

La intersección entre el género y el estrato socioeconómico en la elección de profesión del área de la salud

Georgina Gallardo-Hernández, Luis Ortiz-Hernández, Sandra Campeán-Dardón, Elizabeth Verde-Flota, Guadalupe Delgado-Sánchez y Silvia Tamez-González*

Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 31 de agosto de 2006

Aceptado: 22 de septiembre de 2006

RESUMEN

Objetivo. Analizar la relación de la identidad de género y del nivel socioeconómico con la elección de una carrera en estudiantes de licenciaturas relacionadas con la salud.

Material y métodos. Se seleccionó un grupo de 637 estudiantes ($n = 637$) de recién ingreso de las licenciaturas de medicina, nutrición, odontología y enfermería de una universidad pública de la ciudad de México. La información se recabó mediante un cuestionario de autorrespuesta. La variable dependiente fue la carrera elegida por los estudiantes. Las variables independientes fueron el nivel socioeconómico, las normas de género que existían en los hogares de los estudiantes y la internalización de los estereotipos de género.

Resultados. En las mujeres, más estudiantes de enfermería pertenecían al estrato socioeconómico bajo, mientras que las de medicina se ubicaban en el nivel alto. En los varones, más estudiantes de enfermería se ubicaban en el estrato alto, seguidos por los de medicina. Las y los estudiantes de nutrición y odontología se ubicaron en el estrato medio. Respecto a la relación entre condición socioeconómica y distribución del trabajo doméstico, en comparación con los varones del estrato alto, más varones del nivel bajo reportaron que en sus hogares los varones se encargaban de preparar y servir la comida; en el caso de las mujeres, conforme aumentaba el nivel socioeconómico se incrementaba la participación de hombres y mujeres en el arreglo de camas y en ir al mercado. En los indicadores de internalización de los estereotipos de género, en los hombres no se identificó algún patrón; en las mujeres, las de enfermería tuvieron las puntuaciones más altas en la escala de sumisión, y las más bajas en masculinidad y machismo; en ellas también se observó que conforme aumentaba el nivel socioeconómico aumentaban los rasgos de masculinidad y machismo.

Conclusiones. En los estratos bajos existe mayor rigidez en los estereotipos de género lo que hace que las mujeres de esos estratos busquen estudiar carreras consideradas femeninas. En el caso de los hombres, no se observó una relación clara entre la carrera elegida, el nivel socioeconómico y la internalización de los estereotipos de género.

Palabras clave:

Elección de carrera, profesiones de la salud, estrato socioeconómico, nivel socioeconómico, género, mujeres

SUMMARY

Objective. Analyze the relationship between gender identity and socioeconomic level associated with career choice among undergraduate students selecting the area of health sciences.

Material and Methods. Our sample was comprised of first year medical nutrition, dentistry and nursing students ($n=637$) admitted to the Universidad Autonoma Metropolitana – Xochimilco. A self administered questionnaire was used. The dependent variable was career choice. Independent variables included socioeconomic status, gender norms in student's homes, and gender stereotype internalization.

Results. More female nursing students came from low socioeconomic strata, while medical students had a higher socioeconomic status. Among males, more nursing and medical students belonged to a higher socioeconomic strata. Nutrition and dentistry students belonged to a medium strata. In comparison with males from high socioeconomic strata more male participants reported that household chores were divided among men and women. For women, as the socioeconomic level increased, the participation of men and women also increased. In the indicators of internalization of gender stereotypes, nursing students had the highest rates in the submission scale, but the lowest for masculinity and machismo. As the socioeconomic strata increased, the characteristics of masculinity and machismo also increased.

Conclusions. The present results seem to indicate that among women of low socioeconomic strata more traditional gender stereotypes prevail which lead them to seek career choices considered feminine. Among men, there is a clear relationship between career choice, socioeconomic level and internalization of gender stereotypes.

Key words:

Career choice, health professions, socioeconomic stratum, gender, socioeconomic level, women

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: M. C. Silvia Tamez González. Departamento de Atención a la Salud, UAM Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, 04960 México D.F., México. Tel.: (52 55) 5483 7573 y fax: (52 55) 5483 7218. Correo electrónico: stamez@correo.xoc.uam.mx.

Introducción

El estudio de las profesiones de la salud desde un enfoque de género es pertinente ya que las estadísticas evidencian tres fenómenos:

1. Existen carreras en las que existe predominio de un sexo, por ejemplo, las mujeres preponderan en enfermería y nutrición. De acuerdo con la ANUIES, 83.9% de los estudiantes inscritos a nutrición eran mujeres y la proporción para enfermería era de 86.5%.¹
2. En varias carreras se ha incrementado el número de mujeres que las estudian y ejercen,²⁻⁴ como es el caso de la medicina.^{5,6} En 1967, la proporción de mujeres inscritas en la licenciatura de medicina era de 18%; esta cifra ascendió a 36% en 1985⁴ y para el año 2001 fue de 51.3%.¹ En toda el área de las ciencias de la salud la participación de las mujeres pasó de 55.5% en 1990 a 61.7% en el 2003.⁷
3. En las profesiones de la salud, las mujeres se enfrentan a diferentes formas de inequidad ya que, en comparación con los hombres, se enfrentan a mayores dificultades durante su formación académica como la discriminación por parte de los profesores o el acoso sexual,⁸ además de que una vez que finalizan su formación profesional tienen menos probabilidades de ejercer su profesión.⁹ Cabe señalar que la mayoría de los estudios en los que se ha dado un enfoque de género, se han centrado en analizar las profesiones médicas y de enfermería, mientras que para otras profesiones como odontología y nutrición no se disponen de la misma cantidad de evidencia empírica respecto a esta inequidad de género.

Algunos autores han sugerido que los estudiantes y trabajadores de las diferentes profesiones de la salud difieren en sus características socioeconómicas. Así, se ha indicado que entre los médicos predominan los individuos de estratos alto y medio alto,¹⁰ que en nutrición y odontología son frecuentes los sujetos de estratos medios^{2,11} y que en profesiones como la enfermería se concentran los de estratos bajos.

Al realizar una lectura conjunta de las observaciones que han hecho los diferentes autores, se puede apreciar que existe relación positiva entre la proporción de hombres y el nivel socioeconómico que predomina en cada una de las profesiones relacionadas con la salud: en enfermería es donde menos predominan los varones y hay más sujetos de estrato bajo, por el contrario, en medicina es donde hay más varones y existen más sujetos de estrato alto. Sin embargo, se requiere mayor evidencia empírica que sustente las observaciones aisladas hechas por los autores citados.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación de la identidad de género y el nivel socioeconómico con la elección de carrera en estudiantes de licenciaturas relacionadas con la salud en una institución de educación superior. La hipótesis que se evaluó es que entre las personas de estrato socioeconómico bajo existe mayor rigidez en los estereotipos y roles de género, lo que a su vez hace que las mujeres de esos estratos elijan

profesiones que reproducen las actividades relacionadas con el rol femenino (e.g. enfermería y nutrición). Es decir, en grupos sociales con peores condiciones socioeconómicas existe más apego a los roles tradicionales de género, lo que implica que hay una clara división sexual del trabajo en la que las mujeres se encargan de la esfera doméstica, mientras que los varones adoptan el rol de proveedores. En este ambiente las mujeres, a lo largo de su desarrollo, aprenden a percibirse como personas que sólo son aptas para desarrollar actividades etiquetadas como femeninas; lo anterior condiciona que busquen ingresar a ocupaciones que son una extensión del rol femenino tradicional ya que implican o están relacionadas con el cuidar de los otros. Por el contrario, en los estratos altos los roles tradicionales de género han comenzado a modificarse, lo cual se refleja en la mayor participación de los varones en el trabajo doméstico y de crianza, al tiempo que las mujeres comienzan a participar en actividades masculinas; lo anterior permite que las mujeres de esos hogares se perciban a sí mismas como personas capaces de realizar estudios en profesiones que no se relacionan con el rol de género femenino. Un proceso similar ocurriría en el caso de los varones. En la figura 1 se muestra el esquema conceptual de nuestra hipótesis de trabajo.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico. La población de estudio consistió en alumnos de recién ingreso de las licenciaturas de medicina, enfermería, odontología y nutrición en una institución de educación superior ubicada en la ciudad de México. En esta institución existen dos ingresos al año, por lo que se encuestó a estudiantes inscritos durante los trimestres primavera (mayo a julio) y otoño (septiembre a diciembre) de 2004. El cuestionario se aplicó a 737 estudiantes, sin embargo, se descartaron a aquéllos que deseaban cambiar de carrera, con lo

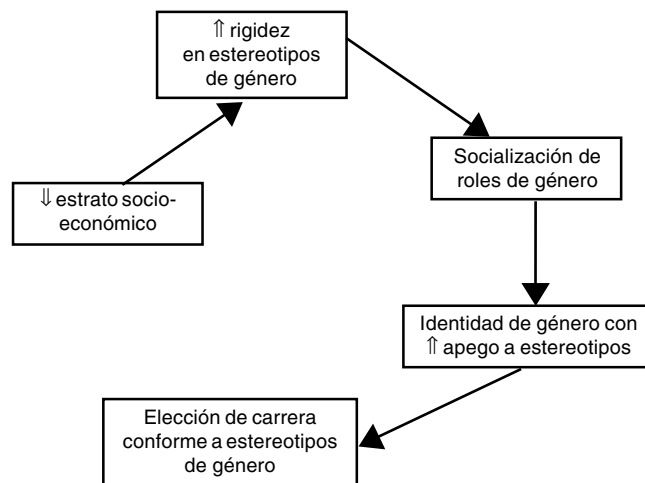


Figura 1. Esquema conceptual de la hipótesis de trabajo.

cual la muestra estuvo conformada sólo por 637 alumnos. Para captar la información se elaboró un cuestionario dividido en las siguientes secciones: datos sociodemográficos, internalización de los estereotipos de género, distribución del trabajo doméstico en el hogar, nivel socioeconómico del grupo familiar y elección de carrera. Antes de su aplicación definitiva, se realizó una prueba piloto del cuestionario a estudiantes de las mismas licenciaturas durante el trimestre de invierno (enero a abril) del 2004. Se brindó un curso de capacitación al grupo de encuestadores, en el cual se explicó que se tendría que obtener verbalmente el consentimiento informado, también se revisó la forma en que debía ser completado el cuestionario.

La elección de carrera fue evaluada por la licenciatura a la que estaban inscritos los estudiantes y, debido a que los estudiantes no siempre están inscritos en la carrera de su preferencia, se indagó si solicitaron o solicitarán el ingreso a otra carrera. Como ya se indicó, estos casos se excluyeron, ya que la información que proporcionara un estudiante que no estuviera en la carrera de su preferencia en realidad representaría las características de un alumno de la carrera a la que le gustaría pertenecer.

El nivel socioeconómico fue evaluado a través del nivel de hacinamiento y el número de bienes en la vivienda, la escolaridad del jefe de familia y el ingreso familiar. A partir de la escolaridad del jefe de familia se formaron los siguientes grupos: primaria o menos, secundaria, bachillerato o carrera técnica, y profesional o más. Se formaron tres estratos socioeconómicos mediante el nivel de hacinamiento (personas que habitan en la vivienda entre el número de cuartos): bajo (≥ 2), medio (1.01-1.99) y alto (≤ 1). Se indagó si en la vivienda de los estudiantes existían cinco bienes (lavadora, línea telefónica, automóvil o camioneta, computadora y estéreo), los cuales fueron sumados y a partir de esta suma se formaron tres grupos socioeconómicos: bajo (1 a 3 bienes), medio (4 bienes) y alto (5 bienes). La variable ingreso familiar se clasificó en 4 rangos: $\leq \$ 5\,000$, de $\$ 5\,001$ a $\$ 10\,000$, de $\$ 10\,001$ a $\$ 15\,000$ y $\geq \$ 15\,001$.

En el cuestionario se incluyeron varias preguntas para evaluar cómo se distribuía el trabajo doméstico entre hombres y mujeres en los hogares de los estudiantes. Se partió de la premisa de que esta distribución puede reflejar las normas con respecto al género que predomina en la familia de los estudiantes: cuando las mujeres se encargan de la mayoría del trabajo doméstico puede significar que en el hogar predominan los roles tradicionales de género y se consideró que se promovían los estereotipos de género en la familia, por otro lado, la distribución más equitativa entre hombres y mujeres en las tareas domésticas puede ser reflejo de que los roles de género tradicionales han comenzado a modificarse. Las tareas domésticas evaluadas fueron: limpieza de la casa (barrer, trapear, etc.), arreglo de camas, ropa, etc.; lavar y planchar, ir al mercado, preparar la comida, servir la comida y pagar los servicios (agua, luz, gas, teléfono, etc.). También se evaluaron dos actividades (arreglar pequeños desperfectos de la casa -focos fundidos, llave descompuesta, etc.- y trabajar para sostener la familia) que tradicionalmente han sido etiquetadas como "masculinas".

Las opciones de respuesta fueron: a) siempre las mujeres, b) casi siempre las mujeres, c) hombres y mujeres por igual, d) casi siempre los varones, e) siempre los varones y f) otras personas. En el análisis de esta variable no se incluyeron a los estudiantes que respondían la opción f; el resto de las respuestas fueron agrupadas en los siguientes grupos: mujeres: opciones a y b; hombres y mujeres: opción c; y hombres: opciones d y e.

Para medir la internalización de los estereotipos de género se aplicó el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE), es un instrumento diseñado con el fin de medir los roles de género de manera confiable y válida. Esta prueba tiene como origen el Inventario de Papeles Sexuales de Bem (BSRI) diseñado para la población estadounidense y validado en México entre 1983 y 1990¹². El IMAFE cuenta con cuatro escalas, de quince reactivos cada una con los siguientes rasgos de personalidad: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión. Cada reactivo consiste en un rasgo (e.g. seguro de sí mismo, afectuoso, enérgico, etc.); la persona tiene que responder si ese rasgo la describe o no, para ello debe de utilizar una escala que va de uno ("nunca o casi nunca soy así") hasta 7 ("siempre o casi siempre soy así"). Para construir cada escala se sumó la puntuación de los 15 reactivos que comprende cada una.

En el análisis estadístico, primero se exploró la distribución de los estudiantes de cada carrera de acuerdo a las variables socioeconómicas (Cuadro 1), después se valoraron las diferencias entre estratos socioeconómicos respecto a la distribución del trabajo doméstico (Cuadros 2 y 3), finalmente se compararon los promedios de las cuatro escalas del IMAFE de acuerdo a la carrera, el estrato socioeconómico (Cuadro 4) y la distribución familiar del trabajo doméstico (Cuadro 5). Para conocer si las diferencias en porcentajes o proporciones eran estadísticamente significativas se utilizó la prueba de chi cuadrada, en el caso de los promedios se recurrió al análisis de varianza. En ambos casos se fijó un nivel de significancia (α) de 0.05. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 10.

Resultados

En el Cuadro 1 se muestra la distribución de los estudiantes de cada carrera de acuerdo al estrato socioeconómico. En las estudiantes de enfermería fue más frecuente que los jefes de familia tuvieran baja escolaridad (el 54% tuvo secundaria y menos), seguidas por las de odontología (33%) y nutrición (24%); por el contrario, en las de medicina lo que predominó fueron los jefes de familia con alta escolaridad (58% tenía formación profesional), seguidas por las de nutrición (46%) y odontología (32%). Más mujeres estudiantes de enfermería fueron clasificadas en el estrato bajo (30%) de acuerdo al número de bienes en el hogar, seguidas por las de odontología (23%) y nutrición (16%); en el otro extremo, más estudiantes de medicina fueron clasificadas en el estrato alto (61%), seguidas por la de nutrición (56%) y odontología (53%). Entre las estudiantes de enfermería predominaron los hogares con menor ingreso (considerando los dos gru-

Cuadro I. Distribución de los estudiantes de acuerdo al estrato socioeconómico*

	Escolaridad jefe familia				<i>p</i>	Hacinamiento			<i>p</i>	Bienes			<i>p</i>	Ingreso familiar				<i>p</i>
	Pri %	S %	B %	Pro %		B %	M %	A %		B %	M %	A %		1 %	2 %	3 %	4 %	
Población total																		
Enfermería	20	30	40	11	0.000	34	49	18	0.798	32	22	37	0.002	41	33	19	8	0.000
Nutrición	17	9	32	43		28	58	15		18	26	56		23	35	19	23	
Odontología	17	15	35	33		28	53	19		21	25	54		28	41	18	13	
Medicina	11	11	26	52		32	51	18		13	28	60		15	33	22	30	
Hombres																		
Enfermería	14	7	50	29	0.573	29	14	57	0.020	43	14	43	0.175	23	23	15	39	0.141
Nutrición	23	9	41	27		24	43	33		24	19	57		25	20	25	30	
Odontología	13	16	34	36		32	47	22		18	26	57		19	44	28	9	
Medicina	12	13	29	47		27	56	17		13	29	58		15	40	19	27	
Mujeres																		
Enfermería	21	33	38	8	0.000	35	54	12	0.177	30	35	36	0.011	44	35	19	3	0.000
Nutrición	16	8	30	46		28	61	11		16	28	56		23	38	18	21	
Odontología	18	15	35	32		26	56	18		23	25	53		32	40	13	15	
Medicina	10	10	23	58		26	45	19		13	26	61		15	27	24	33	

* Los porcentajes están calculados respecto a las filas.

Para escolaridad del jefe de familia: Pri = primaria o menos; S = secundaria; B = bachillerato, técnica o normal; Pro = licenciatura o más.

Para hacinamiento: B = bajo (2.00 o más personas por dormitorio); M = medio (1.01 a 1.99 o más personas por dormitorio); A = alto (1.00 o menos personas por dormitorio).

Para bienes: B = bajo (1 a 3 bienes); M = medio (4 bienes); A = alto (5 bienes).

Para ingreso familiar: 1 corresponde a menos de \$5000, 2 a \$5001-\$10000, 3 a \$10001-\$15000 y 4 a \$15001 y más.

pos de menor ingreso: 78%), seguidas por las de odontología (73%) y las de nutrición (61%); por el otro lado, las estudiantes de medicina se concentraron en los dos grupos de mayor ingreso (58%), le continuaron las nutriólogas (39%) y las de odontología (27%). En los hombres estudiantes de enfermería predominaron los de estrato alto de acuerdo al hacinamiento (57%), seguidos por los de nutrición (33%), odontología (22%) y medicina (17%).

En el Cuadro II se muestra la información de los varones respecto a la distribución del trabajo doméstico en sus familias de acuerdo al estrato socioeconómico. Considerando el indicador de bienes en el hogar, conforme aumentaba el nivel socioeconómico se incrementaba la participación de las mujeres en "servir la comida", mientras que disminuía la de los varones ($p = 0.006$). Los datos sobre la misma relación en las mujeres se presentan en el Cuadro III. Al utilizar la escolaridad, conforme aumentaba el nivel socioeconómico disminuía la participación de las mujeres en la actividad "arreglo de camas, ropa, etc." y aumentaba la participación de hombres y mujeres; en el caso del número de bienes, también se observa que el aumento del estrato socioeconómico se relaciona con menor participación de las mujeres en la actividad "ir al mercado" y mayor distribución de la tarea entre hombres y mujeres; sin embargo, en los dos casos las diferencias no fueron significativas ($p = 0.06$).

Los promedios de las escalas del IMAFE según carrera y estrato socioeconómico se muestran en el Cuadro IV. En cuanto a las diferencias entre carreras, los varones estudiantes de odontología tuvieron mayor puntuación en sumisión y los de enfermería la menor ($p = 0.052$), en la escala de

machismo el puntaje más alto fue para los médicos y el más bajo para los nutriólogos ($p = 0.052$). En las mujeres, las estudiantes de nutrición y las de medicina fueron las que tuvieron menos rasgos de sumisión, mientras que las de enfermería tuvieron la puntuación más elevada ($p = 0.008$); en las escalas de masculinidad y machismo las estudiantes de medicina tuvieron el promedio más alto, seguidas por las de nutrición, las de menor puntuación fueron las de enfermería.

En los hombres, aquéllos de hogares cuyo jefe de familia tenía primaria fueron los que tuvieron el puntaje más bajo de machismo, mientras que los de hogares con jefe de familia con secundaria fueron los de mayor puntuación, sin embargo las diferencias no fueron significativas ($p = 0.089$); considerando el hacinamiento, los de estrato medio tuvieron la menor puntuación en la escala de sumisión (34) en comparación con los de los niveles bajo (39) y alto (39) ($p = 0.006$). Aunque el ingreso se relacionó con la puntuación de sumisión ($p = 0.033$), esta relación no fue lineal. En las mujeres, existió una relación positiva de la puntuación en la escala de machismo con la escolaridad del jefe de familia ($p = 0.014$) y el estrato socioeconómico evaluado con el nivel de hacinamiento ($p = 0.037$) y por bienes ($p = 0.005$). Aunque el patrón es menos claro, también se observó que los rasgos de masculinidad fueron más frecuentes entre los estratos altos respecto a los bajos, esto considerando la escolaridad del jefe de familia ($p = 0.016$) y el ingreso familiar ($p = 0.025$). Conforme aumenta el ingreso se verifica una disminución de los rasgos de sumisión, sin embargo, las diferencias no fueron significativas ($p = 0.087$).

En el Cuadro V se presenta la relación entre las escalas del

Cuadro II. Distribución del trabajo doméstico en las familias según estrato socioeconómico en hombres

	Escolaridad jefe familia				<i>p</i>	Bienes			<i>p</i>
	Pri %	S %	B %	Pro %		B %	M %	A %	
Limpieza de casa									
Mujeres	30	29	34	30	0.863	21	28	37	0.298
Hombres y mujeres	67	67	62	61		68	66	59	
Hombres	4	5	3	9		12	6	4	
N	27	21	61	67		34	50	93	
Arreglo camas, ropa, etc.									
Mujeres	15	18	22	25	0.670	21	18	23	0.788
Hombres y mujeres	78	73	77	70		71	78	72	
Hombres	7	9	2	6		9	4	5	
N	27	22	65	69		34	51	99	
Lavar y planchar									
Mujeres	56	48	55	55	0.779	39	53	58	0.452
Hombres y mujeres	41	43	44	42		55	43	39	
Hombres	4	10	2	3		6	4	3	
N	27	21	64	66		33	51	96	
Ir al mercado									
Mujeres	59	48	48	44	0.519	47	46	48	0.165
Hombres y mujeres	33	48	51	47		38	48	49	
Hombres	7	5	2	8		15	6	3	
N	27	21	63	72		34	50	100	
Preparar comida									
Mujeres	78	61	67	63	0.794	56	64	71	0.062
Hombres y mujeres	19	35	31	32		32	32	28	
Hombres	4	4	2	4		12	4	1	
N	27	23	64	71		34	50	102	
Servir comida									
Mujeres	56	41	38	51	0.748	27	48	51	0.006
Hombres y mujeres	41	55	57	45		59	46	48	
Hombres	4	5	5	4		15	6	1	
N	27	22	63	73		34	50	102	
Pagar servicios									
Mujeres	4	8	11	7	0.936	9	10	7	0.887
Hombres y mujeres	52	50	48	47		53	47	48	
Hombres	44	42	41	46		38	43	46	
N	27	24	64	74		34	49	107	
Arreglar desperfectos									
Mujeres	0	5	0	1	0.369	0	2	1	0.885
Hombres y mujeres	15	24	29	19		27	22	20	
Hombres	85	71	71	80		74	76	79	
N	27	21	63	74		34	49	103	
Trabajo asalariado									
Mujeres	4	8	6	4	0.709	6	6	5	0.807
Hombres y mujeres	56	48	66	60		68	58	57	
Hombres	4	44	28	37		27	36	38	
N	27	25	65	74		34	50	108	

Para escolaridad del jefe de familia: Pri = primaria o menos; S = secundaria; B = bachillerato, técnica o normal; Pro = licenciatura o más.

Para hacinamiento: B = bajo (2.00 o más personas por dormitorio); M = medio (1.01 a 1.99 o más personas por dormitorio); A = alto (1.00 o menos personas por dormitorio).

IMAFE y la distribución del trabajo doméstico. En los hombres, los rasgos de machismo fueron más frecuentes cuando la

actividad “arreglo de camas, ropa, etc” la realizaban mujeres que cuando la realizaban varones ($p=0.048$). La actividad “limpieza

Cuadro III. Distribución del trabajo doméstico en la familia según estrato socioeconómico en mujeres

	Escolaridad jefe familia				<i>p</i>	Bienes			<i>p</i>
	Pri	S	B	Pro		B	M	A	
	%	%	%	%		%	%	%	
Limpieza de casa									
Mujeres	57	55	58	56	0.718	58	60	54	0.614
Hombres y mujeres	43	45	42	43		42	41	45	
Hombres	0	0	0	1		0	0	1	
N	70	67	132	151		86	116	210	
Arreglo camas, ropa, etc.									
Mujeres	67	51	59	49	0.068	65	53	53	0.169
Hombres y mujeres	33	49	42	51		35	47	47	
Hombres	0	0	0	0		0	0	0	
N	70	166	135	154		85	118	214	
Lavar y planchar									
Mujeres	77	82	75	76	0.660	78	76	78	0.788
Hombres y mujeres	23	17	24	24		22	24	22	
Hombres	0	2	1	0		1	0	1	
N	70	65	134	146		85	115	207	
Ir al mercado									
Mujeres	69	69	64	54	0.281	74	61	58	0.062
Hombres y mujeres	30	28	35	43		23	38	40	
Hombres	1	3	2	3		4	2	2	
N	70	67	135	155		84	117	218	
Preparar comida									
Mujeres	84	82	87	73	0.261	89	78	76	0.119
Hombres y mujeres	16	18	16	26		11	22	23	
Hombres	0	0	0	1		0	0	1	
N	70	167	135	153		85	116	216	
Servir comida									
Mujeres	72	70	67	55	0.155	74	61	61	0.346
Hombres y mujeres	27	27	32	42		25	36	36	
Hombres	2	3	2	3		1	3	3	
N	68	67	135	154		83	118	215	
Pagar servicios									
Mujeres	11	16	22	16	0.250	18	14	19	0.859
Hombres y mujeres	56	48	51	45		49	52	47	
Hombres	33	36	27	39		33	34	35	
N	70	69	136	159		85	119	222	
Arreglar desperfectos									
Mujeres	9	6	10	11	0.838	7	12	9	0.412
Hombres y mujeres	28	32	34	28		33	34	27	
Hombres	63	62	56	62		59	54	64	
N	68	66	127	152		81	117	208	
Trabajo asalariado									
Mujeres	9	10	16	10	0.482	8	14	11	0.715
Hombres y mujeres	54	46	52	49		51	53	49	
Hombres	37	44	32	41		41	34	39	
N	70	69	134	158		84	118	221	

Para escolaridad del jefe de familia: Pri = primaria o menos; S = secundaria; B = bachillerato, técnica o normal; Pro = licenciatura o más.

Para hacimiento: B = bajo (2.00 o más personas por dormitorio); M = medio (1.01 a 1.99 o más personas por dormitorio); A = alto (1.00 o menos personas por dormitorio).

de la casa” se relacionó con la escala de machismo, sin embargo, la asociación no fue lineal ($p=0.048$); lo mismo sucedió con

la actividad “trabajo asalariado”, la cual se relacionó con las escalas de feminidad ($p = 0.039$), sumisión ($p = 0.068$) y

Cuadro IV. Promedios de las escalas del IMAFE según carrera y estrato socioeconómico

	Hombre				Mujer			
	Fem	Sum	Mas	Mac	Fem	Sum	Mas	Mac
Carrera								
Enfermería	80	34	81	52	81	41	70	43
Nutrición	76	35	79	48	79	36	73	46
Odontología	75	40	76	50	81	38	71	42
Medicina	77	35	80	55	79	36	75	47
<i>p</i>	0.736	0.052	0.159	0.052	0.424	0.008	0.025	0.009
Escolaridad jefe familia								
Primaria	80	39	79	47	82	36	70	41
Secundaria	76	37	83	56	78	39	71	44
Bachillerato	77	35	78	52	80	38	71	45
Profesional	75	36	79	54	80	37	75	46
<i>p</i>	0.516	0.586	0.283	0.089	0.230	0.503	0.016	0.014
ESE por hacinamiento								
Bajo	77	39	77	50	82	38	71	42
Medio	75	34	80	54	79	38	72	45
Alto	78	39	79	51	80	37	74	46
<i>p</i>	0.663	0.006	0.382	0.190	0.251	0.656	0.330	0.037
ESE por bienes								
Bajo	79	37	81	50	82	38	72	42
Medio	76	36	79	53	78	38	71	44
Alto	76	36	78	53	80	38	73	46
<i>p</i>	0.431	0.870	0.468	0.475	0.175	0.887	0.375	0.005
Ingreso familiar								
Menos de 5000	75	36	79	78	81	39	70	43
5001 a 10000	79	39	79	52	80	38	73	74
10001 a 15000	76	36	78	54	80	35	72	43
15001 y más	75	32	80	52	79	36	76	47
<i>p</i>	0.686	0.033	0.991	0.275	0.895	0.087	0.025	0.160

Abreviaturas: ESE = estrato socioeconómico; Fem = femineidad; Sum = sumisión; Mas = masculinidad; Mac = machismo.

masculinidad ($p = 0.006$). En las mujeres, los rasgos de sumisión fueron más comunes cuando en el hogar los hombres realizaban la actividad “preparar comida” respecto a cuando las mujeres se encargaban de ésta; los rasgos de masculinidad también fueron más frecuentes cuando los hombres llevaban a cabo la labor de “lavar y planchar”. La puntuación en la escala de femineidad se relacionó con las labores “ir al mercado” y “trabajo asalariado”, sin embargo, no se observó un patrón lineal; lo mismo sucedió en la relación entre el puntaje de sumisión con la actividad “arreglar desperfectos”.

Discusión

La hipótesis que se planteó en nuestra investigación es que conforme aumenta el nivel socioeconómico disminuye el apego a los estereotipos tradicionales de género, lo que incrementaba la probabilidad de elegir una carrera que es extensión del rol de género. Esta suposición se confirma, en el caso de las mujeres que estudian enfermería, odontología

y medicina en la universidad en la que realizamos el estudio: las estudiantes de enfermería pertenecen principalmente al estrato bajo y su licenciatura consiste claramente en una extensión del rol de género femenino (por ejemplo: la tarea básica es el cuidado de las personas y cuando se da en un contexto institucional implica subordinación respecto a los médicos); las estudiantes de odontología se clasificaron en estrato medio y su profesión tiene cualidades tanto del rol masculino (por ejemplo: es una profesión liberal que se ejerce con autonomía) como femenino (por ejemplo: su ejercicio privado permite compatibilizar el trabajo profesional con el doméstico); finalmente las estudiantes de medicina provienen de hogares con mejores condiciones socioeconómicas y su profesión tiene características masculinas (por ejemplo: indica a las personas el tratamiento a seguir y puede controlar el proceso de trabajo de otros profesionales de la salud).

Así, nuestros resultados dan apoyo empírico a las observaciones hechas previamente respecto a que las estudiantes de medicina provenían sobre todo de estratos altos,¹⁰ las

Cuadro V. Promedios de las escalas del IMAFE según la distribución del trabajo doméstico

	Hombre				Mujer			
	Fem	Sum	Mas	Mac	Fem	Sum	Mas	Mac
Limpieza de casa								
Mujeres	72	38	77	56	79	38	71	45
Hombres y mujeres	78	36	80	50	81	37	73	44
Hombres	78	34	80	51	87	29	84	42
<i>p</i>	0.056	0.237	0.251	0.048	0.251	0.267	0.055	0.726
Arreglo camas, ropa, etc.								
Mujeres	74	38	79	57	79	38	71	45
Hombres y mujeres	77	36	79	51	81	37	73	44
Hombres	77	33	78	49	0	0	0	0
<i>p</i>	0.622	0.362	0.897	0.046	0.222	0.210	0.038	0.576
Lavar y planchar								
Mujeres	76	38	78	51	80	38	71	45
Hombres y mujeres	76	35	79	52	80	37	74	44
Hombres	76	33	75	48	78	41	81	63
<i>p</i>	0.920	0.226	0.620	0.765	0.959	0.891	0.077	0.086
Ir al mercado								
Mujeres	75	38	78	52	79	38	71	44
Hombres y mujeres	76	35	80	53	82	38	74	45
Hombres	88	32	83	47	78	38	78	48
<i>p</i>	0.047	0.151	0.233	0.459	0.064	0.998	0.044	0.720
Preparar comida								
Mujeres	76	37	78	52	80	38	72	44
Hombres y mujeres	78	36	80	52	81	34	74	45
Hombres	85	31	81	49	76	67	56	45
<i>p</i>	0.280	0.511	0.488	0.866	0.800	0.000	0.223	0.997
Servir comida								
Mujeres	75	37	77	52	80	38	71	44
Hombres y mujeres	78	36	80	52	80	37	73	45
Hombres	80	35	78	49	82	39	72	48
<i>p</i>	0.319	0.795	0.318	0.823	0.912	0.511	0.322	0.376
Pagar servicios								
Mujeres	74	31	77	49	78	39	70	45
Hombres y mujeres	78	36	79	53	79	38	72	45
Hombres	75	37	79	52	82	38	73	43
<i>p</i>	0.189	0.167	0.672	0.672	0.084	0.753	0.256	0.161
Arreglar desperfectos								
Mujeres	84	21	96	71	78	42	71	46
Hombres y mujeres	75	37	79	73	81	36	74	46
Hombres	77	36	79	52	80	38	72	44
<i>p</i>	0.665	0.141	0.132	0.178	0.482	0.017	0.106	0.322
Trabajo asalariado								
Mujeres	77	37	73	50	76	39	70	44
Hombres y mujeres	79	35	81	53	74	38	72	45
Hombres	73	39	76	52	77	38	73	43
<i>p</i>	0.039	0.068	0.006	0.799	0.025	0.869	0.332	0.193

Abreviaturas: ESE = estrato socioeconómico; Fem, = femineidad; Sum, =sumisión; Mas = masculinidad; Mac = machismo.

de odontología de niveles medios^{2,11} y las de enfermería de nivel bajo.¹⁰ De igual modo, era previsible que las estudiantes de medicina obtuvieran puntuaciones más altas en la

escala de machismo, ya que los intereses principales de los estudiantes de esta profesión son prestigio social^{3,13}, autoridad¹³ superioridad¹³ y una buena remuneración económica³.

Las estudiantes de enfermería, por su parte, se han distinguido por ser más sensibles e interesarse por el cuidado hacia los demás.^{14,15}

Que más mujeres de estratos altos busquen estudiar una carrera considerada masculina (i.e. medicina) puede deberse que para mantener su posición socioeconómica busquen ingresar a una profesión que se percibe tiene mayor ingreso y remuneración económica^{10,3}. En el caso de las estudiantes de enfermería, su elección de carrera puede vincularse con su estrato socioeconómico pues perciben que respecto a otras profesiones (i.e. medicina), la enfermería requiere menos recursos económicos, demanda menos esfuerzo intelectual, se ingresa de forma más sencilla al mercado laboral¹ y su ejercicio es compatible con realizar las tareas de madre-esposa.³

Consideramos que la distribución del trabajo doméstico en las familias sería un indicador de las normas de género predominantes en los hogares de los estudiantes. Al respecto, como esperábamos, en las mujeres observamos que conforme aumentaba el nivel socioeconómico (considerando la escolaridad de jefe de familia y el número de bienes) la distribución de ciertas actividades domésticas (“arreglo de camas, ropa, etc.” e “ir al mercado”) era más equitativa pues no las realizaban exclusivamente las mujeres, sino que participaban tanto hombres como mujeres. Esto indicaría que efectivamente conforme las familias cuentan con mejores condiciones de vida los hombres comienzan a involucrarse en el trabajo doméstico. Sin embargo, hay que señalar que se observaron pocas asociaciones entre las variables de nivel socioeconómico y la distribución del trabajo doméstico.

Que las mujeres de mayor estrato socioeconómico crezcan en un ambiente familiar donde existe menor rigidez en los roles de género puede resultar en que ellas no internalicen los estereotipos de género tradicionales y que, por el contrario, desarrollen actitudes o rasgos que contribuyan a que elijan carreras que tienen características que no se apegan a los roles de género tradicionales. Lo anterior es apoyado por los siguientes hallazgos de nuestro estudio: 1) respecto a las mujeres de estrato bajo, aquellas con mejores condiciones socioeconómicas tuvieron más rasgos de machismo y masculinidad (según el IMAFE), 2) las características asociadas con la masculinidad fueron más comunes en las mujeres en cuyos hogares los hombres participaban en una tarea doméstica (“lavar y planchar”) y 3) las estudiantes de medicina fueron las que tuvieron menos atributos de sumisión, pero más cualidades de masculinidad y machismo; las estudiantes de enfermería tuvieron un patrón contrario; y las estudiantes de odontología se ubicaron en una posición intermedia.

Las características de las estudiantes de nutrición no tuvieron correspondencia con la hipótesis que planteamos pues según ésta era previsible que al ser una profesión en la que predominan las mujeres existiría predominio de personas de estratos bajos con rasgos relacionados con el rol femenino tradicional. Sin embargo, las estudiantes de nutrición se caracterizaron por: 1) en términos de estrato socioeconómicos se ubicaron por debajo de las estudiantes de

medicina, pero por arriba de las estudiantes de odontología y las de enfermería; es decir, como había sido señalado², las estudiantes de nutrición provienen sobre todo de estratos medios y 2) en el IMAFE, junto con las estudiantes de medicina, tuvieron las puntuaciones más bajas de sumisión, mientras que en las escalas de masculinidad y machismo fueron las que tuvieron las puntuaciones más altas, sólo superadas por las estudiantes de medicina. Una explicación de este comportamiento de las estudiantes de nutrición es que son portadoras de una nueva forma de femineidad¹⁶ en la que las mujeres se enfrentan nuevas exigencias pues al tiempo de que deben seguir siendo madres-esposas, deben mantener una apariencia física agradable para los demás y desarrollar una carrera profesional exitosa. Así, sin abandonar los rasgos o actividades femeninos, deben ser portadoras de atributos masculinos que les permitan lograr desarrollar actividades fuera de la esfera doméstica. En este sentido, es interesante notar que la nutriología es una profesión de recién creación (si se le compara con medicina y enfermería).

A diferencia de las mujeres, en los varones no identificamos patrones consistentes para apoyar la hipótesis que planteamos. La única diferencia que puede apoyar la hipótesis es que conforme aumentó el estrato socioeconómico más hombres se ubicaron en carreras que no se apegan al rol masculino tradicional: entre los varones estudiantes de enfermería fueron más comunes los sujetos de estratos altos, mientras que entre los de medicina fueron menos frecuentes. Respecto a la relación del nivel socioeconómico y la distribución del trabajo doméstico, se observó que, contrario a lo esperado, en los hogares de estratos altos era más frecuente que sólo las mujeres realizaran una tarea doméstica (“servir la comida”). En el IMAFE, los hallazgos inconsistentes con nuestra hipótesis son que los varones estudiantes de odontología tuvieron los valores más altos de sumisión, mientras que los de enfermería tuvieron los más bajos. Aunque existieron varias asociaciones de las variables socioeconómicas con las escalas del IMAFE, éstas no fueron lineales, tal como se esperaba de acuerdo con nuestras premisas; lo mismo sucedió en las relaciones de la distribución del trabajo doméstico con la internalización de los estereotipos de género (evaluada mediante el IMAFE).

Un aspecto metodológico que debe señalarse es que evaluamos los roles de género predominantes en las familias de los estudiantes a través de la distribución del trabajo doméstico entre hombres y mujeres. Sin embargo, con este indicador observamos pocas asociaciones relevantes en las mujeres, mientras que en los varones no existieron relaciones que apoyaran nuestra hipótesis de trabajo. Lo anterior puede ser indicativo de que nuestras premisas no son ciertas; sin embargo, en las mujeres observamos varios patrones que apoyan la hipótesis. Otra posibilidad es que la distribución del trabajo doméstico en realidad no sea reflejo de las normas de género existentes en las unidades domésticas. Un problema adicional con estos indicadores es que más que ser una medida objetiva de la distribución, dependen de la percepción de los sujetos entrevistados, lo que puede condicionar que las personas que no realizan tareas domésticas informen que sí las hacen (que podría ocurrir en los

varones al querer dar respuestas “políticamente correctas”) o viceversa. Se requieren, entonces, estudios que permitan conocer si tales indicadores son adecuados para evaluar las normas de género, o bien, desarrollar nuevos indicadores cuantitativos sobre el tema.

En resumen, nuestro estudio corroboró las observaciones hechas por otros autores respecto a que las estudiantes de enfermería provienen en mayor proporción de estratos bajos, tienen más internalizados los estereotipos tradicionales de género y que esto probablemente influye en que hubieran elegido una carrera típicamente femenina; por su parte, las estudiantes de medicina, provienen principalmente de estratos altos, en los cuales existe menos rigidez en los estereotipos de género, por lo que tienen más rasgos masculinos y menos femeninos, características que de alguna manera intervinieron en que hubieran seleccionado una carrera tipificada como masculina; las estudiantes de odontología provienen de estratos medios y no tienen rasgos claramente masculinos o femeninos, lo que corresponde con el hecho de que su profesión tienen características tanto masculinas como femeninas. En el caso de las estudiantes de nutrición, resulta interesante notar que, al tiempo que están inscritas en una carrera en la que predominan mujeres, provienen de estratos medios y tienen más rasgos masculinos que femeninos, lo que podría ser indicativo de que han incorporado una nueva forma de femineidad. En los varones no observamos patrones que apoyen la existencia de un vínculo entre estrato socioeconómico, normas de género y selección de carrera.

Referencias

1. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Anuario estadístico 2001.
2. Cardaci D. Educación nutricional: mujeres culpabilizando mujeres. En: Mujeres y Medicina, no. México: UAM-Xochimilco; 1990.
3. Lovecchio K, Dundes L. Premed survival: understanding the culling process in premedical undergraduate education. Acad Med 2002;7:719-24.
4. González D. Las mujeres y la educación médica. Rev Mex Educ Med 1990;1:162-167.
5. Machado MH. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina? En: Gómez E. (Ed.). Género, mujer y salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 1993. pp. 277-285.
6. Uhlenberg P, Cooney TM. Male and female physicians: family and career comparisons. Soc Sci Med 1990;30:373-378.
7. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Anuario estadístico 2003.
8. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A, et al. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. Ann Intern Med 2000;132:889-896.
9. Ramírez MA, Méndez LO, Nigenda LG, Vargas RMM. Recursos humanos en los servicios de salud: Una perspectiva de género. Síntesis ejecutiva. México: FUNSALUD-CASESALUD; 2002.
10. Orpett S. Roles, Careers and femininity in biomedicine: women physicians and nurses in Japan. Soc Sci Med 1986;22:81-90.
11. Lamas M (coord.). La mujer, la odontología, la polémica. Rev Pract Odont 1980;1:12-17,20.
12. Lara-Cantú MA. Inventario de masculinidad-femineidad (IMAFE). México: Manual Moderno; 1993.
13. Niemi PM, Vainiomäki PT, Murto-Kangas M. “My future as a physician” –Professional representations and their background among first-day medical students. Teach Learn Med 2003;15:31-39.
14. Lind DS, Cendamo JC. Two decades of student career choice at the university of Florida: increasingly a lifestyle decision. Am Surg 2003;69:53-55.
15. Muldoon OT. Career choice in nursing students: gendered construct as psychological barriers. J Adv Nurs 2003;43:93-100.
16. Shisslak C, Crago M. Toward a new model for the prevention of eating disorders. En: Fallon P, Katzman M, Wooley S (Eds.). Feminist perspectives on eating disorders. New York: The Guilford Press; 1994. pp. 419-37.