor, profesor de enfermería, me comentó durante una entrevista que él le dice a lxs estudiantes que “a las pacientes mujeres siempre hay que explicarles más y tocarlas menos, son delicadas y penosas, siempre quieren taparse, y como que no es fácil que alguien ajeno a su esposo o hijas las toquen, pero que los varones no requieren tanta explicación, son más desinhibidos, con ellos no hay tanto problema [...], le digo a las chicas que solo cuiden que los pacientes hombres estén tranquilitos y no anden con sus cosas”¹¹⁵.

En este sentido, dentro de la medicina, las pinzas trazan una distancia con el cuerpo y, en particular, con el área genital, pues ésta es un espacio político donde se articulan vigilancias, miradas, exploraciones, prohibiciones y enfermedades. En este sentido, aunque las profesoras saben que no siempre es posible usar pinzas porque a) no hay dentro de las instituciones hospitalarias, b) se reservan para procedimientos de “importancia”, por ejemplo, curación de heridas o c) no se acomodan lxs enfermerxs para su uso, en su explicación siempre está la indicación de que deben apoyarse de “algo”: guantes o las propias manos de lxs pacientes o familiares si es que se opta por delegar la actividad de aseo de la zona, para así no

¹¹⁵ Entrevista a Héctor, profesor de enfermería de la universidad “S”. 10 de junio de 2019.

establecer un contacto directo con zonas que, por un lado, se encuentran sexualizadas y, por el otro, “prohibidas” para lxs ajenxs.

De tal manera que, una vez más, la técnica explicada en clases se aleja de la realidad, además, como señala Mol (2005), los objetos juegan un papel importante en las prácticas médicas, pues como sucede con las pinzas, aunque se habló de la “técnica del baño del paciente en cama” como una actividad estándar, la presencia o ausencia de las pinzas dentro del contexto hospitalario modifica la interacción que se establece entre lxs enfermerxs y lxs pacientes, porque de existir las pinzas foerster será con ellas que lxs estudiantes sujetaran las torundas de algodón o las gasas para asear el área genital de las mujeres y de los varones, pero de no estar presentes, entonces será únicamente con los guantes que sujetaran las gasas del aseo. En este sentido, la técnica toma diversas especificidades, pues, por ejemplo, mientras que para algunxs estudiantes puede ser más sencillo asear la zona genital sin pinzas, para otrxs la ausencia significará un contacto más directo con la intimidad de lxs pacientes.

Ahora sí, para seguir con la enseñanza del procedimiento, las profesoras le comentan a lxs estudiantes que una vez delimitado el espacio de privacidad y, después de haber acercado el equipo y material al lugar donde están lxs pacientes, deben informarles de la actividad que van a realizar y la forma en la que pueden ayudar durante la misma. Susana explicó el paso diciéndoles a lxs estudiantes: “hay que decirles `buenos días, mi nombre es Beatriz y voy a bañarlo, ¿puede moverse?’, bueno, se les pregunta aunque de antemano nosotros ya sabemos, porque conocemos su estado, pero le preguntamos, si dice que sí, le vamos a decir que nos ayude girándose y sosteniéndose de los barandales cuando le digamos, así, si sí, también será posible que nos ayude lavando sus genitales. Pero, si no puede moverse o todo es muy limitado, entonces, nos apoyaremos de sus familiares, de un camillero o de otra enfermera”¹¹⁶.

Un elemento que resalta dentro de lo que señala Susana es el saludo, éste, principalmente se encuentra relacionado con el consentimiento, es decir, aunque

¹¹⁶ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019

dentro de la enfermería, la presentación y el saludo son descritos como actividades no propias del cuidado, sino de todas las relaciones sociales, en la realidad hospitalaria ambos tienen que formar parte de indicadores de calidad para ser cumplidos, porque es común que los profesionales de la medicina no saluden y, mucho menos, informen las actividades que van a realizar, de tal manera que podemos ver que durante el baño, lxs pacientes sean giradxs de un lado u otro, o que ellxs y sus familiares se quejen porque lxs enfermerxs no les quisieron decir el medicamento administrado, o el procedimiento realizado. Por ende, dentro de la práctica, la presentación y el saludo se ven como pasos que integran a las técnicas, no son una pausa para averiguar cómo están lxs pacientes, sino una frase que conecta a una intención futura, un enunciado que avala el consentimiento de las actividades a realizarse.

Hasta aquí, podría decirse que estamos en la etapa de preparación, y que las profesoras no han comentado nada sobre la realización de la técnica en pacientes amputadxs, con lesiones cerebrales, transexuales o con síndrome de Down, por mencionar algunxs. En este aspecto, es claro que las técnicas de enfermería están envueltas en un marco heterosexual y capacitista, pues al explicarse se obvia a lxs pacientes, lo cual se entiende que, uno, se piensa que estarán completxs porque, por ejemplo, en la “técnica del baño del paciente en cama”, la secuencia de aseo es siempre la misma (cara, tronco superior, extremidades superiores, tronco inferior, extremidades inferiores y genitales) y, dos, que serán heterosexuales, y que por ello hay que tener cuidado en el cómo una enfermera baña a un paciente o un enfermero a una paciente.

Lo cual, por un lado, niega la existencia de las disidencias corporales, sexuales y de género y; por el otro, obliga a reflexionar en torno a cómo el cuidado de la enfermería se construye al margen de considerar que lxs pacientes tienen características específicas (en este caso que estén “completxs” y sean heterocisnormativxs), para recibir tales o cuales actividades; sin embargo, es importante problematizar que las técnicas estandarizadas, y el cuidado en sí, no deben partir de un cuerpo estándar, sino del reconocimiento de la multiplicidad de

sujetxs que habitan el mundo, y que deben ser atendidxs por el personal de enfermería. Se debe reconocer, y no asumir, que lxs estudiantes bañarán pacientes “completos” y heterosexuales, pero que estxs no son normales, ni los cuerpos desde donde deben partir las clasificaciones, y mucho menos lxs únicxs que habitan la tierra.

Ante esto, por mi experiencia como profesora de universidad, puedo señalar que, aunque las profesoras no hablaron del tema, sí hay estudiantes que preguntan sobre el cómo explicar la técnica en otrxs pacientes, aunque sus inquietudes se relacionan con el cómo bañar a pacientes que están en niveles de consciencia diferentes a la alerta, es decir, letargicxs, obnubiladxs, estuporosxs y comatosxs¹¹⁷. En mi caso, recuerdo que cuando impartí la asignatura de Enfermería de Cuidados Intensivos, una estudiante me preguntó si es que tenía que explicarle la técnica a un paciente, aunque éste estuviera en coma, y si era así, cómo es que debía hacerlo. Ante dicho cuestionamiento, recuerdo que le respondí que sí, que también tenía que explicarle, porque muchas veces lxs pacientes en coma sí nos escuchan, pero que, si estaban los familiares presentes, entonces, fuera a ellxs a quienes había que dirigir la explicación. De acuerdo con ello, sé que este tipo de sugerencias o recomendaciones generan enormes silencios en lxs estudiantes, silencios que suelen ser el resultado de incomodidades, inquietudes y sorpresas; silencios que suelen romperse únicamente con la intervención de lxs profesorxs. Asimismo, es posible ver la *obligatoriedad de la presentación y el saludo*, porque estos parecen ser necesarios únicamente cuando lxs pacientes están conscientes, cuando pueden quejarse o cuando pueden expresar sus molestias, lo cual, repito, obliga a repensar la relación establecida con los cuerpos de cuidado.

¹¹⁷ De acuerdo con el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” (HIMFG), la “a) letargia, consiste en un compromiso incompleto de conocimiento y vigilia. El paciente está desorientado y somnoliento, pero se mantiene despierto; b) la obnubilación, es un estado de depresión completa de la vigilia, del que el paciente puede ser despertado con estímulos leves; c) el estupor, es un estado de depresión completa de la vigilia, del que el paciente puede ser despertado, pero solo con estímulos intensos. Los estímulos son generalmente de tipo doloroso con una superficie roma y; d) el coma, constituye la depresión completa de la vigilia de la cual el paciente no puede ser despertado con ningún estímulo”. (HIMFG, 2012).

Después de esto, como marca la estandarización, dijeron las profesoras, lxs enfermerxs deben calzarse el primer par de guantes y comenzar el contacto con lxs pacientes y su espacio. Según la indicación, con el primer par de guantes se tiene que aflojar la ropa de cama y descubrir la parte del cuerpo en la que comenzará el aseo. En este paso, las profesoras explicaron verbalmente cómo es que se debe descubrir únicamente la zona que se va a lavar. Alejandra, mencionó “hay que comenzar sacando la bata por la extremidad que no tiene acceso venoso y después retirarla de la extremidad que si tiene, pero pasando primero las soluciones y cuidando que no se vayan a descanalizar porque si no habrá que darles otro piquete, y ahí si ya se tardaron el doble de tiempo”¹¹⁸. Después, Susana dijo “una vez que la saquen [la bata], no lo destapen, así, fuera de él, colóquenla encima, y conforme van avanzando en el baño la van moviendo hasta descubrirlo en su totalidad”¹¹⁹.

Después, Susana y Alejandra señalaron que, de acuerdo con los textos, la secuencia del baño debe ser cefalo-caudal, es decir, “el baño tiene que comenzar por la cabeza y concluir en los pies de lxs pacientes”¹²⁰. No obstante, dijeron las profesoras “aquí vamos a revisar el procedimiento siguiendo el principio de asepsia de lo limpio a lo sucio”¹²¹. Lo cual significa que primero se mojará, lavará y secará el cabello, la cara, las orejas y el cuello; después, las extremidades superiores; posteriormente, el tórax y el abdomen; secuencialmente, las extremidades inferiores; después la espalda y la región glútea y; por último, los genitales, o sea, lo limpio del cuerpo es la cabeza y sus componentes y, lo sucio, los genitales, pero ¿y el ano?, ¿la relación podría aplicar si, por ejemplo, lxs pacientes tuvieran pediculosis (piojos en la cabeza)? o ¿desde qué elementos se parte o qué elementos operan para determinar que algo es limpio o sucio?

Dentro de dicha indicación, no se hizo mención de que las secuencias pueden modificarse. Por ejemplo, en la observación que realicé dentro de un

¹¹⁸ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹¹⁹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹²⁰ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹²¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

hospital oaxaqueño, encontré que lxs enfermerxs llevaban a lxs pacientes que no desaturaban o evidenciaban dificultad respiratoria al movimiento al pediluvio, un área de urgencias destinada al lavado de pies. En esta área, lxs pacientes eran bañadxs sobre una camilla, bajo la regadera y, la secuencia del baño no sucedía como la revisada en el salón de clases, aquí el baño sí comenzó en la cabeza y terminó en los pies porque el espacio dentro del que se podía movilizar la camilla era limitado. Aunque también me tocó observar pacientes que se bañaron en su cama y la secuencia fue cefalo-genital¹²², es decir, que comenzaron lavando su cabeza y al final dejaron los genitales.

De tal manera que, es importante que el baño no se explique como una serie de pasos incuestionables e inamovibles, sino como una práctica cultural que no se ha, ni se sigue desarrollado de la misma manera. Durante la observación hospitalaria conocí un paciente que insistía en no quererse bañar con jabón de barra sino con jabón de polvo, pero la enfermera que estaba a su cargo le negó la posibilidad de bañarse así porque “no era lo correcto”¹²³, por lo tanto, al paciente no tuvo de otra que continuar espumando sus manos en la barra de jabón. En este sentido, es necesario que la enfermería reconozca que las actividades vinculadas al cuidado están construidas socialmente, y que lxs pacientes no poseen una corporalidad universal, y tampoco las mismas nociones de este.

Retomando la secuencia. Mientras las profesoras explicaron los pasos del baño, las risas entre lxs estudiantes se acentuaron, aunque también empezaron a emerger estudiantes que hablaban entre sí en un tono muy bajo, que fue imposible distinguir lo que dijeron. Las profesoras, por su parte, mantuvieron la palabra, pero no se detuvieron a preguntar si todo estaba quedando claro o si alguien tenía alguna pregunta. Lxs estudiantes tampoco preguntaron ni expresaron nada más. Mientras observaba, recordé que la primera vez que impartí la asignatura de Bases Clínicas de la Enfermería, tuve una estudiante que me preguntó frente al grupo si era posible que dentro de los hospitales algún paciente pidiera que se le bañara de una manera

¹²² Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

¹²³ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

en especial, y qué podía hacer si eso pasaba. Aunque no sé con exactitud lo que le contesté, sí recuerdo que le comenté que a mí no me había tocado que alguien me pidiera un baño *especial*, y que no creía que sucediera porque todxs nos bañamos de la misma forma pero, que si le tocaba alguien, checara que lo solicitado entrara dentro de los límites de la *normalidad*, y que si así era, lo llevara a cabo, no sin antes comentarle a lxs enfermerxs a su cargo para que no existieran malos entendidos.

Ahora, unos años después, sé que con mi respuesta lo que hice fue reforzar las paredes que delimitan el espacio de la normalidad y la anormalidad y, en consecuencia, negar la existencia de los discursos socio-culturales que participan en nuestras prácticas. Del mismo modo, dentro de mi respuesta es posible identificar cómo en los discursos académicos está presente la *pedagogía de la normalización* (Lopes, 1999), pues es mediante el disciplinamiento del conocimiento que se les enseña a lxs estudiantes a disciplinar a lxs pacientes, y a que éstxs operen bajo las lógicas habituales. Por ende, se pasan por alto los elementos que deberían sustentar la práctica profesional del cuidado.

Entonces, de acuerdo con el bloque de enseñanza de la técnica, para que lxs estudiantes aprendan a lavar el cabello, la cara, las orejas, el cuello, algunas zonas de las extremidades, tanto superiores como inferiores (ej. los dedos de las manos, los pies, el tobillo o los hombros), y la espalda, las profesoras brindaron una explicación detallada que reflejaba la naturalidad o lo cotidiano que puede ser, o con las que son tocadas, dichas zonas del cuerpo. Tanto en la lista de cotejo, como en las clases conceptuales y prácticas, el lavado de estas zonas es ampliamente explicado. Por ejemplo, la lista de cotejo enumera cerca de cuarenta y cinco pasos para lavar estas zonas, los pasos contemplan desde cómo flexionar una extremidad, cómo mojar y secar tal o cual zona, hasta cómo colocar el material para realizar el lavado. Cuando las profesoras revisaron estos pasos, lo hicieron apoyándose de materiales audiovisuales, así que proyectaron videos que dedicaron cerca de diez minutos para mostrar como las enfermeras de estos videos (mujeres todas las protagonistas) lavaban estas zonas del cuerpo de los pacientes (varones todos ellos).

Durante la explicación de estas zonas, lxs estudiantes siempre miraron fijamente al video y a las profesorxs que verbalmente mencionaban lo que en él iba sucediendo. Aunque por experiencia profesional puedo argumentar que lxs alumnxs de la universidad “S” no suelen preguntar mucho, siempre hay algunxs que lo hacen, pero en está ocasión nadie decía nada, todxs solo observaban y escuchaban la presentación de la técnica. Al finalizar la explicación, algunxs estudiantes realizaron preguntas vinculadas a la duración del procedimiento: “¿cuánto debe durar el procedimiento?”, “¿cuánto debemos tardarnos?”, ¿qué pasa si no nos tardamos eso?”¹²⁴. No obstante, es común que cuando lxs estudiantes no realizan preguntas, lxs profesorxs de enfermería tampoco las hagan, que solo se enfoquen en los pasos y, de vez en cuando, como en esta ocasión, agreguen recomendaciones. En esta técnica y hasta este momento las recomendaciones fueron: “no se tarden mucho lavando la espalda porque los pacientes se enfrían” y “acuérdense que cada vez que les sea posible hay que cambiar el agua y los guantes”¹²⁵. Además, durante el trabajo de campo pude escuchar que Susana les comentó a sus estudiantes que no olvidaran preguntarle constantemente a lxs pacientes cómo se estaban sintiendo y si necesitaban algo. Aunque en la clase práctica sus estudiantes nunca lo hicieron y ella tampoco lo recordó.

Sin embargo, el aseo de las regiones axilar, inguinal, anal y genital no fue detallada. Es decir, pese a que las profesoras señalaron que el principio de asepsia del baño es de lo limpio a lo sucio y que “en estas zonas se acumulan con mayor frecuencia secreciones que las vuelven susceptibles a infectarse o a albergar microorganismos capaces de infectar otras partes del cuerpo¹²⁶”, en las clases conceptuales, tanto lxs profesorxs como los libros o manuales de prácticas dedican poco o nulo tiempo para hablar de su cuidado, en este caso, de su higiene. Y es que, por un lado, apoyándome en Eve Sedgwick (2003), parece ser que la incomodidad o la vergüenza que causan y provocan ciertas zonas u orificios del cuerpo, obligan a que no sean contempladas en el discurso pues, por ejemplo,

¹²⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹²⁵ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹²⁶ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

algunos poseen una carga sexual que prefieren no tocarse o enunciarse para “invisibilizar” el placer que “causan”.

Y, por el otro lado, retomando lo que plantea Foucault en torno a que en nuestra época se habla más del sexo “Más que la uniforme preocupación de ocultar el sexo, más que una pudibundez general del lenguaje, lo que marca a nuestros tres últimos siglos es la variedad, la amplia dispersión de los aparatos inventados para hablar, para hacer hablar del sexo, para obtener que él hable por sí mismo, para escuchar, registrar, transcribir y redistribuir lo que se dice. Alrededor del sexo, toda una trama de discursos variados, específicos y coercitivos: ¿una censura masiva, después de las decencias verbales impuestas por la edad clásica? Se trata más bien de una incitación a los discursos, regulada y polimorfa” (Foucault, 2011: 46) y, por ello, la idea represiva del sexo debe ser cuestionada, la revisión de la práctica del baño y los trabajos escritos que norman la enseñanza de esta en la universidad “S”.

Las profesoras explicaron el aseo de la región axilar apoyándose en lo que estaba escrito en la lista de cotejo: “lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar en la axila”¹²⁷. Ante lo escrito, las profesoras no agregaron nada más y tampoco se apoyaron en ninguna imagen, por su parte, el video que proyectó Alejandra mostró a una enfermera lavando los miembros superiores y la axila, pero ésta tampoco se detuvo en dicha zona. A diferencia de lo que podría asociarse con el resto de las áreas mencionadas, parece ser que el olor que albergan las axilas son el motivo por el que no se vuelve agradable el contacto. No obstante, como señala Sáez y Sejo-Carrascosa (2011), las partes del cuerpo se encuentran jerarquizadas en cuanto a una distribución política de sus funciones.

Al llegar al aseo de la región inguinal, las profesoras mencionaron “lavar con apósitos o gasas los pliegues inguinales”¹²⁸ y avanzaron a la región genital. La zona anal no fue mencionada y tampoco emergió en el video que proyectó Alejandra. Por

¹²⁷ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019

¹²⁸ Diario de campo, revisión de procedimiento estandarizado, 2019.

su parte, la lista de cotejo solo mencionaba “lavar región anal”¹²⁹. Esto, resulta interesante porque aun pensando en otras técnicas de enfermería, por ejemplo, la colocación de enemas en el que el ano es el protagonista de la técnica¹³⁰ tampoco hay una explicación sobre la preparación de este. En la técnica de la colocación de enemas, la explicación se concentra en la preparación de la solución, en la posición que deben adoptar lxs pacientes para la colocación, y en el tiempo de permanencia de la solución en cavidad, pero no en la limpieza que debe brindársele al ano antes de introducir la sonda, tampoco sobre cómo hacer la apertura del ano para introducir la sonda o sobre su misma ubicación.

Realizando un análisis del sexo anal, Saéz y Sejo-Carrascosa (2011) señalan que además del desprestigio que puede darse del ano por su proximidad a las heces (sustancias consideradas sucias), Paco Vidarte y Paul Preciado argumentan que el ano siempre ha sido objeto de violación, vejación y estigmatización, porque al obligar a nuestros cuerpos a ceñirse a roles de género y sexuales establecidos, se le han asignado funciones productoras de normalidad (masculinidad-feminidad) y patologización a los órganos. En este sentido, como da cuenta Laqueur (1989) el papel de la medicina ha sido fundamental para la reproducción de prácticas específicas vinculadas al sexo, cuerpo y género, de tal manera que hay carga moral dentro de los discursos de la ciencia.

Por su parte, el lavado de la zona genital se explicó en el marco de la bicategorización anatómica: lavado genital para hombres y lavado genital para mujeres. Al llegar a esta zona, las reacciones de lxs estudiantes fueron diversas, algunas reflejaban incredulidad, otras temor o sorpresa: unxs se miraron, algunxs más se rieron y otrxs cuantxs optaron por fijar su mirada en las profesoras o en las imágenes proyectadas. Al hablar de esta zona, las profesoras adoptaron una postura muy formal y se apegaron al discurso teórico, es decir, repitieron textualmente lo que marca la lista de cotejo: “si son hombres, cámbiense los

¹²⁹ Diario de campo, revisión de procedimiento estandarizado, 2019.

¹³⁰ El enema es un procedimiento en el que se introduce una cánula en el recto o colón sigmoideo a través del ano con el objetivo de ablandecer y expulsar heces o limpiar el intestino para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

guantes, laven y sequen la parte interna y superior de los muslos; después, con una gasa tomen el pene y, si toca, retraigan el prepucio, laven el pene y el escroto, una vez hecho esto, enjuaguen y sequen. Por su parte, si son mujeres, denles posición ginecológica y colocándose guantes hagan la limpieza de vulva con pinza, algodón o gasas, jabón líquido y agua a temperatura corporal, enjuaguen y sequen”¹³¹.

Cuando las profesoras comenzaron a tocar temas considerados “íntimos”, no hablaron de lxs pacientes, su foco de atención fueron los pasos que lxs estudiantes de enfermería deberían memorizar para aprender a manejar los cuerpos (el propio y el de lxs otrxs) dentro de esta actividad. La explicación del área genital se conformó de frases que simulaban un listado de instrucciones que dirigían las prácticas hacia un acto mecanicista, dentro del cual las cuestiones *emocionales* no tenían lugar, a pesar de dar cuenta del cuidado de enfermería. Asimismo, ninguna de las profesoras le comentó a lxs estudiantes que muy probablemente no encontrarían la zona genital como aparece en las ilustraciones que conocen.

En este sentido, María Jesús Izquierdo señala que es indispensable repensar al cuidado, pues éste “más que una actividad o grupo de actividades particulares, es una forma de abordar las actividades que surgen de la conciencia de vulnerabilidad de uno mismo o de los demás” (Izquierdo, 2003: 133).

Aunque en estas clases, la explicación de la higiene genital se desarrolló de esta manera, también fue en esta parte del baño donde las profesoras agregaron una serie de recomendaciones, la mayoría *estrategias* enfocadas en la prevención de las erecciones de pacientes varones, o en el actuar si es que se presentaban. Las recomendaciones se desarrollaron al mismo tiempo que las profesoras fijaban su mirada en las estudiantes mujeres. Las sugerencias fijaron su atención en las erecciones (aunque nunca se ocupó dicho término, siempre se habló de “eso”, de “algo” o de la “cosa”) y no, por ejemplo, en enseñarles a lxs estudiantes la importancia de aprovechar el aseo en esta zona para realizar exploraciones que les permitieran identificar signos (secreciones, olores o masas) de diversas patologías: “sostengan fuerte el pene porque si no van a estimular y se meten en problemas”;

¹³¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

“nada de estarlo haciendo con temor, con firmeza y rápido, si no parece que acarician”; “si algo pasa, avísenle a quien está a cargo de ustedes porque luego se va a andar hablando de que si la enfermera causó tal o cual cosa” y “si el paciente tiene alguna, pues terminen el procedimiento o déjenlo solo y avísenle a alguien”¹³².

En contraste, nunca existieron *recomendaciones* para el área genital de las mujeres, pese a que en las entrevistas que les realicé a lxs profesorxs que habían enseñado este procedimiento, emergió que la zona genital de las mujeres es lo más difícil del baño, porque, cito: “si alguien les toca ahí se sienten invadidas [...], las señoras están más ligadas a la tradición... están como que solo mi marido me puede tocar o solo mis papás [...]”¹³³. Sin embargo, como señala David Le Breton (2002), la antropología del cuerpo puede dar cuenta de los tres ejes que enmarcan las transformaciones del cuerpo dentro de la medicina: el cuerpo como factor de individuación, la objetivación del cuerpo y el cuerpo medicalizado. De tal manera que, por un lado, está presente la idea de que los varones reaccionan instintivamente a provocaciones, es decir, que su placer es *instintivo* y, por el otro, que el placer para las mujeres está negado.

De acuerdo con esto, la enfermería disocia al cuerpo de las emociones. Asimismo, con esto bien se podría realizar una reflexión en términos de género, pues de acuerdo con el discurso de mis entrevistadxs, es más fácil bañar a los hombres porque no “sienten” pena, vergüenza y pudor, a diferencia de las mujeres que naturalmente son más pudorosas; usando palabras de las entrevistas, más “cohibidas” y “penosas”. En este sentido, paradójicamente, se dan más recomendaciones para el *contacto* con varones, que con mujeres. Es que culturalmente las mujeres no tienen permitido mostrar ni decir lo que sienten, mucho menos si lo que está por decirse tiene relación con zonas altamente sexualizadas. No obstante, los varones tienen “derecho” a mostrar y satisfacer sus instintos. Y al mismo tiempo, en sentido de lo anterior, la enseñanza de la disciplina al no hacer referencia detallada de los genitales de las mujeres abona a perpetuar la asignación

¹³² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹³³ Entrevista a Rogelio, profesor de Enfermería de la universidad “S”. 18 de junio de 2019.

de roles de género, pues, retomando la performatividad del género, en términos de Butler (2006), y la cultura de género, en palabras de Elsa Muñiz (2002), esto nos permite señalar cómo el cuidado reafirma las normas sociales del género, por ejemplo, que las enfermeras, como mujeres, son *causantes de erecciones*, de faltas de respeto o de llamar la atención.

Continuando con la enseñanza de la “técnica del baño del paciente en cama” y mientras las profesoras hablaban con voz firme del lavado de la zona genital y sus recomendaciones, muchxs estudiantes reían nerviosxs, otrxs permanecían serixs (regularmente las mujeres, aunque la cantidad de varones es menor en los grupos, estxs se reían) y unxs más parecieron tener dudas, aunque nunca expresaron algo, por lo tanto, ante dicha situación, las profesoras avanzaron sin cuestionar al grupo. Es habitual que lxs compañerxs profesorxs proyecten videos, pero éstos pocas veces muestran como lavar la zona genital, aunque sí la mencionan. Por ejemplo, en la clase de Susana se proyectaron partes de un video para ejemplificar el baño, en éste, los protagonistas fueron una enfermera (una mujer) y un paciente (un varón); sin embargo, a excepción de los genitales, el aseo del cuerpo que explicó el video se desarrolló en un paciente real, es decir, en todo el video la enfermera explicó la técnica sobre un varón real, pero cuando tuvo que ejemplificar el aseo genital, el paciente cambio a un simulador, así que ya con unos genitales masculinos de plástico, mostró cómo verter agua sobre ellos, cómo sostener el pene para limpiarlo y cómo limpiarlo y secarlo.

Como lo mencionaba anteriormente, la forma de tocar los cuerpos, las zonas a tocarse de lxs mismxs y, por ende, las actividades vinculadas a su cuidado están políticamente distribuidas. En este sentido, las partes del cuerpo poseen cargas significativas diferentes, mismas que han sido construidas en el marco de diversas relaciones de poder. En este tenor, Ernesto, profesor de enfermería, argumenta “para mí es imposible explicarles a los estudiantes el baño con personas reales, o sea, entre ellos, porque, bueno, mi religión y mi educación tienen que ver, pero en general porque no sé puede, la técnica involucra partes privadas del cuerpo, no hay forma de que alguien quiera exponerlas, a mí me daría pena, ¿sabes?, me daría

pena que alguien me bañe, me toque y me guste, ¡imagínate!, así que yo enseñé con simulador y en práctica que aprendan a tocar algo real, ahí al menos están enfermos”¹³⁴.

Al finalizar la revisión conceptual de la técnica, las profesoras mencionaron que había algunas situaciones importantes a recordar: 1) que la secuencia del baño debe ser respetada; 2) que primero debe asearse la parte anterior del cuerpo y luego la posterior; 3) que el procedimiento no debe exceder los 15 minutos; 4) que a lxs pacientes se les debe hablar por sus nombres; 5) que a lxs pacientes se les debe explicar todo lo que se les va a realizar para que pueden apoyarnos; 6) que el área genital es la parte del cuerpo más difícil de asear porque lxs pacientes sienten pena, así que de preferencia la higiene de esa zona debe delegarse a lxs familiares acompañantes o a lxs mismxs pacientes si es que estxs pueden hacerlo y; 7) que al terminar la técnica todo debe quedar limpio (pacientes y camas), recogido y registrado.

Con estos enunciados las profesoras resumieron lo mencionado, al mismo tiempo, el discurso se convirtió el texto con el que concluyeron la enseñanza conceptual de la “técnica del baño del paciente en cama”. Sin embargo, en lo mencionado, identifiqué elementos de interés: 1) que el baño se define como una actividad inamovible, incuestionable y universal, es decir, para las profesoras, la secuencia del baño revisada aplica para todxs lxs pacientes porque dice Héctor, profesor de la universidad que entrevisté, “todos tienen lo mismo, lo demás, eso de tener que preguntar o modificar por ser gays, trans o lesbianas es por pura ideología, al final son hombres o son mujeres únicamente”¹³⁵. En este sentido, además de universalizarse la corporalidad de lxs pacientes de manera binaria, estos últimxs quedan reducidxs a cuerpos físicos que deben cumplir un rol asignado. En estos términos, es importante cuestionar la noción funcionalista que enmarca el cuidado de enfermería, pues, por un lado, existe una cosificación de lxs pacientes en la que se pueda hacer con ellxs lo que sea y, por el otro, son cuerpos físicos que

¹³⁴ Ernesto, profesor de enfermería de la universidad “S”. 14 de junio de 2019.

¹³⁵ Entrevista del 10 de junio de 2019.

cumplen ciertas funciones. Al margen de esta noción se vuelve importante que lxs enfermerxs cumplan los pasos de la actividad sin tomar en cuenta las condiciones sociales de lxs pacientes y; b) dentro del señalamiento de que el aseo del área genital es difícil para lxs pacientes porque sienten pena, se pasa por alto la pena que sienten lxs enfermerxs durante la realización del baño y el aseo de la zona.

Uno de los conceptos que aparecieron recurrentemente en las entrevistas realizadas a lxs compañerxs profesorxs fue el *profesionalismo*, según ellxs, lxs enfermerxs y pacientes solo tienen permitidos ciertos afectos porque su responsabilidad es brindar “un cuidado *sin morbo*”¹³⁶. En una entrevista, Alejandra, profesora de la universidad “S”, me dijo que “los pacientes tienen derecho a sentir pena y todo, pero ellos [lxs estudiantes] no, ellos tienen que tocar sin morbo, deben hacerlo sin nervios, se supone que lo hacen con profesionalismo, están estudiando para eso”¹³⁷, pero ¿si esto es el profesionalismo, qué lecturas podemos hacer de lxs enfermerxs que no hablan del ano o que no mencionan la palabra “erección”?

En otra entrevista, Mariana, profesora de enfermería, agregó “yo platico con los estudiantes, les digo que nosotros como profesionales no tenemos que verlo [al paciente] como una mujer o como un hombre sino con ojos de profesionales, así que, pues deben ir tranquilos y sin pensamientos extraños, sí, lo que tienen ahí es un hombre o una mujer, pero ellos no deben ver nada de eso”¹³⁸. De acuerdo con la entrevista, la profesora agregó que son pensamientos extraños que te guste algún paciente, que veas atractiva “partes” del cuerpo de lxs pacientes o que quieras ver por “curiosidad” “alguna” parte de sus cuerpos. Y es que, al partir de la noción de racionalidad científica, las emociones de lxs enfermerxs son desvalorizadas y únicamente permitidas para lxs pacientes, pues en la práctica profesional del cuidado los afectos delimitan un espacio de lo correcto y lo incorrecto. Lo cual, del mismo modo, nos lleva a cuestionar la noción de holismo que argumenta y defiende con tanta vehemencia la enfermería.

¹³⁶ Viviana, profesora de Enfermería de la universidad “S”. 21 de junio de 2019.

¹³⁷ Entrevista del 20 de junio de 2019.

¹³⁸ Mariana, profesora de Enfermería de la universidad “S”. 10 de junio de 2019.

En los espacios de simulación clínica

Después de haber revisado la teoría, el bloque práctico que aquí presento se desarrolló en la Clínica Robotizada de la universidad “S”. La Clínica Robotizada es un edificio de dos niveles¹³⁹ ubicado dentro del terreno de la universidad, tiene la infraestructura de un hospital privado pequeño y cuenta con la capacidad de albergar 235 estudiantes. Esta Clínica se encuentra equipada con espacios físicos y materiales pensados para que lxs estudiantes simulen los cuidados de enfermería que brindarían en contextos hospitalarios reales. De acuerdo con esto, la clínica tiene cerca de quince áreas, dentro de las cuales encontramos una central de enfermeras, una sala de labor de parto¹⁴⁰, dos salas de expulsión¹⁴¹, dos quirófanos, una central de equipo y esterilización (CEyE)¹⁴², una unidad de cuidados intensivos (UCI), un aula de red de frío¹⁴³, una sala de disección virtual, un pabellón de hospitalización, una central de mezclas¹⁴⁴ y vestidores y baños.

En términos materiales, la Clínica Robotizada cuenta con once simuladores adultxs y diez neonatales. Asimismo, hay múltiples modelos anatómicos, como brazos, corazones, cráneos, riñones, torsos, pelvis y esqueletos. También tiene una amplia cantidad de materiales y equipos, entre ellos, aspiradores, bancos, básculas

¹³⁹ En la primera planta, también conocida como planta baja, se ubica la central de enfermeras (así, en femenino está el título), la sala de labor de parto, las salas de expulsión, la sala de recuperación de expulsión, dos quirófanos con una sala de recuperación, la central de equipos y esterilización, baños y vestidores. En la segunda planta se ubica la unidad de cuidados intensivos, la sala de red de frío, la sala de disección virtual, la sala de reanimación cardiopulmonar, el pabellón de hospitalización, la sala de crecimiento y desarrollo, la unidad de cuidados intensivos neonatales, la unidad de cuidados intensivos pediátricos, la sala de mezclas, baños y vestidores.

¹⁴⁰ La sala de labor de parto es el espacio donde se monitorea la evolución del trabajo de parto, es decir, donde se valoran las contracciones uterinas, los cambios cervicales (el borramiento y la dilatación) y el dolor abdominal.

¹⁴¹ La sala de expulsión es el espacio físico equipado para que se lleve a cabo el nacimiento de lxs recién nacidxs.

¹⁴² La CEyE es el servicio que obtiene, centraliza, prepara, esteriliza, clasifica y distribuye el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios asistenciales de las unidades médicas (Blog Yo amo enfermería, 2018).

¹⁴³ Está área se encuentra equipada con el equipo y material (ej., refrigerador para biológicos, termos de transporte, paquetes congelantes, termómetros, cartillas de vacunación, jeringas y mesas de almacenamiento) necesario para que lxs estudiantes aprendan el esquema de vacunación, el almacenamiento de las vacunas, el armado del termo y la calibración de termómetros, el manejo y el mantenimiento del refrigerador, la toma de tamiz neonatal y la aplicación de vacunas.

¹⁴⁴ La central de mezclas es el área responsable de la fluidoterapia intravenosa, es decir, de la preparación, distribución y el control de las mezclas medicamentosas y nutricionales. Dentro de la universidad “S”, en este espacio se encuentra una cabina de flujo laminar y mesas de trabajo.

y estadiómetros, baumanómetros, carros rojos, cubetas, cunas, estetoscopios, laringoscopios, mesas de diversos tipos (de expulsión, exploración, operación, trabajo, mayo¹⁴⁵, Pasteur¹⁴⁶, puente y riñón), negatoscopios, refrigeradores, sillas, tanques de oxígeno, equipos de cómputo, material quirúrgico (ej., cánulas, espejos vaginales, flaneras, lebrillos, pinzas, separadores y tijeras) y ropa quirúrgica (ej., sabanas, batas, toallas, fundas, campos y compresas).

Además, según la presentación de la Clínica Robotizada dentro del plan de estudios, ésta es una parte importante en la formación académica de lxs enfermerxs porque “como parte esencial de su currículo, [lxs estudiantes] necesitan de conocimientos sólidos sobre la estructura, función y alteraciones del cuerpo humano, que les permitan ejercer una práctica segura y libre de riesgos. Para el correcto proceso de aprendizaje del cuerpo humano, es necesario que el estudiante integre de forma objetiva el conocimiento teórico obtenido, observando, manipulando y relacionándolo con la estructura y funciones de un cuerpo humano”¹⁴⁷. En este sentido, según las libretas de programación y registro de técnicas y procedimientos, aquí lxs estudiantes desarrollaron entre 2013 y 2018 aproximadamente ochenta prácticas, entre ellas, baño de esponja, suturas, tamiz neonatal, colocación de sonda nasogástrica y orogástrica, cuidados de traqueostomía, asistencia de enfermería en el quirófano, reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, diálisis peritoneal, toma de gasometría arterial y cuidados de paciente quemado.

Para realizar la “técnica del baño del paciente en cama” en este espacio, las profesoras tuvieron que reservar una de sus áreas, las más comunes son hospitalización, terapia intensiva y recuperación¹⁴⁸. Sin embargo, al solicitar un

¹⁴⁵ La mesa mayo, también conocida como mesa de cirugía, tiene como principal función organizar el instrumental (ej., pinzas hemostáticas, tijeras, bisturís, pinzas de disección y portaagujas) de uso de la cirugía.

¹⁴⁶ La mesa Pasteur es una estructura rectangular con ruedas que sirve para colocar (y trasportar) la ropa, el instrumental y el material necesario para las cirugías.

¹⁴⁷ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁴⁸ Como parte de las dinámicas que suceden dentro de la Clínica Robotizada es que, aunque los espacios son mayoritariamente ocupados por estudiantes de enfermería, en general, pueden ser reservados por profesorxs de diversas carreras, ya sea para sus estudiantes realicen prácticas en la mesa de disección o, como el caso de Informática, para clases en las que revisan el equipo

área, las profesoras deben garantizarle a lxs técnicxs¹⁴⁹ de la Clínica Robotizada que lxs estudiantes asistirán a la práctica correctamente uniformadxs, o sea, que portarán *adecuadamente* el uniforme clínico, por *adecuado* entiéndase filipina blanca de corte largo correctamente planchada, pantalón blanco holgado correctamente planchado, calcetas blancas (o medias blancas, pero no tines) y zapatos limpios y boleados. Además, de que las alumnas se presentaran con maquillaje discreto y el cabello recogido, que los hombres estarán correctamente rasurados y con el cabello corto, que todxs llevaran la ropa interior correcta (aunque esta regla es más estricta para las mujeres. La ropa interior adecuada para las estudiantes es un calzón amplio tipo bóxer, no tanga, bikini o cualquier otro que deje ver sus nalgas, porque, se argumenta, puede provocar una reacción en los pacientes varones), uñas cortas y sin esmalte y nada de joyería, aunque sí el reloj con segundero.

En este sentido, dentro de estas prácticas, lo que en realidad existe son normas morales regulando los cuerpos de lxs enfermerxs. Un ejemplo de ello, bien podría ser el uso correcto de la ropa interior, puesto que la idea de vestir “correctamente” se encuentra vinculada a los planteamientos de que no se debe “provocar” o “causar” la falta de respeto de lxs pacientes. Por ende, necesitamos mantener los cuestionamientos a la *objetividad* de la enfermería y reconocer que la práctica médica, y las disciplinas que de ellas derivan, son prácticas políticas responsables de normar, clasificar y jerarquizar los cuerpos, y que son precisamente las cuestiones morales las que se encuentran disciplinando los cuerpos y la sexualidad en diversos espacios de la formación profesional de enfermería.

Esto se encuentra tan presente en la formación académica de enfermería que en la universidad “S”, antes de que lxs estudiantes entren a la Clínica Robotizada a la clase práctica, como profesorxs lxs formamos a la entrada de la

biomédico. De tal manera que, se vuelve importante la programación y reservación anticipada de las áreas porque existe la asistencia simultánea de estudiantes y profesorxs. Es más, recientemente, dado el ingreso de la carrera de medicina a la oferta académica de la universidad “S”, hay estudiantes que toman clases en el área de la sala de mezclas porque no hay salones disponibles.

¹⁴⁹ Lxs técnicxs de la Clínica Robotizada son dos enfermeras y un enfermero, lxs tres egresadxs de la universidad “S”, responsables de las dinámicas de la clínica, por ejemplo, de programar sesiones de prácticas, preparar las salas para las clases y realizar el inventario de los espacios.

clínica para pasarles lista y revisarles el uniforme, el peinado (algunxs profesorxs les dan tiempo para cumplir con este requisito si es que no es correcto; por ejemplo, les dan permiso de ir al baño a ponerse agua o fijador en el cabello), las uñas y, si corresponde, el material solicitado. Si algo falta, lxs estudiantes se quedan fuera de la práctica y pierden el porcentaje de calificación correspondiente. Algo similar pasa cuando lxs estudiantes tienen que ir a sus prácticas intersemestrales; pues antes de que se vayan, en el auditorio de la universidad, se lleva a cabo la inducción al campo clínico. Para que lxs estudiantes accedan a esta actividad, misma que tiene un puntaje que repercute en su calificación final, tienen que formarse fuera del auditorio para que lxs profesorxs responsables de sede les revisen el material y el uniforme, aquí, algunxs docentes les califican la ropa interior bajo el pretexto de que es “por su calificación y por la presentación institucional”¹⁵⁰.

Antes de comenzar las actividades prácticas, lxs técnicxs de la clínica se encargan de recordarle a lxs profesoras que los simuladores no pueden ser mojados de verdad porque “tienen cables y tarjetas electrónicas”¹⁵¹. De tal forma que, dice Viviana, profesora titular de la materia de Bases de la Enfermería Clínica de la universidad, “para nosotros la técnica del baño se vuelve complicada porque ya sabes cómo son las autoridades con el equipo de la universidad, nada se puede, así que la práctica es doblemente simulada, simulamos que bañamos pacientes que son simuladores”¹⁵². En general, los simuladores que se asignan para esta actividad son de primera o segunda generación. Los de primera generación no tienen cables ni tarjetas electrónicas; los de segunda son capaces de realizar funciones programables básicas, por ejemplo, emitir algunas palabras, quejarse, llorar y parpadear; pero, en resumen, ambos no pueden mojarse porque se maltrata el material del que están hecho, se descompone software que poseen, y se humedece la ropa de cama y no hay las suficientes para cambiarlos.

De acuerdo con esto, existe una distribución jerarquizada del material de la Clínica, misma que coincide con la clasificación de los cuidados, pues los

¹⁵⁰ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁵¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁵² Viviana, profesora de Enfermería de la universidad “S”. 19 de junio de 2019.

simuladores más avanzados se reservan para las actividades de enfermería más complejas, es decir, partiendo del uso y la asignación de los simuladores, se puede observar la jerarquización de los dispositivos pedagógicos¹⁵³ y, por lo tanto, del conocimiento. En este sentido, de un lado, quedan los saberes de enfermería que interesa transmitir, y por los cuales se hace uso del equipo más avanzado. Tal es el caso de la enseñanza del trabajo de parto y la reanimación cerebro-cardio-pulmonar y, por el otro, se ubican los saberes considerados simples y por los que en ocasiones parece no ser necesario *invertir* tanto, aquí se ubica la “técnica del baño del paciente en cama”, pero también la toma de signos vitales, el tendido de cama y la alimentación de pacientes.

En cuanto a las características físicas de los simuladores, podría decirse que son de un material semejante al plástico y al látex, físicamente son altos (por arriba de la media de la población mexicana y, en especial, oaxaqueña), blancos, con movilidad limitada, pero presente dado que sus articulaciones tienen ligas de movimiento. Mayoritariamente poseen características que se alinean a lo socialmente denominado como masculinas: poco cabello, espalda ancha, escaso tejido mamario, aunque con mamas, areolas y pezones. Sumado a esto, tienen ojos color café, mismos que permanecen abiertos, orejas sin canal auditivo y una boca abierta y delimitada por unos labios delgados a través de los cuales se ven los dientes y la lengua, la boca de muchos simuladores está abierta porque con ellos es posible practicar el procedimiento de intubación oro-traqueal.

Con respecto a sus genitales podría señalar que muchos de ellos los tienen intercambiables, aquellos que cuentan con una genitalidad fija (menos de la mitad) tienen pene y testículos. En este hecho se objetiva la noción hegemónica del ser humano, pues es representada por los hombres, así que al ser ellos los referentes de lo humano, se convierten en la imagen universal del cuidado. De acuerdo con

¹⁵³ A partir de la definición de dispositivo de Michel Foucault, se puede decir que el dispositivo pedagógico está constituido por “un conjunto de elementos disímiles y heterogéneos que, en un determinado momento histórico y social, componen cierta realidad educativa [...] y posee elementos como: discursos, reglas, normativas, rutinas escolares, instalaciones, textos, estrategias de enseñanza, contenidos curriculares...” (Grinberg y Levy, 2009). Además, una de las principales características de los dispositivos, es que se encuentran ligadas a la producción de subjetividades (Foucault, 2011).

esto, los genitales de los simuladores se pueden intercambiar entre una vulva y un pene con testículos. El modelo anatómico de la vulva no tiene vellos púbicos y tampoco arrugas; tiene un clítoris muy diminuto, identificable pero muy discreto; los labios mayores y menores son muy delgados, pero se encuentran definidos; el meato urinario está expuesto, casi es del tamaño del clítoris y a través de él puede introducirse una sonda, es decir, se encuentra tunelizado; la vagina tiene un orificio muy diminuto, nada puede ser introducido por la misma y; por último, posee unos milímetros de zona perineal, misma que al colocarse en el simulador continua y concluye con el ano.

Por su parte, el modelo anatómico del pene con testículos tampoco posee vellos púbicos; tanto el pene como la bolsa escrotal tienen ciertas rigurosidades que simulan redes venosas; el pene es de una sola pieza (mismo que se encuentra encorvado hacia abajo, lo suficiente para que alcance una mano que permita sujetarlo entre la bolsa escrotal y el pene), aunque se encuentra delimitada la uretra (no es perforable), el glande, la corona del glande, el frenillo, el prepucio y el surco balano-prepucial; las testículos están dentro de la bolsa escrotal, misma que se encuentra descendida y es de un material áspero al tacto. Ambas piezas son rígidas y en cuestiones de medidas, se podría calcular que cada pieza genital mide 10 cm de largo, 15 cm de ancho y 18 cm de alto.

Regresando a la descripción. El área de hospitalización es el espacio en donde se lleva a cabo la enseñanza práctica de la “técnica de baño del paciente en cama” por excelencia; dicha área tiene 10 unidades completas. Dentro de la universidad “S”, la unidad es un espacio regularmente conformado por una consola de gas y succión, una cama eléctrica con colchón ortopédico, un buró para las cosas de los pacientes, una mesa puente y una silla. Además, hay cuatro simuladores: dos varones y dos mujeres. Hospitalización también es un espacio largo en el que las camas se encuentran distanciadas entre sí por cerca de un metro, hay monitores respiratorios y cardíacos, lámparas de chicote, un biombo, una báscula con estadiómetro, un carro de curaciones, un carro de paro cerebro-cardio-respiratorio

con material incompleto, un cuarto para los expedientes clínicos, un séptico, tripiés, tánicos y bancos de altura.

En el periodo que estuve realizando trabajo de campo, me tocó ver que Susana alcanzó el área de hospitalización para su clase práctica, pero Sandra, profesora de la universidad que cuenta con la maestría y especialidad en heridas, quemaduras y estomas, no, por lo tanto, lxs técnicxs de la Clínica le asignaron el área de recuperación de expulsión. En recuperación hay dos camas, es un espacio pequeño en el que no hay simuladores, por lo que el día de la clase práctica, la profesora ocupó a una estudiante para realizar el procedimiento. También hay una mesa Pasteur, sillas para lxs familiares y bancos de altura. En cuestión de colores, como todo en la universidad, externamente es color ladrillo e internamente blanca con azul a la altura del zoclo, también son azules las puertas y algunas columnas; de tal forma que, haciendo juego con esto, la ropa de cama es blanca con las colchas azul marino.

Una vez en la Clínica, y con ayuda de los simuladores, las profesoras guiaron y explicaron el procedimiento de la “técnica de baño del paciente en cama”. En mi etapa de profesora de la universidad “S”, era obligatorio que primero lxs profesorxs realizáramos la técnica y, después, una vez que lxs estudiantes la habían observado, la ejecutaran con nuestra supervisión. Sin embargo, durante mi trabajo de campo pude ver que Susana observaba a sus estudiantes realizar la actividad, al mismo tiempo que les dictaba los pasos, mientras que, por su parte, Sandra sí realizó la técnica, solo que, en lugar de *usar* un simulador, *uso* una estudiante, al mismo tiempo que a su lado se ubicó otra estudiante con la lista de cotejo para dictarle uno a uno los pasos de la técnica. Así que en ambos escenarios sucedió lo mismo: los pasos fueron ejecutados después de ser dictados.

Una vez en el espacio asignado, el material a ocupar fue acomodado de tal manera que siempre quedó cerca de lxs estudiantes y de la profesora. En el caso de Sandra, el material se ubicó a su derecha, ella quedó al lado izquierdo de la paciente y lxs estudiantes de frente a la paciente (misma que fue nombrada Rosa), es decir, lxs estudiantes quedaron a la altura de los pies de la estudiante que fungía

como paciente y rodearon en media luna a la profesora. Por su parte, en la actividad desarrollada por Susana, aquella en la que lxs estudiantes llevarían a cabo la técnica, ellxs fueron organizadxs en equipos y cada equipo tuvo un simulador, es decir, equipo por simulador, y Susana frente a todxs. En esta clase, a cada integrante le tocó lavar una parte del cuerpo de los simuladores, por lo que se iban reacomodando en la unidad del paciente conforme avanzaban; en el otro grupo, Sandra hizo toda la actividad mientras que lxs estudiantes eran quienes la observaban.

Una vez recolectado el material a ocupar, Sandra y lxs estudiantes pusieron en la mesa puente el jabón, la esponja, los guantes, cubrebocas, el lebrillo, la bandeja riñón, los hisopos, los abatelenguas, las gasas, la pinza foerster y las torundas; en el piso, sobre un banco de altura, colocaron la cubeta con agua tibia y; sobre la silla del paciente colocaron las toallas de baño, la bata limpia y la ropa de cama limpia. Después de acomodar esto, continuaron con la realización de la técnica. Comenzaron nombrando a lxs pacientes. Los simuladores de hospitalización ya tenían nombre, pues en la cabecera de sus camas, lxs técnicxs de la clínica les han colocado una ficha de identificación con los datos que habitualmente poseen las fichas de identificación de las instituciones de salud del país: nombre, edad, patología de ingreso, fecha de ingreso, alergias, responsables de lxs mismxs y la semaforización del riesgo de úlceras y de caídas. En cuanto a Sandra, la paciente fue nombrada al momento de su selección. En este aspecto, independientemente de si era la profesora o lxs estudiantes quienes llevaban a cabo la actividad, las profesoras iban hacían pausas para preguntar “¿qué sigue?”, “¿qué paso toca?” o ¿ahora qué va?”¹⁵⁴

Durante las observaciones que realicé, me di cuenta de que el paso más olvidado de la práctica es el correspondiente a la presentación y, por ende, a la explicación del procedimiento. Susana, una de las profesoras, de vez en cuando señalaba la falta preguntando: “¿ya se presentaron?”, “¿ya le dijeron a su paciente

¹⁵⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

lo que le harán?”, “¿cómo se llama su paciente?”¹⁵⁵ pero, en general, ella también pasó por alto la actividad en muchos de los equipos y nunca estableció una reflexión del porqué hacer tal actividad. De hecho, cuando Susana les recordó a lxs estudiantes la presentación, éstxs rieron y cumplieron lo solicitado hablándole a los pacientes-simuladores en un tono muy bajo, acto seguido, ella les cuestionó el tono diciéndoles “¡no los escuchan!, fuerte, con ganas”, así, en respuesta, lxs estudiantes hablaron más fuerte, aunque primero emitieron una sonrisa nerviosa.

Cuando lxs estudiantes se rieron, Susana volteó a verme y me dijo “es que les da pena hablar solos, pero ya les dije que lo hagan, aunque parezcan locos deben hablarle al simulador”¹⁵⁶. Como aquí, en la práctica hospitalaria diaria, es muy difícil ver que el personal de enfermería se presenta frente a lxs pacientes y les comenta qué actividad van a desarrollar; de hecho, en el hospital sucede algo similar a que lxs enfermerxs les dicen a lxs pacientes *le voy a tomar la presión* cuando en realidad ya le pusieron el brazalete al paciente y han comenzado a insuflar la bombilla. Es decir, no existe un diálogo entre lxs enfermerxs y lxs pacientes que consienta el contacto. Más bien, éste se impone en un contexto regido por relaciones de poder, es decir, en un escenario donde las jerarquías sociales norman que lxs pacientes deben obedecer a lxs enfermerxs.

Dentro del sistema de salud mexicano existe el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)¹⁵⁷, el cual se integra por indicadores que permiten evaluar la *calidad* de los servicios de enfermería, entre ellos el *trato digno*, mismo que se define como “las acciones que realiza el profesional de enfermería para proporcionar un ambiente seguro al paciente, es inspirar confianza y proveer una atención integral de calidad respetando su individualidad y sus derechos durante su estancia hospitalaria” (Rodríguez y Velázquez, 2014: 96). Sin embargo, si checamos las principales quejas o sugerencias que realizan lxs pacientes a lxs enfermerxs cuando egresan de los servicios de salud, podemos encontrar que lxs

¹⁵⁵ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁵⁶ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁵⁷ Programa que creó lineamientos e instrumentos dirigidos a lxs pacientes, profesionales de la salud e instituciones de salud para la elevación de la calidad de los servicios de salud y de la seguridad de lxs pacientes,

pacientes solicitan principalmente un mejor trato, y que se les informe de las acciones que realizan; además, que lxs enfermerxs sean más amables, que no haya preferencias en la atención, que se realicen las actividades correctamente (sobre todo la ministración de medicamentos) y que se mejore la infraestructura de los espacios donde reciben atención¹⁵⁸ (Fernández y Granero, 2004; Puebla-Viera, Ramírez-Gutiérrez, Ramos-Pichardo y Moreno-Gómez; 2009; Alba-Leonel, Papaqui-Hernández y Zarza-Arizmendi, 2011).

Esta situación, permite cuestionar la “calidad” de los cuidados de enfermería y su siempre enunciada característica de *humanos* y *holísticos*, además, también se pueden visibilizar las condiciones del sistema de salud del país. Con esto, también podríamos señalar que, dentro de la universidad, la indicación de que *todxs lxs enfermerxs debemos presentarnos antes de realizar actividades* se convierte en una frase repetitiva, normativa y rutinaria del *quehacer* de enfermería. Por ello, tampoco podemos perder de vista el carácter disciplinario del espacio educativo, pues los lineamientos que integran la formación académica de lxs enfermerxs son normas que definen una práctica profesional del cuidado.

Cuando la actividad fue realizada por Sandra, automáticamente y como si estuvieran leyendo un texto de presentación, comenzó mencionando “buenos días, mi nombre es Martha, seré su enfermera del turno y la voy a bañar, ¿hay alguien que pueda apoyarnos?, ¿quiere que su familiar permanezca durante el baño o prefiere que se retire? Recuerde que puede decirme cómo se va sintiendo y si quiere que la apoye en algo, también yo le iré indicando en qué puede ayudarme”¹⁵⁹. Al término del discurso, Sandra miró a lxs estudiantes que permanecían en silencio y la miraban con una sonrisa, en cuanto lxs miró, ellxs realizaron un movimiento de arriba a abajo con su cabeza, mismo que significaba que habían entendido el ejemplo, Sandra lxs observó en silencio y siguió.

¹⁵⁸ Dentro de estas quejas y sugerencias, uno de los elementos que llaman la atención (y que agradezco a mí director de tesis por señalármelo), es que no se encuentran las referentes a las deficiencias del sector salud, por ejemplo, la falta de insumos dentro de las unidades hospitalarias.

¹⁵⁹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

No obstante, para que Sandra realizará la actividad, con anterioridad preguntó al grupo “¿quién se anima a pasar?”¹⁶⁰, pero nadie dijo yo. Sin embargo, un grupo de estudiantes mujeres en unísono mencionaron “la que sea más delgada y pequeña”¹⁶¹ y se rieron en señal de que ya sabían de quién estaban hablando. La profesora buscó a una estudiante entre todxs lxs del grupo y dijo “ven, ya te vi, pasa al frente, serás la paciente de este día”, la paciente puso cara de ¡no puede ser! y expresó en un tono muy suave “ay no, porque yo”, lxs compañerxs se rieron más, Sandra la reconfortó diciéndole “no te preocupes, no te quitaras la ropa, solo los zapatos, súbete a la cama, metete a las sábanas y cúbrete”¹⁶². Al decir esto, el grupo se colocó alrededor de la cama, la profesora se coloca a la izquierda de la estudiante y comenzó a ponerse una bata quirúrgica, cuando terminó de ponérsela, le entregó la lista de cotejo a una estudiante y ésta se sentó a su lado derecho para comenzar a dictarle los pasos.

Una vez que pasó la etapa de presentación y el material se encontró acomodado, lxs practicantes aflojaron la ropa de cama y sacaron los brazos de lxs pacientes de las mangas de sus batas. El grupo que realizó la actividad desvistió a los simuladores y procuró que no quedaran completamente expuestos. En cuanto a la profesora que llevó a cabo la actividad, ésta, mantuvo a la estudiante con el uniforme y por debajo de la cobija, no le colocó bata, aunque si mencionó “aquí, hay que retirar la bata exponiendo solo la parte del cuerpo que vamos a lavar ¿sí?, ya lo hablamos en el salón”¹⁶³, el grupo asintió.

Revisando estos pasos, con los referentes a la privacidad sucedió que como en la Clínica Robotizada solo hay un biombo y no hay cortinas corredizas, cuando Susana observó a lxs estudiantes mencionó “imaginen que hay cortinas o algo y sigan, no pueden detenerse porque algo de lo que se debe no está”¹⁶⁴, en el marco de este comentario, un equipo sacó unas sábanas y con ellas delimitaron el espacio de privacidad del paciente que bañaban; primero, la profesora se río, pero nunca

¹⁶⁰ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶³ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

mencionó que lo que estaban haciendo no es viable dentro de las instituciones de salud porque a) en realidad no hay el personal suficiente pueda sostener las sábanas, b) a veces no hay sábanas ni para tender las camas o, c) porque no hay tiempo para hacerlo, después de reír comentó “muy bien, así es, hay que ser creativos, pero no cierren todo porque no me dejan ver cómo hacen el baño, pero sí, en la enfermería hay que ser creativos”¹⁶⁵. El resto de lxs estudiantes se miraron entre sí, se rieron y se agacharon para seguir trabajando con su paciente.

Durante la secuencia de explicación, siempre existió el interés por parte de las profesoras para dejar claro el principio y el final de la técnica. Así, durante la realización de este, cuando lxs estudiantes eran quienes bañaban, Susana lxs observaba y después de dictar el paso daba un tiempo para que los equipos lo ejecutaran, si veía que alguno no lo estaba realizando como se había mencionado no se acercaba para corregirlxs, pero con voz firme repetía el paso y volvía a ver fijamente al equipo que consideraba no lo estaba realizando como debía ser. Lxs estudiantes, entonces, se corregían en voz baja o algunx repetía el paso en un tono lo suficientemente alto para ser escuchadx únicamente entre el equipo y así realizar el paso correctamente. Por el contrario, cuando Sandra era la que realizaba la técnica, los pasos eran ejecutados una vez que la alumna terminaba de dictarlos, aunque al mismo tiempo que los realizaba nuevamente los enunciaba, por ejemplo, cuando simulaba lavar el brazo decía “aquí, entonces, como dice la hoja, lavamos el brazo, comenzamos por la mano y llegamos a la axila”¹⁶⁶.

En este sentido, si algo se hizo evidente durante los pasos es que cuando la práctica se explicó sobre simuladores sí se ejerció cierta fuerza sobre la piel del maniquí, en cambio, cuando la estudiante fungió como paciente el contacto fue mínimo y suave, además, éste último, siempre se dio sobre la ropa por lo que la estudiante ni siquiera fue tocada para explicar las actividades, es decir, todos los pasos del baño fueron realizados a centímetros de distancia de su ropa. Durante la revisión del procedimiento, en el escenario de la profesora que realizaba la actividad

¹⁶⁵ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶⁶ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

fue común ver como lxs estudiantes que quedaron al frente ponían atención, y lxs de atrás se distraían en cualquier momento y con cualquier movimiento; sin embargo, como la profesora estaba concentrada en la actividad nunca volteó a ver a lxs estudiantes. En el otro escenario, lxs estudiantes siempre se mantuvieron alertas porque ellxs hacían la actividad, la profesora lxs observaba y dictaba los pasos, pero nunca se acercó a ver detalladamente cómo realizaban la técnica. De acuerdo con esto, aunque Sandra nunca explicó por qué durante la actividad no tocó a la estudiante, será que algunas pistas podrían encontrarse en dos situaciones; ¿por un lado, el terror a la sexualidad y al contacto con los cuerpos y, por el otro, el terror al acoso y a sus consecuencias legales?

Al margen de estas situaciones, se llevó a cabo el lavado del cuerpo de lxs pacientes, en ambas clases prácticas se comenzó por el cabello y se concluyó en los genitales. Para el aseo de la cabeza, la indicación principal de las profesoras fue “dejar al último los ojos, la nariz, la boca y los oídos porque, aunque es parte de la higiene, requiere una limpieza más específica”¹⁶⁷, sin embargo, cuando se llegó al final de la técnica, nadie regresó a la cara. Después, avanzaron a los hombros, los brazos y las axilas, para el aseo de estas últimas se levantaron los brazos de lxs pacientes (tanto los brazos de los simuladores como los de la estudiante), pero solo se pasó la esponja por la zona, nadie las aseó con detenimiento. Continuaron con el tronco, todxs lxs que realizaban la técnica asearon sin novedad el tórax y el abdomen, pero no así las mamas ni el ombligo. Ante esto, Susana mencionó “no están lavando las mamas ni el ombligo, solo están pasando la esponja, levanten las mamas si es que están muy grandes, quítenles las secreciones, enjuáguenlas y séquenlas bien sino solo les van a sacar más [...], tampoco olviden el ombligo, límpienlo, pero sin lastimar”¹⁶⁸, cuando lxs estudiantes escucharon esto, regresaron a las mamas, las tocaron con una mezcla de miedo y precaución que la profesora grito “¡bien, son simuladores, no muerden, apúrense que no podemos tardarnos

¹⁶⁷ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁶⁸ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

tanto!”¹⁶⁹, lxs estudiantes no modificaron su contacto, asearon las mamas, pero nunca tocaron los pezones ni la areola.

Después de enjuagar las esponjas varias veces, aunque sin cambiar el agua como lo estipula la técnica estandarizada, se llegó al aseo de las extremidades inferiores, la espalda y los glúteos. Las extremidades inferiores se asearon con movimientos rápidos y firmes, pero no se tocaron los espacios interdigitales y tampoco la cara interna de los muslos. Posteriormente, lxs pacientes fueron rotadxs para lavar la espalda y los glúteos, al momento de hacer la rotación, la profesora Susana recordó la importancia de la mecánica corporal¹⁷⁰ porque “si no la hacen luego andan con hernias”¹⁷¹. Sandra señaló que para el aseo correcto de la espalda y los glúteos “hay que lavar desde la parte superior del cuello hasta los glúteos con movimientos largos y firmes, fuerte de arriba abajo y sin regresar a lo tallado”¹⁷², sin embargo, ni el grupo de estudiantes ni la profesora lavaron los glúteos, lxs estudiantes que tenían simuladores sí los rozaron con la esponja, también les vertieron un poco de agua, pero nunca los lavaron, es más, ni siquiera se acercaron a la hendidura interglútea y el ano. La profesora que bañaba a una estudiante, nunca la tocó. “Es aquí [dijo Susana] que debemos aprovechar para poner las sábanas limpias, ya que el paciente está de espalda hay que bajar las sábanas para que ahí se quede el agua de los genitales y así poner el envuelto¹⁷³ limpio en su cabeza para estirar”¹⁷⁴.

¹⁶⁹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷⁰ Para la enfermería, la mecánica corporal consiste en el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo. De tal manera que, en los salones de clase se revisan posturas para lxs enfermerxs y lxs pacientes que favorecen la movilización de estxs últimxs.

¹⁷¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷³ El envuelto, también llamado el niño o el acordeón, es un doblado en vertical de todos los componentes del tendido de cama, a excepción de la colcha o cobija. Es decir, cuando una cama está ocupada, debemos colocar sobre una cama o una mesa vacía la sábana de cajón, después la sábana clínica, encima la sábana móvil y, después, el hule clínico o el pañal (todos elementos de un tendido de cama con paciente). Una vez colocados, hay que doblar verticalmente, de tal forma que la tira de sábanas doblas se puedan colocar detrás del paciente y se desdoble en cuanto se roten lxs pacientes.

¹⁷⁴ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

Cuando Sandra llegó al área genital dijo “aquí ya saben cómo, aquí es más rápido, pero con cuidado y bien”¹⁷⁵, lxs estudiantes rieron e inmediatamente concentraron su mirada en la zona genital de lxs pacientes para ver cómo era el aseo de esta zona. Mirando a lxs estudiantes repitió los pasos que le dictaba la estudiante, pero no los hizo, de hecho, ni siquiera la colocó en posición ginecológica para simular la realización. Cuando lxs estudiantes vieron que la profesora no realizó el lavado de la zona genital, desprendieron su mirada del área genital de la estudiante-paciente y regresaron a mirar a la profesora. Y es que la mirada había sido colocada en esta zona para observar el aseo. La profesora lxs observó como en espera de que alguien preguntara algo, pero nadie dijo nada, ella tampoco agregó algo más. Lxs estudiantes de atrás dejaron de poner atención y lxs de adelante esperaron la continuación de la técnica.

En cuanto al otro escenario, es decir, el de Susana, aquel en donde la profesora dictó los pasos y lxs estudiantes en equipos los ejecutaron, las cosas no fueron muy diferentes, aunque si existieron algunas particularidades. Primero, en muchos de los pasos dictados, la profesora no se levantó de su asiento, pero cuando llegó al área genital sí lo hizo. En este paso, dictó y observó la ejecución, aunque no se detuvo a explicarle nada a nadie, al igual que en los pasos anteriores, solo veía si lxs estudiantes no los ejecutaban correctamente y si era así, repetía el paso en voz alta y observaba fijamente al equipo que estaba cometiendo el error.

Un ejemplo de lo anterior sería la siguiente escena: en alguna parte del aseo genital, Susana mencionó “el siguiente paso es lavar y enjuagar la región perianal, para ello, usen la pinza y la gasa”¹⁷⁶, sin embargo, la estudiante de un equipo no encontraba o, mejor dicho, no sabía dónde limpiar. Es decir, en un equipo a una estudiante le tocó lavar el área genital de un simulador con pene, pero en cuanto escuchó la instrucción de la profesora se quedó un rato sin movimiento y luego comenzó a limpiar la zona inguinal derecha, la profesora la vio y repitió en tono fuerte y sarcástico “con las pinzas limpien la región perianal, ¿saben dónde es eso

¹⁷⁵ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷⁶ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

o también tengo que enseñarles?”¹⁷⁷, lxs integrantes de su equipo y el resto de lxs estudiantes no contestaron, todxs se mantuvieron agachadxs. Lxs integrantes de su equipo la miraron de reojo. Después de que la profesora repitió el paso, la estudiante que trataba de ubicar la región perianal comenzó a limpiar la región inguinal izquierda, la profesora nuevamente levantó el tono y repitió el paso, sus compañerxs la miraron con dureza, pero ella no lxs observó, sin embargo, le empezó a temblar la mano, pero, nuevamente, su equipo no le dijo nada.

Después de unos minutos, un estudiante, el que estaba más lejos de la escena, pero que también formaba parte del equipo, le dijo “no, ahí no, abajo”¹⁷⁸, ante el comentario, la profesora vio a la estudiante y agregó en tono de burla “si no saben las partes del cuerpo, deben ponerse a estudiar, eh, aquí ya no voy a revisar esas cosas”, sin decir más dictó el siguiente paso “¿ya?, bueno, cambien la gasa y enjuagen, van los muslos”¹⁷⁹. La estudiante, volteo a ver su material, soltó la gasa y tomó una nueva, la pasó por los testículos y la base del pene, por último, para terminar, soltó las pinzas. No obstante, antes de que soltara las pinzas, me acerqué a ella para comentarle, al mismo tiempo que señalaba con mi índice el espacio entre los testículos y el ano, cuál era la zona perianal, con mi dedo le dije “aquí, esta es la región perianal”, mientras hablaba, el equipo se mantuvo en silencio, es más, ni siquiera me miraron. Aunque la estudiante cuando me miró exclamó un “¡ah, ya!”. Susana, la profesora, también me vio, pero sonrió y continuó los pasos.

Leyendo con los lentes de los pasos estandarizados de la “técnica del baño del paciente en cama”, el aseo del área genital fue incompleto en los dos escenarios, Susana llegó a él diciendo “aquí no voy a detallar tanto, ustedes ya saben cómo es, ya lo vimos”¹⁸⁰. De tal manera que, de inicio, Susana como Sandra, aunque a lo largo de la enseñanza de la técnica repitieron y leyeron textualmente la mayoría de los pasos, al llegar al área genital dejaron que el aseo se realizará con lo que lxs estudiantes decían. En este sentido, lxs estudiantes que tenían simuladores se

¹⁷⁷ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷⁸ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁷⁹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁸⁰ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

pusieron a la altura de la pelvis de sus pacientes cuando la profesora mencionó “van los genitales, ya saben, mujeres u hombres, cada uno su material, pinzas, gasas, riñonera, agua, ya saben, todo” ¹⁸¹.

Lxs estudiantes que tenían pacientes mujeres pinzaron una gasa y la llevaron a los muslos, después de esto, algunxs se dirigieron al pubis, pero otrxs se fueron directamente a los labios mayores, Susana intervino diciendo “de arriba abajo, ya saben, jabón y agua, apóyense de la otra mano”, al decir esto, lxs estudiantes se apoyaron de sus dedos pulgar e índice (de la mano no dominante, es decir, con la que no agarran la pinza) para sostener los labios mayores, con una gasa pusieron jabón, la tiraron, tomaron otra que estaba mojada en agua y quitaron el jabón, también la desecharon, por último, pinzaron otra gasa seca y secaron. Después, con los mismos dedos hicieron un poco de fuerza para separar los labios mayores de plástico y acceder a los labios menores, simularon verlos y repitieron los tres momentos de gasas (una gasa para poner jabón, otra con agua para retirarlo y, la última para secar). Aunque en las simuladores mujeres se ve el clítoris, el meato y la entrada vaginal, por ahí no pasó ninguna gasa. Posteriormente, dijo la profesora, “va la región perianal” ¹⁸², lxs estudiantes pasaron una gasa por el periné y se retiraron. En esta secuencia de pasos, lxs integrantes del equipo observaron y, de repente, si lxs estudiantes que aseaban está zona no sabían, les ayudaban a recordar el paso.

Por su parte, lxs estudiantes que tuvieron simuladores varones asearon la zona genital más rápido, podría calcular que quiénes asearon zonas genitales femeninas se tardaron 20 minutos y los que asearon varones, 15 minutos. Fueron estudiantes mujeres las que asearon genitales masculinos. Las estudiantes tomaron una gasa con su mano no dominante envuelta en guante, después, con su ayuda sostuvieron el pene desde su base; con su mano dominante tomaron las pinzas y engancharon una gasa, aunque el documento estandarizado dice “con una gasa toma el pene y retrae el prepucio, lava el pene, luego el escroto y, después, la región

¹⁸¹ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

¹⁸² Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

perineal”, las estudiantes lavaron de arriba abajo el pene. Es cierto que realizaron los tres momentos de gasas, pero en cada movimiento solo ocuparon una gasa. Únicamente la integrante de un equipo limpió el meato urinario, pero no los testículos; por su parte, la estudiante que presenté con anterioridad fue la única que paso una gasa húmeda de agua en los testículos.

Después de la realización del aseo genital, la técnica avanzó a la recta final, de tal manera que antes de concluir, ambas profesoras expresaron la importancia de desechar la ropa sucia, de retirarse los guantes para realizar el tendido de cama y de recoger y acomodar el espacio. No se habló de la colocación de la bata limpia del paciente, pero lxs estudiantes y la profesora la colocaron cuando se acabó el aseo genital y antes de que se retiraran los guantes. Así que, para finalizar la práctica simulada, las profesoras mencionaron “bueno, aquí ya pueden hacer las actividades extras: desinfectar todo, darle posición a su paciente, limpiarles los ojos, peinarlos, ponerles cremas y perfumes... No olviden los barandales, eso es parte de la seguridad [...] y así se hace, deben aprenderse los pasos, recuerden que esto que revisamos en dos horas se hace en 15 minutos como máximo, si se tardan más, al paciente le va a dar neumonía. Ya, recojan todo, bajen su material y nos vemos mañana”¹⁸³. Al escuchar esto, lxs estudiantes recogieron su material, acomodaron el mobiliario y salieron de las áreas. Las profesoras, por su parte, agruparon el material, salieron de las áreas y lo entregaron en la central de enfermería, ahí, unx de lxs tres técnicxs cotejaron que lo solicitado corresponde a lo entregado.

Para finalizar este apartado, me gustaría señalar que en estas líneas busqué un ensamble entre la descripción de la “técnica del baño del paciente en cama” y algunos puntos de reflexión teórica. Dicho ensamble da la pauta para problematizar dentro de la formación académica de lxs enfermerxs, la sexualidad y el cuerpo. Sobre todo, porque a manera de hipótesis señalo que la sexualidad se encuentra presente en la formación académica de enfermerxs pese a no enunciarse explícitamente. En este sentido, en el siguiente apartado, busco plantear dos situaciones: a) que la sexualidad siempre está presente dentro de la formación en

¹⁸³ Diario de campo, observación en el campus universitario, 2019.

enfermería y b) que, al estar presente, apoyándome de la noción de discurso de Michel Foucault, tiene una manera de operar dentro la formación profesional.

La sexualidad: una categoría presente en la formación académica de lxs enfermerxs

Para ampliar lo antes mencionado, es necesario afinar la presentación de la *sexualidad* dentro del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la universidad “S”. Dentro de la carrera, el término *sexualidad* aparece explícitamente en una ocasión: en la asignatura *Sociología y Salud*; misma que integra al conjunto de las cinco materias (Sociología y Salud, Bioquímica Básica, Historia del Pensamiento Filosófico, Anatomía Humana I y Software en Enfermería) que se cursan en el primer semestre de la carrera. Dentro de esta materia, la sexualidad es un subtema perteneciente a la tercera unidad, misma que se titula *Construcción social de la salud-enfermedad* y es antecedida por subtemas como feminidad, masculinidad, edad, cultura y lenguaje. Todos, a su vez, pertenecientes al rubro 3.3 denominado *Interseccionalidad*.

No obstante, el contenido informativo ocupado para revisar el tema de sexualidad no concuerda con lo que podría pensarse por su ubicación, pues al ser parte de la *interseccionalidad* da la impresión de que se le considera una categoría social. Pero, pese a que las unidades de los programas de asignatura no tienen objetivos particulares y no conozco con exactitud las metas que se trazan internamente, porque en mi experiencia académica no me ha tocado impartir la materia, el objetivo general de la asignatura *Sociología y Salud* es “identificar las prácticas en salud a través del análisis de la teoría social, entendiendo a la salud como un proceso multifactorial que ayude a generar intervenciones integrales de enfermería acordes al contexto del individuo, familia y comunidad”¹⁸⁴. De tal manera que, si partimos de esto, la sexualidad es considerada un *factor* que participa activamente en la salud y en la enfermedad de lxs sujetxs y que, por lo tanto, necesita y requiere del diseño y la implementación de una serie de intervenciones para que se mantenga *equilibrada*. Asimismo, al señalarla como parte del “proceso

¹⁸⁴ Diario de campo, temario de primer semestre, 2019.

multifactorial” de la salud, se le adhiere la etiqueta de “riesgo”, dado que, siguiendo los lineamientos de la escuela de la epidemiología clásica, a los factores se les entiende como *elementos* que influyen, causan o provocan *algo*.

Lo anterior, se relaciona con lo que señala Gayle Rubin (1989), pues ella menciona que dentro de las disciplinas médicas, psiquiátricas y psicológicas, la sexualidad se entiende como un componente que habita (o sea, que es preexistente o que *naturalmente* está y se posee) en las hormonas o en la psique de lxs sujetxs; por ende, al considerársele inmutable, asocial y transhistórica, cualquier forma social no aceptable de entenderla y vivirla es altamente cuestionable y penalizable, dado que existe una única manera de entenderla y vivirla. En este sentido, dichas disciplinas apoyan la construcción, en términos de Judith Butler (2002), de una zona de abyección¹⁸⁵ y una de inteligibilidad.

Sin embargo, en términos de Carlos Figari (2012), desde finales del siglo XVIII, el paradigma científico se convirtió en el marco definitorio dominante de la sexualidad, pero las características de este paradigma, por ejemplo, que la sexualidad es reproductiva y la naturalización de los cuerpos, comportamientos y deseos, se diseminaron bajo el título de *científico* en múltiples contextos sociales y posicionamientos de lxs sujetxs. De tal manera, que las nociones que naturalizan y esencializan cuerpos nacen bajo el señalamiento de la *ciencia* y se colocan no sólo en disciplinas específicas, sino en múltiples escenarios sociales, por ello, aunque el tema se ubique dentro de una materia y una unidad de aparente perspectiva social, el enfoque de lectura del tema se alinea al marco de la racionalidad científica. Así que no se pueden pasar por alto las innumerables críticas que la teoría feminista le ha realizado a la práctica científica y médica.

A la limitada presencia explícita de la sexualidad dentro de los programas de asignatura de la formación académica de lxs enfermerxs de la universidad “S”, se suma la información a la que accedí con ayuda de las entrevistas realizadas a lxs estudiantes de primer semestre y, del mismo modo, me permiten reafirmar lo antes

¹⁸⁵ Para Judith Butler, la abyección “implica literalmente la acción de arrojar fuera [...] designa una condición degradada o excluida dentro de los términos de la sociabilidad” (Butler; 2002:19-20)

señalado. En estas entrevistas me di cuenta de que, aunque el tema *sexualidad* está estipulado dentro del programa académico de *Sociología y Salud*, lxs profesorxs se saltan su revisión y el único profesor¹⁸⁶ (de formación nutriólogo y afiliado a dicha carrera) que sí impartió el tema dentro de su clase, lo hizo definiéndola como el “conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas, afectivas que caracterizan cada sexo”¹⁸⁷. Además, en la libreta de apuntes que me compartió Luis, un estudiante entrevistado, leí que el profesor agregó que la sexualidad se compone de tres elementos: impulso sexual, placer sexual e identidad sexual y que, a su vez, posee cuatro dimensiones: biológica, psicológica, social y ética¹⁸⁸.

En este sentido, tanto el concepto como los elementos que retoma el profesor para definirla se sustentan en los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la OMS, la sexualidad es:

un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

En este sentido, la definición que se otorga en clase¹⁸⁹ refleja el vínculo que tiene la sexualidad con el enfoque científico, es decir, con el paradigma médico-biologicista

¹⁸⁶ Según el programa de la asignatura, lxs profesorxs que deben impartir la materia tienen que contar con el perfil profesional de antropológxs o sociológxs pero, cuando estuve realizando trabajo de campo, los nueve grupos de primer semestre estuvieron a cargo de seis profesores varones con perfiles diversos: dos nutriólogos, un ingeniero agroindustrial, un licenciado en política y gestión social, un psicólogo y un antropólogo social. Institucionalmente, hay una alta rotación de profesorxs, es decir, por diferentes motivos muchxs profesorxs se van acabando su primer semestre; sin embargo, también es verdad que hay poco interés por contratar profesionales de perfiles profesionales de este tipo. Por ejemplo, del 100% de la plantilla académica de enfermería, menos del 5% es licenciadx de alguna carrera perteneciente a las ciencias sociales y humanas.

¹⁸⁷ Diario de campo, libreta de un estudiante de primer semestre, 2019.

¹⁸⁸ Diario de campo, libreta de un estudiante de primer semestre, 2019.

¹⁸⁹ Y la revisión del profesor fue literalmente breve, puesto que en la libreta del estudiante en torno a este tema solo se encontraba la definición, los elementos de la sexualidad y las dimensiones; posteriormente, se ubicaba la definición de la interseccionalidad. Sobre la interseccionalidad, la

(Figari, 2012). En la definición que da el profesor, se establece una relación entre la genitalidad (el sexo) y la sexualidad de lxs sujetxs, reflejando que *solo* hay dos *expresiones o manifestaciones normales* de la misma: la que proviene de mujeres y la correspondiente a varones (ambos validados como varones y mujeres desde su nacimiento). Esto, concuerda con lo que señala Elsa Dorlin en torno al sexo, pues, argumenta que, socialmente designa tres cosas: el sexo biológico (la genitalidad), el rol o el comportamiento sexual que supuestamente nos corresponde (por ser mujeres u hombres) y, la sexualidad, es decir, el “hecho de tener una sexualidad, de ‘tener’ o ‘hacer’ sexo” (2009: 9).

Partiendo de lo anterior, dentro de la enfermería está presente, por un lado, la noción de que la sexualidad es algo existente y que lo que se ubica a su alrededor son elementos que la condicionan, modifican o alteran y, por el otro, la noción de que según la genitalidad que *tenemos* nos corresponden prácticas específicas. En torno a esto último, encontramos un ensamble entre discursos de la sexualidad enmarcados en el paradigma biomédico y, otros, pertenecientes, dice Graciela Morgade (2006), al modelo moralizante, mismo que se caracteriza por un sistema normativo del *deber ser*, es decir, porque en los espacios curriculares partan de contenidos morales en los que la sexualidad sigue vinculada a la genitalidad, pero aunados a juicios morales. Pues, como se ve en la “técnica del baño del paciente en cama”, lxs profesorxs evalúan con calificaciones o juicios de valor (positivos o negativos) que las estudiantes sonrían con pacientes varones, que los enfermeros toquen el área genital de las mujeres o que las estudiantes toquen el pene de los varones sin la supervisión de enfermerxs tituladxs.

Lo antes mencionado también se encuentra dentro de la práctica docente de lxs profesorxs de enfermería pues, sus lineamientos de enseñanza se encuentran atravesados por nociones de la sexualidad. De tal manera que, por ejemplo, las

libreta decía “analiza las diferentes formas de dominio que interactúan entre sí. Sugiere que sistemas de opresión distintos no son independientes, sino que se refuerzan y reproducen mutuamente: género, raza, clase social, sexo, instituciones y salud-enfermedad” (Diario de campo, libreta de un estudiante de primer semestre, 2019). Y aunque con este concepto, el profesor tuvo elementos para discutir el tema, todo se quedó en un dictado y, en palabras del estudiante “el profesor no dijo más y avanzó a ver la salud” (Diario de campo, 2019).

profesoras realizan recomendaciones y sugerencias que podría decirse no están detalladas en los libros de textos o artículos, como que hay que sostener fuerte y firmemente el pene para que los pacientes no presenten erecciones, pero en la práctica suceden y se leen bajo marcos sociales específicos, lo que las lleva a hacer recomendaciones encuadradas en paradigmas morales respaldados en el enfoque biomédico. Esto también está presente en las normas que rigen el contacto que se establece con lxs estudiantes, dado que no solo están jerarquizadas las actividades vinculadas al cuidado, sino también las dinámicas para su desarrollo. Ejemplo de ello, es lo que dice Ernesto “no podría enseñar el baño con uno de ellos, y menos que alguno me bañe para explicar, no es como instalar una sonda nasogástrica, aquí hay que tocar al estudiante, o que nos toquen [...], a mí me da miedo que se note que me gusta que me toquen, porque como enfermero uno debe hacer las cosas y ya”¹⁹⁰.

De acuerdo con esto, aunque podría señalarse que en la universidad se habla limitadamente de la sexualidad y que lo dicho sobre ella se reduce a señalarla como un elemento que naturalmente poseemos desde el nacimiento, porque está determinada por nuestra genitalidad, en realidad, dentro de la formación profesional de enfermerxs, los discursos de la sexualidad son múltiples y diversos porque continuamente se modifican y multiplican. Acceder a las teorías posestructuralistas, queer y feministas me ha permitido desmontar o, de mínimo, acercarme a la problematización de la idea que señala que dentro del espacio educativo solo se habla de la sexualidad cuando se le enuncia. Pues, aunque en los procesos formativos formales de la enfermería existen espacios muy restringidos para la reflexión de la sexualidad de lxs estudiantes, de lxs profesorxs, y de lxs sujetos de cuidado (pacientes), su ausencia o presencia limitada no representa la carencia de órdenes corporales y sexuales, puesto que “cualquier proceso que niegue o reprima tiene una instancia afirmativa y productiva” (Scharagrodsky, 2007: 08; Foucault, 2011).

¹⁹⁰ Ernesto, profesor de enfermería de la universidad “S”. 14 de junio de 2019.

En este sentido, tales afinidades teóricas, así como la presentación de la “técnica del baño del paciente en cama”, me llevan a plantear que, aunque la sexualidad dentro de la educación formal de enfermería de la universidad “S” se documenta en una materia¹⁹¹, ésta siempre está presente en la formación profesional en tanto que las actividades del *quehacer de enfermería* son el resultado de una serie de dispositivos que producen una forma específica de tocar, hablar, ver y explicar. Para sustentar este planteamiento, es importante continuar con planteamientos de Graciela Morgade, ella señala que “toda educación es sexual porque la sexualidad es una dimensión de la construcción de la subjetividad que trasciende ampliamente el ejercicio de la genitalidad o una expresión de la intimidad” (2011: 10).

Por ende, autores como Facundo Boccardi, apoyándose en la teoría foucaultiana, han agregado que “la sexualidad se inscribe [...] en dos lugares del discurso social: la subjetividad y la sociedad” (Boccardi, 2016: 105). De acuerdo con esto, y en afinidad a la teoría que sustenta este trabajo, la sexualidad se concibe como un dispositivo histórico¹⁹², es decir, “una invención social [...] que se constituye, históricamente, a partir de múltiples discursos sobre el sexo: discursos que regulan, que normalizan, que instauran saberes [y] producen ‘verdades’” (Lopes, 1999: 2). Así, dice Oscar Guasch “la sexualidad es la manera en que las sociedades regulan el deseo erótico” (2006:87), por lo que la sexualidad es universal ya que en todas partes existen normas que regulan el deseo erótico.

En este caso, con la “técnica del baño del paciente en cama” es posible señalar cómo los discursos de la sexualidad presentes en la formación de

¹⁹¹ Dentro del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la universidad “S”, cuando deja de aparecer el término sexualidad, el concepto que surge es el de *sexual*, éste, siempre aparece como complemento de *algo*, ejemplo de ello son los temas de la asignatura *Psicología Evolutiva y Salud Mental*, misma que se ubica en el cuarto semestre. En esta materia hay una unidad denominada *Desarrollo humano*, ahí se encuentra el tema *Desarrollo psicosexual*; en esta misma materia, pero en la unidad titulada *La familia como determinante en la formación personal-social del individuo* aparece el tema *Violencia intrafamiliar: sexual*.

¹⁹² Edgardo Castro menciona que para Foucault “el dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho [...]” (Castro, 2011: 147).

enfermería norman y producen enfermerxs capaces de ejecutar una práctica profesional específica del cuidado. Es decir, una práctica que, como veremos en el siguiente capítulo, se encuentra alejada de un cuidado “holístico” y cercano a la cosificación de los cuerpos. Y es que los discursos de la sexualidad presentes en el curriculum oculto y el curriculum formal, convierten al cotidiano escolar en un espacio capaz de inscribir en el cuerpo de lxs estudiantes, discursos de sexo y sexualidad que prefiguren e impongan el uso del cuerpo, pero también el significado de los órganos, fluidos, deseos y placeres, convirtiendo a la enfermería en un espacio disciplinario (mediante la reiteración de la norma corporal biológica, sexista y heterosexual), es decir, en un espacio regulatorio de cuerpos, controlador de deseos y moldeador de esquemas de subjetivación (Checa, 2005; Torres, 2009; Pedraza, 2010; Costales, 2011; Morgade, 2011; Diniz, 2012; Bello, 2017).

De acuerdo con esto, Eve Sedgwick en *Epistemología del armario* (1998) y Judith Butler en *El género en disputa* (2007) han problematizado cómo es que opera lo que no se dice y porqué eso que no se dice llega a consolidarse como un espacio de disputas sociales, es decir, ambas autoras han cuestionado qué es eso a lo que comúnmente denominamos ignorancia y silencio. Tanto Sedgwick como Butler sostienen que la ignorancia y el silencio son un problema lingüístico que tiene como objetivo la persistencia de un estado de conocimiento, de tal manera que, en términos de Val Flores (2015), son políticas de conocimiento y prácticas de (hetero)normalización. En este sentido, se hace indispensable cuestionar ¿qué conocimientos, con relación a las sexualidades y los cuerpos, se interesa la enfermería en reproducir?, o, mejor dicho, ¿qué conocimientos, con relación a las sexualidades y los cuerpos, no reflexiona y, por ende, sigue reproduciendo?, y, ¿qué ignorancias promueve la universidad y qué relación guardan con la práctica profesional del cuidado?

Las respuestas se alinean al marco heterosexual, mismo que retomando a Judith Butler entiendo como el conjunto de normas que determinan el género que le corresponde al ser humano en virtud de su sexo, que se encuentra imbricado en la elaboración del cuidado de enfermería. Anne Fausto-Starling (2006) señala que la

práctica médica se ha venido desarrollando en un marco de bicategorización social, es decir, sosteniendo que existen únicamente dos sexos (hombres y mujeres, determinados por su genitalidad), dos cuerpos (varones y mujeres), dos géneros (femenino y masculino) y un deseo dirigido al sexo opuesto (heterosexual). El análisis que va desarrollando en torno a la intersexualidad, le permite indicar que en la ciencia subyacen asunciones no discutidas, tales como 1) que debe haber solo dos sexos, 2) que la heterosexualidad es lo normal y 3) que ciertos roles de género definen al varón y a la mujer psicológicamente saludables.

Al margen de esto, dentro de la enfermería, se identifica al marco heterosexual rigiendo la formación académica de enfermerxs. Parte de lo que podría ejemplificar esto, es la explicación de lxs pacientes *dignxs* de ser cuidadxs por lxs estudiantes de enfermería pues, como señaló en la “técnica del baño del paciente”, las actividades vinculadas al cuidado de enfermería se enfocan a pacientes mujeres y pacientes varones, tanto que en cuestiones del baño se normaliza que será uno u otro paciente sobre lxs que lxs estudiantes realizarán la actividad, pero como también mencioné, no pasa únicamente en el baño, sino en todas las técnicas que forman parte de la currícula de enfermería. Esta “omisión” violenta las necesidades y los derechos de la diversidad de cuerpos que buscan hacer uso de los servicios de salud, dado que, al margen del desarrollo de actividades estandarizadas, el cuidado se encasilla en una práctica generalizante alejado de sus ideales holísticos.

Del mismo modo, Mariana, profesora de enfermería originaria de Argentina, da pautas para repensar como la heterosexualidad obligatoria está presente en la formación académica de enfermerxs: “yo sé que los estudiantes deben aprender a bañar a todos los pacientes, pero en vista de que les da pena y de que los hombres reaccionan naturalmente a ser tocados, yo les digo a las estudiantes mujeres que inicien bañando mujeres y que si bañan hombres, no lo hagan solas, que se acompañen por alguien y tengan cuidado en cómo los tocan, los ven y los mueven [...]. Se trata de que se vayan educando a no sentir más allá de lo profesional”¹⁹³. En este sentido, Mariana evidencia como la heterosexualidad y los lineamientos de

¹⁹³ Entrevista del 20 de abril de 2019.

la racionalidad científica sostienen la disociación entre las emociones y el cuerpo, pues se trata de que lxs enfermerxs cumplan con las actividades estipuladas, pero a costa de sus libertades y potencialidades personales, es decir, en términos de Michel Foucault (1970), las instituciones educativas son espacios disciplinarios en cuanto que son responsables de *producir* sujetxs determinadxs.

Otro ejemplo puede ser, la respuesta que da Viviana, profesora de la universidad y titular de la materia “Bases de la Enfermería Clínica”, cuando le preguntó ¿qué pasaría con la “técnica del baño del paciente en cama” si en el hospital la paciente a la que vamos a asistir es una mujer transexual? En primer lugar, la profesora mencionó “estos temas no los abordó en el salón”¹⁹⁴ porque... cito:

algo que se hace énfasis o que al menos mi persona lo hace es de que [...] la enfermera no hace distinciones, ni de raza, ni de sexo, ni de género, ni de cultura, ni de profesión, no, ante pacientes no hace distinción y considero que no debería tener problemas el alumno porque ya sabemos hacer un baño en un caballero y en una mujer ¿no?, pues lo demás ya es meramente de pensamiento e ideología. Tal vez tendría una confrontación, pero si sabe el principio de que enfermería no hace distinciones, no tendría por qué tener problema. Es, tú vas a bañar, vas a brindar cuidado... Anatómicamente si tenemos la estructura de una mujer, pues recuerdo el procedimiento de cómo se baña y adelante, fisiológicamente podríamos decir que cumple con todas las características ¿no?, sus hormonas, como habla..., si es así, adelante¹⁹⁵.

La respuesta de Viviana pone en evidencia la normalidad heterosexual presente en la enseñanza del cuidado de enfermería pues, por un lado, están vigentes los rígidos binarismos de género, los cuales, retomando a Thomas Laqueur (1990), son los que anteceden a las nociones de sexo, en cuanto a que es a través de ellos que se disponen las funciones sociales de lxs sujetxs. Por ende, el binarismo presente en el *quehacer de enfermería* estipula o, mejor dicho, imposibilita que lxs pacientes sean vistos como sujetxs y no como cosas que se ubican en ciertos espacios, y

¹⁹⁴ Entrevista del 20 de abril de 2019.

¹⁹⁵ Entrevista del 01 de marzo de 2019.

sobre lxs que mecánicamente se ejecutan las prácticas, tal como persiste en el modelo médico hegemónico, en donde se reducen a simples *ideologías* o *pensamientos* todos aquellos elementos que a lxs sujetxs lxs constituyen como tales, pero que se encuentran fuera de la inteligibilidad de los cuerpos que marca la medicina.

De acuerdo con lo anterior, dentro de la enfermería siempre se está reafianzando que son los aspectos biológicos los que determinan cuáles y cómo son los cuidados que lxs estudiantes le *deben* brindar a lxs pacientes, pues se les debe tocar, hablar o explicar diferencialmente. Así que, se hace vital para la enfermería re-pensar su o, en plural, sus nociones de cuidado, porque si existe un compromiso por brindar un cuidado que traspase la ejecución memorística de las técnicas y los procedimientos (el tecnicismo) debe reconocerse la multiplicidad de categorías sociales (ej., género, sexo, raza y sexualidades) que participan en el cuidado, es decir, es importante reconocer al cuidado como una práctica social y no como la serie de actividades que desarrollamos en un turno específico o al margen de una patología determinada. Es decir, se vuelve importante que en la formación académica de enfermería se cuestione ¿cuál es el verdadero objeto de estudio de la disciplina, de verdad es el cuidado, o en realidad, son las actividades vinculadas a las patologías?, ¿cómo hacerle para que lxs casos de enfermerxs cercanxs a sus pacientes, capaces de alejarse de la medicina alópata y acercarse a la homeópata para recomendar tratamientos¹⁹⁶ o dispuestxs a ingresar cartas y mensajes a lxs pacientes que se encuentran aisladxs por alguna enfermedad no sean una excepción?

Socialmente, se sabe que la escuela es el lugar del conocimiento por excelencia, es decir, desde niñxs aprendemos que debemos ir a la escuela para recibir de lxs profesorxs (que se dice saben más que nosotrxs de muchos temas) una guía que nos permita adquirir conocimientos y habilidades, por lo que en el ámbito social y de la pedagogía tradicional se establece que “la educación busca el crecimiento humano” (León, 2012). Sin embargo, muchas veces de este

¹⁹⁶ Ante este señalamiento se me viene a la mente, el personal de enfermería

conocimiento se ha suprimido su carácter histórico y construido, es decir, las dimensiones políticas, culturales, económicas, sexuadas y subjetivas que la hicieron emerger. De tal manera que, al suprimirlas, “los conocimientos impartidos en la escuela se presentaron, y se siguen presentando aún hoy, como objetivos, ahistóricos, universales y neutros” (flores, 2015: 16).

A raíz de esto, es importante señalar que la universidad, en términos foucaultianos, es una institución disciplinaria de las sexualidades y el cuerpo (Foucault, 2002), puesto que las relaciones sociales que se llevan a cabo en su interior son relaciones de poder que poseen un objetivo específico: la producción de cuerpos disciplinados¹⁹⁷. Por ello, Deborah Britzman (2018) plantea que la educación es responsable de organizar los cuerpos de conocimientos y los conocimientos de los cuerpos. Así, el espacio universitario es una institución productora y reproductora de discursos, saberes y prácticas, en cuanto a que, citando a flores “[...] despliega una serie de rituales, símbolos, lenguajes, imágenes y comportamientos, para constituir a los sujetos” (2015:17).

En este sentido, flores y Britzman problematizan el ámbito escolar para reflexionar los temas de las disidencias sexuales, de género y de cuerpo. Apoyándome en ellas, señalo que las *prácticas de enfermería* como el uso estrictamente desigual del uniforme, la explicación de los procedimientos y técnicas en pacientes simuladores y la velación que se hace ante los temas de sexualidad, bien podrían considerarse *tecnologías de la sexualidad y el cuerpo*. Aunque, Michel Foucault (2011) habla de las tecnologías del yo y las tecnologías del sexo y, Teresa de Lauretis (1989) de las tecnologías del género, aquí, retomó la noción de *tecnología*, para, como Foucault, señalar que éstas son “prácticas a través de las cuales las relaciones de poder se articulan mediante la producción de regímenes específicos de «verdad» y trazan como su principal objeto el manejo de los cuerpos” (Castro, 2004: 524); por lo tanto, esto que dentro de la enfermería llamo tecnologías,

¹⁹⁷ Con anterioridad, he mencionado que Michel Foucault (2002) plantea que los métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad - utilidad, es a lo que puede llamarse disciplinas.

son tácticas que producen enfermerxs capaces de reproducir la normatividad sexual y mantener la hegemonía del cuerpo biomédico.

Así que, siguiendo la línea de la “técnica del baño del paciente en cama”, como elemento que integra los planes de estudios de enfermería, podemos observar los discursos de sexualidad y cuerpo que participan en la formación de enfermerxs. Pues, como veremos en el siguiente capítulo, aunque no descarto que haya estudiantes que ejecutan la técnica del baño alejadx de lo que aquí menciono, durante mi trabajo el trabajo de campo observé y escuché a lxs profesorxs y estudiantes sustentar las técnicas bajo una discursividad heterosexualizante y cosificante de los cuerpos.

De tal modo que, con estas directrices, la pedagogía se convierte en un espacio político y no solo en una ciencia *neutral* responsable de la educación y la enseñanza. Es decir, un elemento importante a resaltar es que la educación y la enseñanza no son espacios neutrales y objetivos sino dispositivos de disciplinamiento que en cuestiones de sexualidad promueven la heterosexualidad y los pánicos morales y sexuales que se traducen, por ejemplo, en silenciosas violencias hacia lxs sujetxs desviadx (flores, 2018). Por ende, Deborah Britzman (2018), señala que dentro del curriculum formal y el curriculum oculto lo que existe es un curriculum educativo hétero. Esto significa que, dentro de los currículos educativos, la heterosexualidad, con sus elementos característicos, aparece como algo natural e incuestionable. Partiendo de este ejemplo, concuerdo con Guacira Lopes Louro cuando señala que “la ignorancia no es neutra, ni un ‘estado original’, no es falta o ausencia de conocimiento sino un efecto [del mismo]” (Lopes, 2001: 17). De tal manera que, para que la heteronorma se mantenga como el conocimiento hegemónico requiere construir normalidades, por ende, expulsa lo extraño y clasifica a ciertas sexualidades y cuerpos como inteligibles. Así, en el marco de este dominó, dentro de la enfermería hay sujetxs de lxs que sí se habla, cuerpos y zonas de lxs sujetxs que se abordan y explican a profundidad y temas que no se mencionan y detallan.

Reflexionar sobre los discursos de la sexualidad y el cuerpo en la formación académica de enfermerxs que plasmo en este capítulo, principalmente abrió la puerta para señalar dos elementos principales. La primera se encuentra relacionada con la presencia del régimen binario de los cuerpos en la disciplina de la enfermería, es decir, con el reconocimiento de que en la enfermería existe una clara distinción entre cuerpos de hombres y de mujeres y, esto acompañado por la presencia del marco heterosexual en la práctica profesional del cuidado de enfermería.

De acuerdo con lo anterior, la ejecución de la “técnica del baño del paciente en cama” expone claramente los binarismos y dualismos que rigen a la enfermería. Ejemplo de ello son que, al margen de la estandarización del quehacer profesional, lxs pacientes que forman parte de las nociones de cuidado son los hombres y las mujeres biológicamente asignadxs, también que la organización del proceso educativo del cuidado reproduce las nociones de que el sexo es la genitalidad con la que “naturalmente” se nace y el género lo “socialmente” construido o que las estudiantes deben evitar que los pacientes varones presenten erecciones porque ellos reaccionan por impulso.

Del mismo modo, con lo aquí presentado es viable acercarnos a la forma de operar del marco heterosexual o heteronormativo en la enfermería, ya que como menciona Judith Butler, este marco vuelve inteligibles a lxs sujetos mediante la alineación entre sexo, género y sexualidad; de tal forma que, al ser el imaginario de la enfermería primordialmente heterocéntrico encontramos una normalización de diversos sucesos dentro de la práctica de enfermería: es “normal” hablar solo de pacientes varones y mujeres, es “normal” que las actividades de enfermería se expliquen para ser realizadas en pacientes varones y mujeres o es “normal” que lxs profesorxs de enfermería no hablen del área genital durante el baño porque es algo privado e íntimo para lxs pacientes.

Asimismo, es bajo los ideales regulatorios de la heterosexualidad que podemos entender la jerarquización que existe en la enfermería de las áreas del

cuerpo, pues es al margen de una delimitación de lo correcto e incorrecto y del *deber ser* de mujeres y varones que se construyen zonas como los genitales, el ano y las mamas posibles, o imposibles de tocar, en ciertos escenarios. En estos términos, se estipula que la enfermería puede hacer contacto con dichas zonas, aunque lo que sucede en el espacio universitario es una velación de las áreas lo cual refuerza la jerarquización de estas, siempre y cuando lo haga “profesionalmente”, esta idea de *profesional* equivale a cosificación de los cuerpos, a un hacer sin el reconocimiento, lo cual tampoco sucede porque la práctica de enfermería es situada y generizada, no sucede de la misma forma aunque pueda parecerlo. Por ende, en la práctica misma se borra cualquier ambigüedad, pero a la vez se reiteran las diferencias y las jerarquías. Es decir, la “técnica del baño del paciente en cama” reitera la sexualización de los cuerpos, la norma heterosexual y el discurso de la sexualidad tanto en pacientes como en el personal de salud.

En este sentido, el segundo elemento a considerar es el cuidado. De acuerdo con los discursos institucionales, el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado y para la disciplina cuidar es sinónimo de ayudar y cubrir las necesidades de las personas que no puedan hacerlo por cuenta propia. No obstante, como plasmo en este capítulo el cuidado se reduce a una serie de actividades a ejecutar sobre los cuerpos en el que el reconocimiento de la ayuda y las necesidades se enmarcan en el paradigma biomédico y mecanicista, es decir, las actividades que forman parte del cuidado de enfermería se alejan de una práctica social y se enfocan exclusivamente en la recuperación de las funciones orgánicas del cuerpo.

CAPÍTULO III. DEL DISCIPLINAMIENTO UNIVERSITARIO DE LA SEXUALIDAD A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Introducción

Michel Foucault señala que los objetos del discurso se producen dentro de prácticas discursivas, es decir, los discursos no emergen de los objetos, sino que se requieren los discursos para que existan los objetos. En este sentido, refiriéndose al sexo, da cuenta de que el éste -objeto del discurso- es una idea compleja formada en el

interior del dispositivo de la sexualidad (2011). Por lo tanto, el sexo existe dentro del discurso, no es causa ni efecto, sino componente nodal del discurso de la sexualidad. Así que señalar que el sexo es “causa” de conductas y deseos sexuales es parte del régimen de sexualidad que busca “regular la experiencia sexual al determinar las categorías discretas del sexo como funciones fundacionales y causales en el seno de cualquier análisis discursivo de la sexualidad” (Butler, 2007: 82).

Lo anterior, es retomado por Judith Butler dentro de su libro *Cuerpos que importan: límites discursivos del sexo* para explorar las condiciones en las cuales el cuerpo material se convierte en sexuado, ya que señala que la materialidad del cuerpo no permanece independiente de los discursos sociales, pues éstos le otorgan existencia. De acuerdo con esto, dice, “las normas reguladoras del «sexo» obran de una manera performativa para constituir la materialidad de los cuerpos y, más específicamente, para materializar el sexo del cuerpo” (2002: 18). Previamente, en su libro *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*, Foucault ya había argumentado que la materia de los cuerpos es efecto de las dinámicas del poder, tanto que “la materia de los cuerpos sea indisociable de las normas reguladoras que gobiernan su materialización y la significación de aquellos efectos materiales (2011:17).

En este tenor, Butler propone regresar a la noción de materia, pero sin considerarla como sitio o superficie, sino “como un proceso de materialización que se estabiliza a través del tiempo para producir el efecto de frontera, de permanencia y de superficie que llamamos materia (2002: 28). De tal manera que, la materialidad del cuerpo sexuado se encuadra en un proceso de producción, es decir, en una asunción impuesta por el aparato regulador que impulsa la heterosexualidad. Este régimen no sólo organiza los cuerpos sino los materializa en el proceso mismo de construcción, de tal manera que como parte de la esfera de lxs sujetxs emergen signos que marcan lo vivible y lo invivable.

Retomo estos planteamientos porque es de vital importancia reflexionar la práctica de la enfermería no como el listado de actividades que se llevan a cabo en

diversos espacios de las instituciones de salud, sino como prácticas que se enmarcan en escenarios con normas y disputas de poder. Es decir, es indispensable, por un lado, señalar que cuando la enfermería habla del cuidado en realidad alude a un conjunto de actividades normadas por múltiples aparatos reguladores y, por el otro lado, que el marco regulador de la heterosexualidad opera en la enfermería produciendo la práctica de enfermería y para que ésta suceda de una manera específica dentro del hospital M.

De acuerdo con lo anterior, el presente capítulo se divide en tres subapartados, mismos que en conjunto tienen la finalidad de dar cuenta sobre cómo los discursos de la sexualidad operan en la práctica profesional del cuidado de lxs estudiantes de enfermería. De tal manera que, en el primer subapartado presento la dinámica que siguen estudiantes y profesorxs para que lxs estudiantes accedan a los espacios hospitalarios a realizar su *quehacer de enfermería*, aquí mismo incluyo algunas reflexiones sobre lo que incluye y significa dicha transición.

Posteriormente, con el fin de caracterizar el *quehacer de enfermería*, dedico unas hojas para describir las prácticas que integran la *rutina* de enfermería, la cual, permite identificar el lugar de la sexualidad, las jerarquías que existen dentro de la enfermería y la influencia que éstas tienen en la práctica profesional. Una vez presentado esto, en el penúltimo subapartado, siguiendo a Michel Foucault y Judith Butler, planteó que la práctica del cuidado de enfermería que se describe es una producción de determinadas prácticas discursivas de la sexualidad. Y, para finalizar este apartado, redacto algunos párrafos como conclusiones.

Los datos que articulan este capítulo provienen de la observación participante que realicé durante diez días dentro del hospital “M” y fragmentos de comentarios y pláticas informales que sucedieron en el servicio de hospitalización de una institución de salud, un hospital de segundo nivel perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se localiza en uno de los municipios de la región Sierra Sur de Oaxaca. Dentro de dicho servicio pongo la mirada sobre la ejecución que hacen lxs enfermerxs y lxs estudiantes de enfermería del “baño del paciente en cama”. Aunque durante los días que visité el hospital me concentré en

registrar la práctica del “baño del paciente en cama” (en dos semanas se realizaron cinco baños), parto de esta experiencia para caracterizar los quehaceres de enfermería.

La llegada al espacio hospitalario

Muchxs de lxs que estudiamos una carrera relacionada a las CBS, recordamos la primera vez que pisamos una institución de salud, no como pacientes sino como trabajadorxs, y digo trabajadorxs porque aunque institucionalmente los planes de estudio señalan que lo que realizamos en la etapa estudiantil son prácticas¹⁹⁸ clínicas intersemestrales, semestrales, cuatrimestrales o trimestrales (dependiendo del plan de estudios de la institución universitaria), en realidad, dentro del hospital vamos a trabajar¹⁹⁹ ya que pese a no recibir una remuneración económica cumplimos con la mayoría de las actividades de la práctica diaria de lxs enfermerxs y participamos ampliamente en sus dinámicas.

De tal forma que, salir de la universidad y realizar las *prácticas clínicas* (así se les llama, aunque las prácticas no sean hospitalarias sino comunitarias, administrativas o docentes) significa más o menos vivir lo siguiente: antes que nada, para llegar a las instituciones de salud es necesario aprobar la materia correspondiente a la práctica (como lo había mencionado con anterioridad, no todas las materias que integran el plan de estudios de enfermería les corresponde un periodo de prácticas, estos principalmente se vinculan con las asignaturas disciplinares, por ejemplo, enfermería pediátrica, enfermería comunitaria y enfermería materno-infantil) y pasar la revisión del uniforme y el material²⁰⁰.

¹⁹⁸ Para las instituciones educativas, las prácticas no cuentan como trabajo porque forman parte de los bloques conceptuales y operativos de los planes de estudio, es decir, se entiende que las jornadas de trabajo en la que participan lxs estudiantes, la infinidad de actividades que desarrollan y las responsabilidades que asumen son necesarias para el completo conocimiento de la enfermería.

¹⁹⁹ Sobre todo, si entendemos al trabajo como una actividad que funge como “mediador social” por dar la pauta de problematizar a través de él las dinámicas sociales, y en este caso, las dinámicas de enfermería.

²⁰⁰ Aunque esto no sucede en todas las universidades donde se imparte la carrera de enfermería, en la universidad “S”, antes de que lxs estudiantes asistan a sus prácticas intersemestrales y de servicio social, un equipo de profesorxs les presentan las generalidades de las sedes y les revisan el uniforme y el material con el que se deben de presentar a las mismas.

Asimismo, es necesario que lxs responsables de sede o lxs profesorxs titulares de la materia realicen y entreguen la carpeta clínica y, si procede, que presenten a lxs responsable clínicos de la misma²⁰¹.

En este tenor, la carpeta clínica es el documento más importante para la transición de la universidad a las prácticas clínicas. Éste, es un engargolado de hojas que contiene los lineamientos establecidos para cada uno de los escenarios de práctica. Retomando la noción de *dispositivo* de Foucault, la carpeta es un dispositivo pedagógico, ya que en ella se definen los *haceres* y *saberes* que deben realizar y adquirir lxs estudiantes durante sus periodos de práctica, mismos que operan para la producción de una práctica y unxs sujetxs enfermerxs específicxs²⁰². Por ende, la carpeta se conforma de apartados que detallan, entre otras cosas, los objetivos de la práctica, el sistema de evaluación, el plan de rotación de lxs estudiantes, las actividades a realizar dentro de los servicios de la institución de salud y los parámetros de evaluación individual.

Aunque el manejo de la carpeta clínica varía según la institución universitaria, la experiencia que poseo dentro de algunas me lleva a enmarcarla en dos principales: a) que únicamente sea del uso de lxs profesorxs y las autoridades de la unidad de salud, es decir, que solo ellxs tengan acceso a la carpeta completa y lxs estudiantes solo tengan su rol y formato de evaluación, este último es realmente importante porque en él lxs enfermerxs con lxs que lxs estudiantes estuvieron toda la semana plasman las calificaciones. Regularmente, dentro de los parámetros a evaluar se encuentra el porte del uniforme, la puntualidad, la asistencia, el dominio

²⁰¹ En algunas instituciones, lxs docentes no se hacen cargo de las prácticas clínicas, para ello se contratan enfermerxs con características específicas; por ejemplo, que tengan especialidad o experiencia en el campo de práctica que supervisaran o que pertenezcan a la institución donde éstas se llevaran a cabo. No obstante, hay universidades donde lxs profesorxs titulares de los grupos son lxs supervisorxs del campo clínico. La universidad donde realizo esta investigación se alinea a la primera dinámica, es decir, nosotrxs como profesorxs impartimos el bloque teórico-práctico dentro de la universidad y cuando lxs estudiantes se van a práctica, se contratan docentes clínicos para que los supervisen el mes de actividades.

²⁰² En las carpetas clínicas se estipulan las actividades a realizar por servicio, mismas que son propias de la práctica a llevarse a cabo, es decir, si la práctica es de Materno-Infantil, las actividades de aprendizaje estipuladas pueden ser “participar en la obtención del cálculo probable del parto, fondo uterino y semanas de gestación”, “administración de vitamina A y de hierro” y “apoyar a la púérpera en la técnica de lactancia materna”.

técnico y el trabajo en equipo y; b) que existan comisiones específicas para el manejo de las carpetas clínicas. En la universidad “S”, la *Coordinación de Prácticas Clínicas* (integrada por enfermerxs) es la responsable de realizar los estudios de campo²⁰³ y las carpetas clínicas. Una vez elaboradas, lxs profesorxs responsables de sede se las envían a lxs estudiantes y administrativxs de la institución de salud.

La carpeta clínica de lxs estudiantes de la universidad “S” se compone de nueve apartados, entre ellos la justificación, los objetivos, las actividades de aprendizaje, el sistema de evaluación y el plan de supervisión. Estos apartados son importantes para lxs estudiantes porque, por ejemplo, en las actividades de aprendizaje lxs profesorxs enlistan elementos teóricos y destrezas y actitudes que lxs estudiantes deben adquirir o fortalecer dentro de las instituciones de salud y que, a su vez, deben evaluarse dentro del plan de actividades, este último formato es una tabla que registra las actividades planeadas, realizadas y no realizadas dentro de los servicios.

Los formatos anteriores, más las hojas de evaluación, la revisión que hacen lxs supervisores clínicos del uniforme la asistencia y la puntualidad, el examen teórico y el proceso enfermero son los elementos que se evalúan para integrar el promedio de las prácticas clínicas de lxs estudiantes, dicho promedio se obtiene mediante tres evaluaciones parciales y una ordinaria. De hecho, lxs estudiantes al final de cada semana (las prácticas se conforman de cuatro semanas) deben entregarle a lxs supervisorxs clínicos un informe en el que les señalan qué y cuántas de actividades planeadas realizaron y dónde, además, le adjuntan los formatos de evaluación personal, todo esto integra el expediente de calificaciones de lxs estudiantes.

Partiendo de esto, buscando cumplir con las actividades planeadas (las cuales no está de más recordar que son estipuladas por lxs profesorxs que integran

²⁰³ El estudio de campo consiste en que lxs profesorxs responsables de sede, o sedes, asistan a ellas para hablar con lxs administrativxs (regularmente con jefxs de enfermería o, si son centros de salud, con lxs médicxs a cargo de la unidad) sobre el horario de la práctica, su duración, los servicios por los que estarán rotando lxs estudiantes, el número de estudiantes por servicio, el tiempo para el consumo de alimentos, el equipo y material a ocupar y las recomendaciones y sugerencias para que ésta se lleve a cabo.

la Coordinación de Prácticas y que son progresivas y proporcionales a la evolución de las asignaturas dentro de la carrera), las que van en su cronograma de actividades, me ha tocado ver a lxs estudiantes *cazando* actividades, es decir, a veces lxs estudiantes prefieren ir con otros enfermerxs para observar procedimientos que no están realizando lxs enfermerxs con lxs que se les ha asignado trabajar, ya que las actividades que realizan estxs últimos son “comunes” o “básicas” (ej., alimentaciones sustitutas, baños y vendajes) y bien podrían observarlas o realizarlas otro día. De tal manera que, las prácticas clínicas refuerzan la jerarquización del quehacer de la enfermería pues, aunque lxs pacientes demandan acciones vinculadas, la formación académica incentiva la fragmentación de estas, pues en las prácticas lxs estudiantes deben concentrarse en las actividades que perfilan a la práctica clínica.

Del mismo modo, llegar a la práctica clínica equivale a conocer y formar parte de las diversas dinámicas de enfermería, mismas que dejan ver las jerarquías de la disciplina. Los recorridos de presentación son un ejemplo de lo que menciono: todas las unidades de salud, tanto comunitarias como hospitalarias (entiéndase por comunitarias, por ejemplo, a los centros de salud y a los hospitales como unidades hospitalarias), asignan un cierto número de enfermerxs para que funjan como representantes del departamento de enfermería (comúnmente jefxs de enfermería y de enseñanza en enfermería) y que, como parte de la bienvenida (el comienzo de las actividades prácticas), organicen un recorrido por la institución para que lxs estudiantes conozcan las instalaciones de la unidad, los servicios y lxs responsables o jefxs de cada área. En general, el recorrido se construye con un constante de frases tipo “por aquí tenemos la farmacia” y “allá, después de los consultorios, está el archivo” pero cuando el recorrido pasa por los servicios y se da la presentación ante lxs jefxs, los diálogos principalmente se convierten en dos: a) lxs que provienen de lxs enfermerxs que presentan y, b) los de lxs jefxs que recibe.

También, la llegada al hospital significa un encuentro de emociones, un encuentro entre alegría, nerviosismo y temor. Llegar a la práctica, dice Sandra, pasante de la universidad, “provoca emoción porque vamos a ver o realizar lo que

en la escuela revisamos solo con teoría, simuladores o, entre compañeros”²⁰⁴. Y es que es en esta etapa, y en estos lugares, donde aprendemos a realizar procedimientos, a utilizar los equipos biomédicos (ej., ventiladores respiratorios, monitores cardíacos y bombas de infusión) y a interactuar con lxs pacientes y el personal de salud. Es decir, es aquí donde se realizan u observan muchas actividades desconocidas, aunque, en gran medida, los temores se encuentran relacionados a esto último, es decir, saber que se realizarán muchas actividades por primera vez o sintiendo que no se cuenta con la experiencia necesaria para llevarlas a cabo (entendiendo y viviendo esta experiencia como la repetición constante de algo) genera estrés, miedo y, a veces, angustia.

En el marco de dichas emociones, durante mi etapa de estudiante coincidí con compañerxs a lxs cuales no les agradaba que empezara el período de prácticas clínicas porque no lograban ejecutarlas como lxs enfermerxs de las instituciones de salud esperaban. Esto significa que dentro del espacio hospitalario se espera que lxs estudiantes cumplan con ciertas características (ej., iniciativa, rapidez, efectividad y asertividad) para la ejecución de las actividades, mismas que al no evidenciarse provocan tensión entre lxs estudiantes y lxs enfermerxs. De acuerdo con esto, entonces, las dinámicas que se generan con lxs profesionales de la enfermería influyen en el desarrollo de la práctica profesional del cuidado.

De tal manera que, muchos de los nervios y temores que experimentan lxs estudiantes tienen que ver con el equipo de salud, pues es que existe una certeza no siempre explícita de que habrá enfermerxs que no querrán enseñarte o supervisarte las prácticas porque se supone que en la escuela ya las vimos. ¿Cómo se construyen dichas certezas si, por ejemplo, muchxs estudiantes no cuentan con experiencias hospitalarias previas? o ¿por qué consideramos importante que lxs estudiantes lleguen a las instituciones de salud sabiendo todo?

Lo anterior se construye principalmente con ayuda de los discursos de lxs profesorxs, es decir, no es raro escucharlxs, o a lxs responsables clínicos, decir que como estudiantes debemos *esforzarnos* durante el periodo de prácticas e ir

²⁰⁴ Entrevista del 11 de marzo de 2019.

preparadxs (privilegiando la memorización de la información) porque muchxs enfermerxs son *impacientes* para explicar las actividades o, si poseen información más específica, mencionan que les han dicho que lxs enfermerxs de tales o cuales hospitales tienen *mala fama* porque son difíciles de carácter y, por ende, lxs estudiantes deben llegar preparadxs. Además, tampoco se pueden pasar por alto las experiencias compartidas por compañerxs que ya han comenzado periodos de prácticas y el imaginario que se tiene del personal de enfermería, pues una infinidad de veces hemos o nuestrxs cercanxs han coincidido con enfermerxs dentro de algunas unidades y estxs siempre están de mal humor o contestan de mala manera.

También es cierto que hay enfermerxs a lxs que no les gusta trabajar con estudiantes porque argumentan que, citando a una compañera que es jefa de un servicio de hospitalización del hospital “M”, “me atrasan, por su culpa tengo que andar haciendo las cosas dos veces y, a veces, también tengo que aguantar a las supervisoras que me regañen por su culpa, porque les encargo algo y lo hacen mal”²⁰⁵. Y aunque el comentario podría reflexionarse desde diversos posicionamientos, me parece importante retomarlo en el marco de la carga de trabajo de enfermería, pues no podemos pasar por alto las horas que duran las jornadas laborales, el personal de enfermería que asiste o pertenece al servicio, el número de pacientes en el turno y la complejidad del estado patológico de lxs mismxs.

De tal manera que, hay compañerxs que con el objetivo de salir a tiempo de su jornada laboral prefieren trabajar solxs, pues estar a cargo de estudiantes muchas veces significa explicar con detenimiento lo que se hace durante el turno, es decir, se trata, o se debería tratar, de detallar y reflexionar cómo y porqué evaluar a lxs pacientes de cierta manera, cómo y porqué hacer los registros clínicos así o cómo y porqué administrar ciertos medicamentos en ciertas patologías. No obstante, dadas las condiciones de trabajo de enfermería, esto no siempre sucede, aún pese a que el personal sea muy afín a lxs estudiantes. Así que, en general, lxs

²⁰⁵ Diario de campo, observación en un hospital de segundo nivel, 2019.

enfermerxs solo destinan los primeros días para explicarles las actividades del turno y después esperan que estxs las realicen solxs.

Es por ello por lo que dentro del ámbito de la enfermería se encuentra muy bien valorado que lxs estudiantes se adapten con rapidez, que memoricen con facilidad la rutina, que empiecen a realizar las actividades sin tantas preguntas y que tomen decisiones evidenciado altos niveles de asertividad, lo que sin duda no siempre tiene que ver con su comprensión y reflexividad del *quehacer enfermerx* sino con sus capacidades memorísticas. Estas *cualidades* de lxs estudiantes, dentro de la disciplina se evalúan bajo el nombre de *adaptabilidad, responsabilidad, colaboración, iniciativa y correcta aplicación de conocimientos*, pero es que al ser la práctica del cuidado mayoritariamente una serie de actividades repetitivas se posibilita que lxs estudiantes aprenden a realizarlas con tan solo poner atención el primer día de servicio, así que en realidad lo que se evalúa muchas veces es la capacidad de memorizar corporalmente la rutina.

¿Por qué la práctica del cuidado es una serie de actividades repetitivas? Como parte del trabajo de campo, estuve diez días observando y participando en un hospital de segundo nivel de Oaxaca, ahí pude darme cuenta de que se realizan actividades a las mismas horas y de la misma forma, es decir, dentro del servicio de hospitalización del hospital “M” me encontré que muchas actividades que ejecuta enfermería se realizan “aparentemente” de la misma forma, aunque lxs pacientes sean diferentes. Entrecomillo *aparentemente* porque, aunque a la observación los horarios y la realización de las actividades parecen similares, la ejecución de estas involucra la interseccionalidad de elementos como la edad, la raza, el género y el sexo. De tal manera que, como lo señalaremos más adelante con la práctica del “baño del paciente en cama”, aunque a las 8 de la mañana se tomen los signos vitales de todxs lxs pacientes cada toma sucede de forma diferente, ya sea porque quien los toma es enfermera o enfermero o porque es un enfermero joven frente a una paciente mayor.

Asimismo, también es posible que como parte de la relación entre lxs estudiantes y lxs enfermerxs suceda lo contrario, es decir, que haya compañerxs

que les agrade tener estudiantes porque así pueden dejarlxs a cargo de sus pacientes y ellxs aprovechar el tiempo para desayunar, conversar y realizar otras actividades (ej., vender algún producto –ropa, utensilios de cocina, uniformes-, pasar a consulta con algún compañerx del trabajo o, si se están estudiando, realizar alguna tarea). Esto, como lo comentaba anteriormente, guarda relación con la dinámica de trabajo diaria, es decir, con la carga de trabajo, la jornada laboral, las horas de descanso de lxs enfermerxs y la demanda y complejidad de las actividades que realizan.

Es decir, muchxs de lxs compañerxs enfermerxs que laboran dentro de las instituciones de salud no ingresan a ellas con una basificación (seguridad laboral), por lo que deben cumplir con ciertos *requisitos* para ser contempladxs (por el sindicato o por las jefaturas) y acceder a una. Dentro de estos requisitos encontramos: estar disponibles para laborar en cualquier turno (para cubrir los faltantes en la distribución diaria del personal de planta); estar dispuestxs a realizar guardias o dobles turnos; disponibilidad para descansar una vez a la semana porque el personal de base se encuentra de vacaciones, solicitaron días de permiso o licencias y; realizar las funciones que se soliciten independientemente de la categoría por la cual se esté aplicando. Además, hay compañerxs que tienen dos trabajos porque uno no logra cubrir sus necesidades económicas. Esta dinámica siempre es más evidente en las instituciones de salud públicas, pues en las privadas los lineamientos administrativos son diferentes.

Sumado a esto, cuando lxs estudiantes llegan a la práctica clínica les toca vivir el encuentro entre los bloques conceptuales y prácticos de la escuela y la práctica hospitalaria. Este encuentro, como lo vimos en el capítulo pasado, devela que mucho de lo que se revisa y como se revisa en el salón de clases no involucra ni sucede de la misma forma que en el hospital y, que es hasta este espacio donde aprendemos a realizar las actividades con los materiales que se tienen en la unidad de salud y no con las listas estandarizadas que memorizamos en la universidad. Además, es en el hospital que trabajamos *sobre* corporalidades que no aparecen dentro de lo revisado en la universidad. Y, aunque a veces no existen herramientas

teóricas o conceptuales diferentes a las que provienen del paradigma biomédico para cuestionar o explicar situaciones que se viven dentro de estos espacios, es aquí donde nos damos cuenta de que hay cosas de la práctica de enfermería que resultan incómodas y complejas.

Del mismo modo, es durante la práctica clínica donde se objetivará que lxs pacientes deben acomodarse o adecuarse a la dinámica de cuidado de la enfermería y no que la dinámica de la enfermería debe partir de la especificidad de estxs. Este enunciado puede tonarse paradójico porque, por un lado, dentro de las instituciones de salud se ejecutarán actividades en las que lxs pacientes no tendrán voz ni voto, y donde el cuidado se reafirmará como un proceso *rutinario* en el que lxs enfermerxs buscaran encajar la que sucede en los hospitales a lo aprendido en la escuela, aunque esto último sea diferente. Un ejemplo de esto es lo que menciona Francisco, “Paco” como todo el hospital le llama, pasante de la universidad, cuando expresa su sentir como pasante:

... pues ya me acomodé a la rutina, el personal es muy agradable y los pacientes son muy nobles, ya sé qué llenar, cómo llenarlo, dónde pedirlo, etcétera... ¿sabe?, la universidad ayuda mucho pero la realidad es otra, en la realidad no está lo que se señala en los libros, pero todo está en agarrarle la onda a la rutina, una vez que se le agarra la onda, todo va fluyendo, usted se da cuenta, los horarios para las actividades son similares todos los días, los diagnósticos de enfermería parecen repetirse porque los pacientes son iguales, demandan lo mismo y por lo tanto los cuidados son iguales todos los días [...] Aquí he podido realizar muchas técnicas, los pacientes tienen muchos padecimientos y se les puede realizar de todo²⁰⁶.

Por otro lado, aunque durante la observación me di cuenta de que lxs enfermerxs movilizaban a lxs pacientes sin considerar que a estxs les dolía e incomodaba, lxs mandaban a bañar sin que hubiera agua caliente y sin que tuvieran ganas de hacerlo o, les instalaban accesos venosos colocándoles torniquetes (ligaduras) por las cuatro extremidades y valorando o puncionando varias venas al menos dos enfermerxs, también pude ver que hay elementos que permiten que ninguna

²⁰⁶ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

práctica sea igual. Es decir, aún pese a la presente cosificación de los cuerpos, la relación se teje con especificidad. Dice Paco “estar aquí [en el hospital] es hacer rutina, es siempre lo mismo, pero a veces es más compleja, hay procedimientos que dan más pena o miedo o, pacientes que intimidan más [...] luego llegan los reclusos del penal, familiares de aquí, o gente mayor, y hay que ponerles sondas, bañarlos, canalizarlos... todo eso es complejo con ellos porque intimidan o son varones, no sé”²⁰⁷.

Así que, las prácticas clínicas, dice un compañero profesor, “son los verdaderos momentos de aprender [...] ahí se aprende con lo verdadero, con los humanos”²⁰⁸, lo que significa que para la enfermería lo humano es sinónimo de cuerpos físicos, de tanto que, en gran medida, lxs estudiantes asistirán a las instituciones de salud con el objetivo de adquirir habilidades técnicas, es decir, habilidades demandadas por los hospitales y empleadorxs y no como herramientas que formen parte de la co-responsabilidad que como profesionales tenemos con lxs otrxs.

La rutina de la práctica profesional de enfermería

Ingresa a las unidades de salud es comenzar a participar activamente en el sistema organizacional y jerárquico de las mismas, así como en las dinámicas que atraviesan y definen a lxs enfermerxs y su práctica del cuidado. Y es que, retomando a Michel Foucault, hablar de instituciones es hablar de disciplina, por ende, de normas. En este sentido, reflexionar sobre enfermería es retomar la serie de normas que operan para delimitar cómo deben ser (comportarse), y qué deben saber lxs enfermerxs en y durante sus prácticas. De hecho, en gran medida, que a lxs estudiantes se les revise el uniforme y el peinado, que se les saque del salón si no hacen la tarea, que se les baje puntos por no cumplir con los lineamientos de la universidad y el campo clínico (es más, desde la existencia de los reglamentos) y, que se les estipulen horarios para clases y descansos, tiene que ver con lo que Foucault entiende como un cúmulo de tecnologías productivas de individuxs, es

²⁰⁷ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

²⁰⁸ Entrevista del 18 de junio de 2019.

decir, normas que se encuentran operando dentro del espacio universitario, que caracterizan al poder disciplinario que se ejerce con el fin de domesticar, configurar y guiar las conductas de lxs estudiantes.

Dentro de las instituciones de salud existen una serie de normas que objetivan el quehacer de enfermería, es decir, al igual que en la universidad, en este espacio existe ideales regulatorios que influyen y definen las actividades cotidianas de lxs enfermerxs o, como lo enuncian lxs compañerxs, “la rutina”, término que funciona como sinónimo de repetición. Situación que dé inicio da cuenta de la manera en que operan las normas, pues, si retomamos a Judith Butler (1990) y señalamos que las normas son regulaciones que van más allá de aquello en lo que toman forma, porque las normas se imponen (no siempre de manera consciente), se incorporan y se viven por lxs sujetxs sobre lxs que recaen, podemos argumentar que, al decir que el cuidado de enfermería, es una rutina lo que hacemos, es señalar el alcance de la homologación en la formación de lxs enfermerxs, el alcance de la normativa pedagógica.

Lo anterior sucede de tal forma que cuando lxs estudiantes concluyen su formación académica es posible que, como Paco, pasante de enfermería de la universidad “S”, haya un efecto de expresiones en los que se señala que el cuidado es idéntico para todxs lxs pacientes porque ellxs son iguales y, por lo tanto, demandan lo mismo. Así que, partiendo de sus experiencias, solo es necesario, o se vuelve necesario, memorizar las actividades y ejecutarlas todos los días. Dicha ejecución, posibilita que lxs estudiantes sean consideradxs *buenxs* enfermerxs o enfermerxs *profesionales*; sin embargo, esto posibilita que nos preguntemos por el por qué son tan celebradxs lxs enfermerxs que realizan algo por fuera de la “rutina”, tal es el caso de aquellas enfermeras (hablo en femenino porque hasta junio 2020 solo supe de enfermeras) que dentro del panorama de la contingencia mundial por coronavirus recolectan cartas para que lxs familiares puedan comunicarse con sus pacientes hospitalizadxs ya que por la enfermedad de COVID-19 están en aislamiento (La Razón, 2020).

Asimismo, conocer la rutina de enfermería es comprender la organización de los saberes de la disciplina y, por ende, la jerarquización de su apropiación y ejecución. Pues, aunque evidentemente el eje de la práctica de enfermería es la técnica, es desde la universidad donde se comienza a consolidar un (des)encuentro de los discursos, ya que éstos van delimitando la realización de las actividades dentro de las instituciones de salud, por ejemplo, aunque a lxs estudiantes se les dice que si lxs pacientes requieren baños ellxs deben bañarlx porque es una necesidad básica, dentro de las asignaturas el baño de pacientes se revisa en una sola ocasión, mientras que hay actividades como la colocación de accesos venosos y la intubación endo/orotraqueal que se ven tres veces y en materias diferentes. Por su parte, en la práctica clínica no sucede algo diferente pues, aunque lxs enfermerxs dicen que es indispensable bañar a lxs pacientes ya que les brinda confort y frescura, en realidad, no lo llevan a cabo si hay mucha carga de trabajo, o actividades consideradas más importantes por realizar, como las dos antes mencionadas.

En este sentido, describir la rutina hospitalaria de la enfermería da la pauta para visibilizar las disputas y relaciones de poder de la práctica diaria, para ello, es importante recordar que el trabajo de campo que realicé transcurrió en el turno matutino (el turno comienza a las siete de la mañana y termina a las 3 de la tarde) del servicio de hospitalización de un hospital de segundo nivel del IMSS, por lo que no podría asegurar que es una rutina que aplique en todos los turnos, servicios u hospitales, pero, sin duda, a más de unx enfermerx le sonará familiar algo de lo aquí presentado.

En el turno matutino, las actividades comienzan a las 6:45 am cuando lxs enfermerxs “reciben”²⁰⁹ turno, de hecho, internamente hay un rol de funciones en el que se encuentra estipulado cuál es la actividad que a cada enfermerx le

²⁰⁹ La palabra *recibir* es un término coloquial que en el campo de la enfermería denota que lxs enfermerxs que van saliendo presentan a lxs enfermerxs que van llegando lxs pacientes que se están quedando en el servicio (ej., cuántxs son, cómo lxs recibieron del turno anterior, qué se les realizó durante este turno y qué queda pendiente por hacer, o sea, si no se le administró un medicamento o si no fue a algún estudio). Además, de un informe del equipo y material del servicio y, las eventualidades del turno.

corresponde (ej., algunxs registran el número de pacientes, unxs más cuentan que el equipo y el material este completo, otrxs anotan los pendientes de lxs pacientes, unxs más irán a la Central de Equipos y Esterilización [CEyE] y algunxs más estarán a cargo de tales o cuales pacientes). El rol del servicio, dicen lxs enfermerxs de hospitalización, cambia cada tres meses, mientras que ellxs permanecen tres años en el mismo.

Mientras se recibe turno, lxs enfermerxs se desplazan continuamente por los cubículos, aunque algunxs se quedan en la central de enfermería, este lugar del hospital permite observar las funciones de cada enfermerx, pues en ella, lxs jefxs de piso (principalmente enfermerxs generales, es decir, tituladx por licenciatura) reciben el informe de administración del servicio (ej., todo sobre lxs pacientes, el material solicitado, recibido y gastado; ingresos; camas disponibles y ocupadas y; personal disponible para la atención de lxs pacientes) y lxs técnicxs (enfermerxs que estudiaron enfermería a nivel auxiliar o técnico) toman lo necesario (ej., hojas de registro, bolígrafos, estetoscopios y guantes) para recorrer los cubículos y observar directamente a lxs pacientes.

Por su parte, cuando lo anterior va sucediendo, lxs estudiantes comienzan a organizar el tiempo y a abrir hojas, es decir, van detrás de lxs técnicxs acomodando el material de consumo que se recogió de CEyE y tomando y registrando signos vitales. Aunque, la participación que pueden tender en dichas actividades depende del horario de entrada de sus prácticas clínicas, por ejemplo, aquellxs que comienzan a las siete de la mañana alcanzan a participar en la entrega y recibimiento de turno e inician con las hojas y los signos vitales, pero, lxs que ingresan a las ocho de la mañana llegan ya que ha pasado la entrega y el recibimiento del turno y, se han comenzado a tomar y registrar signos vitales.

En el recibimiento de turno lxs pacientes y familiares participan muy poco, es más, cuando esto sucede muchxs aún están durmiendo. Aunque, es verdad que algunxs se esfuerzan por estar despiertxs porque entre seis y media y siete de la mañana se realiza la visita médica y lxs médicxs no les informan nada si no hay algo que tengan por solicitarles o preguntarles, es decir, es común ver a lxs médicxs

colocarse frente a ellxs, mirarlx y hablar de los diagnósticos médicos que les fueron asignadxs, pero sin dirigirse a lxs pacientes y familiares. Por ende, para ellxs es importante estar despiertxs y escuchar lo que en la visita se dice y, si existe algo que no entienden o no se atreven a preguntar, expresarlo en la visita o después preguntarlo a lxs enfermerxs que estarán con ellxs durante el turno.

Así que, cuando el personal de enfermería recibe el turno, lxs médicxs están concluyendo su visita y dejando nuevas indicaciones, tal es el caso de cambios de esquemas de soluciones intravenosas, solicitudes de instalación o retiro de sondas o modificación de medicamentos. Del mismo modo, en este lapso de horas es difícil ver por el servicio a lxs demás profesionales pues, por ejemplo, para que lxs nutriólogxs realicen las dietas necesitan revisar las hojas de enfermería y de medicina para conocer su evolución, hacer valoraciones personales y cálculo de dieta, por lo que es común encontrarlx cercana la hora del desayuno, la comida y la cena. No obstante, si consideramos el tiempo aproximado que pasan en contacto con lxs pacientes diríamos que son cerca de dos horas por turno.

El resto de la rutina de enfermería la mencionaré en bloques de horarios, pues en los días que estuve realizando observación participante se llevaron a cabo actividades similares a horas parecidas. Primero, como he mencionado, entre siete y media y nueve de la mañana se “abren” las hojas de registros clínicos de enfermería. Dicha apertura de hojas es jerárquica, la jefa del servicio, es decir, la enfermera general Carolina, es la que toma los formatos de la central de enfermería y mientras va checando esquemas de medicamentos y soluciones intravenosas (kárdex) de lxs pacientes, va colocando sus datos generales en el apartado de identificación de las hojas de enfermería. Asimismo, va preparando y ministrando las soluciones intravenosas y los medicamentos de las ocho de la mañana.

Para algunxs autorxs, los registros de enfermería son “la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente” (Torres, Zárate y Matus, 2011: 17), de tal forma que, si nos guiamos por dicho enunciado, la noción de cuidado se reduce a la aplicación de escalas de valoración (de caídas, de úlceras y de dolor) y a la ejecución de actividades para el control o la eliminación de enfermedades

específicas registradas en apartados específicos de un formato²¹⁰. De manera puntual, los apartados que conforman dicho formato son: en la parte superior anterior se ubica la ficha de identificación de lxs pacientes; por debajo de ella se encuentra un cuadro para el registro de signos vitales y parámetros de valoración (ej., glucosa, oxígeno y Escala de Coma de Glasgow); debajo de lo anterior hay un cuadro más para el registro de ingresos de líquidos, soluciones parenterales y medicamentos y, otro más para los egresos de líquidos según su vía de eliminación (ej., pérdidas insensibles, orina y vómito); un espacio más abajo es para el registro de estudios de laboratorio y gabinete y; otro para el registro y la vigilancia de los catéteres y sondas.

Por su parte, en la parte posterior de la hoja se encuentran las tablas de valoración de enfermería, mismas que dentro del hospital “M” se sustentan en el modelo teórico de Marjory Gordon; también, se ubica el apartado para la redacción de lxs diagnósticos de enfermería (de riesgo y reales²¹¹), de los cuales se desprende el apartado siguiente, mismo que está dedicado para las intervenciones de enfermería, por último, en la parte inferior de la hoja encontramos el apartado de notas o apuntes de enfermería, así como los espacios para los nombres, las cédulas profesionales y las firmas de lxs enfermerxs que llenaron la hoja (tanto del turno matutino, como del vespertino y nocturno). Sobre esto último, es importante señalar que solo lxs enfermerxs titulares de lxs pacientes, es decir, lxs enfermerxs trabajadorxs de la institución, y lxs pasantes de enfermería pueden firmar las hojas, aunque muchas veces son lxs estudiantes quienes realizan el llenado.

La hoja de enfermería es tan importante en las instituciones de salud que cuando lxs estudiantes llegan a ellas es en donde lxs enfermerxs invierten más tiempo para explicar. De hecho, siempre que llegamos a los hospitales a realizar

²¹⁰ Es cierto que las hojas de enfermería varían por instituciones y por servicios, pero en general se conforman por lo que aquí menciona. Cada hoja, dura 24 hrs, es decir, una hoja de enfermería es para los tres turnos del día, los registros comienzan a las 8 de la mañana y culminan a las 7:59 de la mañana del día siguiente.

²¹¹ Los diagnósticos de enfermería de riesgo se definen como un juicio clínico relacionado con la potencia de que lxs pacientes desarrollen una respuesta indeseable ante un cuadro de enfermedad, por su parte, los diagnósticos de enfermería son juicios clínicos que describen respuestas de salud-enfermedad que viven lxs pacientes.

prácticas de servicio social hay un período de capacitación exclusivamente enfocado en la hoja de enfermería, y cuando lo que se llevaran a cabo son las prácticas intersemestrales el primer día de servicio (es decir, el lunes) se enfoca en el “manejo” de la hoja.

En este sentido, la hoja de enfermería se ha convertido en el documento que resume quiénes son y qué es lo que necesitan lxs pacientes, en gran medida la hoja es sinónimo de quiénes son lxs pacientes. Por ello, dentro de la práctica clínica es frecuente ver que lxs enfermerxs llenan la hoja desde la central de enfermería o frente a lxs pacientes, pero sin preguntarles algo, ya que les es suficiente con ver los registros anteriores y las indicaciones médicas para diseñar y ejecutar las actividades del turno, de tal manera que, dentro del quehacer de enfermería hay un énfasis por el correcto llenado de la hoja y no por llevar a cabo actividades que dicen lxs pacientes de verdad necesitar.

Lo anterior, se relaciona con dos planteamientos principales, por un lado, las demandas legales, pues dice Roberto, estudiante de la universidad “S” que se encuentra en el hospital realizando prácticas clínicas de la materia de enfermería gineco-obstétrica, “nosotros debemos llenar la hoja de enfermería con lápiz porque primero nos la revisan, si está bien la pasamos a pluma [...] es que si algo ponemos mal y al paciente le pasa algo malo vamos a meter en problemas a los enfermeros, yo creo que por eso ellos tienen tanto cuidado con la hoja”²¹² y, por el otro lado, que el paradigma biomédico reduzca las necesidades en salud a requerimientos fisiológicos condiciona que la práctica de enfermería se concentre únicamente en los registros clínicos.

Además, el tiempo que destinan lxs enfermerxs del turno matutino para el llenado de la hoja de enfermería, mismo que oscila entre dos y dos horas y media, tiempo distribuido a lo largo de todo el turno, es relevante si nos preguntamos ¿cuánto tiempo pasan lxs enfermerxs junto a lxs pacientes? El turno matutino se conforma por ocho horas, de éstas aproximadamente dos se destinan al llenado de un formato, una y media para el desayuno y la cena y una más para que se dé el

²¹² Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

“recibimiento” y la “entrega” del turno; de tal manera que, lxs enfermerxs pasan menos de la mitad de su jornada laboral con lxs pacientes, es decir, pese a lxs discursos institucionales y formativos que romantizan la cercanía entre lxs enfermerxs y lxs pacientes, en la práctica diaria, la dinámica estructural de la actividad institucional se concentra en trámites burocráticos.

En este mismo horario, de siete y media a nueve de la mañana, entonces, se valoran y registran los signos vitales, se distribuye la ropa de cambio de lxs pacientes y de las camas (sábanas, cobijas, fundas de almohadas y batas) y se acomoda y distribuye el material de consumo entre lxs enfermerxs, esto último de acuerdo con el número y las características de lxs pacientes con lxs que se trabajaran ese día. Estas actividades son funciones de lxs auxiliares y, por ende, de lxs estudiantes. También se preparan y administran los medicamentos y soluciones parenterales de las ocho, como lo mencioné con anterioridad, actividades de la enfermera general.

Entre nueve y doce de la mañana se dan los ingresos y las altas (egresos) de lxs pacientes y se brindan, en términos de Carolina, la jefa de hospitalización, “la mayoría de los cuidados de enfermería”²¹³, pues es aquí donde suceden los cambios y tendidos de ropa de cama, baños (parciales y totales), vendajes, curaciones de heridas, cambios posturales, aspiración de secreciones, alimentaciones, instalaciones y retiros de sondas nasogástricas y urinarias, instalación de catéteres venosos periféricos, drenes y cuantificación de orina, realización de estudios de laboratorio y gabinete, además de la preparación y ministración de medicamentos y soluciones de 10 de la mañana y 12 del día. Es decir, durante este tiempo, lxs enfermerxs con categoría de técnicxs y auxiliares ejecutan las actividades que involucran una relación directa con lxs pacientes mientras que la general se encargan de la parte administrativa de dichas actividades (ej., solicitudes para la entrada de medicamentos y soluciones, registro para la solicitud de dietas).

²¹³ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

En este sentido, considerando los intereses de este trabajo, profundizaré sobre la presentación de la “técnica del baño” dentro de la rutina de enfermería. Dentro del hospital “M”, los baños son realizados por personal de enfermería técnico o auxiliar²¹⁴. Además, dada las pocas veces que me tocó observar que se realizaron baños en comparación con el número de veces que lxs pacientes lo requerían (porque llevaban días sin bañarse o porque habían cursado cuadros febriles y estaban sudadxs), es posible señalar que es una de las actividades que menor importancia poseen dentro de la rutina, en este lugar también se encuentran las relacionadas con los cambios posturales o los apoyos para deambulación.

De acuerdo con esto, el baño se lleva a cabo en el marco de dos principales situaciones. Primero, se realiza sin complicaciones si lxs pacientes pueden bañarse en regadera solxs o asistidxs por sus familiares. Cuando esto sucede, el personal de enfermería se concentra en brindar recomendaciones relacionadas a la dinámica de su trabajo que a su interés por lxs pacientes: caminen despacio, tengan cuidado para no caerse, cuiden el acceso venoso para que no sea necesario volver a instalarlo y mantenga la solución por arriba de ustedes para que no haya retorno y se tape el acceso. También, pocas veces las recomendaciones tienen que ver con la realización de la actividad, es decir, hay una noción de que el baño es una actividad que todxs realizamos de la misma forma y, por ende, se da por hecho que lxs pacientes no requieren de sugerencias para su realización.

Del mismo modo, tampoco hay indicaciones referentes a los elementos que forman parte de los baños, por ejemplo, aquellas relacionadas con si el agua está caliente, dónde están los baños, cuántos espacios de baño hay, si hay gente en espera o si hay dónde o cómo sentarse o recargar las soluciones intravenosas, situaciones que son averiguadas por lxs pacientes y lxs familiares cuando realizan la actividad. Es más, muchas veces, lxs enfermerxs “autorizan” que estxs pacientes se bañen solxs porque deambulan sin problemas y su diagnóstico no es grave. Sin embargo, como mencioné anteriormente, los lineamientos institucionales marcan

²¹⁴ En algunos hospitales, como el IMSS, son lxs técnicxs o auxiliares los que realizan la actividad, pero en otros, como los pertenecientes a la Secretaria de Salud (Ssa), los baños pueden ser función de lxs enfermerxs auxiliares, generales y especialistas.

que los baños deben realizarse bajo supervisión por el riesgo de caídas, por ende, muchxs enfermerxs prefieran que lxs pacientes no se bañen a que lo hagan sin supervisión.

En estas dinámicas del baño es que vemos que son muchxs de lxs estudiantes de enfermería lxs que apoyan a lxs pacientes para el baño, pues son ellxs lxs que les dan la mano para que se bajen de la cama, les sujetan la bata para que deambulen o lxs van a dejar a la regadera. Sin embargo, como menciona Dulce, enfermera que labora en el hospital “M” con la categoría de técnica, esto lo realizan más por indicaciones que por iniciativa “aunque parece fácil, el baño no lo es, es bien cansado, terminamos con dolor de espalda [...], luego tampoco a los estudiantes les gusta bañar pacientes, hay que andarles diciendo que ya que nosotros vamos a preparar medicamentos o curaciones, ellos mínimo los ayuden a bajar la solución del tripié y llevándolos al baño”²¹⁵

Segunda situación. Cuando lxs pacientes requieren de la ayuda parcial o total de lxs enfermerxs para bañarse, tendrán que esperar a que estxs *tengan tiempo*, ya sea para ejecutar, apoyar o guiar a lxs familiares durante la actividad. Es más, muchas veces son lxs pacientes y familiares lxs que demandan la necesidad de ser bañadxs y lxs que expresan que ha pasado mucho tiempo desde la última vez que esto sucedió, pues cuando lxs enfermerxs “abren” las hojas de enfermería no preguntan ¿se bañó?, ¿cuándo fue la última vez que se bañó? o ¿quiere bañarse?

Además, aunque ya hemos mencionado que el baño se describe como una actividad básica y simple, lxs estudiantes no cuentan con la autorización inicial para realizarlos por sí solxs, puesto que, en palabras de Javier, enfermero del hospital, mismo que le explicaba a Roberto, estudiante de la universidad, porque no podía bañar solo a un paciente “es que estás en aprendizaje y tengo que supervisarte la técnica, se te vaya a caer o desaturar, espérame ahorita vamos”²¹⁶. No obstante, cuando Ricardo, estudiante de la universidad “S”, bañó con él a Israel, paciente en hospitalización, nunca lo supervisó, más bien, le dijo cómo es que debía de hacerlo,

²¹⁵ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

²¹⁶ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

pero una semana después, permitió que otro estudiante, uno que era su conocido, llevara a cabo un baño solo, porque dijo “él está preparado, se le ve en el cuerpo [risas]”²¹⁷.

De acuerdo con Javier, a Benjamín, estudiante de la universidad “S” al que le permitió realizar el baño, “se le ve en el cuerpo” que está listo porque “él hace ejercicio, digamos que aguanta mover a los pacientes o evitar que se caigan... si tiene con qué cuidarlos [risas]”. En este sentido, Javier relaciona el cuidado con la fuerza física, es decir, según él es necesario tener ciertas características físicas para poder realizar los cuidados. Además, en este mismo comentario se encuentra la jerarquización de cuerpos, pues se plantea que lxs cuerpos con pene (aunque solo los masculinizados) son fuertes, y entonces pueden llevar a cabo ciertas prácticas y que, por ende, otros cuerpos son exclusivos para cosas muy diferentes.

Asimismo, con relación al baño, durante el trabajo de campo me tocó observar que lxs familiares de Israel, su hijo, comadre y sobrina, fueron los que en dos ocasiones le dijeron a lxs enfermerxs del turno de la mañana que ese día le tocaba baño a su paciente. En una de las ocasiones, Javier, el enfermero en turno, argumentó frente a la comadre que lo bañaría solo si llegaba su hijo a ayudarlo, porque para él solo era muy cansado y solo su hijo podía soportar el peso de Israel durante el baño, pero no estaba solo, tenía al estudiante, a la comadre y, en todo caso, a mí, ya afuera de la habitación, nos dijo que no lo bañaría porque ya se había hecho tarde (eran las 12) y que los baños que no se hacen a más tardar a las 11 de la mañana, ya no se hicieron porque no da tiempo de hacer todo lo demás; no obstante, ese día tampoco cambió la ropa de cama y la bata del paciente.

Ante la situación le pregunté a Roberto, el estudiante de la universidad “S”, qué pensaba de la situación, después de mirarme, mencionó “pues, supongo que tiene razón, porque si lo baña ahorita termina a las 12:40 y ¿a qué hora lo demás? y pues... supongo que no lo hizo en la mañana porque ni se acordó, a mí también se me olvidó que le tocaba baño, por eso no dije nada, y a estas alturas ya para

²¹⁷ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

qué”²¹⁸. Después de escucharlo, le pregunté por qué se le había olvidado el baño y no los medicamentos o su alimentación “pues porque no es lo mismo profa, no se va a morir si no se baña, es más, hay un montón de gente que se baña cada tercer día, pero los medicamentos y eso son otra cosa, sin eso puede complicarse o pasarle algo” ²¹⁹. Esto, da cuenta de que lo denominado por la enfermería como *cuidado* en realidad es una serie de actividades fuertemente ligadas a todo aquello que puede observarse, medirse y evaluarse, mismas en las que las necesidades de lxs sujetxs no son menos focos de atención que la preocupación de lxs enfermerxs por hacer, o no, *algo* que lxs lleve a meterse en problemas laborales o legales²²⁰.

Asimismo, con relación a la realización de los baños en estxs pacientes, existe una diferencia entre bañar pacientes alertas y bañar pacientes inconscientes, está diferencia no radica precisamente en la secuencia, el equipo y material o la duración de la técnica, aunque es posible que existan modificaciones puesto que muchxs de los pacientes despiertxs optan por hacer, o que sus familiares realicen, la mayor parte del baño pero no, en realidad, la diferencia se encuentra en el control de lxs cuerpos: tanto el propio como el de lxs pacientes.

Ernesto, enfermero y profesor de la universidad, durante una entrevista me comento que él no podría enseñar la “técnica del baño del paciente en cama” con unx estudiante porque su educación y religión se lo dificultan ya que:

si fuera una estudiante pues tendría que intentar no verla con los ojos de morbo, decirme que es un fin didáctico [...] es que tengo que aprender a ver a los alumnos de manera normal, saber que el cuerpo es algo natural, misma anatomía pero con características diferentes pero me cuesta [...], no me cuesta trabajo ver un cuerpo

²¹⁸ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

²¹⁹ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

²²⁰ Como estudiantes de enfermería podemos recordar que en más de una ocasión me tocó escuchar que lxs enfermerxs que eran responsables de nosotrxs se encontraban más preocupadx por concluir todo lo que *debían* hacer para que quien les recibiera pacientes nos les sacará pendientes. De tal forma que, si no cambiaban la ropa de cama de lxs pacientes solo estiraban las sábanas para que pareciera que sí o si no bañaban a lxs pacientes solo les limpiaban la cara, les cambiaban la ropa de cama y la bata para que se viera limpio y quien recibe el turno no dijera nada. Además, difícilmente lxs familiares o pacientes contradicen a lxs pacientes, de hecho, muchas enfermerxs piden que lxs familiares salgan de la habitación para que ellxs puedan entregar lxs pacientes al siguiente turno.

hospitalizado, inconsciente, pero, enseñar con un cuerpo con sus sentidos es diferente, tocarlo totalmente reactivo me cuesta, porque no se manipula con facilidad, mientras que al otro cuerpo se le gira, se le voltea, se le baña, es más, no dice nada, uno termina y ya²²¹.

Sumado a esto, Berenice, pasante de enfermería de la universidad “S” que se encontraba a un mes de concluir sus prácticas, me decía que ella durante su pasantía había realizado dos baños porque como pasante de licenciatura tuvo más funciones administrativas que operativas, pero que consideraba que el baño era “una actividad compleja porque es muy laboriosa [...] y si, además, el paciente se mueve, se queja o no se deja, es peor, luego hasta caen mal [...] los pacientes que son más sencillos son los calmados”²²².

En este sentido, la pasividad de lxs cuerpos sobre los que se realizan, o hay que realizar las actividades, es la característica más valorada por lxs enfermerxs. Además, también se hace evidente el alcance de la metodología de enseñanza-aprendizaje de la formación en enfermería, pues al privilegiar la presencia de simuladores y sobre ellos la ejecución de técnicas, se vuelve más cómodo para lxs estudiantes que estxs no se muevan, que no hablen, que no se quejen. De tal manera que, aquellxs que se expresan, preguntan y se quejan son vistxs como incómodxs, conflictivxs y quejumbrosxs. Al mismo tiempo, se da una clasificación de lxs pacientes, pues el prototipo de lxs deseadx, de lxs esperadx son aquellxs que no “generan” el temor de que emerjan elementos subjetivos, esos elementos que al surgir pueden poner en tela de juicio la objetividad y cientificidad de la práctica brindada y, por el contrario, lxs indeseadx son aquellxs que alteran con múltiples discursos la secuencia memorizada de las actividades de enfermería.

Mientras que, en estas horas, lxs enfermerxs realizan dichas prácticas, lxs familiares se rotan para el acompañamiento y el apoyo en actividades como la alimentación y el baño. La visita sucede entre diez y media once y media de la mañana, cada paciente se acompaña en este horario por dos familiares, unx

²²¹ Entrevista del 19 de junio del 2019.

²²² Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

permanente y otrx temporal, lxs permanentes son lxs que se encuentran registradxs como responsables de lxs pacientes y pueden estar las 24 horas del día y, lxs temporales son lxs que ingresan únicamente en horarios de visita. Los familiares pueden ser diferentes, sin embargo, lxs pacientes siempre deben estar acompañadxs por alguien. Así que, mientras lxs enfermerxs realizan su rutina, lxs familiares y pacientes también: lxs que se quedaron a dormir se van a bañar y desayunar, lxs que van llegando acompañan en el baño, la alimentación y la deambulaci3n.

Entonces, entre doce del día y dos de la tarde, lxs enfermerxs realizan actividades para finalizar el turno y el cierre de registros clínicos: preparaci3n y administraci3n de medicamentos de dos de la tarde, registro de dietas en la hoja de enfermería, cuantificaci3n de medicamentos, soluciones parenterales y drenajes, toma y registro de signos vitales de dos de la tarde, cierre del balance de líquidos matutino (ingresos y egresos totales) y registro de estudios de laboratorio y gabinete. En este rango de horas no hay otrxs familiares que no sean lxs permanentes, estxs suelen encontrarse en la silla que se ubica junto a la cama de lxs pacientes hospitalizadxs mandando mensajes, bordando, leyendo una revista o la biblia, resolviendo crucigramas y sopas de letras, conversando o durmiendo; por su parte, lxs pacientes se encuentran recostadxs en su cama conversando o distrayéndose con alg3n dispositivo digital o informativo.

Ante la dinámica de pacientes y familiares dentro de la rutina de enfermería es importante puntualizar tres situaciones: la primera se relaciona a que dentro del hospital "M" más de la tercera parte de lxs pacientes hospitalizadxs son varones; la segunda se vincula con que más de la tercera parte de lxs familiares que acompañan a lxs pacientes son mujeres y; la tercera, que tanto lxs familiares como lxs pacientes no pueden deambular en el hospital, pues aunque deambular es una actividad importante para lxs pacientes, porque pueden estirarse o desaburrirse, no hay espacio en sus cuartos para que lo hagan y no pueden salir de ellos porque en el pasillo circulan camillas, triperes, enfermerxs y médicxs.

De acuerdo con esto, en resumen, entre ocho y doce del día la central de enfermería es un espacio que sólo se visita para que la jefa de hospitalización de las altas (egresos de lxs pacientes del servicio de hospitalización) o para que lxs enfermerxs tomen material de consumo (ej., jeringas, tiras, equipos de infusión y gasas). Sin embargo, pasadas las 12 del día, y si la carga de trabajo lo permite, lxs enfermerxs comienzan a llegar a esta área para sentarse. Además, en este segundo bloque de actividades, lxs estudiantes son lxs que mayoritariamente se encargan de realizar las actividades para el cierre de la hoja mientras que, lxs enfermerxs van concluyendo las notas de enfermería y las van firmando. Ante esto, no podemos perder de vista que si lxs estudiantes han demostrado habilidades durante sus prácticas clínicas son ellxs quienes realizan las actividades y las registran, mientras que lxs enfermerxs únicamente se las revisaran y las firmaran.

El cuerpo y la sexualidad dentro de la rutina de enfermería: la “técnica del baño del paciente en cama”

En el marco de la práctica clínica de la enfermería, como sucede dentro de la formación profesional, parece ser que la sexualidad se mantiene alejada de la práctica de los enfermerxs y que lxs únicos cuerpos presentes en el espacio son aquellxs sobre los cuales la enfermería realiza sus actividades. Con relación a esto último, como señala David Le Breton, dentro de las sociedades occidentales “para bien o para mal, el individuo es su cuerpo” (Le Breton, 2017: 21), de tal manera, que las normas del espacio hospitalario objetivan a los cuerpos como una materia de intervención mediante diversas relaciones de poder que, a su vez, los jerarquizan y clasifican en categorías de pacientes, familiares y enfermerxs, al mismo tiempo que les asignan funciones y relaciones que deben existir entre ellxs. Por ende, es importante reconocer que el cuerpo es la materialización de las normas y el retorno de estas, además, es el reflejo jerárquico de pensar el mundo y las relaciones sociales. Pues, cada cuerpo al ser nombrado deviene junto con una serie de lineamientos.

Asimismo, es necesario partir desde la consideración de que la sexualidad trasciende la genitalidad y que, como señala Oscar Guasch, es “una estrategia de

control social que regula el deseo erótico [...y que] el deseo erótico está en todas las épocas y en todas las culturas [...] [por lo que] la sexualidad indica las condiciones sociales de expresión de ese deseo” (2006: 87). De tal manera que, se abriría la pauta para señalar cómo es que dentro del quehacer de los enfermerxs se llevan a cabo prácticas que buscan mantener la *normalidad* de las relaciones sociales, es decir, normas que dentro del espacio hospitalario se instan para disciplinar a lxs enfermerxs a mantener el orden social de la sexualidad.

Como se plantea en este capítulo, dentro de las instituciones de salud, la sexualidad se entiende al margen de lo que señala Elsa Dorlin “‘tener’o ‘hacer’sexo” (2009: 09), de tal manera que, al pensarla como el comportamiento coital entre varones y mujeres, se traza una serie de tecnologías disciplinarias que tienen como objetivo que lxs enfermerxs se apeguen al cumplimiento de estas. Por ende, de inicio, es necesario recordar que dado el discurso occidental que domina en la historia de la enfermería mexicana, esta tiene un origen religioso y femenino lo que lleva a mencionar que el cuerpo construido dentro de la enfermería para ser disciplinado es el cuerpo femenino, el cuerpo de las mujeres.

Por ende, los ideales regulatorios del cuerpo, dentro de la práctica de enfermería pondrán en el centro de la atención el deber ser de la enfermería, es decir, el cómo deben vestirse y cómo deben relacionarse. Del mismo modo, retomando esta historia de la enfermería y partiendo de la noción hegemónica de la sexualidad es que se pueden discutir las categorías de cuerpo y sexualidad dentro de la enfermería y su práctica profesional del cuidado, ya que para la universidad es necesario que lxs estudiantes desarrollen “habilidades” que les permitan realizar sobre lxs pacientes una serie de intervenciones clínicas (ej., instalarles, curarles, suturarles, bañarles). Sin embargo, esto, a su vez, significa el disciplinamiento del cuerpo de lxs estudiantes. Y es que al margen del interés que tiene la carrera por demostrar que cumple con las características para su reconocimiento profesional, se ha concentrado en la implementación de prácticas que dicen encontrarse alejadas de elementos subjetivos, por ejemplo, de las emociones. No obstante, como menciona Foucault (2011) en torno a la hipótesis represiva y productiva de la

sexualidad, estas prácticas más que suprimir la presencia de la sexualidad han producido una barrera entre *lo correcto* y *lo incorrecto* dentro de la enfermería.

Tal es el caso del uniforme, y es que éste, por ejemplo, posee un valor simbólico capaz de definir a la enfermería, es más, el uniforme es parte de la identidad de la disciplina. Según palabras de Daniela, enfermera que labora dentro del hospital “M” desde hace 10 años, el uniforme es un elemento que justifica el trato que lxs pacientes pueden darle a lxs enfermerxs, en especial a las enfermeras. Por ende, éste siempre aparece dentro de los parámetros de evaluación y forma parte de las principales recomendaciones de lxs profesorxs dentro de la universidad:

El uniforme es la carta de presentación, a través de él, los pacientes y familiares saben cómo tratarnos, es importante siempre traerlo impecable, bien lavado y bien planchado, por supuesto, con zapatos boleados correctamente [...], nosotras, como mujeres, además, debemos tener cuidado con la ropa interior. Hay que usar bóxers y camisetas, dejemos los otros tipos de calzones para allá afuera, aquí debemos usar lo que provoque que los pacientes y los familiares nos respeten. Imagínense si usamos cosas chiquitas, ¿cómo nos van a tratar?, por eso luego nos ofenden o nos miran como nos miran, no, no, debemos dar el ejemplo de cuidado, limpieza y educación.²²³

El comentario de Daniela, sin duda, se sostiene en una idea de la sexualidad, en la cual, los argumentos centrales indican que hay aspectos de las mujeres que tienden a provocar a los hombres y que, por lo tanto, hay que evitar, es decir, de acuerdo con su comentario, hay motivos lógicos por los cuales se entendería que las enfermeras fueran agredidas. Es más, el comentario también refleja cómo operan las normas morales dentro de los discursos señalados como “científicos”.

De tal manera que, las enfermeras (en femenino porque aunque las indicaciones muchas veces no son explícitas, siempre están dirigidas a las mujeres las que se encuentran sometidas a juicio) que no cumplen con dichos lineamientos, es decir, aquellas que usan ropa interior ajustada, de colores ajenos al blanco o “diminuta” como tangas o corte bikini, forman parte, dice Butler, de lo abyecto de la

²²³ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

enfermería, o sea, enfermeras fuera de la norma, enfermeras que constituyen mediante la oposición a la “buena” enfermería. Pues, como menciona Jeffrey Weeks “la cultura occidental sigue definiendo la conducta apropiada con base en una limitada gama de actividades aceptables” (1998: 30).

Sin embargo, no es únicamente en el uniforme donde se hace posible discutir la sexualidad, el disciplinamiento y manejo de los cuerpos dentro de la práctica profesional de enfermería. La “técnica del baño del paciente en cama” traza un vínculo de contacto entre enfermerxs y pacientes. Según lxs estudiantes de la universidad “S” que dentro del hospital “M” llevan a cabo sus prácticas intersemestrales, desde que deciden estudiar enfermería saben que una de las principales características de la profesión (es más, la que hace diferente a la enfermería de la medicina) es la cercanía que se tiene con lxs pacientes; no obstante, si algo vemos en la cotidianidad es que las disciplinas de la salud siempre se mantienen distantes a lxs pacientes, cercanas al margen de lo que estipula el paradigma biomédico, pero alejadas de sus experiencias.

Para poder realizar una discusión de lo antes mencionado, es necesario retomar cómo es que se realiza la “técnica del baño del paciente en cama” dentro del hospital “M”. De inicio tendríamos que señalar que la realización de este baño depende de varios factores, entre ellxs 1) el número de enfermerxs que participaran en él y sus características (edad, sexo, género, etnia...), mismas que son de gran importancia, porque el vínculo que se establece con lxs pacientes se ve influenciado por las normas que rigen dichos elementos. Además, aunque dentro de la universidad la técnica es revisada en equipos y, frecuentemente, en las clases prácticas, lxs estudiantes se dividen las partes del cuerpo de lxs simuladores para que a cada unx del equipo le toque lavar y secar algo de ellxs; en los hospitales, lxs enfermerxs van solxs, a veces literalmente, pero en la mayoría de ellas son apoyadx por lxs pacientes, lxs familiares o lxs camilleros.

Por ende, la realización de la “técnica del baño del paciente en cama” también depende de 2) la carga de trabajo de lxs enfermerxs. Como anteriormente mencioné, dada la dinámica de trabajo, la enfermería refleja una jerarquización de

lo que nombra *cuidados de enfermería*. De tal manera que, al margen de no tener el tiempo necesario para llevar a cabo las actividades que forman parte de la jornada laboral, solo se realizan las consideradas “importantes”. Por supuesto, también hay enfermerxs que, teniendo el tiempo dentro de su jornada laboral, optan por no desarrollar la actividad del baño, porque consideran que sin la ayuda de alguien es compleja, cansada y laboriosa; sin embargo, lo que se encuentra detrás de tales adjetivos calificativos es una serie de dificultades de contacto con lxs pacientes, tal como lo menciona Carolina, “es que el baño condiciona que estemos tocando lo que no es cómodo o invadiéndolos”²²⁴.

En este sentido, 3) las características de lxs pacientes también son factores que influyen en el contacto establecido. Es decir, no sucede de la misma forma realizar la “técnica del baño en cama” en pacientes con patologías que *estipulan* un contacto específico, conscientes – inconscientes, normales – anormales, femeninos – masculinos, jóvenes – viejxs o de comunidades indígenas y rurales. Justamente estas características trazan, en la práctica cotidiana de la enfermería, condiciones diferenciadas de manipulación porque, aunque el discurso de lxs profesorxs enmarca durante la revisión de la técnica que ésta aplica para todxs lxs pacientes de la misma forma, frente a lxs pacientes adquiere tonalidades regidas por las características de lxs mismxs.

Y, por último; también la realización del baño se ve condicionado de 4) la presencia o ausencia de ciertos equipos y materiales. No es lo mismo que dentro de la institución lxs pacientes tengan que bañarse con agua y jabón, o existan toallas antisépticas para su higiene. La primera situación, podría decirse que, obliga a un contacto directo entre lxs involucradxs porque se debe mojar, enjabonar y secar y, con las toallas solo hay que tocar una vez. No obstante, estas últimas se distribuyen limitadamente dentro del sector salud. Tampoco su realización es similar en presencia de una abundante o escasa presencia de los materiales de consumo. Es más, retomando una frase que me dijo la jefa del servicio el último día en el que estuve haciendo trabajo de campo en su servicio, “maestra, la verdad es que aquí

²²⁴ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

nunca se hace nada como dicen los libros, no sé si en algún lugar sí, pero aquí todo se hace con lo que se tiene”²²⁵. Es posible señalar que el conjunto de elementos que emergen en la práctica hospitalaria son invisibles a los ojos de lxs profesorxs de enfermería pues carecen de presentación, reflexión y crítica dentro de la universidad, lo cual, haciendo alusión a la teoría foucaultiana es altamente productivo en términos de normalización y disciplinamiento.

Dentro de las unidades hospitalarias, el procedimiento del baño es realizado por lxs enfermerxs, aunque dependiendo de la institución varía el *tipo de enfermerxs* que lo ejecutarán. Por ejemplo, aquí, donde realicé el trabajo de campo, dado que es un hospital perteneciente al IMSS, eran lxs técnicxs o auxiliares de enfermería quienes lo realizaban, pero, de acuerdo con mi experiencia, hay instituciones donde no sucede así. Tal es el caso de Secretaria de Salud (Ssa), en los hospitales de esta, los baños son funciones de enfermería, tanto de lxs auxiliares como de lxs generales y, a veces, hasta de lxs especialistas, es decir, dentro de la Ssa la categoría puede marcar una diferencia en el sueldo, pero no en las funciones y las responsabilidades generales, a menos, que lxs enfermerxs ostenten un cargo que no sea operativx, de tal manera que cualquier enfermerx contratadx para el contacto directo con lxs pacientes si tienen algunx paciente que requiere baño lo ejecutará.

Aunque en términos formales o, mejor dicho, institucionales, del *quehacer de enfermería*, lxs enfermerxs no pueden negarse a realizar los baños, partiendo de mi experiencia, nunca me ha tocado ver que unx enfermerx diga frente a lxs pacientes “no, no lo voy a bañar” o “no lo quiero bañar”, pero eso no equivale a que no lo sientan o lo digan de otras formas y en otros espacios. En una conversación, Javier, el enfermero que durante mi trabajo de campo tuvo a su cuidado a Israel, le dijo a Carolina, la jefa del servicio, que tenía mucho trabajo y que no quería bañar a Israel porque se atrasaría mucho con sus pacientes. Ante el comentario, Carolina, levantó sus hombros en señal de “como quieras” y dijo “pues, tu sabrás, son tus pacientes” y siguió caminando, es decir, pese a que ella es quién se encarga de la supervisión de los cuidados del equipo, de la retroalimentación del personal o de la crítica de la

²²⁵ Comentario emitido en la observación del viernes 26 de julio de 2019.

práctica de enfermería de su servicio, no hizo más que un comentario que coloca a lxs pacientes como propiedad de lxs enfermerxs. Al final, Javier sí lo bañó, pero durante el procedimiento no perdió la oportunidad en recordarle al estudiante que lo asistía que tenían que apurarse si no querían atrasarse: “tenemos que apurarnos, ni modo, nos tocó baño, hay que hacerlo rápido para acabar a tiempo”²²⁶.

Con lo anterior, es importante señalar que dentro de la práctica clínica existe una serie de procedimientos que suelen ser evitados o ignorados, y otros que ascienden a una lista de *queridos*. Es decir, dentro de la rutina hospitalaria hay procedimientos que, *si se quieren realizar*, mismos que para ocupar tal lugar cumplen con ciertas características. O sea, si en algo coinciden los procedimientos que son realizados con agrado es en que poseen una alta complejidad técnica y suelen llevarse a cabo sobre cuerpos inconscientes, tal es el caso de las intubaciones, los cateterismos y las reanimaciones. Además de esto, la idea de que la medicina realiza verdadera ciencia, porque al centro de su práctica se encuentran las patologías, la farmacología y las intervenciones y, la enfermería, no es *tan científica* dado que se dedica al *cuidado*, a lo *social*, influye en que aquello que se considera parte del cuidado (los procedimientos, las técnicas) tome matices para su desarrollo.

Esto, es posible ubicarlo dentro de los señalamientos de Héctor, profesor de la universidad que, cuando hablábamos sobre la enfermería y el procedimiento del baño, me dijo “a mí me gusta más la parte clínica, teórica, científica, médica, en realidad, a mí me gusta más la medicina. En la enfermería hay una parte muy social que no me agrada, no me gusta, no me gusta eso, hay que estar hablando y explicando, pero pues es así, así es la enfermería, a mí me llaman la atención los procedimientos, así que muchas veces me concentró en enseñarlos y lo demás lo reviso, pero ya”²²⁷. De tal manera, como lo planteo en párrafos anteriores, cuando lxs estudiantes asisten a prácticas clínicas se ven más interesadx por aprender a

²²⁶ Observación hospitalaria. Trabajo de Campo, 2019.

²²⁷ Entrevista del 25 de junio de 2019.

hacer sobre lxs pacientes más que por el bienestar de ellxs, y es que el cuidado enseñado se relaciona más con lo primero más que lo segundo.

Así, al margen de la disputa establecida con la medicina, el objetivo de la enfermería es adquirir los elementos necesarios para demostrar dicha científicidad. Sin embargo, como he intentado evidenciar con la descripción del procedimiento de la “técnica del baño del paciente en cama”, la enfermería también se queda corta en la adquisición de dichos elementos pues las clases se concentran en que los estudiantes memoricen las actividades, pero la fundamentación científica, por ejemplo, que muchas veces rige el paso a paso de las actividades, solo es repetida de los libros, pero nunca cuestionada y reflexionada, y a veces, ni siquiera memorizada. Tal es el caso de Benjamín, estudiante de octavo semestre de enfermería, a él, durante el campo le cuestionaba esta situación.

Cuando lo vi entrar al cubículo de una paciente intubada y escuché decirle a la familiar que le administraría ese antibiótico porque “le ayuda a que cicatrice la herida”, así que cuando salió le pregunté cómo es que el antibiótico le ayudaría para tal fin, él me miró y dijo “bien no sé, escuché que eso le dijo el médico a la jefa pero yo no tengo claro cómo funciona, yo solo se lo pasé”. Avancé preguntándole por el cómo es que pasaba un medicamento que desconocía, él, ya algo nervioso, me dijo “pues es que no es difícil, solo tengo que diluirlo y pasarlo y... pues eso si lo sé hacer, Daniela [la enfermera de la paciente] me dijo que se lo pasara y nada más”²²⁸. De tal manera que, en gran medida, la práctica clínica de lxs estudiantes consiste en seguir indicaciones y pasar por alto el bienestar de lxs pacientes porque, aunque desconozcan qué, por qué y cómo hacer las cosas, las terminan haciendo.

Por ende, del otro lado, se identifican los procedimientos que de ser posible se evitan, se *pasan* para el siguiente turno o se ignoran, ¿cómo saber qué actividades pertenecen a este grupo?, bueno, son aquellas que, por ejemplo, si parto de mi experiencia, siempre describiría como simples y que, de acuerdo, a la actitud y a los comentarios de lxs enfermerxs, son “aburridas”, es decir, son actividades que cuando a lxs enfermerxs les toca, por ejemplo, tomar signos vitales,

²²⁸ Diálogos de una conversación suscitada en la observación del lunes 22 de julio de 2019.

tender cama, bañar pacientes, poner oxígeno, movilizar pacientes y llevar a estudios, lo hacen con movimientos letárgicos o expresando, con un tono de fastidio y hartazgo, que las llevaran a cabo *porque no hay de otra* (ej., “ahorita vengo, mi paciente dice que se quiere bañar”, “está buena la plática, pero me voy, otra vez es hora de signos” y “ay, yo no quiero al paciente del tubo [endotraqueal] porque hay que hacerle todo”])²²⁹.

De acuerdo con esto, también, estos *cuidados* se llevan a cabo, a diferencia de las anteriores, sobre cuerpos conscientes, es decir, sobre pacientes que pueden expresar que no quieren ser tocados porque no están sus familiares, porque sienten pena o porque desconfían de lxs enfermerxs que están con ellxs, que preguntan por qué se les realizará (o ellxs realizaran) tal cosa, que al presentar dificultades para hablar entonces se mueven, se quejan, muerden o lloran o, que dicen que no quieren hacer o dejar que les hagan ciertos procedimientos. De tal manera, es viable pensar que uno de los principales motivos por los que estos procedimientos no son del agrado de lxs enfermerxs es porque se involucran en un contacto con cuerpos reactivos y no pasivos, como son muchos de los que se utilizan dentro de la formación académica en enfermería. Y es que, aunque dentro de la universidad se les diga a lxs estudiantes que imaginen que lxs simuladores hacen o dicen ciertas cosas; al final, hagan y digan esas cosas, o no, lxs simuladores no se mueven y son manipulados como lxs estudiantes decidan.

Al margen de esto, pero con especificidades, es cierto que dentro de la serie de actividades “no gratas” se encuentran aquellas que, para su realización, o durante el desarrollo de esta, se deben tocar o manipular zonas consideradas íntimas, tales como lxs baños, el sondaje vesical, los enemas, las curaciones de cirugías o intervenciones quirúrgicas que involucran el ano, la vagina y el pene. Estas actividades son descritas por lxs compañerxs enfermerxs como *incómodas* porque “son difíciles para lxs pacientes, ellos se avergüenzan y nos hacen sentir mal y por eso nos da pena tocarlos y verlos²³⁰, dijo Paco, estudiante de la

²²⁹ Frases escuchadas en las observaciones de los días 18, 23 y 25 de julio de 2019.

²³⁰ Comentario escuchado en la observación del 15 de julio de 2019.

universidad en servicio social dentro del hospital, cuando hablábamos de la pena que sienten lxs pacientes para hacer del baño sobre un cómodo y en un cubículo compartido.

No obstante, durante mi permanencia dentro del hospital, me tocó escuchar a Javier, enfermero del piso de hospitalización, decirle a Daniela, compañera enfermera, que no quería revisarle el sangrado transvaginal a Susana, paciente de 21 años que cursaba el puerperio fisiológico, porque (la paciente) se ponía nerviosa cuando la descubría y él se sentía incómodo ante dicha situación; sin embargo, cuando presencié la escena en la que Javier tenía que valorar el sangrado me di cuenta que no solo ella estaba nerviosa, él también lo estaba, de hecho, Javier estaba más nervioso que ella, tanto que la evaluación del sangrado nunca se llevaba a cabo: él entraba a su cubículo, saludaba a lxs presentes (la paciente y familiares, comúnmente el esposo o la madre), le pedía a los familiares que esperaran en el pasillo porque iba a revisar a la paciente, le decía a ella que la iba descubrir para revisarle “el sangrado de ahí”, la descubría, miraba su vagina unos segundos y sin tocarla, le preguntaba “¿has ido al baño?, ¿has visto sangrado?”, si ella le decía que no, la cubría, le decía “gracias” y en la hoja de enfermería anotaba “sin presencia de sangrado transvaginal”, si, por el contrario, le decía que sí, le preguntaba cuánto “¿poquito o como menstruación?”, la respuesta dada es lo que Javier anotaba en la hoja, la primera vez que la revisó ella dijo “poquito, casi nada”, de tal manera, que él agregó “bueno”, se despidió y registro en la hoja de enfermería “Se evalúa: sangrado transvaginal escaso. Se mantiene en valoración constante”²³¹.

Partiendo de esto, los procedimientos que incluyen un contacto directo con zonas del cuerpo *altamente* sexualizadas, con zonas que se han construido como *lugares de placer, legales e ilegales*, son infravalorados e invisibilizados, de tal manera, que son procedimientos que se tornan *incómodos y conflictivos* para, y durante, su realización. Pues tanto para lxs enfermerxs, como para lxs pacientes, las áreas que tocan son privadas, es decir, son zonas que, al estar definidas en el marco de los lineamientos del discurso hegemónico de la sexualidad, se han

²³¹ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

construido como accesibles para ciertos sujetxs y de contacto *legítimo* si es que participan en determinadas dinámicas (Sáenz y Carrascosa, 2011). En este sentido, aunque dentro de la formación en enfermería se habla de una formación científica, los elementos que emergen son los pertenecientes al paradigma moral, un paradigma que enfatiza en el “deber ser”, que enfatiza en la genitalidad y que regula las experiencias y emociones mediante el juicio de lo correcto e incorrecto (Morgade, 2006). Tan es así, que lxs enfermerxs no se atreven a nombrar *científicamente* algunas partes del cuerpo y tampoco realizan las prácticas de cuidado que las involucran.

En este tenor, entonces, es posible pensar que en caso de la “técnica del baño del paciente en cama”, lxs enfermerxs y pacientes no se involucran de la misma forma cuando estos últimos están conscientes o inconscientes. Aunque en el discurso institucionalizado de lxs docentes no existe una explicación diferenciada entre estos casos, o entre pacientes *no* normales, durante las entrevistas con lxs mismxs emergen diferencias que, en sus palabras, “vieron hasta que llegaron al campo”²³², pero que de todos modos no discuten en el salón de clases porque “al final cada quién puede contar cómo le va, lo importante es tener lo científico, lo avalado, ya lo demás se aprenderá después, así que tenemos que enseñarles los cimientos científicos, las variaciones serán hasta el campo”²³³. De tal manera que, en la universidad se delimita que lxs pacientes a bañarse son aquellxs que, en general, no pueden hacer la actividad por cuenta propia.

No obstante, aunque en dicho señalamiento se encuentra la posibilidad de hablar de *otrxs pacientes*, las prácticas educativas hablan solo de unxs, lxs inconscientes, o sea, de lxs que se parecen a lxs simuladores. Por ende, sí, efectivamente, es hasta las prácticas hospitalarias que lxs estudiantes conocen a *otrxs* pacientes, es hasta los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía general, medicina interna, terapia intermedia y, a veces, terapia intensiva que lxs estudiantes conocen cómo es tener contacto con pacientes conscientes. Eso sí, en términos de

²³² Entrevista del 10 de junio de 2019.

²³³ Entrevista del 10 de junio de 2019.

equipo y material no hay muchas diferencias, siempre hay carencia de estos, pero es cierto que viendo a lxs estudiantes en práctica, unx pensaría que ya tienen *incrustado* un *chip* que lxs lleva a preocuparse por dicha situación e improvisar con algo más.

Cuando una estudiante iba a bañar a un paciente preguntó “¿de dónde saco los lebrillos para el baño?”, “¿lebrillos?” dijo la pasante que estaba como responsable de ella, “sí, para bañarlo” contestó la estudiante, “ah, no hay, desde que estoy aquí no he visto nada de eso” argumentó la pasante, “bueno, entonces... voy a traer algo para bañarlo”, se fue y regresó con una taza, un bote de esos que en sus buenos años almacenaron pintura pero que ahora sirven para trapear o transportar agua y una bandeja riñón y dijo “listo, con esto podemos hacer el baño, el paciente tiene su jabón, su shampoo y su zacate, solo falta el agua pero no sé de dónde sacarla”, la pasante concluyó la recolección del material diciendo “deja, voy a la regadera por el agua, ya traje las sábanas, su bata y unos trapos para secarlo, voy, mientras zafa la ropa de cama y quítale la bata” (Diario de campo, observación hospitalaria, 2019). Eso realizó la estudiante. La estudiante era de octavo semestre, es probable que en los primeros semestres como estudiantes de enfermería no sepamos qué hacer cuando en el campo no esté el equipo y el material con el que aprendimos en la escuela que deberíamos llevarlo a cabo los *cuidados*; sin embargo, reconocerle al espacio hospitalario su carácter disciplinario es dar cuenta de que sin necesidad de que alguien diga qué y cómo hay que *reemplazar* lo faltante, sabemos que tenemos que hacerlo para que el procedimiento se haga y el objetivo del mismo se cumpla.

Una vez recolectado el material, el cual fue casi el mismo para los seis baños que observé, identifique dos diferencias: a) el uso de los guantes y, b) el espacio del baño. Los guantes dentro de la enfermería tienen el rol de barreras, es decir, funcionan como barreras de contacto. En este sentido se ocupan en diferentes momentos, pero con el mismo objetivo: que nuestra piel nunca entre en contacto directo con lxs otrxs y con lo que tenga que ver con ellxs, sin embargo, en términos del baño, a menos que el paciente tenga alguna enfermedad infectocontagiosa,

alguna patología no infectocontagiosa pero sí de la piel (ej., quemaduras) o que sepamos que nos haremos cargo del aseo genital. Durante el trabajo de campo, observé que lxs enfermerxs no usaban guantes cuando sabían que lxs pacientes podían apoyar en el baño o cuando tenían familiares que apoyarían en el mismo, pero se usaban cuando el paciente no podía apoyar durante su baño, no tenía familiares o lxs familiares no *querían* o *podían* apoyar durante su realización. De usarse guantes, estos solo eran para lxs enfermerxs.

Benjamín, el estudiante de la universidad que realizaba, hacia prácticas de Ginecoobstetricia, en una plática que tuvimos justo cuando terminó de bañar a Israel, argumentó que la importancia de los guantes durante el baño es “que nosotros no le pasemos nada a los pacientes y ellos tampoco a nosotros, pero pues como no hay material para todos y todos los procedimientos hay que tener cuidado y saber que tocaremos del paciente para decidir usarlos”²³⁴. De acuerdo con esto, es la *posibilidad* del contacto con el área genital lo que usualmente condiciona el uso de los guantes, por un lado, en términos médico-biológicos podría afirmarse que fungen como un estrategia para el control de las infecciones dado que en las manos existe suficiente flora bacteriana para colonizar la zona genital, misma que, de acuerdo a los discursos médicos, cuenta con condiciones para infectarse con facilidad pero; por otro lado, los guantes podrían ser el discurso, o parte del mismo, que objetiva el área genital como una zona sucia, una zona que debe permanecer en el anonimato, de la cual deba saberse lo menor posible y que, como anteriormente mencioné, solo se puede acceder a ella bajo ciertos términos.

Sin embargo, aunque lxs enfermerxs argumenten que sus prácticas se rigen por el enfoque biológico, Karen, estudiante de la universidad que realizaba prácticas rezagadas de Materno-Infantil dentro del hospital, durante una conversación en la que hablábamos sobre qué era lo más difícil de bañar pacientes, brinda elementos para ampliar tal impresión. “Mi enfermera dice que en el baño hay que tener cuidado con *su parte* [el área genital] porque los pacientes pueden malentendernos o sentir pena y, que, no olvidemos que la gente de aquí [hablaba del municipio] considera

²³⁴ Comentario escuchado en la observación del 26 de julio de 2019.

que el área genital es privada porque, como todos los humanos, reservamos esas zonas para que las conozcan los esposos o las parejas”²³⁵. Dicho comentario me desconcertó, pues al margen de la noción de *profesionalismo* que *envuelve* a la enfermera Dulce, la responsable de Karen da cuenta de que también las experiencias personales participan en los espacios pedagógicos. De tal manera que evidencia dificultades para nombrar, pero también traza una distancia de un área del cuerpo que también requiere cuidados, pues al margen de dichos señalamientos cómo es que se podrían realizar valoraciones para identificar signos de infección de los genitales o cómo es que durante el baño se podría realizar la higiene de estos.

El día que le ayudé a Berenice, la pasante de la universidad, a bañar a Pedro, paciente de 70 años hospitalizado por el diagnóstico de pielonefritis (en términos generales, se refiere a una infección de la pelvis renal y el riñón), me dijo, cuando llegamos al aseo genital, que nos volteáramos “Don Pedro, tenga la esponja, hágase el aseo de *su parte*, nosotras no vemos ¿verdad?, mire, ya nos volteamos”, él pidió jabón de polvo “¿no tendrán jabón de polvo para asearme?”, Berenice sorprendida contestó “no, solo su jabón, ese de barra, deme sus manos, las mojo para que haga espuma, así se lava bien”, Don Pedro asentó con la cabeza y estiró sus manos, la enfermera le ayudó a hacer espuma y se volteó, el paciente metió sus manos bajo su bata, la cual ya estaba fuera de sus manos pero aún lo cubría, se lavó los genitales y dijo “ya”, Berenice le pasó dos veces agua con ayuda de una bandeja riñón y Pedro se enjuagó, luego, le estiramos un poco de la sábana que funcionaba como toalla para que se secara, al concluir, avanzamos²³⁶.

Pero, cuando lxs pacientes se encuentran inconscientes, el área genital se convierte en una parte del cuerpo de mayor manipulación, aunque dicho contacto tampoco significa mayor responsabilidad de la salud de lxs pacientes, pues, aunque no sean los genitales, el lavado del resto de las partes del cuerpo (las cuales, involucran una mayor manipulación) se realiza como una secuencia de actos mecanicistas, es decir, se moja, talla, enjuaga y seca el cabello, el cuello, el tórax y

²³⁵ Conversación establecida en la observación del 22 de julio de 2019.

²³⁶ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

el abdomen, las extremidades superiores, las extremidades inferiores, la espalda, la parte posterior de las extremidades superiores, los glúteos (no por ello el ano) y la parte posterior de las extremidades inferiores. Pero el tiempo en el que se llevan a cabo estas actividades pasa en silencio o dentro de una plática entre lxs que bañan, o sean, no es un tiempo destinado para explorar la piel de lxs pacientes, para explicarle a lxs estudiantes elementos de valoración, exploración o vigilancia, y tampoco es para conversar con lxs pacientes sobre sus sentires.

De tal manera que, ver cómo se bañan pacientes dentro de las unidades hospitalarias equivale a ver la jerarquía unidireccional entre lxs enfermerxs y pacientes, pues son lxs enfermerxs quienes se imponen e imponen sus normativas para que las actividades se realicen, tanto que, por ejemplo, en el caso del baño, lxs pacientes deben contar con un jabón y un shampoo para poder bañarse y, como lo señalé antes, hay pacientes que están acostumbrados a bañarse de otra forma y con otros materiales, pero la enfermería no lo permite y se respalda bajo el argumento de la *evidencia científica* para descalificar otras maneras de realizar las actividades del cuidado. Esto, también es posible verlo de manera más amplia con el uso de la bata. Una conversación entre Carolina, la jefa de hospitalización, y Don Víctor nos ayudan a pensar en ello. Don Victorino era un varón de 72 años que se encontraba en el servicio de Cirugía General por un lavado abdominal, él, cuando vio a la jefa del piso le dijo “enfermera, ya me bañé, ¿me puedo poner mi trusa?, es que sin ella me da pena y siento frío, por favor, déjeme ponérmela”, la jefa lo miró y sonriendo le contestó “no, no puede, aquí esas cosas no se pueden, algunas traen microbios, lo vayan a infectar”, Don Victorino concluyó diciendo “ah, bueno, mejor me aguanto”²³⁷.

En este sentido, las prácticas del cuidado de enfermería se van imponiendo, se van pensando desde las nociones de salud-enfermedad, las cuales contemplan que tanto la salud como la enfermedad se encuentran dentro del cuerpo por lo que se les puede *tratar* de manera independiente a lxs sujetxs. Roberto, estudiante de la universidad, acompañó a Rocío, enfermera de hospital, durante el baño de Eva,

²³⁷ Comentario registrado en la observación del 18 de julio de 2019.

paciente de 69 de años con diagnóstico de infarto cerebral, misma que se encontraba sedada porque en el turno anterior presentó disociación con la ventilación mecánica. De tal manera que, cuando se llevó a cabo el baño, lxs enfermerxs juntaron el material, se pusieron batas y guantes y entraron a su cuarto, soltaron la ropa de cama y le retiraron su bata del cuerpo, la paciente quedó completamente expuesta, Roberto, el estudiante, preguntó si no la cubría, la enfermera dijo “no, no es necesario, no se da cuenta, así como está no hay forma de que sienta vergüenza, porque si sintiera la tapamos, pero así, vamos a bañarla rápido y ya la dejamos cómoda”, el estudiante contestó que sí, así que así lo hizo²³⁸.

Por su parte, el espacio en el que se realiza el procedimiento de la “técnica del baño del paciente en cama” da la pauta para re-pensar lo que dentro de la práctica hospitalaria le hemos llamado privacidad. Dentro de la universidad, lxs estudiantes aprenden que lxs pacientes deben bañarse en áreas delimitadas que permitan descubrir a lxs pacientes sin que estxs sientan pena o vergüenza, además, de que tener un espacio que cuente con la temperatura, la velocidad del aire y la humedad correcta favorecerá el desarrollo de este, porque son condiciones ideales para el control de enfermedades. No obstante, en las unidades hospitalarias, los baños se realizan en espacios alejados de esas condiciones: 1) de realizarse en las habitaciones, sucede frente a lxs otrxs pacientes, lxs pacientes que también están en la habitación o frente a todxs lxs que entran y salen de la misma; médicxs, laboratoristxs, nutriólogxs, familiares de otrxs familiares y enfermerxs; 2) también es posible que el baño se lleve a cabo en otras áreas, por ejemplo, durante mi trabajo de campo, la mayoría de los baños en los que participé se desarrollaron en un área de urgencias llamada *pediluvio*. Ahí, todo estaba cerrado y, en palabras de mis compañerxs, el lugar era útil porque había regadera, de tal manera, que el baño sucedía en cama, pero con un poco más de agua.

En este contexto, la privacidad es ocupada como sinónimo de respeto a la intimidad de lxs pacientes; sin embargo, aun existiendo áreas físicas cerradas, la práctica de la enfermería se conforma por una serie de acciones que exponen

²³⁸ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

constantemente a lxs pacientes, por ejemplo, la bata, misma que se encuentra completamente descubierta de la parte posterior y que usan lxs pacientes desde que ingresan a las unidades de salud, es más, antes de que cuenten con un acceso venoso permeable, se les obliga a quitarse la ropa y ponerse la bata.

Conclusiones

La observación participante dentro de una institución hospitalaria de segundo nivel permitió un acercamiento al cómo los discursos de la sexualidad operan en la práctica profesional del cuidado de lxs estudiantes de enfermería. De tal manera que, hay tres enunciados que resumen lo encontrado: primero, que la “técnica del baño del paciente en cama” no es igual en ningún sentido y en la práctica las diferencias se hacen (más) evidentes; segundo, que la realización de la “técnica del baño del paciente en cama es generizada y genitalizada y, tercero, que bien vale la pena problematizar la noción de que el cuidado de enfermería es holístico y objetivo.

La primera puede ser sintetizada con la segunda, ya que la ejecución de la “técnica del baño del paciente en cama” se vincula con múltiples factores, tanto que, aunque puede realizarse en el mismo servicio, a la misma hora y, posiblemente, con los mismos elementos esta puede ser presentada de diversas formas, ¿por qué?, la práctica principalmente es el resultado de una serie de discursos sobre la sexualidad que objetivan su realización. De acuerdo con esto, por ejemplo, que los enfermeros sean varones y las pacientes mujeres condiciona una realización diferente a si en el baño participaran mujeres. Así que, aunque en la universidad la técnica es revisada como una misma que su única variante es el aseo genital, en la práctica no sucede bajo este principio, pues la explicación de la realización es más extensa para las mujeres, el contacto con los genitales sucede con mayor complicación si el paciente es un varón y la enfermera una mujer o se exige con mayor énfasis espacios privados cuando hay que bañar mujeres y no varones.

Por su parte, aunque se dice que el cuidado de enfermería es holístico, es decir, que contempla las diversas esferas que conforman a lxs pacientes, en realidad, es la esfera biológica la que guía su ejecución, por ende, en realidad, el

cuidado de enfermería se aleja del romanticismo que la vincula con el humanismo y se acerca a ser una serie de actividades extensivas de la biomedicina. A su vez, hay que reconocer que el cuidado no es objetivo y abrir la puerta para problematizar que el discurso de la formación profesional que señala que es necesario dejar los prejuicios o los sentimientos fuera del cuidado para que este sea *profesional* es una utopía similar al holismo porque en el escenario hospitalario estas condicionan la realización del quehacer de enfermería.

IV. CONCLUSIONES

Antes de encontrarme con la antropología social, y la línea de investigación de antropología de la sexualidad, hablar de la *sexualidad* era un tema difícil de enunciar y explicar, sobretodo porque consideraba que era un tema privado o no *propio* para hablarse en muchos espacios, ya que, en retrospectiva, y como lo menciono en la introducción de este documento, hablar de ella me remitía, principalmente, como argumenta Elsa Dorlin, en el “hacer del sexo” entre *cis* mujeres y *cis* hombres, es decir, personalmente tocar el tema me llevaba a pensar en la genitalidad (pene y vulva), las prácticas coitales (introducción del pene a la vagina), los embarazos y las denominadas enfermedades de transmisión *sexual*.

Así que, pensar dichos elementos en mi práctica como enfermera fueron determinantes para que realizara una propuesta de investigación ante la maestría de antropología social. Es decir, por un lado, que dentro de la práctica como enfermera operativa me diera cuenta de que había actividades que me causaban incomodidad y otras que podía realizar sin dicha emoción -por ejemplo, me pasaba que instalar sondas vesicales o colocar enemas rectales me avergonzaba y ponía nerviosa pero no me pasa lo mismo ante técnicas como la intubación endotraqueal o la aspiración de secreciones-. Esto no equivale a que en el escenario de estas últimas no sintiera nerviosismo o temor, si sentía, solo que estos se encontraban relacionados con la técnica, o sea, con hacerlo “bien”, con no olvidar los pasos o con que lxs pacientes no presentaran complicaciones durante su realización.

De tal manera que, aunque no podía explicar con exactitud lo que sucedía, me daba cuenta de que en la práctica hospitalaria había actividades que se tornaban incómodas y no se realizaban con la sencillez que se nos decía en el salón de clases. Tal era el caso del baño de lxs pacientes, pues aunque lxs profesorxs nos decían que era una técnica rápida, básica, sencilla y fácil, en el espacio hospitalario al implicar la manipulación de cuerpos conscientes o inconscientes, cuerpos desnudxs y zonas del cuerpo consideradas íntimas, muchas veces se realizaban incompletos porque se inscribían en el marco de lo incómodo y lo penoso.

Aunado a esto, que dentro de la dinámica como profesora de enfermería experimentará dificultad para coordinar o explicar los temas que en la parte central de su ejecución se encontraba el contacto con la piel de otros cuerpos, la manipulación de la zona genital o anal, y la pronunciación explícita de términos como pene, vaginal, vulva, mamas, glúteos o relaciones sexuales -por ejemplo, recuerdo que se me dificultaba explicar frente a lxs estudiantes cómo colocar un preservativo y cómo hacer el higiene de los genitales (en especial si tocaba explicar el aseo del pene y los testículos)- me llevaron a proponer un trabajo de investigación que ha pretendido desde sus inicios reflexionar sobre la *sexualidad en la formación académica de enfermerxs*.

Por ende, el trabajo que aquí culminó es el resultado de una serie de inquietudes personales y profesionales que comenzaron con cuestionamientos relacionados a ¿cómo es que la universidad opera para que en el escenario real existan prácticas incómodas y difíciles de hacer?, ¿por qué es que hay actividades de enfermería que se vuelven incómodas para algunxs enfermerxs?, ¿cuál es el papel de la universidad ante dichas situaciones?, ¿cómo es que esto se relaciona con la sexualidad?, ¿cómo es que la sexualidad se encuentra *dentro* de la enfermería? y ¿cómo operan las nociones de lxs profesorxs de enfermería y de lxs enfermerxs en torno a la sexualidad y el cuerpo dentro de la práctica profesional del cuidado de la enfermería?

Dichos cuestionamientos me han acompañado en muchos de mis planteamientos, pero dentro del posgrado estructuraron la pregunta de investigación que cuestiona la forma en que los discursos de la sexualidad presentes en el proceso educativo de la “técnica del baño del paciente en cama” operan sobre la práctica profesional del cuidado de los estudiantes de enfermería de la universidad “S”. La formulación de dicha pregunta es proporcional a la reflexión que realicé en torno a la noción hegemónica de la sexualidad, misma que vincula a la misma al coito, la reproducción y la genitalidad. Sin embargo, al acercarme al concepto de *dispositivo de la sexualidad* de Michel Foucault, y a las discusiones realizadas en

países como Argentina respecto a la Educación Sexual Integral, es que desmonto mis nociones y planteó un camino para dar respuesta a mi pregunta.

Dicho camino comenzó con la idea de conocer los saberes de la sexualidad y el cuerpo de lxs estudiantes de enfermería previa su formación académica profesional, esto porque hipotéticamente consideraba que lxs estudiantes de la universidad “S”, al ser muchxs de ellxs originarixs de comunidades de Oaxaca, se encontraban vinculadxs a nociones reprimidas de la sexualidad y, por lo tanto, al ingresar a la universidad esta disciplinaba sus saberes para que ejecutaran las técnicas de enfermería de una manera específica. Entonces, explorar las ideas previas que tenían lxs estudiantes antes de ingresar a la universidad y, después, dar cuenta de los discursos de la sexualidad de la universidad, me llevaría a ver el vínculo de la sexualidad y la universidad dentro de la práctica profesional de la enfermería, pues lxs estudiantes tendrían que *desprenderse* de sus nociones “conservadoras”.

No obstante, como aparece en el capítulo uno, aunque esperaba encontrarme con nociones no hegemónicas de la sexualidad, la salud y el cuerpo, es decir, con discursos vinculados con prácticas tradicionales y no urbanizadas de la sexualidad y el cuerpo, conforme converso con lxs estudiantes me doy cuenta de que retoman el paradigma biomédico para exponer su forma de entender y relacionarse con la salud, la sexualidad y el cuerpo. De tal manera que, cuando les pregunto por la sexualidad se remiten a hablarme de métodos anticonceptivos, patologías y reproducción; por su parte, cuando hablamos sobre el cuerpo me hablan de huesos, órganos y sistemas, y cuando conversamos sobre la salud, hacen alusión de un concepto que se construye al ser opuesto a la enfermedad.

Esto, por un lado, guarda relación con la prevalencia o el dominio del paradigma biologicista, mismo que domina la forma de entender y explicar la sexualidad y, que está presente en lugares no exclusivos de las ciencias biológicas y médicas. Es decir, partiendo de lo que aquí planteo, valdría la pena señalar la colonización de los saberes, pues los dominios occidentales se han impuesto a los saberes populares, tanto que lxs estudiantes ven importante negar o deslegitimar

aquello que consideran empírico o no científico y, por ende, responder mis cuestionamientos con discursos *científicos*. Así, entonces, los saberes de la salud que no están en el marco de lo biomédico se niegan porque pueden ser motivo de risa, de burla y de exclusión. Por ende, es importante considerar que lxs sujetxs y las instituciones están inmersas dentro de un contexto social que establece jerarquías de los saberes de la salud, el cuerpo y la sexualidad.

Por otro lado, retomando a Judith Butler, al ser múltiples marcos los que permiten la inteligibilidad de los cuerpos, lxs estudiantes se concentran en destacar aquello que suponen relevante para legitimar su presencia dentro de la enfermería. Es decir, sus discursos se concentran en destacar que llevan a cabo prácticas que se rigen por los lineamientos de la biomedicina y no por otros que podrían poner en tela de juicio su lugar en la enfermería. Por ende, al ser la enfermería para lxs estudiantes una disciplina cercana a la medicina, y esta última la mayor exponente de la objetividad científica, plantean que lo que ellxs saben de la sexualidad, el cuerpo y la salud corresponde al paradigma biológico y médico.

En este sentido, lxs estudiantes que están por iniciar formalmente la carrera de enfermería la vinculan con dos principales imaginarios. Dentro del primero, lxs estudiantes consideran que lxs enfermerxs siempre están de mal humor, pero que son responsables de estar al pendiente de lxs pacientes; en el segundo imaginario, lxs estudiantes señalan que saben que lxs enfermerxs ejecutan técnicas que plantean situaciones conflictivas, tales como manipulación de cuerpos desnudos, contacto con secreciones corporales y manejo de partes íntimas y que, por lo tanto, asistir a la universidad significa aprender a controlar lo que pasa en las mismas.

No obstante, como vemos a lo largo de este trabajo, dentro de los planes de estudio de la enfermería, las situaciones *conflictuantes* no se colocan en un escenario formal para su reflexión, pero sí para realizar recomendaciones para su ejecución. De tal manera que, aunque la enfermería se describe como una disciplina humanística en realidad es una extensión de la biomedicina porque conlleva la realización de un listado de técnicas y disciplinamiento en los contactos, pues al margen de lo considerado *objetivo* y *científico*, lo que tiene que ver con las

emociones debe quedarse oculto pero no por ello erradicado, es decir, cuando escribía el proyecto, dentro de la hipótesis planteaba que los discursos de la sexualidad y el cuerpo de la universidad provocaban que lxs estudiantes olvidaron todo lo que habían aprendido en sus comunidades, pero durante las observaciones y las entrevistas pude darme cuenta de que los delegan o los ocultan en ciertas actividades, porque hay que ejecutar las práctica de la enfermería con profesionalismo. Entonces lxs estudiantes dan cuenta de cómo es necesario ser enfermerxs sin que las emociones estén presentes dentro de su práctica profesional.

Del mismo modo, con este trabajo me tocó darme cuenta de que dentro de la universidad “S”, la institución y lxs profesorxs reconocen que es importante hablar de la sexualidad porque dice una compañera enfermera “hasta nosotros como enfermeros luego no sabemos explicar lo que normalmente vivimos en los hospitales o... debemos vivir personalmente”²³⁹. Sin embargo, como bien lo dice ella, en los discursos de lxs profesorxs encuentro la idea de la “normalidad” o de la “cotidianidad” de lo vivido, es decir, no hay un carácter reflexivo de lo que consideran *normal*. Más bien, se concentran en que lxs estudiantes deban *evitar* meterse en situaciones comprometedoras (entre ellas, lxs profesorxs ven importante decirle a lxs estudiantes que no deben sonreír demasiado con lxs pacientes, que deben hablarles de manera formal o tocarlxs profesionalmente).

Por ende, nunca emergieron discursos que denotaran alguna intención por problematizar lo que sucede dentro de la práctica profesional de enfermería, sino más bien, para ellxs lo que sucede así es y no hay nada que hacer para cambiarlo, pero si para que no suceda. Es decir, como profesorxs, dicen lxs profesorxs entrevistadxs, la responsabilidad que tenemos es enseñarle a lxs estudiantes como evitar las situaciones incómodas (erecciones de pacientes o asear zonas genitales) mediante recomendaciones que principalmente se sustentan en el *deber ser* de la enfermería.

²³⁹ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

Así que, no encuentro en los discursos de lxs profesorxs un carácter reflexivo de las categorías de cuerpo y sexualidad ajeno al paradigma biomédico, más bien, existe un acuerdo de lo que consideramos situaciones incómodas, pero vinculadas a un panorama que ya existe, que es *normal* que pasen las cosas, o sea, que es biológicamente *normal* que lxs pacientes tengan una erección porque lxs enfermerxs con las técnicas están estimulando, por ende, lo que hay que educar es el cómo lxs estudiantes deben tocar, asear o acercarse a ellxs. En resumen, lo que identifique fue un escenario de *normalización*.

De tal manera que, el tiempo que realicé observación participante conocí cómo es que dentro de los salones de clases y en la clínica robotizada, lxs profesorxs no realizan señalamientos explícitos de términos que relacionan con la sexualidad, por ejemplo, los genitales y aparente funcionamiento y el contacto entre mujeres y varones. Por ello, cuando revisaban la “técnica del baño del paciente en cama” y tocaba hablar del área genital se apoyaban en láminas anatómicas de internet para ejemplificar las estructuras y dentro de la clínica robotizada un paciente ya caracterizado. También, los genitales pasaban por un registro donde se invisibilizaba la explicación de su cuidado, pero esto no significa que en las actividades prácticas no se les obligara a lxs estudiantes a establecer un contacto con ellos, había que hacerlo, pero no con detenimiento o directamente, sino con apoyo de lxs familiares.

Es decir, era un escenario donde lxs profesorxs hablaban de estructuras anatómicas, pero no de elementos que tuvieran que ver con una explicación directa, sino con una de cómo hay que tocar y cómo hay que lavar. Por ende, vemos cómo se detallaba el aseo de la cabeza, pero no del área genital, si de las manos, pero no de las mamas. Esta dinámica presente en las clases conceptuales y técnicas. Sin embargo, vale la pena preguntarse ¿por qué en una carrera científica cuyo objeto es el cuerpo y lxs sujetxs no hay posibilidad de abordar por parte de lxs profesorxs estas situaciones?, ¿por qué si dentro de la enfermería siempre se está hablando del fundamento científico de la disciplina, la necesidad de objetividad, de

seriedad, de distanciamiento respecto a lxs pacientes, lxs profesorxs son *incapaces* de referirse a situaciones o genitales de manera explícita?

De alguna manera, considero que el control de los cuerpos, la matriz heterosexual y el dispositivo de la sexualidad forman parte de las respuestas a dichas preguntas. El paradigma biomédico se caracteriza por hablar de la sexualidad en términos reproductivos y genitales, por ende, en la formación académica se ve suficiente cubrir su abordaje con contenidos de asignaturas determinadas, tal es el caso de planificación familiar, métodos anticonceptivos, anatomía del cuerpo femenino y masculino o manejo del trabajo de parto, así que pensar dentro de la disciplina en una sexualidad no vinculada a la genitalidad es complicado. Lo anterior se ve reflejado cuando únicamente se habla de ello y no de ciertas zonas del cuerpo, de las situaciones que suceden en la práctica hospitalaria, de los placeres o de los goces.

Pero ¿cómo va operando en lxs estudiantes que lxs profesorxs no nombren o borren ciertas partes de la anatomía humana o la presencia de ciertas situaciones?, ¿cómo es que esto va teniendo un lugar antes de las prácticas hospitalarias?, ¿mediante los discursos de lxs profesorxs, lxs estudiantes refuerzan aquello de lo que debe y no hablarse? Es cierto que dentro de la “técnica del baño del paciente en cama” era habitual que se hablara de una manera más profunda de los genitales de las mujeres que de los varones, pero en general, las clases que vi eran de profesoras y era más “sencillo” (y entrecomillo la palabra porque también había reserva para enunciar partes ciertas partes del cuerpo, por ejemplo, no encontré a ninguna profesora que hablara del clítoris o del ano) enunciar y caracterizar actividades relacionadas a las estructuras anatómicas de las mujeres que de los varones.

Y, aunque no tengo amplia experiencia en técnicas enfocadas a la reproducción, como las correspondientes al manejo del trabajo de parto o a la planificación familiar (colocación de dispositivo intrauterino u obstrucción tubárica), me ha tocado observar a profesorxs que en estas actividades si mencionan a los genitales, por ejemplo, “hay que colocar las manos fuera de la vagina” o “mientras

realizan las actividades hagan una breve revisión ginecológica... vean los labios mayores, los menores...”, lo que me lleva a plantear que es posible que se enuncien explícitamente las zonas del cuerpo consideradas íntimas en asignaturas del área materno o gineco y no en aquellas que integran el grupo de las necesidades básicas, tal es el caso de la higiene. Puesto que, durante el trabajo de campo que realicé no escuché a ninguna de las profesoras poner su mirada en cómo asear las mamas, la vulva o el ano.

En este sentido, a lo largo del trabajo de investigación me llamó la atención la noción de profesionalismo, pues para lxs profesorxs este concepto conlleva que los estudiantes *aprendan* a relacionarse con los temas o situaciones que son incómodas. Al mismo tiempo, esta palabra involucra la normalización de ciertas situaciones “es normal que se toquen cuerpos”, “es normal que laven el área genital”, “el área genital no requiere mayor explicación durante el baño, ya saben cómo hacerlo, es cómo cualquier otra parte del cuerpo, solo que ahora como profesionales”²⁴⁰. De tal manera que, ser enfermerx profesional es mantener ocultas las penas, las vergüenzas, los temores, los pudores, mismas que al evidenciarse o expresarse le restan objetividad a la enfermería.

Ante esto, ¿cómo es que todo lo anterior opera dentro de la práctica hospitalaria de lxs estudiantes de enfermería de la universidad “S”? Dentro de la práctica hospitalaria, en primer lugar, observé que los contenidos de los planes de estudio de la carrera se convirtieron en rutina, es decir, en el escenario hospitalario, lxs estudiantes se involucraban en la realización de actividades que se llevaban a cabo al mismo tiempo todos los días de la semana. No obstante, la “técnica del baño del paciente en cama” estructuró una práctica de problematización, porque con él fue posible ver cómo, aunque los *haceres* de enfermería se llevan a cabo en momentos similares todos los días, su ejecución se modifica según lxs pacientes, lxs enfermerxs, el espacio y el equipo o material a ocupar.

²⁴⁰ Diario de campo, observación hospitalaria, 2019.

De tanto que, ¿es posible que podamos señalar que la *rutina* de enfermería es una serie de actividades que se realizan de la misma forma? Partiendo del caso de la “técnica del baño del paciente en cama”, aunque veía que entre diez y once de la mañana se bañaban todos los pacientes, la realización de este variaba, no sucedía de la misma forma porque es una técnica generalizada, ¿qué significa esto? Que la estructura genetal de los pacientes y enfermeros condiciona cómo es que se va a llevar a cabo la práctica. Por ejemplo, en la observación hospitalaria vi que si la paciente era mujer y el enfermero era varón las explicaciones eran muy largas, la realización de la técnica más lenta, pero si la técnica sucedía entre varones el baño era más rápido y distante, por su parte, cuando sucedía entre mujeres, la técnica era más cercana.

Por ende, la idea de que el baño se llevaba a cabo al mismo tiempo y de la misma forma se desmonta porque adquiere peculiaridad según quiénes participan para desarrollarlo. Asimismo, en práctica no vi ni un estudiante que aseará el área genital y las mamas, estas actividades siempre fueron delegadas a los familiares. También, al margen de estas situaciones veo importante que, partiendo de Judith Butler, se haga una diferencia entre la materia y la cosificación de los cuerpos en la práctica profesional de enfermería, pues los estudiantes marcan un escenario de cosificación: “hay que voltearlo”, “hay que pasarlo”.

En este sentido, después de la presente revisión puedo decir que a) la enseñanza de la sexualidad en el marco de la formación de enfermeros deviene en la matriz heterosexual, es decir, la formación de los enfermeros está pensada y normada por los ideales regulatorios que pacta la heterosexualidad; b) que señalar la objetividad de enfermería y la cientificidad de la carrera va instaurando el control de los cuerpos para una práctica de enfermería específica, una práctica que parece asexual, es decir, señalar que la enfermería brinda un cuidado asexual porque se evita las relaciones genitales es parte de lo que Michel Foucault teoriza como *dispositivo de la sexualidad*. Así que, c) considero que pensar que la sexualidad no está presente en la formación académica de enfermería es producto del *dispositivo de la sexualidad*, porque se habla de las estructuras genitales desde parámetros

biomédicos o anatómicos lleva a considerar o creer que entender la sexualidad nos lleva a una práctica de la enfermería asexual.

Sin embargo, cuando se desmonta la idea hegemónica de la sexualidad y se entiende como dispositivo, como esta red de elementos, de discursos, de prácticas discursivas y no discursivas es posible pensar que la sexualidad está presente en cuanto se busca la regulación de los contactos, de los vínculos, de la revisión de contenidos, de la ejecución de técnicas y del deber ser de la enfermería. La sexualidad está presente en la práctica de enfermería porque define qué partes tocar, de qué temas hablar, cómo llevar a cabo las actividades, cómo es que dentro de las técnicas hay partes que son importantes de mencionar y otras no y cómo hay pacientes a los que hay que aprender a cuidar y otros no.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, Sara. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Buenos Aires: Caja Negra Editora.
- Alba-Leonel, Adela., Papaqui-Hernández, Joaquin., Zarza-Arizmendi, María., y Fajardo-Ortiz, Guillermo. (2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(3), pp. 149-154.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). (2018). *Información Estadística de Educación Superior*. Disponible en <http://www.anui.es.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). (2019). *Información Estadística de Educación Superior. Anuarios Estadísticos*. Disponible en <http://www.anui.es.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Atlas de los Pueblos Indígenas de México. (2018). *Pueblos Indígenas*. Disponible en http://atlas.cdi.gob.mx/?page_id=67
- Ayala, Ricardo. (2012). Enfermería como profesión: en busca de nuevas preguntas. *Ciencia y Enfermería*, XIX(2), pp. 11-21.
- Ayala, Ricardo. (2013). Enfermería como profesión: en busca de nuevas preguntas. *Ciencia y Enfermería*, XIX(2), pp. 11-21.
- Bello, Alanis. (2017). Hacia una trans-pedagogía: reflexiones educativas para incomodar, sanar y construir comunidad. *Debate Feminista*, 55, pp. 104-28.
- Berman, Audrey., Snyder, Shirlee., Kozier, Barbara., y Erb, Glenora. (2013). *Kozier & Erb's Fundamentos de Enfermería*. 9ª ed. México: Pearson.

- Boccardi, Facundo. (2016). El lugar de la sexualidad. Recorridos y tensiones en torno al sexo, la subjetividad y las normas, En: Adriana, Boria., y Facundo, Boccardi. *Prácticas teóricas 2: el lugar de la teoría* (pp. 105-120). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Estudios Avanzados.
- Britzman, Deborah. (2018). ¿Existe una pedagogía cuir? O, no leas tan hétero, En: Deborah, Britzman., Guacira, Lopes., val, flores., Susanne, Luhmann., Mary, Bryson., y Susanne, De Castell. *Pedagogías transgresoras* (pp. 7-38). Santa Fe, Argentina: Bocavulvaria Ediciones.
- Buitrago-Echeverri, María. (2008). Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión. Las voces de los/as estudiantes. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), pp. 21-38.
- Butler, Judith. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós
- Butler, Judith. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa*. Ciudad de México: Paidós.
- Canguilhem, George. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Canguilhem, George. (2004). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica, En: George, Canguilhem. *Escritos sobre la medicina* (pp. 49-67). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Castro, Edgardo. (2011). *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior. (2014). *Acervos*. Disponible en: <https://www.ceneval.edu.mx/acervo-digital>
- Checa, Susana. (2005). Implicaciones de género en la construcción de la sexualidad adolescente. *Anales de la educación común*, 3(1-2), pp. 183-93.

Colegio de Bachilleres de Oaxaca (COBAO). (2019). *Sistema escolarizado*. Disponible en <http://www.cobao.edu.mx/index.php/cobao/oferta-educativa/sistema-escolarizado>

Comisión Estatal para la Planeación de la Educación Superior (COEPES). (2018). *Catálogo de la oferta de educación superior en el estado de Oaxaca 2018-2019*. Disponible en <http://www.coepes.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/07/CATALOGO-LICENCIATURA-2018-2019WEB-4.pdf>

Comisión Estatal para la Planeación y Programación de la Educación Media Superior (CEPPEMS). (2019). *Catálogo de Planteles 2019. Educación Media Superior*. Disponible en <http://www.catalogoems.ceppems.oaxaca.gob.mx/>

Comisión Permanente de Enfermería (CPE). (2016). *Comisión Permanente de Enfermería. Publicaciones*. México: Gobierno de México/Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/publicaciones.html>

Comunicado. (24 de septiembre de 2018). El mejor lugar de México para estudiar enfermería está en Oaxaca. *Quadratin, Oaxaca*. Disponible en <https://oaxaca.quadratin.com.mx/el-mejor-lugar-de-mexico-para-estudiar-enfermeria-esta-en-oaxaca/>

Comunicado. (31 de enero de 2019). Personal de enfermería, gran aliada del gobierno de Oaxaca para garantizar la salud: Alejandro Murat. *NSS Oaxaca, Información minuto a minuto*. Disponible en <https://www.nssoaxaca.com/2019/01/31/personal-de-enfermeria-gran-aliada-del-gobierno-de-oaxaca-para-garantizar-la-salud-alejandro-murat/>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2010). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, 2010*. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Oaxaca_059.aspx

- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, Oaxaca*. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Oaxaca.aspx>
- Coordinación General del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Oaxaca (COPLADE). (2017). *Diagnósticos regionales*. Disponible en <https://www.oaxaca.gob.mx/coplade/2016/02/05/diagnosticos-regionales/>
- Costales, María. (2011). *Sexualidad Educada: Discursos de educación sexual desde el Colegio y el Estado*. Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Covarrubias, Esmeralda. (2018). *Historias de prácticas médicas en la atención del parto: encuentros entre actores y espacios, Ciudad de México, 1861- 1905*. [Tesis Doctoral]. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México.
- De Lauretis, Teresa. (1989). *La tecnología del género*. London: Macmillan Press.
- Diniz, Rogério. (2012). Pedagogia do armário e currículo em ação: heteronormatividade, heterossexismo e homofobia no cotidiano escolar. En: Richard, Miskolci., y Larissa, Pelúcio. (Orgs.), *Discursos fora da ordem: sexualidades, saberes e direitos* (pp. 277-305). São Paulo: Annablume.
- Dirección General de Población de Oaxaca (DIGEPO). (2017). *Radiografía Demográfica del Estado de Oaxaca*. Disponible en http://www.digepo.oaxaca.gob.mx/recursos/publicaciones/radiografia_oaxaca_digepo_2017.pdf
- Dorlín, Elsa. (2009). *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Durán, María. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*, 2(2), pp. 7-18.
- Escobar, Damariz., y Covarrubias, Esmeralda. (2019). Expectativas académicas y laborales en estudiantes de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(2), pp. 59-71.

- Esteban, José., y Martínez, Sergio. (2008). Introducción. En: José, Esteban., y Sergio, Martínez. (Comp.), *Normas y prácticas en la ciencia* (pp. 5-17). México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Esteban, Mari Luz. (2013). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Madrid: Edicions Bellaterra.
- Fausto-Sterling, Anne. (2006). *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Editorial Melusina, S.L.
- Fernández-Sola, Cayetano., y Granero-Molina, José. (2004). Reclamaciones del usuario: un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index de Enfermería*, XIII(47), pp. 21-25.
- Figari, Carlos. (2012). Discursos sobre la sexualidad. En: José, Morán., María, Sgró., y Juan, Vaggione. (Edits.), *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* (pp. 59-83). Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.
- flores, valeria. (2015). Afectos, pedagogías, infancias y heteronormatividad: reflexiones sobre el daño. En: Deborah, Britzman., valeria, flores., y Bell, Hooks (colect). *Pedagogías transgresoras* (pp. 13-30). Santa Fe, Argentina: Bocavulvaria Ediciones.
- flores, valeria. (2018). Esporas de indisciplina. Pedagogías transtornadas y metodologías queer. En: Deborah, Britzman., Guacira, Lopes., val, flores., Susanne, Luhmann., Mary, Bryson., y Susanne, De Castell. *Pedagogías transgresoras* (pp. 139- 208). Santa Fe, Argentina: Bocavulvaria Ediciones.
- Foucault, Michel. (1970). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. (1996). *La orden del discurso*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, Michel. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. (2002). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.

- Foucault, Michel. (2011). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Grinberg, Silvia., Levy, Esther. (2009). *Pedagogía, currículo y subjetividad: entre pasado y futuro*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Guasch, Oscar. (2006). *Héroes, científicos, heterosexuales y gays. Los varones en perspectiva de género*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Guber, Rosana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma.
- Hospital Infantil de México "Federico Gómez". (2012). *Guías. Alteraciones de la conciencia*. Disponible en <http://himfg.com.mx/interior/guias.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *México en cifras*. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2018). *Panorama educativo estatal de la población indígena 2018*. Disponible en <https://www.inee.edu.mx/publicaciones/panorama-educativo-estatal-de-la-poblacion-indigena-2018/>
- Instituto Politécnico Nacional (IPN). (2019). *Estadísticas de alumnos*. Disponible en <https://ahorasipaso.com/mas-demandas-ipn-2019/>
- Izquierdo, María. (2003). *El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y de género*. Congreso Catalán de Salud Mental. Grupo de trabajo sobre identidad, género y salud mental.
- Jiménez, Marcio. (2020). *La experiencia de los hombres en la enfermería: un estudio de aproximación feminista*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Kérouac, Suzanne. (1996). *El pensamiento enfermero*. Madrid: Elsevier.
- Kitson, Alison., Conroy, Tiffany., Wengstrom, Yvonne., Profetto-McGrath, Joanne., y Robertson-Malt, Suzi. (2010). *Defining the fundamentals of care*.

International Journal of Nursing Practice, 16(4), pp. 423-434. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x

Laqueur, Thomas. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Valencia: Ediciones Cátedra.

Le Breton, David. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Le Breton, David. (2005). *Desaparecer de sí mismo. Una tentación contemporánea*. París: Ediciones Complotense.

Le Breton, David. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 10(4), pp. 69-79.

León, Anibal. (2012). Los fines de la educación. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 8(23), pp. 4-50.

Lopes, Guacira. (1999). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Lopes, Guacira. (2001). Teoría Queer: Una política pos-identitaria para la educación. *Cuadernos de Pedagogía Rosario*, 9, pp. 7-19.

Lugo, Guadalupe. (23 de mayo de 2019). Aniversario del natalicio de Florence Nightingale. Enfermería, una de las 10 carreras con mayor demanda en la universidad. *Gaceta Universitaria*. Disponible en <https://www.gaceta.unam.mx/enfermeria-una-de-las-10-carreras-con-mayor-demanda-en-la-universidad/>

Maglio, Francisco. (2008). *La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Marriner, Ann., y Raile, Martha. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 6ta ed. Madrid: Elsevier.

- Martín, Aurelia. (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martínez, Sergio. (2008). Un lugar para las prácticas en una filosofía de la ciencia naturalizada. En José, Esteban., y Sergio, Martínez. (Comp.), *Normas y prácticas en la ciencia* (pp. 151-167). México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Mattio, Eduardo. (2018). Pedagogías transgresoras, estrategias de singularización y escenarios de cohabitación. Hacia una práctica queer y decolonizada de la educación sexual integral. En: Karina, Bidaseca. *Poéticas feministas descoloniales desde el sur* (pp. 1230 – 1252). Buenos Aires: RPDecolonial.
- Méndez, Ángela., Hernández, Adalberto., López, María., y Morales, Jael. (2009). *Herbolaria oaxaqueña para la salud*. Ciudad de Oaxaca: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Mendizábal, Javier., y Morrone, Beatriz. (2018). Políticas de enfermería entre claroscuros globales: a propósito de la claridad en las “damas de la lámpara”. *Cartografías del Sur*, 7, pp. 61-73.
- Mijangos-Fuentes, Karla. (2014). El paradigma holístico de la enfermería. *Revista Salud y Administración*, 1(2), pp.17-22.
- Mol, Annemarie. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. States of America: Duke University Press.
- Morgade, Graciela. (2006). Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda de la escuela. *Novedades Educativas*, 184.
- Morgade, Graciela. (2011). Sexualidad y prevención: discursos sexistas y heteronormativos en la escala media. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, Buenos Aires, 24, pp. 27-33.
- Morrone, Beatriz. (2013). *Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Buenos Aires: Ediciones Suárez.

- Nightingale, Florence. (1990). *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es*. España: Masson.
- Oaxaca, Gobierno del Estado. (2019). *3er. Informe de Gobierno Oaxaca 2018-2019. Anexo Estadístico*. Disponible en <https://www.oaxaca.gob.mx/TercerInforme/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Cadena de frío*. Disponible en <https://www.paho.org/es/inmunizaci%C3%B3n/cadena-frio>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1
- Pedraza, Zandra. (2010). Saber, cuerpo y escuela: el uso de los sentidos y la educación somática. *CALLE14*, 4(5), pp. 44-56.
- Pérez, Natalia., y Amezcua, Manuel. (2017). Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. *Index de Enfermería*, 26(4), pp. 245-247.
- Pineda-Olvera, Juan., Lara-Barrón, Ana., Rocha-Lara, Elsie., Piña-Jiménez, Irma., y Romero-Villalobos, Ricardo. (2018). Perfil de ingreso de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en una institución de Educación Superior. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), pp. 34-40.
- Pinzón, Dolly. (2017). *Distancias entre la teoría y la práctica en el desarrollo profesional de enfermería* [Ensayo argumentativo]. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Disponible en <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/17088/PinzonMu%C3%B1ozDolly2017.pdf?sequence=1>

- Posos-González, María., y Jiménez, Juana. (2013). Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 21(1), pp. 29-33.
- Puebla-Viera, Dulce., Ramírez-Gutiérrez, Alejandro., Ramos-Pichardo, Paula., y Moreno-Gómez, Mireya. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), pp. 97-102.
- Real Academia Española (RAE). (2019). *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en <https://dle.rae.es/>
- Rodríguez, María., y Velázquez, Ana. (2014). Trato digno en los cuidados de enfermería al paciente pediátrico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(3), pp. 96-97.
- Rogers, M. (1980). Nursing: A science of unitary mano. En Joan, Riehl., y Callista, Roy. (Eds.), *Conceptual Models for Nursing Practice* (pp. 329-337). New York: Appleton-CenturyCrofts.
- Rosales, Susana., y Reyes, Eva. (2004). *Fundamentos de enfermería*. México: El Manual Moderno.
- Rubin, Gayle. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Carole, Vance. (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid: Talasa Ediciones, S.L.
- Sáenz, Javier., y Carrascosa, Sejo. (2011). *Por el culo. Políticas anales*. 2ª ed. Madrid: Editorial EGALES, S.L.
- San Rafael-Gutiérrez, Sabiniana., Arreciado-Marañón, Antonia., Bernaus-Poch, Enriqueta., y Vers-Prat, Olga. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(4), pp. 236-242.
- Scharagrodsky, Pablo. (2007). El cuerpo en la pedagogía. *Explora. Las Ciencias en el Mundo Contemporáneo*, pp. 1-16.

- Secretaría de Pueblos Indígenas y Afromexicano (SEPIA). (2016). *Plan Estratégico Transversal para la atención de los pueblos indígenas y afromexicano de Oaxaca*. Disponible en https://www.oaxaca.gob.mx/sepia/wp-content/uploads/sites/7/2019/07/PET_PueblosIndigenas_enlinea.pdf
- Secretaría de Salud. (2005). *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2018). *Modelo del cuidado de enfermería*. México: Secretaría de Salud.
- Sedgwick, Eve. (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Sedgwick, Eve. (2003). *Tocar la fibra. Afecto, pedagogía y performatividad*. Madrid: Editorial Alpuerto.
- Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE). (2019). *Recursos. Registro Nacional de Datos por Nivel Académico México*. México: Secretaría de Salud. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3
- Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE). (2020). *Recursos. Registro Nacional de Datos*. México: Secretaría de Salud. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3
- Torres, Germán. (2009). Normalizar: discursos, legislación y educación sexual. *ÍCONOS*. 35, pp. 31-42.
- Torres, Julia., y Urbina, Omayda. (2006). Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de enfermería en Cuba. *Revista Educación Médica Superior*, 20(1), pp. 1-36.

- Troncoso, Claudia., Garay, Bárbara., y Sanhueza, Paulina. (2016). Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horizonte médico*, 16(1), pp. 55-61.
- Valdés-Cobos, Alberto. (2013). Conservación y uso de plantas medicinales: el caso de la región de la Mixteca Alta Oaxaqueña, México. *Ambiente y Desarrollo*, *VXII*(33), pp. 83-97.
- Velasco, Ambrosio. (2008). Ciencia, democracia y multiculturalismo. En José, Esteban., y Sergio, Martínez. (Comp.), *Normas y prácticas en la ciencia* (pp. 169-179). México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Verderese, Olga., y García, Juan. (1979). Análisis de la enfermería en América Latina. *Educación Médica*, 13(14), pp. 45-51.
- Vigarello, Georges. (1991). *Lo limpio y sucio. La higiene del cuerpo en la Edad Media* (Rosendo Ferrán, trad.). Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Vigarello, Georges. (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media Hasta nuestros días* (Analía Martínez, trad.). Madrid: Abada Editores.
- Weeks, Jeffrey. (1998). *Sexualidad*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Yo amo Enfermería. (2018). *CEyE Central de Esterilización y Equipos*, [Blog]. Yo amo Enfermería Blog. Recuperado de <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/23/ceye-central-de-esterilizacion/>

