



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

**Desafíos de género en la educación,  
cultura y sociedad:  
Un análisis multidimensional**

Coords.  
Elena Bandrés Goldáraz

*Dykinson, S.L.*

DESAFÍOS DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD:  
UN ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

---

DESAFÍOS DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN,  
CULTURA Y SOCIEDAD:  
UN ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL

---

Coord.

ELENA BANDRÉS GOLDÁRAZ

*Dykinson, S.L.*

2024



Esta obra se distribuye bajo licencia

Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

La Editorial Dykinson autoriza a incluir esta obra en repositorios institucionales de acceso abierto para facilitar su difusión. Al tratarse de una obra colectiva, cada autor únicamente podrá incluir el o los capítulos de su autoría.

## DESAFÍOS DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD: UN ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL

Diseño de cubierta y maquetación: Francisco Anaya Benítez

© de los textos: los autores

© de la presente edición: Dykinson S.L.

Madrid - 2024

N.º 187 de la colección Conocimiento Contemporáneo

1ª edición, 2024

ISBN: 978-84-1170-929-3

NOTA EDITORIAL: Los puntos de vista, opiniones y contenidos expresados en esta obra son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores. Dichas posturas y contenidos no reflejan necesariamente los puntos de vista de Dykinson S.L, ni de los editores o coordinadores de la obra. Los autores asumen la responsabilidad total y absoluta de garantizar que todo el contenido que aportan a la obra es original, no ha sido plagiado y no infringe los derechos de autor de terceros. Es responsabilidad de los autores obtener los permisos adecuados para incluir material previamente publicado en otro lugar. Dykinson S.L no asume ninguna responsabilidad por posibles infracciones a los derechos de autor, actos de plagio u otras formas de responsabilidad relacionadas con los contenidos de la obra. En caso de disputas legales que surjan debido a dichas infracciones, los autores serán los únicos responsables.

# INDICE

---

INTRODUCCIÓN .....	11
--------------------	----

## SECCIÓN I. GÉNERO Y EDUCACIÓN

CAPÍTULO 1. IDENTIFICACIÓN DE CUESTIONARIOS SOBRE ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL ALUMNADO UNIVERSITARIO. SCOPING REVIEW .....	14
---	----

M<sup>a</sup> CONCEPCIÓN GARCÍA ANDRÉS  
LUCÍA HERNÁNDEZ LIMA  
MARÍA FARIÑA RAMOS

CAPÍTULO 2. IDENTIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD ACADÉMICA EN ALUMNADO UNIVERSITARIO. SCOPING REVIEW .....	37
--	----

M<sup>a</sup> CONCEPCIÓN GARCÍA ANDRÉS  
MARÍA FARIÑA RAMOS  
LUCÍA HERNÁNDEZ LIMA

CAPÍTULO 3. VISIBILIZACIÓN DE MUJERES CIENTÍFICAS EN TEXTOS ESCOLARES CHILENOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN EL ÁREA DE FÍSICA .....	71
---	----

JAVIERA BRAVO COLLADO  
PAULA VERDUGO-HERNÁNDEZ  
PAOLA RAMÍREZ

CAPÍTULO 4. ¿PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA DIDÁCTICA DE LA GEOGRAFÍA? UN ANÁLISIS DEL TEXTO ACADÉMICO .....	94
--	----

MARÍA EGEA HERNÁNDEZ  
AIDA PINOS NAVARRETE  
JUAN CARLOS MAROTO MARTOS

CAPÍTULO 5. EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA INTERCULTURAL Y DEL PROCESO LECTOR EN EL AULA DE INGLÉS COMO LENGUA EXTRANJERA PARA ALUMNADO UNIVERSITARIO A TRAVÉS DE LA LITERATURA ESCRITA POR MUJERES: EL EJEMPLO DE <i>SULA</i> DE TONI MORRISON .....	111
---	-----

ANA LUJÁN JIMÉNEZ

CAPÍTULO 6. REPRESENTACIONES DE LA MASCULINIDAD EN ALUMNOS DE PRIMARIA .....	132
---	-----

DANIEL SUÁREZ BEJINES  
ÁNGELES REBOLLO CATALÁN

CAPÍTULO 7. TRANSFORMANDO LA EDUCACIÓN A TRAVÉS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: CÓMO DESPERTAR EL INTERÉS DE LOS ESTUDIANTES EN LA HISTORIA Y PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO.....	154
SEILA SOLER	
PABLO ROSSER	
CAPITULO 8. SIMONE DE BEAUVOIR ET SA VISION EXISTENTIALISTE EN CLASSE DE FLE : UNE PERSONNALITÉ ET UNE PENSÉE TOUJOURS D’ACTUALITÉ .....	172
ALEXANDRA MARTI	
MARÍA DEL CARMEN PARRA SIMÓN	
CAPITULO 9. BRECHAS DE GÉNERO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. MECANISMOS FOCALIZADOS EN ELIMINAR DESVENTAJAS .....	185
ANA MARÍA CASTRO MARTÍNEZ	
CAPÍTULO 10. EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES CONTRA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA TITULACIÓN EN DOCENTES EN FORMACIÓN.....	206
ANDREEA GABRIELA PANA	
ENRIQUE BONILLA ALGOVIA	
IRENE CARO CAÑIZARES	
EVA IZQUIERDO SOTORRIO	
CAPÍTULO 11. POSICIONAMIENTO DE LA MUJER EN LA ESTRUCTURA UNIVERSITARIA. UN ESTUDIO BAJO PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	224
VANESSA ARANDA QUIRÓS	
CAPÍTULO 12. EDUCACIÓN: MARCO FUNDAMENTAL EN EL QUE DERECHOS Y VALORES SE ENCUENTRAN. CONSTITUCIÓN, IGUALDAD Y EQUIDAD EN LA REPÚBLICA DEL ECUADOR .....	243
ISABEL DAMIANA ALONSO LÓPEZ	
JOSÉ MARÍA LÓPEZ CHAMORRO	
ROCÍO COLLADO-SOLER	
CRISTINA MÉNDEZ AGUADO	
CAPÍTULO 13. MUJERES EN LA CIENCIA: REFLEXIONES SOBRE GÉNERO, RELACIONES ÉTNICO-RACIALES Y TRABAJO EN UNA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL .....	260
VIOLETA MARIA DE SIQUEIRA HOLANDA	
CAPÍTULO 14. LA REALIZACIÓN PERSONAL Y CONDICIONES LABORALES DEL DOCENTE UNIVERSITARIO.....	283
MIGUEL POSSO-YÉPEZ	
VERÓNICA LEÓN-RON	
CRISTIAN GUZMÁN-TORRES	

SECCIÓN II.  
MUJERES, HISTORIA Y CULTURA

CAPÍTULO 15. LAS MUJERES Y EL COMERCIO EN EL REINO DE GRANADA. UNA PROPUESTA DIDÁCTICA PARA LAS CIENCIAS SOCIALES.....	306
JAVIER CONTRERAS GARCÍA	
CAPÍTULO 16. LA INFLUENCIA DE LA CIVILIZACIÓN JUDEO CRISTIANA EN LA VIOLENCIA CONTRA EL CUERPO FEMENINO....	321
MARÍA DEL CARMEN PÉREZ CASANOVA	
CAPÍTULO 17. ISABELLA LEONARDA (1620-1704), COMPOSITORA Y MONJA ITALIANA EN LA ÉPOCA DEL BARROCO .....	336
CECILIA CAPDEPÓN PÉREZ	
CAPÍTULO 18. ANNA FREUD (1895-1982): UNA PSICOANALISTA, GESTORA, INVESTIGADORA Y DOCENTE EN LA EUROPA DEL SIGLO XX .....	350
CARMEN CAPDEPÓN PÉREZ	
CAPÍTULO 19. LAS MUJERES COMO PROTAGONISTAS DE VIDEOJUEGOS: ANÁLISIS DE LOS MENSAJES Y DISCURSOS DE ODIOS DISCREPANTES EMITIDOS EN FOROS DE HABLA HISPANA ..	366
LAURA GARCÍA-HUGUET MAGDALENA MUT-CAMACHO	
CAPÍTULO 20. ANÁLISIS DE LOS MODELOS ANATÓMICOS 3D TIPO ÉCORCHÉ PUBLICADOS EN INTERNET: CALIDAD, PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD CORPORAL .....	389
ÓSCAR HERNÁNDEZ-MUÑOZ	
CAPÍTULO 21. LA CONSTRUCCIÓN DEL AMOR EN PIXAR ANIMATION STUDIOS ENTRE 1995 Y 2001: BUSCANDO ALTERNATIVAS A LA TRADICIÓN ROMÁNTICA.....	407
NEREA CUENCA ORELLANA NATALIA MARTÍNEZ PÉREZ SONIA DUEÑAS MOHEDAS	
CAPÍTULO 22. VOCES SILENCIADAS. UNA RED DE COMpositorAS E INTÉRPRETES EN EL MODERNISMO CATALÁN .....	427
MARÍA SANHUESA FONSECA	
CAPÍTULO 23. CONFLICTIVIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA EN MÁLAGA A FINES DE LA EDAD MODERNA: LA ACTUACIÓN FEMENINA A TRAVÉS DE LOS PODERES NOTARIALES .....	442
ELIZABETH GARCÍA GIL	
CAPÍTULO 24. EXPLORANDO LA VISIBILIDAD Y EL TRABAJO DESARROLLADO POR LAS MUJERES EN EL CASTELLÓN DEL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XIX.....	462
GEMA BARREDA ASENJO	

SECCIÓN III.  
PERSPECTIVAS FEMINISTAS

CAPÍTULO 25. ABORDAJE INTEGRAL DEL ACOSO SEXUAL DESDE LA PEDAGOGÍA FEMINISTA .....	476
NAÍR RODRÍGUEZ-CAL PATRICIA ALONSO-RUIDO IRIS ESTÉVEZ	
CAPÍTULO 26. REFLEXIÓN METODOLÓGICA EN UNA INVESTIGACIÓN FEMINISTA DE ESTUDIO POR ENCUESTA ....	496
MÍRIAM COMET-DONOSO PILAR FOLGUEIRAS-BERTOMEU SÒNIA ESTRADÉ	
CAPÍTULO 27. LA DESIGUALDAD DE LA MUJER ESPAÑOLA EN LA SOCIEDAD, ANALIZADA DESDE SU PARTICIPACIÓN EN EL EQUIPO OLÍMPICO ESPAÑOL .....	515
JOSUÉ RUBÉN GONZÁLEZ RUIZ MARÍA DOLORES PISTÓN RODRÍGUEZ JAVIER CONDE PIPÓ MARÍA ESTHER PUGA GONZÁLEZ	
CAPÍTULO 28. DESMONTANDO IMAGINARIOS SOCIALES SOBRE LA MENSTRUACIÓN. UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL.....	534
SARA ANTLER ORTIZ RUBÉN GREGORIO PÉREZ GARCÍA JUAN LÓPEZ MORALES GABRIELA ESTEFANÍA VÁZQUEZ PEÑA	
CAPÍTULO 29. LA NEUTRALIDAD METODOLÓGICA COMO FORMA DE VIOLENCIA EPISTÉMICA: MCDOWELL, CRARY Y LAS TEORÍAS FEMINISTAS DEL PUNTO DE VISTA.....	555
MARIO RODRÍGUEZ TAUSTE	
CAPÍTULO 30. EL TECHO DE CRISTAL DE LAS ENFERMERAS DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA.....	569
EMILIO RUBÉN PEGO PÉREZ ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ LOURDES BERMELLO LÓPEZ	
CAPÍTULO 31. COMPETING GENDER DISCOURSES IN SPANISH POLITICAL PARTIES: FROM REAL GAPS TO INVOLUTION OF RIGHTS .....	591
SILVIA MOLINA PLAZA	
CAPÍTULO 32. PRISIONERAS DE LA MARGINALIDAD: MUJERES GITANAS EN EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL .....	612
ROMINA SOLEDAD GRANA MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ-MIRANDA RUBÉN GREGORIO PÉREZ-GARCÍA	

CAPÍTULO 33. LAS MOTIVACIONES TURÍSTICAS DE LAS MUJERES DEL COLECTIVO LGBTQ+. EL CASO DE A CORUÑA .....	631
SILVINA A. LÓPEZ LEMA	
CAPÍTULO 34. MUJER OLÍMPICA: UN ARDUO CAMINO .....	647
RODRIGO CUBILLO LEÓN	
CAPÍTULO 35. REACHING A SENIOR POSITION IN ICT: STRATEGIES AND ACTIONS BY COMPANIES TO PROMOTE EQUALITY AND DIVERSITY .....	666
RITA BENCIVENGA	
FERNANDA CAMPANINI VILHENA	
CAPÍTULO 36. LA LEY 12/2023: MECANISMOS CIVILES Y DIGITALES PARA EL ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIVIENDA DIGNA .....	688
ELISA MUÑOZ CATALÁN	

#### SECCIÓN IV. VIOLENCIA Y GÉNERO

CAPÍTULO 37. CEGUERA AL SEXO: ¿DEBERÍA TENERSE EN CUENTA EL SEXO DEL AGRESOR Y DE LA VÍCTIMA EN LOS DELITOS SEXUALES? .....	704
TASIA ARÁNGUEZ	
CAPÍTULO 38. LA INSEGURIDAD Y VIOLENCIA DE LAS JÓVENES EN MÉXICO .....	725
MARLEN YADARI PÉREZ VIVEROS	
JESSICA LOANA FERREIRA LARA	
ERIKA ALEJANDRA TAMEZ LÓPEZ	
CAPÍTULO 39. DELITOS SEXUALES MÁS ALLÁ DEL CONSENTIMIENTO .....	740
TASIA ARÁNGUEZ	
CAPÍTULO 40. ROLES Y/O ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA JÓVENES .....	765
NATALIA IAÑEZ GARCÍA	
NAZARET MARTÍNEZ-HEREDIA	
GRACIA GONZÁLEZ-GIJÓN	
CAPÍTULO 41. LA MUJER A PROPÓSITO DE LA LEY 4/2023 PARA LA IGUALDAD REAL DE LAS PERSONAS LGTBI Y LA LUCHA CONTRA EL CIBERACOSO .....	782
ELISA MUÑOZ CATALÁN	

SECCIÓN V.  
GÉNERO Y SALUD

- CAPÍTULO 42. IMAGINARIOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL CONTRA NIÑAS PÚBERES ..... 797  
MARÍA MANUELA KREIS
- CAPÍTULO 43. PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN MASCULINA CANARIA Y SU PERSPECTIVA DE GÉNERO..... 815  
SANDRA ISABEL GARCÍA MORA  
CRISTIAN MATEO LEÓN  
MARÍA CONCEPCIÓN GARCÍA ANDRÉS
- CAPÍTULO 44. ASIMETRÍAS Y DISPARIDADES POR GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO ..... 833  
ALICIA LLORCA-PORCAR
- CAPÍTULO 45. RELACIÓN ENTRE SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO Y SALUD MENTAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MUJERES MIGRANTES Y AUTÓCTONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID..... 855  
EVA IZQUIERDO SOTORRÍO  
MARÍA RUEDA EXTREMERA  
IRENE CARO CAÑIZARES  
ANDREEA GABRIELA PANA

SECCIÓN VI.  
MASCULINIDADES

- CAPÍTULO 46. CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS MASCULINIDADES. REVISIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LOS ROLES BINARIOS HEGEMÓNICOS ..... 877  
ANDRÉS GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
- CAPÍTULO 47. MASCULINIDADES IGUALITARIAS Y COEDUCACIÓN: ANÁLISIS CRÍTICO Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO ..... 897  
JULIO ÁNGEL CAMACHO RUIZ  
CARMEN MARÍA GALVEZ SÁNCHEZ

## EL TECHO DE CRISTAL DE LAS ENFERMERAS DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA

---

EMILIO RUBÉN PEGO PÉREZ  
ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ  
LOURDES BERMELLO LÓPEZ  
*Universidad de Santiago de Compostela*

### 1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI las mujeres trabajadoras se han incorporado al escenario político; la guerra capitalista, las dificultades a las que están sometidos campesinos, agricultores y ganaderos, y la crisis del reforzamiento de las relaciones patriarcales; fueron responsables grosso modo de la política socialista-feminista que marcan nuevas formas y estrategias de organización (Brenner, 2014).

Las redes feministas transnacionales juegan un papel fundamental en el s. XXI, siendo aquellos recursos fundamentales para la organización socialista-feminista, a través de las que discurren los discursos feministas a nivel nacional y mundial que reestructuran los conceptos y funciones en las organizaciones (Brenner, 2014).

La Enfermería está vinculada tradicionalmente al género femenino, por tanto, hablar de feminismo y enfermería es hablar de una historia conjunta que comparte logros y dificultades. Haciendo hincapié en los términos propuestos por Hegel, cuando hablamos de enfermería, hablamos de enfermera y, por tanto, de actividades desempeñadas típicamente por mujeres como parte de un papel asignado o como “*ser en sí*”. Esta asociación entre cuidado y mujer genera de por sí un estancamiento difícil de superar. (Mínguez Moreno & Siles González, 2010).

Tradicionalmente, la enfermería ha sido también influenciada por la religión (obediencia al sacerdote y médico), que insertó plenamente en el

ADN de la enfermera la necesidad de poseer cualidades tales como docilidad, pasividad, humildad, incluyendo el desprecio total por sí mismo a las mujeres. Contrariamente, los médicos (profesión masculina delimitada tradicionalmente por un “*patriarca*”) eran los que ordenaban y poseían el pleno conocimiento para encauzar a las enfermeras, que por ellas mismas no podían comprender (o estaban en plenas facultades para hacerlo) tales atributos asignados al varón. (Siles González, 2004).

Ese *status quo*, donde la mujer y la Enfermería se desarrollan dentro del hogar, establece un mapa donde superar una identidad asignada o moral esclava, en términos nietzscheanos, engloba y define una condición dada para la mujer y la Enfermería. Este *status quo* fue repulsado tanto por los movimientos feministas, esto supuso un impedimento para aceptar una “*condición histórica necesaria*” para generar cambios e impulsar el cambio de ser históricamente en sí ligado a la mujer, tornando una identidad no dada, por una que pueda ser adquirida libre y críticamente. (Mínguez Moreno & Siles González, 2010).

La propia Organización Internacional del trabajo ha revelado la influencia del género en el desarrollo de la profesión enfermera, determinando que determinadas capacidades de trabajo, consideradas desde una visión androgénica como cualidades intrínsecas de la mujer, no se miden ni se cuantifican como indicadores de resultado profesional, fomentando la invisibilidad enfermera (Germán Bés, 2004).

La profesionalización de los cuidados diferenció los cuidados según su índole (maternales, pediátricos, paliativos, comunitarios, ...), entendiendo el cuidado de enfermería como aquel

“arte, facultad o ciencia o ser para sí abriendo una brecha entre pasado y presente”. Siles refiere “para que la Enfermería profesional sea un hecho la Enfermería doméstica tiene que morir... o al menos se deben de diferenciar de una forma suficientemente nítida hasta el punto de que, cada una dentro de las respectivas lindes resulten del todo inconfundibles”. (Mínguez Moreno & Siles González, 2010)

En España el modelo de género reforzó la subordinación de la mujer, pues se le asignaba el estereotipo de ángel del hogar y dulce esposa, la sumisión y naturaleza entre otras cualidades. Las enfermeras visitadoras y de la Cruz Roja defendieron con la Constitución de 1931 la

profesionalización enfermera, con el lema “*extender socialmente una virtud femenina privada: el cuidado*”; aunque el patriarcado fomentó la desigualdad de género en la enfermería y con ello la desigualdad en lo relativo a los requisitos, cursado, superación y nivel de las titulaciones de matrona, enfermera y practicante según el sexo. Tras la Guerra Civil española, en el año 1952 se reguló la titulación de Auxiliares Técnicos Sanitarios (ATS), precursora de la Diplomatura Universitaria de Enfermería (DUE). Las principales funciones de estos técnicos eran meramente técnicas, entre las que se encontraban aplicar las inyecciones, tópicos, cirugía menor, dispensarios, cuidado de las heridas y auxiliares del médico. (Pego Pérez; Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Alonzo, 2017).

Las DUE abarcaron un campo más autónomo; sin embargo, no sería hasta bien entrados los años 70, cuando el feminismo comenzó a revelarse contra el autoritarismo médico y su potestad sobre la formación, labor asistencial e investigadora de las enfermeras, situación que favoreció la igualdad en los planes de estudios de las DUE. (Pego Pérez; Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Alonzo, 2017).

Otro aspecto que destacar se centra en el hecho que la propia historia de la Enfermería española ha sido escrita principalmente por varones católicos y sin formación o ideología feminista, dando lugar a una concepción social de la profesión enfermera como una “*profesión feminizada*”. (Chamizo Vega, 2004).

Así, la enfermería tal como la concebimos actualmente, se fue estructurando en base a la producción del conocimiento y de la regulación de su propio ejercicio, apoyadas por una formación académica universitaria, como estructura social autónoma y legítima, fundamentada en el método científico, la investigación y en la enfermería basada en la evidencia. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En base a lo anteriormente mencionado, este capítulo analizará la situación de la enfermería y el género desde la perspectiva del valor de los cuidados de enfermería y de sus resultados.

## 2. OBJETIVOS

Analizar las principales opresiones a las enfermeras desde una perspectiva epistemológica, social, simbólica e histórica de la disciplina enfermera y sus profesionales.

## 3. METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica en las principales bases de datos y motores de búsqueda (Medline, Cinahl, scholar Google, Dialnet, EM-BASE, ERIC y PsycINFO).

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. EPISTEMOLOGÍA Y ONTOLOGÍA ENFERMERA. DEL FEMINISMO A LOS MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

El cuidado viene ejerciéndose desde los comicios de los tiempos, si bien el arte de la sanación o promoción de la vida ha sido ejecutada por varones y mujeres, el cuidado doméstico, y la matronería, eran ejercidas preferentemente por mujeres (González Canalejo, 2013). Así, la actividad de cuidar fue tradicionalmente responsabilidad propia de la mujer, ejercido en ausencia del valor social que representa, manifestándose como “*El techo de cristal*” que limita el desarrollo personal y profesional de las enfermeras (Barragán et al., 2013).

Una característica del sistema público sanitario español es su invisibilidad, gran parte de los “*aspectos relevantes de su realidad se hacen opacos a miradas externas*”, todavía es necesario buscar las causas de dicha opacidad, aunque un aspecto determinante es que la administración sanitaria tiene sus sedes fuera de los complejos hospitalarios, con lo que se desconoce la realidad asistencial en los mismos, incluso las funciones y la naturaleza de cada uno de los profesionales implicados (Infante Gómez, 2003).

En este sentido, la historia de la enfermería española de los últimos veinte años se entiende mejor si adoptamos la perspectiva *emic* que la *etic*, es decir, enfocada en una historia de luchas internas (opacas) por

la transformación del poder sanitario y por las consecuencias asistenciales (visibles), aunque sólo desde lo asistencial no se vislumbran los auténticos conflictos de poder tras cada una de las reformas del sistema (Infante Gómez, 2003).

En la cultura occidental, la enfermera adquirió histórica y culturalmente el paradigma mental patriarcal a rajatabla, llevando el modelo de sociedad victoriana al trabajo de la enfermera y subordinándola, considerándola un ser inferior y menos competente. Así, el arte de curar ha estado siempre supeditado al modelo biomédico hegemónico y andrógono, centrado en la cura de la enfermedad y no en el paciente, supeditando los cuidados y en definitiva dejando en segundo plano actividades tales como la promoción del bien estar biopsicosocial, centrado en promover y proteger la vida y conservando la salud, en definitiva, centrado en el paciente. (Aries Ré, 2018).

Atendiendo a Carol Gilligan, hay que considerar el cuidado como una ética femenina, mientras que en la sociedad democrática actual debería considerarse como una “*capacidad humana natural*”, entendida tanto para varones como para mujeres, dicho concepto parece tener su fundamentación teórica en los resultados de la práctica clínica de las enfermeras, donde a pesar del menor número de hombres enfermeros, no existen diferencias en la calidad de los cuidados asistenciales atendiendo al género (Chamizo Vega, 2004).

Simone de Beauvoir afirmó “No se nace mujer, se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana...”, haciendo hincapié en la falta de reciprocidad (por parte del varón) en lo referente a los cuidados en cualquiera de su naturaleza (Chamizo Vega, 2004).

En occidente, la enfermería moderna ha evolucionado y se ha nutrido desde el positivismos, la teoría crítica, el feminismo, el constructivismo y el posmodernismo, haciendo posible el desarrollo de teorías y modelos de enfermería que contemplan multiplicidad de paradigmas de conocimientos (Urrea & Jana, 2010).

Históricamente, la enfermera ha sido vista como un objeto subordinado, obediente, sometida, invisible y esclavizada por la profesión médica,

siendo descritas incluso como “*parásitos útiles*”, este aspecto se debe principalmente al hegemónico y androgénico pensamiento de que el arte de cuidar no académica, que además es ejercido por mujeres y que se confunde con el término de sanar, curar, diagnosticar o tratar una enfermedad y no a una persona humana. Fue a partir del s. XVIII cuando comienza a destronarse esa visión del médico hombre como un erudito y como agente superior a la enfermera, y por consiguiente a la mujer. (Aries Ré, 2018; Barragán et al., 2013). Podemos concluir así, que la realidad de la profesión enfermera en diferentes épocas (por no decir “*siempre*”) ha sido “*propia de mujeres*” y subordinada a la profesión médica “*propia de hombres*”. Esto muestra una clara relación con las construcciones culturales de género; lo que significa ser mujer u hombre, representando socialmente las atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo, que no sólo produce diferencias entre los géneros, sino que implican desigualdades y jerarquías que afectan al gremio de enfermeras y a su práctica profesional. (Barragán et al., 2013).

Lo que se conoce como “*actividad femenina*” significa una doble vertiente, por una parte, se trata de una actividad asociada a la mujer y, por otra se relaciona con la ideología con la que nace la enfermería profesional, impregnada de valores de género, abnegación, cuidado maternal, sacrificio, entrega, dulzura, generosidad (Barragán et al., 2013).

En los últimos años ha habido un esfuerzo por esbozar y reflejar el tipo de mujer perfecta que podría desempeñar la profesión enfermera, atribuyéndole características genéricas tales como (Blázquez Rodríguez, 2005; Cano-Caballero Gálvez, 2004):

- Comportamiento: emocional, comprensiva, abnegada, dadora, preparada para decidir por el otro y distanciada de la preocupación ética de darle autonomía para fomentar el autocuidado, queriendo ser para su cliente las salvadoras. Otra imagen se centra en aquella mujer malvada que desempeña una labor agresiva y que crea un ambiente de hostilidad más temible que el varón. (Blázquez Rodríguez, 2005; Cano-Caballero Gálvez, 2004).

- Perspectiva sexo-lúdica: mujer de moral dudosa, desinhibida y muy apetecible sexualmente (Blázquez Rodríguez, 2005; Cano-Caballero Gálvez, 2004).
- Sexo: el varón profesional de enfermería es considerado como un “*minimédico*” o como personal subalterno, mientras que la enfermera es una auxiliar o sirviente del médico (Blázquez Rodríguez, 2005; Cano-Caballero Gálvez, 2004).

Ampliamente en la literatura se reconoce que el sexo es un determinante de las oportunidades sociales y determinante de las construcciones sociales. Es a través de la construcción social del sexo que se puede explicar la discriminación, segregación y subordinación de las enfermeras a lo largo de la historia (Barragán et al., 2013; Blázquez Rodríguez, 2005).

La supeditación de la Enfermería al modelo hegemónico médico, y la propia administración y gestión de los cuidados en la mayoría de los hospitales, han impedido el pleno desarrollo de una autonomía en las competencias y funciones propias de la enfermera, limitando la libertad de pensamiento y el buen hacer de las agentes implicadas. Así pues, no es posible curar sin cuidar, esta visión del cuidado determinada por el rol social de la mujer y por consiguiente de la enfermera y la desigualdad de oportunidades o de disponer de una carrera profesional, se ha visto agudizada en los últimos años con la incorporación del varón a la práctica enfermera, visibilizando notablemente la desigualdad de género en la profesión. (Barragán et al., 2013).

#### 4.2. LA PROFESIONALIZACIÓN ENFERMERA A LO LARGO DE LA HISTORIA Y LA CUESTIÓN DE LA MUJER

El discurso androcéntrico predominante en el campo de la salud desde finales del s. XIX hasta la actualidad ha tenido como característica la desautorización del conocimiento de las enfermeras por ser meras “*auxiliares*” del médico, cuya práctica ha sido ejercida hasta los últimos años por varones (González Canalejo, 2013).

Los factores determinantes de la profesionalización y del avance de la Enfermería como disciplina con plenas facultades parten fundamentalmente de la actuación y las enseñanzas sanitarias derivadas de

diferentes conflictos bélicos: la Guerra de Crimea (1853) con la participación de la enfermera Florence Nightingale; la batalla de Solferino, (que inspiró a Henry Dunant para la fundación de la Cruz Roja) durante la Segunda Guerra de la Independencia Italiana o franco-austríaca (1859) y la Guerra de Secesión americana (1861) con la enfermera Dorothea Lynde Dix (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Saumell Bonet, 2012).

Fue Nightingale quien introdujo una reforma que influiría en la concepción actual de la enfermería como disciplina y como profesión. Esta enfermera victoriana transporta el modelo de la familia heteropatriarcal al hospital, considerando dentro de una visión androcéntrica que el padre en el hospital era el médico, la madre la enfermera y el niño el enfermo. Esto tiene como consecuencia que la enfermería profesional surja como una profesión subalterna (femenina) sometida a otra dominante, la medicina (masculina). (Attewell, 2010; González Gil, 2005; Narváez-Traverso, Martínez-Galiano & Pérez Martín, 2010; Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Pérez, 2017).

Desde que Florence Nightingale introdujo un cambio muy importante para la disciplina, dejando de ser una actividad puramente doméstica, la función de las enfermeras en las instituciones de salud ha obedecido al estereotipo del género femenino. Es decir, las enfermeras son *“esposas, madres y empleadas domésticas al mismo tiempo. Esposa del médico en su función de ayudante, madre de los pacientes en su curación y cuidado y servidora doméstica de las instituciones de salud”*. (Arroyo et al., 2011; Siles González, 2004).

En 1896 y con el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, el Dr. Rubio y Galí puso en funcionamiento la primera institución en España, cuya titulación se emitía a través de un certificado de aptitud (título propio para dicho hospital), que capacitaba a las estudiantes como enfermeras en medicina y cirugía. Su finalidad era la formación de mujeres laicas, pero de fe católica (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

La figura de la mujer enfermera tradicional en España estaba vinculada esencialmente con el sentimiento de la caridad, por ende, con el mundo

religioso. Concretamente, las Hermanas de la Caridad se encargaban de la gestión y distribución de los cuidados en hospitales, ya que se consideraba un trabajo de beneficencia, relacionado con la alta religiosidad del país (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

Los principios del siglo XX fueron una época de importantes avances, pero también de resistencias, pues continuamente se debatía lo que se llamó “*cuestión de la mujer*”: el análisis de si debía participar en política o no, si podía votar o no, si podían estudiar o no, lo que condicionaba su desarrollo personal y profesional (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

La “*cuestión de la mujer*” nace de la idea de instaurar un “*mundo productivo*”, en el que se olvidarían “*las labores propias de su sexo*”. Para la mujer, el trabajo doméstico, el cuidado familiar y la educación de los hijos eran la función principal de su vida, optando conjuntamente por su incorporación en el mundo laboral remunerado. La condición fundamental que contemplaba esta tesis era la incorporación de la mujer a la esfera productiva, siempre y cuando no desatendieran las funciones sociales propias de su género. El sector conservador y la propia Iglesia (monopolio de la administración de los cuidados en la tradición histórica española), presentaron gran oposición a este hecho, sin embargo, el número de aspirantes al título fue en ascenso a partir de la segunda década del s. XX. (González Canalejo, 2013).

A nivel laboral había una Ley no escrita, de que, al casarse, la mujer tenía que dedicarse exclusivamente al hogar, sumado al hecho de que necesitara la autorización del marido para optar a un empleo. No fue hasta la Ley de Relaciones Laborales de 1976 cuando se dejó de requerir este permiso. (Arce Pinedo, 2008; Jefatura del Estado, 1976; Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En España los avances tardarían en llegar, aún se conservaba la imagen de enfermera tradicional que era distinta a la actual; primero porque estaba vinculada esencialmente con el sentimiento de la caridad, por ende, con el mundo religioso; por otro lado, al no ser una profesión reglada, era ejercida por mujeres sin conocimientos científicos, con un fuerte enfoque de servilismo y bajo plena obediencia al médico. (Pego

Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Pérez, 2017; Siles González, 2004).

No sería hasta la publicación de la Real Orden de 7 mayo de 1915 y siguiendo el ejemplo de Florence Nightingale, cuando se estableció por primera vez, un programa que determinó las funciones y el papel de las enfermeras profesionales, que debían formarse en unos conocimientos teóricos necesarios, realizar el internado de prácticas y finalmente superar un examen ante un tribunal calificador, para obtener una certificación emitida por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

Posteriormente, por la Real Orden de 24 de febrero de 1917, se hizo obligatorio para las enfermeras estar en posesión del título oficial para poder ejercer la profesión, los practicantes aumentaron su presión ya que comprendieron el avance, al referir la orden que la enfermera profesional puede “*hacer todo lo que hacían los practicantes menos asistir partos*”. Una de las reivindicaciones fue la solicitud de atribuir los cuidados a pie de cama para las enfermeras y las técnicas para ellos. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En 1931 se les exigió a las enfermeras la realización un examen de re- válida para validar sus estudios, se realizaba en la Facultad de Medicina. El 7 de enero de ese mismo año se creó el Cuerpo de Enfermeras especializadas en la lucha antituberculosa y en 1935 se constituyó el cuerpo de practicantes de asistencia pública domiciliaria. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En 1932, y en esta ocasión bajo el gobierno de la II República, se estableció un nuevo marco legal, reglamentando los contenidos que debían recibir y unificando criterios, así los estudios duraban 3 cursos académicos y comprendían un total de 34 lecciones (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

Durante la Guerra Civil española, el bando republicano y el bando nacional crearon, a conveniencia, distintas figuras de enfermeras por las necesidades de la guerra. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

Durante la posguerra cobró importancia la Orden del 1 de marzo de 1940, en la que se establecía que los estudios de matrona se cursaban preferentemente en la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, cumpliendo los requisitos ser mayor de edad y tener permiso escrito del marido, si estuviese casada (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En la Orden del Ministerio de Educación Nacional del 21 de mayo de 1941, se establecieron las normas para la obtención del título de enfermera, haciendo mención especial a la Cruz Roja Española y otras instituciones similares al reconocer su idea de dar validez oficial a los estudios. El 16 de julio de ese mismo año, se publicó en el Boletín Oficial del Ministerio de Educación Nacional el programa oficial para los estudios de las enfermeras (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

La Ley de Bases de Sanidad del 22 de noviembre de 1944, estableció la titularidad del Estado para los asuntos sanitarios y benéficos y determinó los fines de la Seguridad Social que eran: garantizar la protección adecuada y la progresiva elevación del nivel de vida en los órdenes sanitario, económico y cultural. Sobre estos principios, el Instituto Nacional de Previsión (INP), que había sido creado en 1908, se configuró como una de las entidades gestoras y se le adscribió la asistencia sanitaria dentro de su régimen de competencias, bajo la dependencia directa del Ministerio de Trabajo. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023).

En el año 1946, Robinson postuló que *“la enfermera es el espejo en el que se reflejaba la situación de la mujer a través de los tiempos”*, iniciando una reflexión sobre la Historia de la Enfermería moderna y su relación con el movimiento feminista, entendido tal movimiento como una creencia en la igualdad social, política y económica entre mujeres y hombres (Mínguez Moreno & Siles González, 2010).

En el año 1953, las profesiones de ayudantes sanitarios se fundieron en la figura de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), esta fusión no se hizo realidad en la praxis enfermera hasta la década de los setenta dado que se daba una separación de sexos, no solo en los profesionales sino

en la ubicación de los usuarios de los diferentes servicios sanitarios. (Rodríguez Pérez, 2017).

Así, la llegada de la democracia impulsó la reforma del Sistema Sanitario incorporando a la enfermera a la Universidad en el año 1977. Se pasa de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), con una formación, con un marcado carácter mecanicista e individualista a Diplomadas Universitarias de Enfermería (DUE), considerándose pieza clave para el proceso de cambio y para el desarrollo y fomento de la profesión (Mínguez Moreno & Siles González, 2010).

La reforma de la Ley General de Sanidad se puede señalar como punto de referencia a la hora de establecer la materialización de un cambio paradigmático profesional en la Enfermería en España. Esa nueva forma de “*hacer*” Enfermería la bautiza como Enfermería socio-crítica y la define con capacidad para utilizar “*el tipo de conocimiento [...] propio de una Enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias*” (Mínguez Moreno & Siles González, 2010)

En la primera década del siglo XXI estas realidades se empiezan a ver cristalizadas de un modo generalizado. Posteriormente, la enfermería se incorporaría al sistema sanitario adquiriendo un nivel en el marco de los estudios superiores (MECES) en el curso académico 2009/2010, cuando se incorpora a los estudios de Grado la primera promoción de Graduados en Enfermería. La imagen social de los profesionales continuaba siendo la del antiguo practicante, y entre los más progresistas la del ATS. (Rodríguez Pérez, 2017).

En nuestros días, en los centros de atención sanitaria, se continúan empleando las siglas de ATS o DUE en los uniformes de las enfermeras, mismo en documentos oficiales, caso del Diario Oficial de Galicia (DOGA) y otros documentos internos del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Continúa vigente esta denominación, aceptada por buena parte de los profesionales, consciente o inconscientemente (Rodríguez Pérez, 2017).

Así, el modelo dominante en el sistema sanitario occidental en este momento es un modelo biomédico, piramidal y jerárquico, donde en el

vértice superior está el médico (padre), debajo la enfermera (madre) seguida por la técnico auxiliar de cuidados de enfermería, técnicos sanitarios, celadores y limpiadoras, y en el marco más inferior el enfermero (el niño), al que se le diagnostica una enfermedad sobre la que se actúa en ausencia de humanización y humanismo. Cuando se habla de una enfermera se está citando a un médico referente, “*es la enfermera del doctor X*”. (Rodríguez Pérez, 2017).

En la esfera internacional no podemos dejar de mencionar figuras de grandes teóricas enfermeras o enfermeras que en su época han recibido un reconocimiento especial, por su valentía, tesón, esfuerzo, incluso por sus gestas heroicas, como son: Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Dorotea Orem, Marjory Gordon, Lavinia Joyd Jock, Ellen Church, Callista Roy, Martha Rogers, Myra Levine, Madeleine Leininger, Larry Purnell, Rachel Spector, Campinha-Bacote, Isabel Zandal, Elvira López Mourín, entre otras (González Canalejo, 2013; Martínez Ques & Fernández Romero, 2007; Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Pérez, 2017).

Para concluir este apartado es necesario considerar que la enfermera es la profesional plenamente legitimada y autónoma que se encuentra las 24h a pie de cama del paciente, y la única profesional que tiende al cambio, a la equiparación, al cuidado personalizado y humanista y, en último término al tratamiento, diagnóstico y evaluación del paciente (Rodríguez Pérez, 2017).

#### 4.3. ENFERMERÍA Y FEMINISMO

Las sutiles influencias del feminismo, comienza a ser tendencia entre las enfermeras de forma muy sutil y paulatina, especialmente a partir de la década de los años 70. El punto de partida que defiende esta tesis feminista es el sometimiento a juicio del control que ejercían los médicos sobre la profesión enfermera, paralelamente, este movimiento supone también el punto de partida para el acceso a los niveles administrativos caracterizados como masculinos, implicando a su vez, contradicciones sobre el aspecto femenino de los cuidados que se venían realizando. (Chamizo Vega, 2004).

En el año 1988 se publicó el libro “Función de las Mujeres en la asistencia sanitaria”, bajo la edición de la Organización Mundial de la Salud. Dicha institución le dedica un capítulo a la Enfermería, a la ética feminista y a la Atención Primaria. Aunque su publicación date de casi 40 años atrás, su contenido sigue estando actualizado, ya que, aunque los cuidados se han convertido en un analizador socio-económico-político, el cuidado per se todavía no se ha convertido en un objetivo de las instituciones, incluso no se puede hablar ni debatir abiertamente de una ética feminista del cuidado. (Chamizo Vega, 2004).

Al papel subordinado hay que sumar el hecho de ser contempladas como un objeto sexual, hecho legitimado en el cine, series televisivas y algunos medios de comunicación otorgándoles un papel pasivo con funciones de auxiliadoras de los médicos, en lugar de cuidadora de los pacientes y, raramente, se las muestra como agente social activa y de cambio, con unas señas de identidad, criterio científico y autonomía profesional (González Canalejo, 2013).

Para continuar este análisis entre enfermería y feminismo debemos partir de los puntos de vista feministas, esencialmente, estas visiones cubren un espectro de creencias y supuestos, se resaltan a continuación las perspectivas teóricas más relevantes:

- Las Teorías Feministas Liberales: se trata de aquellas que proponen la misma igualdad de derechos y oportunidades, su principal argumento es que *“la raíz de la desigualdad en las mujeres está en la negación de ellas por sus derechos de igualdad y desde su aprendizaje reticente a ejercer esos derechos”*. Desde la visión de estas teorías, la ciencia es considerada como una disciplina racional e individual, y se apoya en el positivismo como forma de pensamiento empírico y esencial. Actualmente, las teóricas pertenecientes a esta rama buscan la igualdad al extender a las mujeres esos derechos y privilegios a través de una reforma social y legal de políticas fundamentadas en el principio social de igualdad. La subordinación social de las mujeres es causada por el sexo andrógino de las organizaciones de la salud, donde tradicionalmente el

médico es el patriarca y las demás profesionales las sirvientes o auxiliares. (Urra Medina, 2007).

- Las Teorías Feministas Radicales: estas teorías defienden “*que la opresión de las mujeres ha sido fundamental dentro de todos los sistemas económicos y a través de todas las culturas*”. Postulan que la opresión a las mujeres es la más frecuente y amplia en comparación con el resto de las naturalezas opresoras, esta opresión proporciona un marco conceptual para entender todas las otras formas de opresión. Las principales causas de opresión destacadas son la dominación de los hombres sobre las mujeres y el control de la sexualidad (instituta) de las mujeres por ellos. (Urra Medina, 2007). Por otra parte, rechazan la concepción del conocimiento de dominio patriarcal “como neutral, cuantitativo, libre de valor, y objetivo”. En el ámbito de los cuidados se analiza la profesión médica (masculinizada) como parte del patrón patriarcal establecido en la familia, en el que el médico es el padre de familia, la enfermera la esposa y madre y el paciente el hijo. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2023; Rodríguez Pérez, 2017; Urra Medina, 2007).
- Las Teorías Feministas Socialistas, su naturaleza se fundamenta en la defensa de los mejores aportes de las teorías feministas radicales y de la tradición marxista que defendía que la naturaleza humana es creada (condicionada) por factores tales como la biología, la genética, la sociedad, el ambiente, la familia y mediada por la praxis humana. La principal causa de opresión de estas teóricas son las desigualdades económicas asumidas por las clases sociales y por el propio género, postulando que “*las estructuras de género han mantenido la dominación masculina al proporcionar un marco para organizar la fuerza de trabajo en que las mujeres otorgan un servicio menos valorado dentro de los sistemas de libre mercado*”. Sus objetivos son la transformación de las estructuras sociales como las categorías de clase, género, sexualidad y raza. En el área de la salud, el sistema es parte del capitalismo económico

y de la estructura social, que fomenta un sistema económico imperante con una clase social dominante y elitista de profesionales, entre ellos la medicina (u otras disciplinas tradicionales como el de la abogacía, la arquitectura o la jurisprudencia). (Urta Medina, 2007).

- El posestructuralismo: busca extender lo bueno del estructuralismo y creen que las bases de la ciencia son en función de lo que puede evolucionar en una determinada situación política y en un período de tiempo determinado, así, “*su ultimo objetivo es resaltar el darse cuenta, dentro de lo que sucede en el mundo, el buscar la verdad y su significado*”, centrando su atención en la política. (Urta Medina, 2007). Se centra en el concepto de poder, uso del lenguaje y las implicaciones sociales, incorporando las experiencias de las mujeres a la primera línea de investigación (Urta & Jana, 2010).

Grosso modo, la teoría feminista posestructuralista argumenta que hay tres niveles de opresión en las mujeres en el mundo occidental:

- El sexismo: actos de discriminación específicamente determinados que privilegian al hombre y degradan a la mujer (Blázquez Rodríguez, 2005; Urta Medina, 2007).
- La estructura patriarcal: forma sistemática de opresión de las mujeres y que constriñe las experiencias de las mujeres sólo a un objeto de conocimiento sexista (Blázquez Rodríguez, 2005; Urta Medina, 2007).
- El falocentrismo: atribuido a lo masculino como abstracto y universal un modo de encubrir a la mujer concreta y potencial a través de una forma representativa o discursiva de la opresión femenina (Blázquez Rodríguez, 2005; Urta Medina, 2007).

Un total de siete debilidades han sido analizadas en el análisis de la integración e igualdad de oportunidades en el marco laboral de la mujer, haciendo énfasis para la disciplina enfermera en los puntos cuatro, seis y siete (Aries Ré, 2018; Blázquez Rodríguez, 2005):

1. Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.
2. Utilizar el método científico.
3. Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educativo (universidades).
4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.
5. Desarrollar un Código de Ética o Deontológico.
6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.
7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.

En el “*Foro sobre la Fuerza Trabajadora de Enfermería*” (Canadá, 2001) las Asociaciones Nacionales de Enfermería manifestaron su preocupación por el empeoramiento de las condiciones de trabajo debido esencialmente a los siguientes aspectos (Aries Ré, 2018; Blázquez Rodríguez, 2005):

- Escasos puestos de trabajo.
- Aumento de la carga de trabajo.
- Reducción del tiempo de relación con los pacientes.
- Mayor probabilidad de tener que quedarse en el trabajo o tener que volver al trabajo en horas libres.
- Aumento de la jornada de trabajo (de 8 horas a 12 horas).
- Exigencias en cuanto a los insumos utilizados durante el trabajo (realización de técnicas).
- Agresiones y acoso sexual
- Un peor entorno físico y psicológico de trabajo debido al aumento de las horas extra, dificultades para la contratación de personal interino, ausencias por enfermedad, invalidez y suicidio

El mismo informe aborda estos aspectos espinosos y expone los peligros de futuro en lo relativo a la profesión enfermera si no se comienza a actuar desde la regulación política (Aries Ré, 2018; Blázquez Rodríguez, 2005):

- Todos los países tienen o tendrán escasez de enfermeras.
- Iniciativas para escalonar y retrasar la jubilación (proceso altamente negativo).
- La violencia en el lugar de trabajo.
- Las ratios enfermera/pacientes.
- Rechazo de la asignación, pudiendo estar una enfermera obligada a participar en procesos o procedimientos médico-asistenciales que van contra sus creencias religiosas o contra su moral que dictamina que es un crimen o un acto malvado.
- La comunidad de enfermería es vulnerable: desigual distribución por edades, orígenes culturales diferentes a los de la población en general.
- Las enfermeras trabajan en ambientes peligrosos: pinchazos infecciosos o mortales.

Es necesario considerar que muchas actividades e intervenciones enfermeras también son invisibles, principalmente aquellas actitudes que se relacionan con la gestión y la inteligencia emocionales, esta invisibilidad se debe en parte a que muchas de ellas no son medibles (mostrar empatía, infundir esperanza, ...). Aries Ré (2018), refiere: *“Es interesante observar que, en los países donde sólo la medicina ha alcanzado un alto grado de progreso y la enfermería no, el estado de salud de la población no refleja el nivel de progreso logrado por la medicina”*.

Aunque en la práctica asistencial el número de mujeres enfermeras en Europa supera el 85% del total de las profesionales, en el ámbito administrativo/gestor, principalmente en la carrera administrativa superior, la presencia femenina en estos puestos de poder y decisión continúa siendo prácticamente inexistente (Barragán et al., 2013).

Finalmente cabe destacar que en el ejercicio profesional de enfermería los varones ejercen una práctica acorde al estereotipo masculino (técnicas, instrumentación, integrarse en equipos masculinos de médicos...) pese a ser minoría dentro del grupo profesional, reflejo de la desigualdad que enfrentan las mujeres incluso en espacios feminizados de origen (Barragán et al., 2013).

## 5. CONCLUSIONES

La evolución histórica de la enfermería moderna implicó un intento de integración de las teorías feministas que lucharan contra la opresión y las desigualdades entre mujeres y hombres, sin embargo, la figura de enfermera se sigue aproximando a la figura de esta en la época victoriana (la de sirvienta o auxiliar, que asume un rol de madre o esposa) (Aries Ré, 2018). Virtudes femeninas como el rol de servicio, trabajo doméstico no remunerado, docilidad, prudencia, amabilidad, encanto, pudor e incondicionalidad son atributos femeninos que convergen y han favorecido que sea más el número de mujeres que eligen la carrera de enfermería, en la actualidad existe un cambio en este paradigma, donde se atribuía el cuidado a la mujer, intentando otorgarle al hombre la oportunidad de ejercer los roles de cuidador y proveedor de cuidados, no sólo en la esfera profesional (la enfermería), sino en el ámbito doméstico (como padre, esposo, abuelo, ...) (Rodríguez Alonzo, 2017).

Potenciar el género femenino dentro de la Enfermería para ocupar cualquier puesto dentro del ámbito de la salud resulta fundamental, ya que como recoge Barragán et al. (2013): *“Las enfermeras (mujeres) serán olvidadas si ellas se olvidan de pensar sobre sí mismas”*.

A pesar de estas virtudes o estereotipos femeninos, la enfermería ha logrado paulatinamente espacios y reconocimiento en la sociedad, mención relevante adquiere la función social de la enfermera durante la pandemia por SARS-CoV-2, así como cambios en la relación profesional con los médicos pasando de ser meras servidoras o auxiliares, a constituirse como profesionales plenamente legitimadas que colaboran en el proceso de salud y enfermedad desde una relación horizontal, inter y transprofesional (Rodríguez Alonzo, 2017).

## 6. REFERENCIAS

- Aguilera Sastre, J. (2021). Para una historia de las asociaciones femeninas en España. *La Asociación Nacional de Mujeres Españolas y la Unión de las Mujeres de España: similitudes y discordancias (1918-1921)*. *Feminismo/s*, (37), 131-160.
- Arce Pinedo, R. (2008). *Dios, patria y hogar: la construcción social de la mujer española por el catolicismo y las derechas en el primer tercio del siglo XX*. Ed. Universidad de Cantabria.
- Aries Ré, C. (2018). Complejidad de la situación social en Enfermería. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(2), 63-86.
- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000300008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000300008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Attewell, A. (2010). Florence Nightingale (1820-1910). *Temperamentvm*, 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t0111.php>
- Barragán Hernández, O., Hernández Villa, E.A. & Peralta Peña, S. L. (2012). Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 15, 34-37.
- Blázquez-Rodríguez, M. (2005). Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*, 14(51), 50-54.
- Brenner, J. (2014). *El feminismo socialista en el siglo XXI*. Sin permiso. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/sites/default/files/textos/brenn.pdf>
- Cano-Caballero Gálvez, M. D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13(46), 34-39.
- Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, 13(46), 40-44.
- Germán Bés, C. (2004). Género y enfermería. *Index de Enfermería*, 13(46), 07-08. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200001&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200001&script=sci_arttext)
- González Canalejo, C. (2013). Análisis Histórico de la situación de las enfermeras y matronas en España. Una perspectiva Global. *RAUDEM. Revista de Estudios de las Mujeres*, 1, 50-65.

- González Gil, T. (2005). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados*, 1(17), 33-40.
- Infante Gómez, L. M. (2003). Curar versus cuidar: las consecuencias que la orientación docente de la Diplomatura Universitaria de Enfermería ha provocado en los profesionales españoles. *Tempora*, 123-140.
- Jefatura Territorial del Estado. (1976). Ley 16/1976, de 8 de abril, de Relaciones Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 96, de 21 de abril de 1976, páginas 7894 a 7902. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1976-8373>
- López Valdecillo, M. (2016). Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940). Universidad de Valladolid (España). Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/1651>
- Martínez Ques, A. A., & Fernández Romero, F. (2007). El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres: Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Index de Enfermería*, 16(56), 62-65.
- Mas Espejo, M. (2016). El cuerpo de damas enfermeras de la Cruz Roja española: formación y contribución a la labor cuidadora y social. Universidad de Alicante (España). Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/62388/1/tesis\\_mas\\_espejo.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/62388/1/tesis_mas_espejo.pdf)
- Mínguez-Moreno, I., & Siles González, J. (2010). Crisis de identidad enfermera: origen y ¿superación a través de la práctica reflexiva en el entorno comunitario? *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 3(2), 92-96. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/133752/1/Minguez-Moreno\\_Siles-Gonzalez\\_2010\\_RIdEC.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/133752/1/Minguez-Moreno_Siles-Gonzalez_2010_RIdEC.pdf)
- Narváez-Traverso, A., Martínez-Galiano, J. M., & Pérez-Martín, B. (2010). Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. *Index de enfermería*, 19(4), 299-302.
- Pego Pérez, E.R.; Bermello López, L. & Rodríguez Pérez, I. (2023). Elvira López Mourín. Un viaje de altura. Diputación de Lugo (Lugo, España). Depósito Legal LU 23-2023.
- Rodríguez Alonzo, E.L. (2018). Género y desarrollo de enfermería en Yucatán. *Revista Salud y Bienestar Social*, 1(1),74-93.
- Rodríguez Pérez, I. (2017). Os coidados culturais de enfermaría: Unha alternativa á xestión tradicional da profesión (Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela).

- Saumell Bonet, J.E., González, S., Serrano, F., Devesa, M., & Jiménez, H. (2012). Inicios de la enfermería militar en la aviación militar española. *Cultura de los cuidados*, (33), 30-37. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24149/1/CC\\_33\\_04.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24149/1/CC_33_04.pdf)
- Sellán Soto, M.C. (2010). Capítulo 2. El contexto de la profesionalización de la enfermería en España, en *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Universidad de Madrid (España), 126-131.
- Siles González, J. (1997). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería clínica*, 7(4), 189.
- Siles González, J. (2004). *Historia de la enfermería*. Difusión Avances de Enfermería, 2ª Ed., España. ISBN: 978-84-8018-164-8.
- Urra, E. (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y enfermería*, 15(2), 9-18.
- Urra, E., & Jana, A. (2010). El uso de un paradigma emancipador para la teoría feminista posestructuralista en la investigación de enfermería: sus implicancias y desafíos. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 15-25.
- Urra Medina, E. (2007). La teoría feminista post-estructuralista y su utilidad en la ciencia de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 13(2), 9-16.