

Anacronismo entre el marco conceptual y la praxis: reflexiones en torno a la Educación para la Salud y la atención a las mujeres

Adelina Castro Rodríguez

Universidad de Huelva

En este artículo se presenta una reflexión sobre las discrepancias que existen entre la atención sanitaria a la persona, considerándola adulta y la obligación que consideramos que tenemos, como profesionales de la salud, de decirle lo que tiene que hacer. En primer lugar, se plantea la conceptualización de Salud, Salud Comunitaria y Educación para la Salud, así como su soporte legislativo, las orientaciones del Servicio Andaluz de Salud y la perspectiva del enfoque de género en salud. Posteriormente, se plantea el paradigma científico-médico, como condicionante de las relaciones profesionales-usuarios/as y, por último, se revisan artículos que analizan algunos programas, que incorporan la Educación para la Salud (EpS), impartidos en Atención Primaria, aportándose orientaciones que pueden colaborar en hacer coherente la teoría con la práctica y que puedan contribuir al desarrollo de políticas sanitarias que presten atención especial a las poblaciones más desfavorecidas, entre las que se encuentran las mujeres.

This article presents a reflection about the discrepancies which exist between sanitary care to a person (considering that she/he is adult) and our duty as professionals of health to tell her/him what she/he has to do. First, the author describes Health framework, Communal Health and Education for Health, their legislation and the orientation of regional service (in Andalucía) as well as the gender approach in relation to health care. Second, she also analyses scientific-medical paradigm and reviews a few articles which focus on programs. These are examples which connect theory goes through practice. They contribute to build new sanitary policies which make it easier to help minority groups like women.

1. Educación para la Salud. Las personas como sujetos activos de su salud

La conceptualización de la salud, tal como se concibe en el siglo XXI, se desarrolla en lo cultural (estilos de vida, nueva cultura sanitaria) y a nivel Institucional Sanitario y Educativo y, en el desarrollo de la comunicación humana, teniendo presente el significado de culturas emergentes.

Son conocidas las manifestaciones complementarias sobre el concepto de salud en el sentido de que no existe una definición intemporal y universal, ya que sus condiciones son mudables y, por tanto, la salud debe enmarcarse no definirse. Incorporando, además, que las definiciones del concepto de salud vienen determinadas por la ideología del autor/a y el momento social, cultural, y económico en el que se desarrolla su pensamiento.

Sin embargo, hay coincidencia en señalar que, para la existencia de salud, es necesario un equilibrio entre los aspectos físicos, psíquicos y sociales que inciden en las personas. Es por tanto una responsabilidad personal y social con implicaciones en el medio ambiente, estilo de vida, biología humana y sistema de asistencia sanitaria, considerándose de esta forma la salud como una forma de vivir libre, gozosa y solidaria.

La Salud Comunitaria, además, introduce la responsabilidad y la participación, al definirse como ciencia y arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos, destinados a promover y restaurar la salud de las personas que habitan en una comunidad y donde se incardinan las acciones de los servicios de salud con los educativos.

En el ámbito internacional, para la Organización Mundial de la Salud, también es el fomento de la Educación Sanitaria una prioridad, con el fin de comprometer a toda la sociedad. Lo materializa mediante programas encaminados a la formación de las personas en materia sanitaria para, de esta forma, conseguir mejores resultados en la salud.

Para todo lo anterior, se necesita un compromiso político, como está recogido en el Art 43 de la Constitución Española de 1978 donde, se afirma que «... los poderes públicos fomentaran la Educación Sanitaria...». O en la Ley General de Sanidad, Art 5, «Los poderes públicos promoverán el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población» y en este mismo artículo se afirma que «los servicios de salud deberán quedar organizados de manera que sea posible articular una amplia participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución».

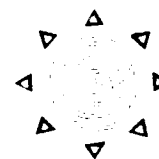
En Andalucía, la Consejería de Salud plantea las metas y líneas de actuación prioritarias para el periodo 2003-2008, con objetivos para garantizar la participación de los/as ciudadanos/as, reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, reforzar la EpS, identificar los problemas de género más relevantes en cada programa de salud e introducir la perspectiva de género en los procesos de formación continuada de profesionales de la salud (entre otros).

Una cuestión importante en la Educación para la Salud es, por tanto, que requiere protagonismo y autonomía de los usuarios y usuarias. La capacidad para elegir y tomar decisiones es tan importante que influye en la salud de quienes lo realizan siendo, además, un indicador de la calidad de servicio al hacerlo más eficaz y eficiente.

Además, la EpS está comprometida con la calidad de vida y la promoción del bienestar físico, mental y social y apuesta por la idea de que los comportamientos, como la toma de decisiones en materia de salud, se aprenden.

Uno de los objetivos, por tanto, de la EpS, es enseñar conocimientos sobre la misma y propiciar conductas facilitadoras de ésta, siendo un objetivo el cambiar la concepción que tiende a delegar responsabilidades de salud en técnicos y especialistas.

El enfoque de género en salud es importante para analizar los diferentes roles y responsabilidades que asumen hombres y mujeres durante su vida, que están condicionados social y culturalmente y que comportan una vulnerabilidad diferente con relación a la salud, en la cual, la mujer se comporta como una población de riesgo (riesgos en la conducta sexual y reproductiva, riesgos ocupacionales, violencia de género, la no participación en la toma de decisiones...).



2. El paradigma científico-médico

En todas las épocas históricas la relación entre profesionales de la salud y usuarios y usuarias de sus servicios ha sido, y sigue siendo, asimétrica. Los primeros detentaban el poder y el resto se comportaba con roles de dominados, haciendo que esta asimetría sea no sólo científica y ejerciendo así una fuerte influencia en el control de sus cuerpos y de sus vidas.

El reconocimiento social de la profesión sanitaria, históricamente en manos masculinas, se realiza a través de una red de imágenes, símbolos y estereotipos que codifican sus comportamientos, regulan sus actividades, prescriben sus expectativas y construyen sus saberes. Toda una sutil estrategia de normalización de la realidad a la que contribuye la estructura piramidal del sistema sanitario actual, el predominio de las especialidades terapéuticas y quirúrgicas (en manos masculinas), frente a las del cuidado, (en manos femeninas) y que tiene una fuerte carga misógina, siendo uno de los bastiones más representativos y operativos del sistema patriarcal.

El paradigma imperante es el modelo médico androcéntrico, en línea directa con la filosofía cartesiana. Es un paradigma que trata la enfermedad antes que la salud, los síntomas antes que las causas, las causas individuales antes que las sociales y las enfermedades orgánicas antes que las funcionales.

Esto potencia endiosamiento del cuerpo profesional, visión biomédica hegemónica y legitimación de la profesión médica como pilar de todo el sistema de salud que es una institución patriarcal. Aumentando con ello la dependencia de las personas respecto a éstos y éstas, profesionales, con repercusiones en la salud y la vida, lo que lleva al aumento de la inseguridad de las personas respecto a sus recursos y capacidades para el autocuidado y pone en segundo lugar su responsabilidad respecto a sus procesos vitales. La población pierde, de esta forma, cada vez más, la posibilidad y la capacidad de autonomía frente a su salud.

Todo esto les está impidiendo responsabilizarse, como personas adultas, del propio cuerpo, la salud y los procesos vitales y, en definitiva, de la propia vida.

Sin embargo, este modelo mecanicista que se instauró a partir del siglo XVIII en todo el mundo occidental, que monopolizó la salud y la enfermedad en los profesionales médicos, como el único correcto y válido científicamente, ya no es posible mantenerlo (Lain Entralgo, 1986). Es necesario tender hacia otro modelo mucho más integrador y dinámico (Capra, 1980), que incluya y valore justamente al resto de las/os profesionales sanitarios, como es el caso, por ejemplo, del personal de enfermería.

Vivimos, pues, en un modelo en el cual las actividades e intervenciones no se diseñan en función de los problemas y de los objetivos, sino en función de los intereses de personas y grupos de poder.

Se impone, por tanto, un nuevo paradigma de salud que se acomode mejor a nuestras expectativas, sin olvidar la impregnación ideológica que esta propuesta supone.

En la tabla 1 se recoge la propuesta de otro modelo, más adecuado a las demandas actuales, al estar en crisis el tradicional (crisis filosófica, económica, sociológica y crisis en la asistencia sanitaria), donde se aplican las teorías de Kuhn al campo de la salud, con el objetivo de estimular la implantación de modelos de enfermería más acordes con el paradigma emergente.

La tabla 2 recoge los aspectos comunitarios y medioambientales comparativos de los dos paradigmas.

A continuación, por separado, en las tablas 3 y 4, se exponen las características más relevantes del paradigma del cuidado enfermero técnico y del paradigma del cuidado integral enfermero, como dos formas de comprender la enfermería.

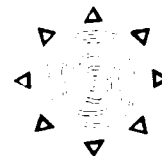
Paradigmas que coexisten y que deben separar el campo de conocimientos de los cuidados (paradigma emergente), del campo de conocimientos médico (paradigma tradicional), si se desea un cambio en los modelos de enfermería.

PARADIGMA TRADICIONAL	ASPECTOS	PARADIGMA EMERGENTE
La persona El cuerpo es una máquina buena, o mala, reparable	El cuerpo	El cuerpo es visto como un sistema dinámico en un contexto determinado interrelacionado
Cuerpo y mente están separados, la enfermedad psicosomática es mental, debe ser tratada por el psiquiatra	El cuerpo y la mente	Perspectiva cuerpo-mente: enfermedad psicosomática es la esfera de todo un cuidado de la salud
La mente es un factor secundario en la enfermedad orgánica	La mente	La mente es primero o igual factor en toda enfermedad
La enfermedad		
Enfermedad o incapacidad, vistas como cosa o entidad	-	Enfermedad o incapacidad vista como proceso
Dolor y enfermedad son totalmente negativos	-	Dolor y enfermedad son información sobre conflicto y disarmonía
El diagnóstico		
Especialización	-	La integridad comprende al paciente en su totalidad
Dependencia primaria de información cuantitativa (gráficas, test, fechas)		Dependencia primaria en información cualitativa que incluye: lo subjetivo y la intuición profesional; datos cuantitativos ajustados
El tratamiento		
Énfasis en la eliminación de los síntomas de la enfermedad	Objetivos	Énfasis en el logro del bienestar (metasalud)
Tratamiento de síntomas	Tratamiento médico	Búsqueda de modelos causales más tratamiento de síntomas
Intervenciones primarias con medicamentos y cirugía	Tratamiento quirúrgico	Intervenciones mínimas con tecnologías apropiadas, complementada con técnicas no invasivas (psicoterapia, dieta y ejercicio)
El efecto placebo muestra el poder de la sugestión	Tratamiento farmacológico	El efecto placebo muestra el rol de la mente en la enfermedad y curación
La prevención		
Prevención en gran parte ambiental: vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar	-	Prevención es sinónimo de globalidad: trabajo, relaciones, metas, cuerpo-mente y espíritu
Los roles		
Los profesionales deben ser emocionalmente neutros	Oficio sanitario	El cuidado afectivo profesional es un componente de la curación
El profesional es la autoridad		El profesional es un socio (partner)
El paciente es dependiente	Oficio paciente	El paciente es o debería ser autónomo

Tabla 1: Paradigma emergente de salud (Marilyn Ferguson, 1980).

PARADIGMA TRADICIONAL	ASPECTOS	PARADIGMA EMERGENTE
Comunitarios		
Interesa como origen de enfermedad	Entorno familiar	Interesa como diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
Innecesarios	Cuidados familiares	Importantes
Poco importante	Educación para la salud	Muy importantes
Lenguaje esotérico	Medios de comunicación	Lenguaje asequible
Medio Ambiente		
Específicas	Causalidad	Polifactoriales
Desarrollitos	Enfoque	Conservacionistas
Causa de accidentes puntuales	Ambiente físico	Incidencia global
Enfermedades profesionales	Ambiente químico	Riesgo comunitario
Los humanos están indefensos frente a los microbios patógenos	Ambiente microbiano	Las defensas naturales permiten convivir con los microbios ambientales
Deficiencias sanitarias en viviendas pobres	Edificios	Deficiencias sanitarias y ambientes insanos en instalaciones modernas

Tabla 2: Ampliación del paradigma de Ferguson con aspectos comunitarios y medioambientales.



1. Confianza en lo técnico
2. Énfasis en los datos objetivos infravalorando los subjetivos
3. El experto del cuidado es el enfermo
4. La familia sólo ayudará en situaciones especiales
5. Debe evitarse siempre la automedicación
6. Escepticismo ante la educación para la salud
7. La educación para la salud es algo que se realiza por el hecho de ser «experto»
8. Escepticismo ante la promoción de la salud
9. Se evita el pensamiento crítico ante las contradicciones que genera la intervención médica
10. La técnica y la medicación son los factores más importantes para la curación, en la que apenas intervienen los mecanismos naturales
11. Visión individualista de la enfermedad. La salud depende, sobre todo, del esfuerzo personal

Tabla 3: Paradigma de cuidado técnico.

1. Autonomía y dependencia, son las dos caras de una moneda
2. Énfasis en la calidad de vida, confortabilidad y bienestar
3. Énfasis en la relación de ayuda para el logro de la mayor autonomía posible
4. Valoración de la subjetividad
5. Confianza en la naturaleza (persistencia de la concepción Nightingale) y no sólo en la técnica
6. Valoración en lo emocional y expresión de los sentimientos
7. Confianza en el lado positivo de la persona
8. Confianza en la capacidad y en el interés de aprendizaje de la persona
9. Aceptación del sistema de valores del enfermo y familia sobre su propio cuidado
10. Aceptación y respeto del sistema de valores de la comunidad de procedencia, sobre su propio cuidado
11. La promoción de la salud es una actitud útil. Implica invertir en infraestructuras y en la publicidad saludables
12. La prevención es una actividad útil
13. Escepticismo moderado en las propiedades terapéuticas de los fármacos: «siempre producen efectos secundarios». Evitar la medicalización
14. La automedicación enseñada es una actividad de autocuidado. No es por lo tanto, perjudicial
15. Realizar educación para la salud requiere un aprendizaje de métodos y técnicas específicas
16. Visión comunitaria del cuidado y de los problemas de salud

Tabla 4: Paradigma del cuidado integral.

3. La praxis de la Educación para la Salud bajo sospecha

Para contrastar la teoría sobre los conceptos de EpS, con la «realidad», vamos a reflexionar sobre algunos programas que brindan nuestros Servicios Sanitarios. En ellos no se parte de la idea de que las personas deben tener los conocimientos, habilidades y destrezas que les permitan decidir sobre sus comportamientos y en consecuencia sobre su salud, ni se desarrollan estrategias para incorporar la perspectiva de género. El diseño se dirige del profesional al usuario/a, marcándoles lo que debe hacer, referido a higiene, alimentación... confundiendo las técnicas para modificar las conductas, con la EpS.

Sirvan como modelo los programas de Educación Maternal que, salvo excepciones, se comportan como un proceso cerrado, donde el aprendizaje, está pautado y no es sensible a las necesidades, expectativas y diferencias de las personas que acuden a ellos y que son las protagonistas del proceso. Las mujeres no son preparadas para que se cuestionen y puedan decidir cómo quieren ser asistidas en su parto... Se actúa según protocolos rígidos de cada institución o centro, ignorando a cada mujer como persona única.

En los programas de Planificación Familiar, no se da un aprendizaje, ni tan siquiera una información completa y correcta sobre métodos anticonceptivos, tan sólo una información dando prioridad al conocimiento sobre los métodos más agresivos para la salud de la mujer (anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos), en detrimento de otros más respetuosos con la salud de las mujeres

y los hombres (preservativo masculino y femenino, diafragma o *Billings*) imposibilitando de tal forma su participación activa y responsable en todo lo relacionado con la contracepción.

Igualmente en los programas de Atención a la Salud Infantil y del Adolescente se puede observar una situación semejante. El establecimiento de la alimentación, las inmunizaciones... no es discutible. No se forma a los padres y madres en el cuidado de los hijos/as y, a pesar de todo esto, se denomina EpS.

No se tiene presente que la mujer es la proveedora de cuidados, no profesionales, dentro de la familia y que entre ellas existen diferencias (urbanas, rurales, analfabetas, universitarias, extranjeras...) no siendo eficaces los programas que las contemplen de forma uniforme.

Para la visualización del problema pueden también servir las manifestaciones de algunas personas. Kay Toombs, filósofo y enfermo de esclerosis múltiple, analiza el distanciamiento entre la relación profesional-paciente y expresa que ésta se produce como un enfrentamiento. Sólo uno de ellos tiene necesidades de salud y el otro es el profesional. El foco del primero es la subjetividad y su historia personal, mientras que el segundo se focaliza en la patología específica y, aunque aporta también una biografía, intenta suprimirla para que pueda permanecer «objetivo».

Las manifestaciones de algunos profesionales son también adecuadas para visualizar la discrepancia entre teoría y práctica. «La verdad es que las cosas no han cambiado mucho, al enfermo se le quita hasta su capacidad de ser protagonista de su enfermedad», «qué manía tienen algunos, en revisarle a los enfermos lo que hacen, en vez de compartir la información, y que estos hagan lo que quieren o... pueden» (Benazet, Sánchez y García, 2003). Estos ejemplos son una muestra que orienta hacia una tendencia, un estilo en EpS (si es que así puede llamarse) de todas las intervenciones y actividades para las personas, pero sin la participación activa de ellas.

Sorprende, pues, la conceptualización e incorporación de estrategias que tienen presente la perspectiva de género (que preconiza nuestro Sistema Andaluz de Salud) con la realidad que se observa en la práctica, donde no parece que se tenga claro lo que deben ser las metas de la EpS, donde la asimetría profesional-usuario y usuaria, proporciona y legitima en la práctica la continuidad de estos/as como personas pasivas y donde no se tienen presentes las diferentes necesidades de salud de las personas (de género, de orientación sexual, de raza...).

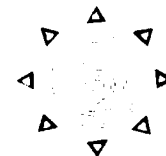
4. Profesionales que se necesitan para el cambio

Como profesionales de los cuidados, este anacronismo afecta al contenido de nuestra función. Es imprescindible aprender a pensar de forma diferente y buscar y adecuar, entre todos/as, nuestros métodos, teniendo presente unas nuevas relaciones, en varios sentidos.

En la relación: siendo adecuados/as oyentes, sin interrumpir ni tomar parte antes de que la persona haya tenido la oportunidad de completar la idea inicial, no dejándonos presionar por el tiempo, al ser la información recibida la base científica que tiene el o la profesional para establecer un diagnóstico.

En el estilo: siendo, no sólo competentes a nivel científico-técnico, sino ajustándonos a las necesidades, expectativas y derechos del público.

En las reacciones de transferencia y contratransferencia: este reconocimiento de que no sólo la persona tiene sentimientos hacia el o la profesional, sino también del profesional respecto al usuario/a, es un fenómeno reciente y se reconoce, en la actualidad, como una relación que se produce, al igual que en cualquier otra



interacción entre humanos, y que no puede, ni debe evitarse en nombre de la objetividad.

Con empatía, que no la simpatía o la piedad que nos hace expresar «yo soy tú», y no, «yo quiero ayudarte» y, que permite y facilita la comunicación.

Siendo una profesional en quien se pueda confiar, generando un sentimiento de seguridad para que finalmente puedan tomar decisiones en una relación adulta. Confrontando la objetividad de la razón científica, con la objetividad de la persona en particular. Despertando la conciencia de la posibilidad de autonomía de la salud que todos y todas tenemos. Formándonos, para poder identificar los problemas de género más relevantes en cada uno de los programas de salud, con el objetivo de reforzar las competencias personales y la autonomía de las mujeres y hombres.

En definitiva, optando por un modelo innovador de salud pública centrado en las personas y contando con su participación.

5. Conclusiones

Para concluir, hay que señalar que, una vez superada la etapa de paternalismo en la relación profesional-usuario, ambas partes han de conjugar capacidades.

El camino es, pues, la descentralización y socialización del poder en la toma de decisiones y educar es la alternativa y la oportunidad. Ya que no existen ambigüedades en el compromiso político, como se recoge en nuestra legislación, ni ambigüedades conceptuales, es necesario promover un aprendizaje y un estilo de enseñanza coherente y una estrategia en EpS dirigida específicamente a una población específica, como son las mujeres, a través de programas concretos.

Los retos estriban en que la persona obtenga los conocimientos para elegir entre conductas saludables y no saludables y que logre los conocimientos para participar en el sistema de salud. Perspectiva que coincide con los cambios en la metodología enfermera y que pasa por incorporar la perspectiva de género en los programas e intervenciones en salud.

Para ello, es necesaria la solidaridad. No hay salud para todos/as, sin educación para todos/as, con un itinerario básico para la maduración personal y, como la educación es un acto comunicativo, los objetivos, las actividades, así como muchos elementos de evaluación, nos obligarán a ser sensibles al mundo de los valores, cultura y conocimientos previos de las personas a las que van dirigidos los programas.

Será necesario, además, una revisión de los programas en vigor para adecuarlos a las nuevas líneas prioritarias de actuación que introduce diferentes perspectivas, como la de género... Igualmente introducir en los sistemas de registros, información que tengan presente datos desagregados en función del género (entre otros).

En este sentido, la organización sanitaria tendrá que desarrollar políticas que garanticen los derechos y decisiones de los ciudadanos/as. Orientando los programas, especialmente, a la resolución de problemas de grupos a los que les afectan de forma singular y en riesgo de exclusión, (de género, edad, población extranjera...).

Referencias

- BARRANCO CASTILLO, Enriqueta; ASOCIACIÓN DE MUJERES «ASTARTE» (1997): *Controversias en Planificación Familiar*. Granada, Instituto de la Mujer.
- BERNALTE BERNAZET, Álvaro; SÁNCHEZ OLMEDO, Encarnación y GARCÍA MIRET, M^a Teresa (2003): «Antropología de la Salud, ¿educación para la salud?», en *Revista Enfermería Científica*, 250-251; 5-7.

- CONSEJERÍA DE SALUD (1986): *Guía para la Educación Maternal en Atención Primaria*. Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- CONSEJERÍA DE SALUD (1999): *Guía de Salud infantil y del adolescente*. Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- CONSEJERÍA DE SALUD (2003): *Tercer Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA «Artículo 43». *Boletín Oficial del Estado*, número 311, de 29-12-78.
- FINKLER, K. (1992): «El cuidado de la Salud: un problema de relaciones de poder» en CAMPOS NAVARRO, Roberto (Comp.): *La Antropología médica en México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana. (Tomo 2).
- FRIAS OSUNA, Antonia (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona, Masson.
- FUENTES CABALLERO, María (2001): *Mujeres y salud desde el sur: Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género*. Barcelona, Icaria.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Inés; PINZON PULIDO, Sandra Arlethe y RIVADENEYRA SICILIA, Ana (2002): *SIDA y mujer*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud.
- KUHN, Thomas Samuel (1975): *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid, Tecnos.
- LEY 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Artículo 5. *Boletín Oficial del Estado*, número 102, de 29-04-86.
- LLANBÍAS WOL, Jaime (2003): «Los desafíos inconclusos de la salud para un mundo globalizado», en *Salud 2000, revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 91; 15-19.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998): «Salud 21, Introducción a la Política-Marco de la "Salud para todos" para la Región europea de la O.M.S.» *European Health for all*. Series nº 5.
- RUIZ de ADANA PÉREZ, Ricardo (1997): «El poder de la fragilidad: Entrevista con S. Kay Toombs», en *Revista Dimensión Humana*, (volumen 1, numero 2).
- SALLERAS SAN MARTÍ, Luis (1985): *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos.
- SERRANO GONZÁLEZ, M^a Isabel (1998): *La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid, Díaz de Santos.
- ZAPICO YÁÑEZ, Florentina y ADRIÁN ESCUDERO, Jesús (2003): «¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica», en *Revista Rol de Enfermería*, 26(2): 104-114.

Adelina Castro Rodríguez
 es Licenciada en Enfermería, Matrona del Hospital Juan Ramón Jiménez
 de Huelva y profesora de Enfermería Maternal de la Escuela Universitaria
 de Enfermería de Huelva
 Correo electrónico: adelina.castro@denf.uhu.es