

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 8 OCTUBRE 2019

EDITORIAL

A propósito de nuestra intracomunicación

Luis Cibanal Juan

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Revisión bibliográfica

Carla del Olmo Climent, María Cuerda Ballester, David Sancho Cantus

MISCELÁNEA

Simbología del poder. El caso de las puertas en las unidades de hospitalización psiquiátrica

Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja

Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder

Alicia Méndez-Salguero, José Eloy García-García



AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Javier Sánchez Alfonso, Enfermero especialista en Salud Mental.
Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés (Madrid) España.

Editora

Vanesa Sánchez Martínez, Profesora Doctora.
Universidad de Valencia. España.

Editor Asociado

Carlos Aguilera Serrano, Doctor enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Motril (Granada). España.

COMITE EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia, Investigación y Formación para el Emprendimiento de México. México.*

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*

José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Rocío Juliá Sanchís, *Universitat d'Alacant. España.*

Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*

Juan Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*

María Teresa Lluch Canut, *Universitat de Barcelona. España.*

José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*

Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*

Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*

Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*

Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga. España.*

Assumpta Rigol Cuadra, *Universitat de Barcelona. España.*

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Ventosa Esquineldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. España.*

David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Esther Vivancos González

Dña. Victoria Borrego Espárrago

Dña. Isabel Jordán Martínez

© AEESME, 2019

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2** **A propósito de nuestra intracomunicación**
About our Intracommunication
Luis Cibanal Juan

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 4** **Calidad de vida en pacientes con Fibromialgia. Revisión bibliográfica**
Quality of Life in Patients with Fibromyalgia: A Literature Review
Carla del Olmo Climent, María Cuerda Ballester, David Sancho CantusJuan

MISCELÁNEA

- 11** **Simbología del poder. El caso de las puertas en las unidades de hospitalización psiquiátrica**
Symbols of Power. The Case of Doors in Acute Psychiatric Wards
Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja
- 15** **Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder**
Scarce Presence of Female Nurses in Positions of Power
Alicia Méndez-Salguero, José Eloy García-García



A propósito de nuestra intracomunicación

About our intracommunication

Luis Cibanal Juan

Fecha de recepción: 16 de septiembre de 2019 / Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2019

EDITORIAL

A menudo solemos hablar sobre la comunicación y relación de ayuda hacia el otro. Hoy quisiera que nos preguntemos: ¿Cómo nos comunicamos con nosotros mismos? ¿Qué paradigmas son los que nos guían? ¿Qué conocemos sobre cómo es nuestro mundo interior? ¿Cómo nos sentimos cuando nos estamos comunicando con un tú?

Decía Albert Einstein que la pregunta más importante que cada uno de nosotros hemos de responder es: “¿Estoy en un Universo amigable o en un Universo hostil?”. Si la respuesta que damos es que nuestro Universo no es amigable, entonces lo lógico es que nos sintamos pequeños y permanentemente amenazados, y con miedo ante sus juicios, valoraciones, interpretaciones sobre nosotros. Sin embargo, si pensamos que sí lo es, que el Universo es amigable, viviremos más tranquilos y más serenos, con una mayor confianza, respeto y admiración ante la riqueza del tú y que se convierte en la alegría del encuentro.

Hoy ya sabemos, por los estudios científicos realizados sobre neuroplasticidad, que vivir en un estado de tensión permanente ofusca nuestras capacidades mentales y daña severamente nuestro cuerpo y por consiguiente nuestra forma de relacionarnos con el otro. Al sentirnos pequeños y a merced de las circunstancias, nos obsesionamos con convertirnos en personas importantes y con poder. Sin embargo, cuando uno se fía más de la vida porque reconoce en ella una Inteligencia y un Amor inigualables, ya no vive más con angustia, sino con calma, serenidad, confianza, sabiendo que nunca está solo. Cuando sentimos que alguien no nos juzga, sino que nos mira cómo se mira aquello que se ve como precioso, algo empieza a despertar dentro de nosotros.

A medida que nuestra vida interior se enriquece, también se transforma nuestra percepción, nuestra forma de pensar, de sentir y de actuar. Ya no vemos las cosas y las personas como las veíamos antes. Ya no vemos a las personas como distantes, sino como distintas. Es como si el enriquecimiento de nuestra vida interior nos permitiera ahora ver en las cosas y sobre todo en las personas las dimensiones de comprensión, compasión, empatía, aceptación..., que antes se nos escapaban.

Quienes han alcanzado una madurez espiritual no están permanentemente a la defensiva, porque se han dado cuenta de algo importante: que la protección que les ofrece su ego no es sino una dañina ficción. Nuestro ego, que no es más que nuestra ficción de una separación con la Vida, es incapaz de mantener el mundo del espíritu. Resulta sorprendente que toda nuestra forma de percibir, de pensar, de sentir y de actuar pueda tener lugar a través de nuestro ego y no de nuestro espíritu, de aquí que continuamente estemos preocupados por el qué dirán por la imagen. Por eso, esta inautenticidad se refleja en casi todas nuestras manifestaciones. Si queremos a alguien, lo hacemos para obtener algo a cambio, sea seguridad o reconocimiento. Si contribuimos a una labor social, lo hacemos para ganar relevancia ante otros o para sentirnos valiosos e importantes. Quien sabe en lo más profundo de su ser que es valioso, no necesita sentirse valioso a cada instante. Al no ser el ego más que una creencia de que estamos separados de resto del mundo y que nos hallamos solos y en peligro, está permanentemente comparándose y a la defensiva. Al no fiarse de la Vida, ve peligros en todas partes y, cuando no los hay, se los inventa.

“Cuanto más identificados estemos con nuestro ego, más asustados viviremos y más agresivos nos volveremos”. Haremos todo lo que haga falta y nos pondremos todas las caretas que podamos fabricar para ocultar nuestra inseguridad y nuestro miedo. Lo opuesto al miedo siempre es el amor. Quien ama de verdad a los demás no se siente amenazado, y por eso no tiene miedo.

Recordemos que toda persona que es agresiva en su comportamiento lo es porque sufre. Su conducta no refleja otra cosa que sus sentimientos de confusión, desconfianza y soledad, que son con frecuencia el resultado de experiencias pasadas no resueltas. Estas experiencias le hacen sentir que está en un mundo al que no pertenece y al que jamás se podrá adaptar. Por eso la compasión es una virtud tan importante, tanto para nosotros mismos como para los demás, porque implica, por una parte, una comprensión de que esa persona sufre y, por otra, un deseo de ayudarla a eliminar ese sufrimiento. Vemos que cuando media la compasión, llegamos a un planteamiento ante el conflicto interpersonal, completamente distinto. Ahora, hemos sustituido el deseo de vengarnos de esa persona que nos ha ofendido por el deseo de ayudarla. No cabe duda de que el desarrollo de la virtud de la compasión implica un trabajo exigente con uno mismo para abrir poco a poco ese espacio de libertad que es el que nos va a permitir responder voluntariamente en lugar de reaccionar de manera automática.

Hay algo profundo que sorprende a la otra persona cuando nuestros ojos, nuestro tono de voz, nuestros gestos y nuestras acciones están expresando interés y cercanía. Es cuando esta conexión se debilita, cuando más distantes vemos a los demás, cuando más solos nos sentimos y cuando más miedo tenemos. Recordemos que no puede existir felicidad sin el otro, no puede haber transcendencia sin tener presente al otro. La felicidad es el gozo interior, fruto del encuentro. Intentemos ver más allá de lo que las personas expresan con sus palabras y sus conductas. Se trata de entender lo que hay detrás de las apariencias. No buscamos estar de acuerdo con lo que hace alguien, sino simplemente escuchar, comprender y conectar. No hay manera de establecer puentes si solo nos fijamos en la distancia que nos separa. Hay personas que no nos lo van a poner fácil, pero esas personas se convierten por ello en nuestros maestros. Son ellos los que nos van a obligar a esforzarnos, a ayudarnos a crecer en nuestra capacidad de empatizar, conectar e influir y amar.

Si reflexionamos un poco, nos daremos cuenta de que, cuando intentamos cambiar a alguien porque tiene una forma de ser que no nos gusta, lejos de obtener lo que queremos, conseguimos el efecto contrario. Sin embargo, cuando, independientemente de la forma de ser de alguien, le seguimos tratando con respeto, benevolencia, compasión y firmeza sin dureza, esa persona puede darse cuenta por ella misma de hasta qué punto necesita cambiar ciertos aspectos de su forma de ser.



Calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Revisión bibliográfica

Quality of Life in Patients with Fibromyalgia: A Literature Review

Carla del Olmo Climent, María Cuerda Ballester, David Sancho Cantus

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia, España.

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2018 / Fecha de aceptación: 4 de agosto de 2019

Resumen

Objetivo: Describir el impacto de la fibromialgia sobre el estado de salud y calidad de vida de las personas afectadas por fibromialgia (FM).

Método: Revisión bibliográfica de estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, evaluados con instrumentos validados.

Resultados: Se analizaron 31 estudios, los cuales fueron mayoritariamente de diseño observacional transversal. Las dimensiones más afectadas fueron la función física, el dolor y estado mental. Los factores como el sedentarismo y la actividad física fueron significativos en esta población. La prevalencia de fibromialgia fue significativamente más alta en mujeres, casadas, con bajo nivel de estudios y amas de casa.

El instrumento más utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud fue el cuestionario *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ).

Conclusiones: Los parámetros estudiados han permitido evaluar las necesidades de los pacientes y alcanzar un conocimiento más integral del proceso de esta enfermedad.

Palabras clave: fibromialgia, calidad de vida, dolor, enfermedades reumáticas.

Abstract

Objective: To describe the impact of fibromyalgia on the state of health and quality of life of people affected by fibromyalgia (FM).

Method: Literature review of studies on the quality of life related to health in people with FM, evaluated with validated instruments.

Results: Thirty-one studies were analyzed, which were mainly of transversal observational design. The most affected dimensions were physical function, pain and mental state. The factors like sedentary lifestyle and physical activity were significant in this population. The prevalence of Fibromyalgia was significantly higher in women, married, with low level of education and housewives.

The most used instrument to measure quality of life related to health was the *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ).

Conclusions: the parameters studied have allowed to assess the needs of patients and achieve a more comprehensive knowledge of the process of this disease.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, pain, rheumatic diseases.

Introducción

La fibromialgia (FM) es la segunda afección más frecuente entre las enfermedades reumáticas. Tiene un curso crónico y un impacto considerable sobre el bienestar físico, psicológico y social del paciente. Está reconocida como un diagnóstico diferenciado desde 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

y tipificado en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-9). Existen controversias sobre su etiología y tratamiento; pese a ello, queda patente la necesidad de enfocar las acciones sanitarias hacia una atención integral de los afectados¹.

Hoy día, representa uno de los mayores retos planteados a la sanidad, tanto por su elevada prevalencia

como por las consecuencias que de ella se derivan al paciente, a sus familiares y al entorno sociolaboral^{2,3}.

La FM se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, acompañado de un cuadro sintomático complejo que engloba trastornos del sueño, fatiga intensa, disminución del umbral del dolor y alteración en la dimensión psicológica y afectiva. Este cuadro sintomático conlleva un impacto considerable sobre las actividades cotidianas y la capacidad de trabajo de estos pacientes, repercutiendo en su calidad de vida. Signos y síntomas como rigidez articular, cefalea, vértigo, intestino irritable y síndromes de vejiga, fenómeno de Raynaud, síndrome de piernas inquietas, dismenorrea, sensación de tumefacción en manos, parestesia en extremidades y cambios en el color de la piel reticular, a menudo acompañan a la FM. Igualmente, hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos denominados puntos gatillo o *trigger points*, los cuales corresponden a zonas fisiológicamente más sensibles a la presión. A pesar del dolor, las estructuras afectadas no presentan daño o inflamación³⁻⁵.

Una parte importante en la FM son los trastornos psicológicos. En diversos estudios se ha observado que el diagnóstico de episodios depresivos es más frecuente en los pacientes con FM (71 %), comparados con grupos control (12 %). Otros estudios demuestran que la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, haciendo que éste se perciba con mayor intensidad y viceversa. Algo similar ocurre con los trastornos de ansiedad, siendo en estos pacientes más frecuentes (26 %). Aunque la gran mayoría de pacientes no cumple criterios de trastorno psiquiátrico, los síntomas psicológicos son comunes. Se considera la segunda patología reumática más frecuente, superada por la osteoartritis y tiene una prevalencia poblacional que varía entre el 10 % y 15 %, según un estudio realizado en diversos países europeos^{6,7}.

En el ámbito nacional, la prevalencia es del 0.7-10 % de la población. El estudio EPISER 2000 es uno de los proyectos estratégicos de la Sociedad Española de Reumatología (SER), así como el estudio de la prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española adulta mayor de 20 años. Este fue el primer estudio de base poblacional representativo en población adulta de España, en el que se estimó la prevalencia e impacto de 6 entidades reumáticas, entre ellas la FM. Sus resultados se consideran representativos de la población española⁸.

Centrándonos en la sintomatología, los resultados muestran que el 8.1 % de las personas encuestadas refería dolor musculoesquelético generalizado el día de la entrevista y un 5.1 % del total cumplía requisitos para considerarlo crónico (duración superior a 3 meses). La mayor parte de estos pacientes presentaban dolor a la palpación en varias zonas del cuerpo. En la población mayor de 20 años, esto sucedía en el 2.4 %, lo que representa en valores absolutos que en España hay unas 700 000 personas afectadas por la FM y cada año se diagnostican unos 120 000 casos. Si nos fijamos en la diferencia entre sexos, se observa que en hombres se estima en un 0.2 %, frente a un 4.2 % en las mujeres, lo que supone una relación de prevalencia hombre-mujer de 1:21^{8,9}.

Durante el año 2016, la SER propuso la realización de un nuevo estudio epidemiológico de enfermedades reumáticas en adultos, dado los importantes cambios poblacionales que se han producido en nuestro país y que podrían influir en la prevalencia de las enfermedades reumáticas. En colación a esta propuesta y según datos del Instituto Nacional de Estadística, se ha observado que las personas mayores de 64 años han aumentado en un 2.2 % el índice de envejecimiento, el aumento del porcentaje de la población extranjera ha sido de un 5.3 % y el sobrepeso y la obesidad se han incrementado en un 17.6 % y un 3.6 % respectivamente (datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2000 y la Encuesta Europea de Salud de 2014). Todos estos cambios en factores que influyen en las enfermedades reumáticas hacen que esté más que justificada la reedición del estudio EPISER^{10,11}.

Por edades, la FM se manifiesta en todos los grupos de edad, aunque existe una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años siendo escasamente frecuente en mayores de 80 años. No obstante, la diversidad sintomatológica del cuadro de FM y las dificultades para llegar a un diagnóstico preciso afectan directamente al consenso sobre su prevalencia, que difiere según los estudios, barajándose cifras de un 2-4 % en la población general, entre un 2-6 % en las consultas de atención primaria, llegando hasta un 10-20 % en las consultas de reumatología^{3,12}.

Calidad de vida en pacientes con fibromialgia

En este apartado se mezclan dos términos, la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) y la calidad de vida (CV).

Por una parte, la CVRS hace mayor énfasis en la evaluación, por parte del individuo, de las limitaciones en las áreas biológicas, psicológicas y sociales que ha podido desarrollar la paciente a partir de su enfermedad. Este concepto es importante, ya que el bienestar de los pacientes es un punto crucial para considerar el tratamiento adecuado sin mermar su bienestar¹³.

Algunos autores consideran la CVRS como una parte de la CV general, mientras que otros sugieren que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones. Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugiere que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios, como resultado de intervenciones médicas. Así pues, debe limitarse para medir la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, así como el resultado obtenido de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria. A consecuencia de ello, lo consideramos como una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes¹⁴.

Instrumentos de valoración más utilizados en la evaluación de la fibromialgia

Los instrumentos o escalas de medida de la CVRS incluyen diferentes ítems que permiten la evaluación del funcionamiento físico, social y emocional. En el ámbito general, se pueden aplicar en un amplio espectro de enfermedades y en toda la población. En el ámbito específico, se centran en aspectos más concretos de la salud y en una sola patología determinada. Estos instrumentos deben tener propiedades que nos garanticen la validez (veracidad de la prueba) y la fiabilidad (consistencia de la prueba). Un estudio reciente encontró que los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en personas con FM fueron las escalas de ámbito general: Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36) y World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF) y en el ámbito específico: Fibromyalgia Impact Questionnaire 1994 (FIQ), los cuales han sido adaptados a diferentes países e idiomas y presentan una buena estructura conceptual, excelente validez y fiabilidad^{1,15}.

Por una parte, el cuestionario FIQ evalúa el impacto de la FM en 10 dimensiones: capacidad física, trabajo habitual, afectación de la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, sensación de cansancio, rigidez, sensación de bienestar, ansiedad y depresión. En otras

palabras, evalúa los síntomas psicológicos y físicos, lo que permite una medición amplia de los diferentes indicadores de FM.

Por otro lado, el cuestionario MOSSF-36, permite evaluar el estado de salud y CVRS en personas sanas y enfermas. Genera un perfil de 8 dimensiones: dolor corporal, desempeño físico, función física, salud general, desempeño emocional, función social, salud mental y vitalidad^{1,15}.

Las intervenciones de enfermería en pacientes con FM son esencialmente de carácter paliativo y educativo; se llevan a cabo principalmente en escenarios comunitarios, con el propósito de aprender a manejar el dolor, disminuir la ansiedad, mejorar el patrón de sueño y conservar la energía para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana¹⁶.

Basándonos en la información recabada, nuestro objetivo principal es conocer mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica el impacto de la fibromialgia sobre el estado de salud y calidad de vida de las personas afectadas.

Material y métodos

Revisión bibliográfica de la literatura sobre la CVRS en pacientes con FM. Las variables incluidas en el estudio fueron la función física, salud mental, función social, función cognoscitiva, sueño y descanso, alimentación, función del rol, fatiga, función sexual, dolor, salud percibida, impacto de la enfermedad y variables sociodemográficas. Aunque las más comúnmente evaluadas fueron el dolor, la calidad de vida y la funcionalidad.

La búsqueda se realizó entre los meses de diciembre de 2017 y mayo de 2018. Las bases de datos que se emplearon para hacer la búsqueda de la literatura científica fueron Cuiden, Pubmed, Scielo, Redalcy y Dialnet.

Los descriptores utilizados fueron “Fibromialgia”, “Fibromyalgia”, “Calidad de vida”, “Quality of life”, “Calidad de vida relacionada con la salud”, “Health related quality of life”.

Se siguieron una serie de criterios para la elección de los distintos artículos, los cuales se especifican a continuación:

1. Criterios de inclusión:

- Estudios en castellano e inglés.
- Estudios en los que se hayan empleado instrumentos de medición de la CVRS validados por expertos.
- Estudios con consentimiento informado de los pacientes.
- Artículos publicados durante los últimos 6 años.
- Pacientes adultos.
- Pacientes diagnosticados según el criterio de clasificación del Colegio Americano de Reumatología para pacientes con FM.

2. Criterios de exclusión:

- Estudios que aplicaban las escalas de valoración a la población juvenil.
- Estudios sin texto completo.
- Estudios que no evaluaban la CVRS en pacientes con FM.
- Estudios que no son originales.
- Estudios que no incluyesen escalas de valoración de CVRS.

Selección de artículos

La búsqueda de la información se realizó siguiendo el protocolo DETAC de investigación, que tiene como objetivo minimizar errores, ayudar a la planificación y realización de estudios de adaptación transcultural y validación de los cuestionarios sobre calidad de vida. El protocolo consta de 5 pasos, y cada uno de ellos se refiere a una fase de investigación: D: definir; E: esquematizar; T: traducir; A: aplicar; C: consolidar, analizar y presentar los datos del estudio. Siguiendo los pasos se consideró en cada estudio los objetivos, los problemas planteados, los instrumentos para evaluar la validez de contenido, la reproducibilidad y la coherencia interna, además de si valoraba la respuesta a la intervención y si la muestra de población era representativa de la comunidad estudiada.

Se seleccionaron todos aquellos artículos que incluían escalas de valoración de la CVRS en pacientes con FM, mediante cuestionarios genéricos u específicos de la enfermedad. No obstante, se priorizaron aquellos estudios que utilizaron cuestionarios multidisciplinares específicos, ya que se aprovechó para examinar otras dimensiones más allá de los síntomas físicos como, por ejemplo, el impacto social, emocional y otras actividades que impactan en la vida diaria.

Resultados

El diseño de estudio más utilizado fue el de tipo observacional transversal, presente en 16 de los 31 artículos elegidos. En cuanto al idioma, 16 fueron publicados en inglés y los restantes en español. El tamaño muestral medio de los estudios fue de 921.61 sujetos, aunque se distingue una gran variabilidad de estas cifras en cada estudio, con muestras que van desde los 27 pacientes a un máximo de 6394 participantes.

Características de la población

En cuanto a las características de los individuos estudiados, eran personas con diagnóstico clínico reumatológico de FM según el American College of Rheumatology (ACR) y la edad promedio de los seleccionados fue de 48 años. Por otra parte, la duración media de la enfermedad fue de 7.52 años, la de los síntomas que presentaban los individuos fue de 9.5 años y el promedio de años desde el diagnóstico fue de 6.8 años.

En 11 de los 31 artículos seleccionados, la población estudiada fue exclusivamente femenina, 17 artículos incluyeron personas de ambos sexos y los estudios restantes no especificaron dicho dato. En todos los estudios que incluían tanto población masculina como femenina, la muestra de mujeres fue notablemente superior a la de hombres, probablemente justificado por la alta prevalencia de la enfermedad en la población femenina.

Por lo que respecta a la procedencia de los pacientes, encontramos que, en 20 artículos, los pacientes fueron cribados a través de las referencias de los servicios de reumatología de los centros hospitalarios y centros ambulatorios, mientras que fueron 6 los artículos que reclutaron la población a través de asociaciones de pacientes con FM y 5 artículos analizaron la población de otros ensayos ya existentes.

Los estudios con datos sociodemográficos disponibles describen que la mayoría de los individuos eran mujeres de media edad, casadas, amas de casa la mayoría y una minoría de mujeres activas. El nivel de estudios predominante entre los individuos era educación secundaria, encontrando sólo dos estudios que el nivel educativo era universitario. El nivel económico de la población estudiada fue por lo general medio. Centrando la atención en el consumo de tabaco y alcohol, los estudios revelaron que los individuos no eran usuarios de estas sustancias, sin embargo, muchos de ellos sí

tomaban antidepresivos, benzodiacepinas o antiinflamatorios. En cuanto a la presencia de sedentarismo y la falta de actividad física, fue significativa en esta población, hecho vinculante al sobrepeso que presentaba la mayoría de los pacientes y algunos artículos señalaron la presencia de otras comorbilidades simultáneas con la FM.

El instrumento más utilizado para medir la CVRS fue el del ámbito específico, FIQ, concretamente en 17 artículos, seguido en segundo lugar por el cuestionario de ámbito genérico MOSSF-36, el cual utilizaron 15 artículos.

La mayoría de estudios evaluaron el estado mental de los pacientes antes de incluirlos en la investigación, ya que algunos artículos presentaban como criterio de exclusión la presencia de algún tipo de enfermedad mental. Otros consideraron el factor psicológico en su estudio como importante dada la gran influencia que tiene en los pacientes con FM. Para ello, las escalas más utilizadas fueron HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), seguida de la STAI (State-Trait Anxiety Inventory) y BDI (Beck Depression Inventory). Casi la totalidad de los estudios que evaluaron esta dimensión evidenciaron sintomatología ansiosa, depresiva o ambas en los individuos del estudio, lo cual tenía un impacto importante en la salud percibida y CV de las personas con esta enfermedad.

Otras áreas afectadas y que presentaron mayor impacto fueron la función física, la salud general y el dolor. También se observaron alteraciones en el patrón sueño-descanso.

Discusión y conclusiones

Todos los estudios coincidieron en que en los grupos etarios afectados por la FM existe mayor frecuencia de sexo femenino en razones mayores a 7:1. Aunque el estado de salud y el perfil de calidad de vida no presentaron asociación estadística con el sexo, podemos observar que esta enfermedad tiene mayores impactos negativos sobre las mujeres, ya que, generalmente, tiene mayores exigencias y responsabilidades¹⁷.

Los estudios de Miró *et al.*¹⁸ y Segura *et al.*¹⁹ analizaron si las manifestaciones de la FM diferían en función del sexo. Encontraron que la diferencia más importante entre sexos fue que las mujeres presentaban un menor umbral de sensibilidad al dolor en el algiómetro e informaban de un mayor consumo de analgésicos. El

aspecto físico del dolor crónico en FM puede conducir al desarrollo de diversos problemas de salud mental, repercutiendo así en la CV de las personas con FM. Por tanto, se puede observar que existe una estrecha relación entre las variables físicas y psicológicas y el gran impacto que tienen en esta enfermedad.

Siguiendo con estas diferencias entre géneros y la menor prevalencia de la enfermedad en hombres, Segura *et al.*¹⁹ demostraron que el punto de corte para el diagnóstico de FM en los hombres debe ser mayor que el de las mujeres.

Muchos estudios coinciden en sus reflexiones al evaluar la FM desde un aspecto biopsicosocial, ya que es una manera holística multidimensional de captar los efectos que produce la enfermedad en su vida cotidiana, mediante la intervención de un equipo multidisciplinar, que permita formular un diagnóstico y tratamiento adecuado para cada paciente y mejorar así su CV.

Cardona-Arias *et al.*¹⁷ en su estudio observaron que las dimensiones con mayor deterioro fueron las del componente físico: la actividad física, la participación social o comunitaria, la escolaridad y la edad. Estos resultados fueron similares a otros estudios en los que se compararon las dimensiones de CV en personas con FM frente a otras enfermedades reumatológicas y frente a personas sanas, lo que evidencia su peor estado de salud y de calidad de vida^{4,13,18-25}.

Los dos cuestionarios más utilizados en los estudios analizados fueron el SF-36 y el FIQ; de hecho, muchos estudios aprovecharon para remarcar la fiabilidad y validez de estos cuestionarios e indicaron la importancia de su utilización en la medición de la CVRS⁴.

Las dimensiones más afectadas en todos los casos fueron las correspondientes a los “problemas físicos” seguida por la del “dolor”²⁶. Analizando las escalas de forma separada, las más afectadas en el SF-36 fueron la función física, el dolor, salud general y salud mental, mientras que las del FIQ fueron dolor, fatiga, ansiedad, depresión y el bienestar^{20,24,25}.

No debemos olvidar que el dolor crónico es el principal problema de estos pacientes; ellos lo describen como incapacitante para la actividad de la vida diaria pero no para la movilidad. Cabe añadir que es resistente a los diagnósticos y a los tratamientos convencionales³.

Los valores de ansiedad y depresión reflejados en los estudios analizados fueron altos, tal y como se muestra en el estudio de Alvarado Moreno *et al.*⁷; estas alteraciones derivan en deterioros en el resto de las esferas.

Desde una perspectiva biopsicosocial, el aspecto físico del dolor crónico puede conducir al desarrollo de una variedad de problemas de salud mental; por lo tanto, podemos pensar que el dolor se vuelve central y los pacientes se ven atrapados por él^{4,21,26}.

Keller *et al.*¹² destacan que la heterogeneidad de la FM se debe principalmente a diferencias en la sintomatología ansiosa, depresiva y una afectación de la esfera psicopatológica, lo que puede indicar una comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con FM tipo I, es decir, aquella en la que los pacientes no tienen enfermedades concomitantes. Esta comorbilidad suele ser frecuente en enfermedades crónicas y suele presentarse como una forma de depresión enmascarada.

Otra de las dimensiones afectadas por la FM y no menos importante es el sueño. Los resultados de Wagner *et al.*²⁷ sugirieron que más del 88 % de los pacientes reportaron dificultades para dormir, al conciliar el sueño, a permanecer dormido o a despertarse temprano. Esto se apoya con el estudio de Liedberd *et al.*²⁸, donde el grupo de pacientes con mal sueño obtuvieron peores puntuaciones al dolor, factores psicológicos, alteración de la funcionalidad y CV percibida.

La fatiga fue manifestada por muchos pacientes como otro de los peores síntomas asociados con la FM. Algunos pacientes también manifestaron cierto deterioro cognitivo, en memoria y pensamiento, que se habían visto afectados desde la aparición de la enfermedad.

Elizagaray *et al.*²⁹ incide en la importancia que tiene la educación al paciente, ya que se mostró evidencia moderada-fuerte de sus efectos beneficiosos sobre el dolor, funcionalidad y CV a corto, medio y largo plazo al combinarse con ejercicio y una intervención de afrontamiento activo.

La CVRS en los pacientes con FM resulta de gran relevancia para complementar indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida, orientar la toma de decisiones sobre tratamientos médicos, establecer prioridades en salud y diseñar, imple-

mentar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación^{20,21,29-33}.

Dentro de las limitaciones que podemos encontrar en este estudio, hay que señalar que la muestra ha considerado un número limitado de artículos; no obstante, los hallazgos han permitido elaborar una reflexión profunda del tema.

Otra de las limitaciones es que muchos estudios no consideraron a los hombres y, en los pocos que sí lo hacen, la muestra fue significativamente menor a la de las mujeres.

En líneas de investigación futuras, proponemos realizar estudios experimentales para conseguir una aproximación más real al modo en que conciben la calidad de vida los pacientes con FM.

Por todo lo expuesto, podemos concluir que las personas con fibromialgia manifiestan una falta de comprensión y aceptación social. No hay evidencia de enfermedad porque se desconoce su causa y no hay ninguna prueba médica que pueda corroborarla. Esa incertidumbre lleva a un punto de inflexión: la necesidad de un diagnóstico firme que disminuirá la ansiedad y desarrollará estrategias de afrontamiento en el paciente en este proceso de salud-enfermedad.

Se ha descrito la importancia de usar escalas genéricas y específicas de forma combinada para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en fibromialgia.

Una comprensión profunda de la experiencia de la enfermedad es clave en el cuidado de estos pacientes; el conocimiento de la realidad y el significado de vivir día a día con esta enfermedad debería ser considerado esencial para cualquier profesional sanitario incluyendo la necesidad de un proceso diagnóstico eficaz y una mayor educación acerca de la experiencia de la fibromialgia.

Nos gustaría señalar la importancia de abrir nuevas vías de ayuda y centrar la importancia para que todos los profesionales puedan conocer más la enfermedad, y así poder prestar a los pacientes la atención, orientación y los cuidados necesarios con el fin de ayudarlos en el proceso degenerativo de la enfermedad, mejorar su calidad y esperanza de vida.

Finalmente, queremos resaltar la importancia de crear consciencia a la población sobre la existencia de esta enfermedad y de sus consecuencias, para que se apoye a su investigación y poder lograr un avance para su mejoría.

Bibliografía

- Hernández- Petro AM, Cardona Arias A. Efecto de la Fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004-2014. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2015; 22(2):110-118.
- Pereira de Melo F, de Paiva JA, de Almeida E, Pereira E, Marques M. Relationship between health-related quality of life and sexuality in women with fibromyalgia. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2014; 8(10):3587-3593.
- Triviño Martínez Á, Solano Ruiz MC, Siles González J. La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*. 2014; 13(35):273-292.
- Sañudo JI, Corrales Sánchez R, Sañudo B. Nivel de actividad física, calidad de vida y niveles de depresión en mujeres mayores con fibromialgia. *Escritos de Psicología*. 2013; 6(2):53-60.
- Kucukali Turkyilmaz A, Eda Kurt E, Karkucak M, Capkin E. Sociodemographic Characteristics, Clinical Signs and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. *The Eurasian Journal of Medicine*. 2012; 44(2):88-93.
- Latorre Roman Á, Santos e Campos MA, Mejía Meza JA, Delgado Fernández M, Heredia JM. Analysis of the physical capacity of women with fibromyalgia according to the severity level of the disease. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2012; 18(5):308-312.
- Alvarado Moreno JG, Montenegro Díaz KA, León Jiménez FE, Díaz Vélez C. Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú, 2011-2012. *Revista Médica Risaralda*. 2014; 20(2):75-79.
- Bustabad S, Díaz González F. Estudio EPISER 2016. el porqué de un nuevo estudio epidemiológico. *Reumatología Clínica*. 2017; 13(1):1-3.
- Collado Cruz A, Cuevas Cuerda MD, Estrada Sabadell MD, al. e. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online]; 2011 [cited 2017 febrero]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5783678>
- Estadística INDe. INE. [Online].; 2014 [cited 2018 Noviembre 3]. Available from: http://www.ine.es/en/metodologia/t15/t153042014_en.pdf
- Pública INDS. INSP. [Online].; 2000 [cited 2018 Noviembre 3]. Available from: https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf
- Keller D, de Gracia M, Cladellas R. Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2011; 39(5):273-279.
- Cardonas Arias JA, Hernández Petro M, León Mira V. Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014; 21(2):57-64.
- Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*. 2010 marzo; 138(3):358-365.
- Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014; 21(1):1-3.
- Restrepo Medrano JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de enfermería? Investigación y Educación en Enfermería. 2011; 29(2):305-314.
- Cardona Arias JA, León Mira V, Cardona Tapias AA. Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014; 21(1):10-20.
- Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012; 24(1):10-15.
- Segura Jiménez V, Estévez López F, Soriano Maldonado A, al. e. Gender Differences in Symptoms, Health-Related Quality of Life, Sleep Quality, Mental Health, Cognitive Performance, Pain-Cognition, and Positive Health in Spanish Fibromyalgia Individuals: The Al-Ándalus Project. *Pain Research and Management*. 2016; 2016:1-14.
- C Branco J, M Rodrigues A, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, M Machado P, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *Rheumatic and Musculoskeletal Diseases*. 2016; 2:2-12.
- Lee JW, Lee KE, Park DJ, Kim SH, Nah SS, Ji Hyun Lee ea. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *PLoS ONE*. 2017; 12(2):1-12.
- A Aparicio V, B Ortega F, Carbonell Baeza A, Camiletti D, R Ruiz J, Delgado Fernández M. Relationship of Weight Status with Mental and Physical Health in Female Fibromyalgia Patients. *Obesity Facts*. *The European Journal of Obesity*. 2011; 4(6):443-448.
- Schaefer C, Chandran A, Hufstader M, Baik R, McNett M, Goldenberg D, et al. The comparative burden of mild, moderate and severe Fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the United States. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9:71.
- García HI, Vera CI, Lugo LH. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013; 32(1):26-39.
- Del Río González E, García Palacios A, Botella C. Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*. 2014; 22(1):19-35.
- Martín Nogueiras AM, de Sousa Pinto JM, Calvo Arenillas JI. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010; 23(3):99-205.
- Wagner JS, DiBonaventura MD, Chandran AB, Cappelleri JC. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012; 13:1-10.
- Kim SK, Kim SH, Lee CK, Lee Hs, Lee SH, Park YB, et al. Effect of fibromyalgia syndrome on the health-related quality of life and economic burden in Korea. *Rheumatology (Oxford)*. 2013; 52(2):311-320.
- Elizagaray García i, Muriente González J, Gil Martínez A. Educación al paciente con fibromialgia. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de Neurología*. 2016; 62:49-60.
- Cardona Arias A, León Mira V, Cardona Tapias AA. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2013; 20(1):19-29.
- El Miedany Y, El Gaafary M, Youssef S, Ahmed I. Towards Tailored Patient's Management. Approach: Integrating the Modified 2010 ACR Criteria for Fibromyalgia in Multidimensional patient Reported Outcome Measures Questionnaire. *Hindawi*. 2016; 2016:9-16.
- Danet A, Prieto Rodríguez MÁ, Valcárcel Cabrera MC, March Cerdà JC. Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia. Un análisis de género. 2016; 16(3):296-312.
- Salaffi F, Sarzi Puttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2009; 27(56):67-74



Simbología del poder. El caso de las puertas en las unidades de hospitalización psiquiátrica

Symbols of Power. The Case of Doors in Acute Psychiatric Wards

Carlos Aguilera Serrano¹, Carmen Heredia Pareja²

¹PhD. Enfermero Especialista en Salud Mental. Antropólogo. USMC Motril, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Motril, España.

²Terapeuta Ocupacional. Antropóloga. USMI-J, Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España

Contacto: c_aguilera2@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2018 / Fecha de aceptación: 12 de septiembre de 2019

Resumen

¿Por qué en algunas unidades de hospitalización psiquiátrica existe hasta una doble puerta de acceso? ¿Qué explicación se da a la existencia de puertas acorazadas? ¿Se guarda o esconde "algo" que la sociedad necesita invisibilizar? ¿Alguien ha medido los efectos terapéuticos del diseño, espacio y estructura arquitectónica de las unidades de hospitalización psiquiátrica?

El medio y sus elementos, incluyendo el conjunto formado por el espacio del servicio, el mobiliario y el material que utilizan los pacientes durante su estancia en un centro hospitalario, influyen en los resultados de salud. En este trabajo de aporte teórico, se analiza el elemento aparentemente formal que configura un objeto artístico, la puerta, y que sin embargo es, en cuanto portador de valores simbólicos, referente de un corpus ideológico contextualizado y producido en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

El valor simbólico de la puerta facilita, a la vez que permite, la comprensión de procesos o fenómenos inherentes a las prácticas, atención y cuidados prestados hacia y con las personas ingresadas, pudiendo llegar a conformarse el área privada e íntima que constituye la unidad de hospitalización psiquiátrica en un espacio opresivo y hostil hacia la persona.

Palabras clave: planificación ambiental, simbolismo, servicios de salud, hospitalización.

Abstract

Why in some acute psychiatric wards there is even a double access door? What explanation do we give to the existence of armored doors? Do we save or hide "something" that society needs to make invisible? Has anyone measured the therapeutic effects of the design, space and architectural structure of acute psychiatric wards?

The environment and its elements, including the set formed by the space of the service, the furniture and the material that the patients use during their stay in a hospital center, influence the health results. In this work of theoretical contribution, we analyze the apparently formal element that forms an artistic object, the door, and that nevertheless is, as a bearer of symbolic values, a referent of an ideological corpus contextualized and produced in acute psychiatric wards.

The symbolic value of the door facilitates, at the same time it allows, the understanding of processes or phenomena inherent to the practices, attention and care provided to and with the people admitted, and the private and intimate area that constitutes the acute psychiatric wards in an oppressive and hostile space towards the person.

Keywords: environment designs, symbolism, health services, hospitalization.

Contextualización

En este trabajo de aporte teórico se hace referencia al elemento arquitectónico aparentemente formal que configura un objeto privativo, la puerta, y que sin

embargo es, en cuanto portador de valores simbólicos, referente de un corpus ideológico que es el que lo ha producido. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la significación del término puerta se corresponde con: "Armazón de madera,

hierro u otra materia que, engoznada o puesta en el quicio y asegurada por el otro lado con llave, cerrojo u otro instrumento, sirve para impedir la entrada y salida, para cerrar o abrir un armario o un mueble”¹. Otra válida significación la constituye, desde el plano simbólico, aquella que posiciona a la puerta como un símbolo universal que implica transición, dando paso de un dominio a otro; lugar de paso entre dos estados completamente distintos, en donde lo conocido pasa a ser desconocido, convirtiéndose en la abertura que nos permite entrar y salir, cambiar de nivel, de medio, de centro, de vida. Es un transitar hacia otro lugar².

Importantes filósofos, antropólogos, historiadores, escritores, así como arquitectos, diseñadores y otras ramas o disciplinas han contribuido a la elaboración del amplio abanico de connotaciones que incluye la puerta como objeto^{3,4}. Secundando al mismo, se ahíncan el objetivo de teorizar sobre el valor simbólico de la puerta en un contexto concreto como son las unidades de hospitalización psiquiátrica. La importancia que dicho elemento adquiere sobre todos los implicados en dicho espacio (profesionales, usuarias/os y/o familiares) así como sobre el ambiente, dinámica y funcionamiento, le confiere gran interés para su análisis. Previamente, se hace necesario especificar el *setting*, las unidades de hospitalización psiquiátrica, aglutinando bajo esta denominación a todas aquellas unidades y/o dispositivos especializados para la atención a las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, las cuales prestan, por lo general, una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia con intervención intensiva orientada hacia la posterior continuidad de cuidados en la comunidad.

Estudios etnográficos sobre la vida cotidiana de la hospitalización psiquiátrica que abordan la importancia de los espacios, estructuras y elementos configurativos de las instituciones dedicadas a la atención de los problemas de salud mental han sido publicados en el tiempo, aunque quizás el de mayor repercusión mediática, y pese al transcurrir de los años, sean los ensayos realizados por Erving Goffman a mediados del s. XX sobre la situación social de los enfermos mentales⁵. Por entonces, Goffman ya establecía algunas pinceladas acerca de cómo el medio y sus elementos, incluyendo el conjunto formado por el espacio del servicio, el mobiliario y el material que utilizaba el paciente durante su estancia en el centro hospitalario, influían en los resultados de salud de los pacientes. En consonancia con estos datos, en el estudio de Pacheco sobre

La construcción social del enfermo mental, también se hace referencia a este tipo de elementos, que aunque no son determinantes, sí que condicionan la acción de los profesionales sanitarios, y en este caso en concreto, en el quehacer del cuidado enfermero con el paciente y familia⁶.

Análisis en la práctica sanitaria

Inherente a la definición de espacio, entorno, territorio y/o lugar está implícita la connotación de separación, lo que implica la existencia de un elemento que define un límite, que en este caso se correspondería con la puerta. Lo acotado refiere pertinentemente una barrera impuesta que diferencia y organiza. Así, la puerta de una unidad de hospitalización psiquiátrica se perfila como un elemento que incide en la configuración del espacio caracterizándolo en cuanto a forma, uso y percepción. El valor simbólico de la puerta facilita, a la vez que permite, la comprensión de procesos o fenómenos inherentes a las prácticas, atención y cuidados prestados hacia y con las personas ingresadas, pudiendo llegar a conformarse el área privada e íntima que constituye la unidad de hospitalización en un espacio opresivo y hostil hacia la persona. La división que la puerta hace del espacio público (el exterior; la calle) del espacio privado e íntimo que constituye la unidad se podría interpretar como una manifestación física de la aún permanente subordinación de las/os usuarias/os de salud mental al sistema y, en definitiva, de una sociedad aún estigmatizadora, donde los estereotipos y prejuicios hacia las personas con enfermedad mental influyen en el *self* construido social e intersubjetivamente.

Dependiendo de la persona implicada, la puerta puede tener un valor o significado distinto. Así, algunas/os usuarias/os pueden percibirla como un elemento de protección, al facilitarles esa separación de la sociedad que les permite y facilita el aislamiento en el espacio configurado por la propia unidad de hospitalización; para otras/os usuarias/os, la puerta puede suponer un elemento que les priva de libertad, al sentirse reclusos y sin tener en cuenta su voluntad, en un espacio cerrado destinado a tal efecto. Para las/os profesionales, podría considerarse como un elemento de seguridad en dos vertientes: por un lado, al facilitar la vigilancia y proximidad con las/os usuarias/os; por otro, la puerta puede suponer la clave en el modo de percibir el control del entorno, donde el/la paciente, como ya describía Goffman⁵, sufriría una “Desculturación” (“desentrenamiento que lo incapacita temporalmente

para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior”), estableciéndose así unas relaciones interpersonales desiguales y distantes de lo terapéutico. El estudio etnográfico sobre la estructura social de los hospitales psiquiátricos de Strauss *et al.*, en 1964, muestra y defiende también las articulaciones entre las ideologías que guían las prácticas de los profesionales y las formas en que los pacientes interpretan sus padecimientos⁷: “... el orden institucional no constituye una fuerza exterior que controla a los individuos pasivamente, sino que los mismos pacientes participan en su construcción”.

Estas son algunas interpretaciones sobre el alcance simbólico de las puertas en las unidades de hospitalización psiquiátrica, siendo varios los interrogantes acerca de su funcionalidad y valor en la actualidad: ¿Por qué en algunas unidades de hospitalización psiquiátrica existe hasta una doble puerta en el acceso a la misma? ¿Qué explicación damos a la existencia de puertas acorazadas? ¿Qué es lo que preocupa o asusta tanto para necesitar una puerta “cerrada a cal y canto”? ¿Nos asusta lo de afuera, para evitar que entre?, o acaso ¿se guarda o esconde “algo” que la sociedad necesita invisibilizar? ¿Alguien ha medido los efectos terapéuticos del diseño, espacio y estructura arquitectónica de las unidades de hospitalización psiquiátrica?

Algunos de estos cuestionamientos quizás no tengan fácil ni rápida respuesta por su ambigüedad e, incluso, por la falta de uniformidad en relación a las políticas, normas, principios y reglas que guían las prácticas y modos de actuación en estos servicios de atención sanitaria. Sin embargo, experiencias y estudios recientes en Alemania, Reino Unido, Italia o incluso España, lamentablemente aún excepcionales, indican que la política de puertas cerradas en los hospitales de salud mental no es mejor que las de puertas abiertas, por ejemplo, en la prevención del suicidio o frente a las conductas de fuga⁸⁻¹⁰. En una revisión bibliográfica de artículos empíricos en 2009 sobre puertas cerradas en salas de internación psiquiátrica aguda, se indica que las salas bloqueadas se asociaron con una mayor agresión del paciente, una menor satisfacción con el tratamiento y una exacerbación de los síntomas¹¹. Además, se les asocia también a las unidades de puertas abiertas con una disminución significativa de las medidas coercitivas, lo que viene a contribuir y facilitar un buen modelo de atención, fortaleciendo y salvaguardando el derecho de autonomía de los/as usuarios/as y facilitando su autodeterminación¹². Así, se ha comprobado como la apertura de salas psi-

quiátricas cerradas puede ayudar a establecer un ambiente terapéutico positivo, sin omitir o poner en riesgo los cuidados prestados hacia usuarios/os con requerimientos y/o cuidados más exhaustivos por la gravedad de su situación clínica¹³, y, en definitiva, promoviendo mejores resultados en la salud de las personas hospitalizadas⁹.

Conclusiones

Las instituciones, junto con los profesionales y los grupos de población implicados, deben aunar esfuerzos para trabajar en el rediseño y remodelado de los espacios utilizados en la atención a la salud mental, intentando hacerlos más amables, cercanos, accesibles. La meta no es otra que la de contribuir a la eliminación de todas aquellas estructuras, elementos, iconos o signos que transmitan y/o reproduzcan poder, dominación, desigualdad, discriminación, y en definitiva, toda forma de violencia simbólica que termina por naturalizar el estigma, la subordinación y el rechazo social de las personas con problemas de salud mental.

La naturaleza compleja en el caso de la puerta como elemento físico de las unidades de hospitalización psiquiátrica, pero, también, como elemento de importante carga simbólica y social, merece una investigación más a fondo y exhaustiva que facilite cuantificar la repercusión en los resultados de salud así como en el bienestar y satisfacción de los sujetos.

El futuro del cuidado profesionalizado y tratamiento en salud mental, incluyendo la forma, el modo, el espacio y en definitiva, el contexto y las condiciones, pasa por desarrollar prácticas basadas en los principios de la ética, garantizando el respeto a la dignidad y autonomía personal, y trabajando para ello con una política de defensa del ambiente terapéutico que facilite a las personas gozar de un entorno saludable, apropiado, seguro, privado y digno.

Bibliografía

1. Varela Iglesias J, Tadeo Monge F, Carreño Rujillo G, Doménech Colón F, Abad León A, Reta Janariz A, et al. Real Academia Española. Diccionario Usual. Edición del Tricentenario. 2014. p. 1.
2. McClue J. El símbolo de la puerta y sus significados. [Internet]. Símbolos, mitos y arquetipos. 2016. Available from: <http://abajocomoarriba.blogspot.com/2016/11/el-simbolo-de-la-puerta-y-sus.html>
3. Sartre JP. A Puerta Cerrada. Buenos Aires: Editorial Losada. S.A.; 1960.
4. Sánchez Pérez F. El espacio y sus símbolos: Antropología de la casa Andaluza. *Reis Rev española Investig sociológicas*. 1990;52(90):47-64.

5. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 3a ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
6. Pacheco Borrella G. La construcción social enfermo mental. Saarbrücken (Alemania): Academia Española; 2013. 1-559 p.
7. Strauss A, Schatzman L, Bucher R, Ehrlich D, Sabshin M, Al. E. Psychiatric ideologies and institutions. Londres: Collin-MacMillan; 1964.
8. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-no restraint" system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2014;202(6):440–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24840089>
9. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):842–9.
10. Amorós M. Psiquiatría sin llaves ni cerrojos. *El Mundo*. Palma de Mallorca; 2016 Mar 21;
11. Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(3):293–9.
12. Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res*. 2014;54(1):94–9.
13. Blaesi S, Gairing SK, Walter M, Lang UE, Huber CG. [Safety, therapeutic hold, and patient's cohesion on closed, recently opened, and open psychiatric wards]. *Psychiatr Prax* [Internet]. 2015;42(2):76–81. Available from: <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0033-1359871>

Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder

Scarce Presence of Female Nurses in Positions of Power

Alicia Méndez-Salguero, José Eloy García-García

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Contacto: alimensal@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de abril de 2019 / Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2019

Resumen

Introducción: La enfermería es una profesión donde la mayoría de sus componentes son mujeres, sin embargo, los puestos de responsabilidad están mayoritariamente ocupados por hombres enfermeros. El *tokenismo* explica bien esta realidad.

Objetivos: Valorar si la mujer enfermera sufre discriminación dentro de su propia profesión a nivel sindical y colegial. Comprobar si en los cargos de responsabilidad dentro del ámbito sanitario público, la enfermera sigue estando relegada frente a otros profesionales sanitarios o no.

Metodología: Se realizan búsquedas bibliográficas en diversas bases de datos utilizando las palabras clave y seleccionando con el filtro de diez años artículos en castellano e inglés, y se revisan bases de datos oficiales (INE, EPA, CGE, SATSE y páginas web de los servicios de salud).

Resultados: El 84 % de la profesión de enfermería son mujeres, aunque en los 15 consejos autonómicos consultados, solo hay 5 mujeres presidentas. En el SATSE, el 58 % de sus secretarías están ocupadas por mujeres, porcentaje no adecuado con la distribución de género en este colectivo. Así mismo se acusa la no presencia de enfermeras como gerentes de servicios de salud.

Discusión: Se ha demostrado que la enfermería, pese a ser una profesión feminizada, tiene que enfrentarse con el fenómeno del *token* en su propio mundo, por lo que los hombres dominan las posiciones de poder como así lo evidencian los datos.

Conclusiones: La mujer enfermera sigue estando en posición de inferioridad dentro y fuera de la profesión.

Palabras clave: enfermera, tokenismo, escalera de cristal, feminización.

Abstract

Introduction: It's a fact that nursing is a profession where most of their components are women, nevertheless, responsibility and decision-making positions are mainly occupied by male nurses, and this is like this in spite of that they only represent 16 % of the professional contingent. The *tokenism* explains well this reality.

Objectives: To value if the female nurse suffers discrimination inside the own profession, in the nurses' union and in the professional association. To verify if in the responsibility positions inside the Regional Health Services, the nurse is still relegated to other health professionals or not.

Methodology: Bibliography researches were made in various databases using the keywords and selecting with the ten years filter articles in Spanish and English, and official databases were revised (INE, EPA, CGE, SATSE and websites of the Regional Health Services).

Results: The 84 % of the professionals nurses are females, although in the 15 Regional Nurses Councils consulted, there are only 5 chairwomen. In the SATSE, 58 % of secretariats are occupied by women, percentage that is not appropriate with the gender distribution in this collective. It is also alleged that nurses are not present as managers of Health Services.

Discussion: It has been shown that nursing, despite being a feminized profession, has to deal with the phenomenon of the *token* in their own world so men dominate positions of power as evidenced by the data.

Conclusions: The female nurse is still in an inferior position both inside and outside the profession.

Keywords: nurse, tokenism, glass escalator, feminization.

Introducción

Enfermería, mujer y sociedad

El análisis de la transición histórica de la enfermería a lo largo de los últimos cien años permite entender muchas de las situaciones que está viviendo el colectivo, como la escasa visibilidad y el bajo nivel de reconocimiento propio y ajeno¹. A día de hoy, aún comparten espacio profesional enfermeras con diferentes titulaciones como es el caso de las ATS, DUE y graduadas de Enfermería; no obstante, durante el pasado siglo también hubo instructoras sanitarias y practicantes. Esta diferencia de titulaciones se corresponde con momentos muy distintos en la profesión, y se resuelve con la denominación común de “enfermeras”².

El plan Bolonia ha contribuido positivamente a la superación de estas nomenclaturas; además, el término *enfermera* es aceptado hoy tanto por el CIE como por el Consejo General de Enfermería de España, o instituciones internacionales como la OMS. Si bien la diplomatura supuso la entrada en la universidad, el acceso a estudios de grado y postgrado junto con la posibilidad de especializarse vía residencia, ha colocado a la enfermería al mismo nivel de cualquier otra profesión universitaria. Ello ha supuesto un evidente avance académico, facultando definitivamente a las enfermeras para la investigación y la docencia, aunque la profesión sigue adoleciendo de viejos problemas como la escasa visibilidad, a lo cual contribuyen hechos como que las escuelas de Enfermería han pasado mayoritariamente a estar integradas en las facultades de Ciencias de la Salud, en las que se engloban otras disciplinas como la fisioterapia, la podología, la medicina...

El gran problema que arrastra la enfermería, al ser una profesión eminentemente femenina³, es paralelo al de la mujer a lo largo de la historia, ya que ambas han sido relegadas a un segundo nivel frente a la supuesta supremacía masculina. Dicha realidad se ha sostenido a pesar de que se van eliminando progresivamente todos los mitos sobre la inferioridad de la mujer, y a pesar también de la superación de la vieja creencia de que la mujer ha sido la causa de todos los problemas de la sociedad^{4,5}. Las tareas propias e independientes de la enfermera: acompañar, consolar, convencer..., englobadas en el concepto de cuidado, a la vista de la sociedad, parecen algo más femenino y doméstico que el desempeño de tareas más técnicas o que implican manejo de aparataje, tecnología, etc., lo cual se asocia con lo masculino⁶.

Hoy la enfermería trata de hacerse visible mediante campañas en redes sociales, webs de sindicatos y blogs sanitarios⁷⁻⁹, que, entre otros medios, intentan cambiar la imagen desajustada que las enfermeras proyectan hacia afuera. Y es que las enfermeras no han sabido transmitir lo que significa “ser enfermera”. En este sentido, ni el cine¹⁰ ni los medios de comunicación como la prensa escrita o la televisión¹¹⁻¹² han ayudado; de hecho, diversos estudios demuestran que gran parte de la sociedad aún las conoce como las “ayudantes del médico”¹³. Además, la enfermería sigue siendo valorada como una profesión de mujeres cuya característica más significativa es la sumisión y la dependencia, sin un campo propio, sin apenas formación o, sin ir más lejos, una profesión llena de estereotipos sexuales¹⁴⁻¹⁶.

El “tokenismo” y su relación con la enfermería

Cuando revisamos todos estos argumentos surge una cuestión importante: siendo la enfermería una profesión tradicionalmente de mujeres, ya que en 2017 representan el 84,33 % de la enfermería colegiada en España¹⁷, ¿por qué los dirigentes y las caras visibles de la profesión, suelen ser hombres? La respuesta a esta pregunta viene siendo objeto de estudio e investigación desde hace años, dado que no es una circunstancia exclusiva de la enfermería, sino que afecta a muchas de las profesiones compuestas mayoritariamente por mujeres.

La teoría de Kanter del *tokenismo*, de 1977¹⁸, explica que en los grupos humanos dentro del mundo profesional o empresarial en los que hay desigualdad en el número relativo a un género, el grupo minoritario es considerado como *token*. Pertenecer al grupo *token* tiene unas consecuencias descritas por Kanter, como la alta visibilidad (aumenta la presión social), o la polarización del grupo (todo lo dicho por ellos es tomado como algo importante, aunque no lo sea). Además, las características del *token* deben coincidir con los estereotipos de los grupos a los que pertenecen (género, raza, condición sexual...), lo que implica la asunción del rol, que, en el caso que nos ocupa, será el rol de género¹⁹. Se podría entender *tokenismo* como una forma de incluir simbólicamente a esa minoría en el grupo permitiéndole alguna ventaja o concesión, pero esta supuesta ventaja no siempre es real, ya que detrás de determinadas situaciones que pueden parecer ventajosas, se esconden prejuicios que finalmente generan una posición de inferioridad para dicha minoría. A juicio de la autora este fenómeno ocurriría tanto entre hombres como entre mujeres, pero dicha afirma-

ción se ha debatido ampliamente, ya que no es exactamente igual para ambos, o dicho de otra manera, el *tokenismo* puede ser positivo o negativo para el *token* según sea mujer u hombre²⁰. Si nos fijamos en el caso de la enfermería o de las profesiones donde los “token” son los hombres, diversos estudios²¹⁻²⁴ han descrito que los varones no tienen obstáculos serios en sus carreras gracias a su “capital de género”. Este concepto implica que las características asociadas a lo masculino a menudo actúan como un beneficio para los hombres en las profesiones feminizadas²⁵. Si lo relacionamos con la enfermería, algunos estudios⁶ apuntan que, para superar toda esta problemática, la profesión debe desprenderse de su simbología femenina, se deben abordar proyectos de innovación y conseguir el apoyo institucional global.

Más allá del concepto que acabamos de desarrollar, pero siguiendo en la misma línea de estudio, nos encontramos con lo que Christine Williams denominó la “escalera de cristal”²⁶. Dicho constructo nos ayuda a entender la situación descrita anteriormente en la enfermería: Williams considera que los efectos del sexismo machista aumentan los posibles beneficios del *tokenismo* en los hombres, ya que son objeto de trato no discriminatorio o incluso preferencial tanto en la contratación como en las situaciones de ascenso, algo que está ampliamente aceptado en la cultura del trabajo y fue denominado como la *escalera de cristal*. Según esta visión los hombres mantienen las ventajas asociadas a su estatus de género cuando están en desventaja numérica, y por lo tanto acceden a las posiciones más beneficiosas o puestos de poder a través de estas *escaleras de cristal*, en donde no hay traspies ni obstáculos importantes como las mujeres tendrían. En el caso de ellas o de otros grupos con menor estatus, se toparán con un *techo de cristal*²⁷, es decir, con todas esas barreras que les impiden seguir subiendo. Los hombres se benefician de su posición *token* ya que se asume que tienen entre otros valores añadidos, una mayor capacidad de liderazgo y una actitud mejor hacia el desarrollo de la práctica profesional, por lo que ascienden más rápido que sus compañeras y tienden a monopolizar las posiciones de poder, obteniendo más beneficios que perjuicios (mayor visibilidad, progreso más rápido en su carrera, mejores sueldos...)²⁸. La autonomía, el poder y la profesionalidad son entendidos como rasgos masculinos, que en las profesiones mayoritarias de mujeres escasean⁶. Esta diferencia en el *tokenismo* se explica añadiendo factores socioculturales a la posición o estatus de la persona o grupo que está en minoría, en este caso, hombres por encima de mujeres, o

mujeres con poder adquisitivo o posición social elevada por encima de otras mujeres de inferior clase social.

*Cuando se hace un análisis de género en las sociedades científicas, se nota que el patriarcado y la jerarquía van de la mano.*²⁹

Objetivos

Primeramente, se pretende valorar si la mujer enfermera sufre discriminación dentro de su propia profesión a nivel sindical y colegial, es decir, si se guarda la proporción adecuada entre hombres y mujeres en los puestos de representación al frente del sindicato mayoritario de enfermeras y de los colegios profesionales.

En segundo lugar, comprobar si en los cargos de responsabilidad dentro del ámbito sanitario público, la enfermera sigue estando relegada frente a otros profesionales, sanitarios o no.

Material y método

Se realizan búsquedas bibliográficas en las bases de datos Dialnet, Cuiden, Pubmed, y Google Scholar, utilizando los términos “tokenism”, “glass escalator”, “enfermería AND techo de cristal”, “enfermería AND tokenismo”, “feminización AND enfermería”, “feminización AND salud”. Se seleccionan artículos publicados en inglés y español con un filtro de 10 años, y posteriormente se desarrolla una búsqueda consecutiva de las diferentes bibliografías que aportan información fundamental. Se obtienen datos concretos y actualizados de diferentes colectivos a través de las bases de datos oficiales que permiten hacer las comparaciones pertinentes.

1. INE. Se extrae la información del Instituto Nacional de Estadística sobre la colegiación de enfermeras en España en el año 2017. También se utilizan los datos presentados en el INE para comparar el porcentaje de mujeres en las diferentes profesiones sanitarias.

2. EPA. Se extraen datos de la Encuesta de Población Activa de profesionales sanitarios, realizada en el último trimestre del 2018.

3. Se recogen datos extraídos de la página del Consejo General de Enfermería, de donde se obtiene el organigrama del Consejo y también de los diferentes Colegios Interprovinciales.

4. Se consultan los datos de las 17 CC. AA. de España sobre los directores gerentes de cada uno de los servicios de salud.

5. Se obtienen los datos del sindicato mayoritario de enfermería, SATSE, tanto a nivel nacional como a nivel interprovincial.

Se realiza una revisión de los datos obtenidos a nivel cualitativo y nominal, extrayendo la información necesaria relacionada con los objetivos propuestos.

Resultados

1. Representación cuantitativa de la mujer en los colegios profesionales de enfermería y en el sindicato mayoritario de enfermeras.

Según los datos del INE de 2017, la colegiación de enfermeras en España es de 299 824 personas. De ellas, 252 845 son mujeres, lo que hace un total de 84,33 % frente al 15,67 % de hombres. Este es el mayor porcentaje de mujeres dentro de todas las profesiones sanitarias, y por ello a lo largo del artículo se habla en femenino tal y como ha sido aceptado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)² y otras instituciones nacionales e internacionales, de tal forma que el término *enfermera* engloba tanto a las mujeres como a los hombres que ejercen dicha profesión.

Podemos afirmar entonces que, en una profesión donde más del 84 % de las integrantes son mujeres,

debería guardarse la proporción pertinente respecto a su presencia en cargos de poder tanto en el ámbito de los colegios profesionales como en el de los sindicatos. Por ello, en dichas organizaciones, por cada 10 representantes 2 deberían ser hombres y 8 deberían ser mujeres aproximadamente.

El análisis de estas proporciones aporta la siguiente información:

1.1. Órganos colegiales

En primer lugar, tenemos que mencionar al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, siendo este el referente de la profesión enfermera en el territorio nacional. Es el órgano máximo de representación de la enfermería y se divide en 17 consejos autonómicos y 52 colegios provinciales.

A pesar de no disponer de información de los colegios de 2 CC.AA. debido a los procesos que están ocurriendo en ellas, en los otros 15 consejos autonómicos hay 10 hombres y 5 mujeres. Esto hace que el 67 % de los representantes de los colegios autonómicos de los que tenemos datos sean hombres, a pesar de que apenas constituyen el 16 % del total de la colegiación.

En la misma página web del Consejo General, con sus 52 delegaciones provinciales, podemos encontrar la distribución de los presidentes/presidentas de las comunidades autónomas que solamente tienen una provincia, habiendo en ellas un 58 % de hombres frente

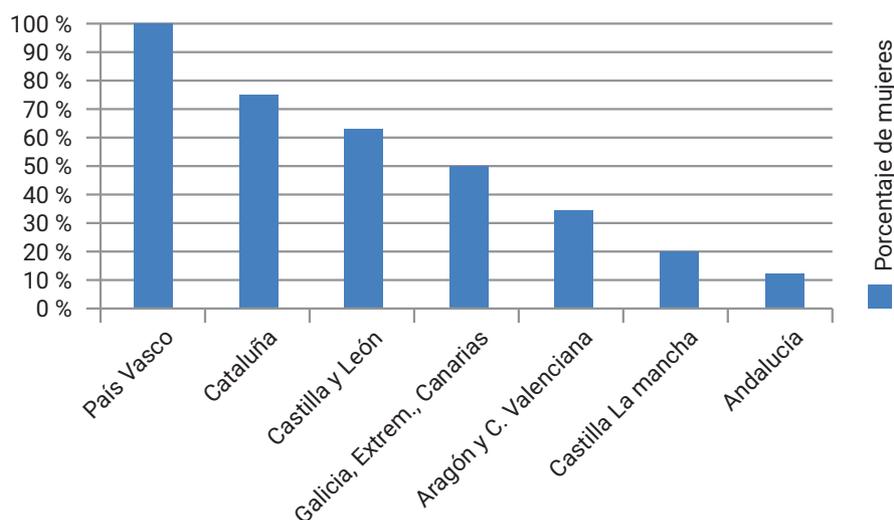


Gráfico 1. Mujeres presidentas en CC. AA. pluriprovinciales

al 42 % de mujeres presidentas de colegios de enfermería.

En lo relativo al análisis de los datos de los colegios de todas las comunidades autónomas con más de una provincia (Gráfico 1), se muestra el porcentaje de mujeres presidentas en cada una de las CC. AA. pluri-provinciales. Los datos más positivos se corresponden con el País Vasco, donde sus tres presidencias las ocupan mujeres, y el dato más negativo en Andalucía, teniendo en cuenta que solamente hay una mujer presidenta en una comunidad autónoma compuesta por 8 provincias. Cabe destacar que solamente País Vasco tiene un 100 % de mujeres en todas sus provincias,

siendo el promedio de mujeres presidentas de los datos obtenidos el 51 %, lo que está muy lejos de corresponderse con el porcentaje de mujeres colegiadas.

Por tanto, se cierra este epígrafe constatando que son hombres tanto el presidente del Consejo General, como el 67 % de los representantes autonómicos de los que tenemos datos. El 58 % de los presidentes de las CC. AA. uniprovinciales son hombres, y los porcentajes de hombres al frente de los colegios de las CC. AA. pluriprovinciales siguen siendo mucho mayores de lo esperado, encontrándose una media del 49 % en dichos puestos cuando en el colectivo solo representan algo menos del 16 % del total.

SATSE	SECRETARIA/O	ALTOS CARGOS MUJER	ALTOS CARGOS HOMBRES	VOCALES MUJER	VOCALES HOMBRE	TOTAL PERSONAL (sin secretaría)
ANDALUCÍA	HOMBRE	0	3	0	0	3
ARAGÓN	MUJER	1	0	0	0	1
ASTURIAS	MUJER	4	0	5	4	13
CANARIAS	HOMBRE	2	0	0	0	2
CANTABRIA	MUJER	2	0	4	1	7
CASTILLA LA MANCHA	HOMBRE	2	0	0	0	2
CASTILLA Y LEÓN	MUJER	3	0	0	0	3
CATALUNYA	MUJER	5	2	0	0	7
CEUTA	MUJER	1	2	0	0	3
C. VALENCIANA	MUJER	1	0	0	0	1
EUSKADI	HOMBRE	2	1	0	0	3
EXTREMADURA	HOMBRE	1	3	0	0	4
GALICIA	MUJER	2	0	0	0	2
ILLES BALEARS	HOMBRE	0	1	0	0	1
LA RIOJA	MUJER	1	0	3	1	5
MADRID	MUJER	2	1	0	0	3
MELILLA	HOMBRE	1	0	0	0	1
NAVARRA	MUJER	1	0	0	0	1
REGIÓN DE MURCIA	HOMBRE	0	3	0	0	3

Tabla 1. Secretarios y cargos provinciales del SATSE

1.2. Sindicatos

El mundo sindical para la enfermería se divide en dos vertientes: el sindicato mayoritario y exclusivo de enfermeras que es el SATSE, y las ramas sanitarias o federaciones de otros sindicatos que funcionan con menor número de afiliados, y que también están abiertos a otros profesionales del entorno sanitarios o no.

Cabe destacar que el SATSE, además de unas siglas poco actualizadas, tiene como presidente a un hombre, algo que redundará en la brecha que nos ocupa. Pero si se obtienen datos de las diferentes delegaciones provinciales, con las secretarías correspondientes, podemos comprobar que las mujeres superan a los hombres en las secretarías (58 % vs. 42 %). Sobre las secretarías y altos cargos provinciales, se ha elaborado la Tabla 1 en la que se plasman los altos cargos, los vocales y la secretaría, y se ha comprobado lo siguiente:

- De 19 delegaciones provinciales, 8 son dirigidas por hombres, lo que supone que el 42 % del total de las Delegaciones tienen hombres al frente.
- En los siguientes 3 casos, SATSE Andalucía, Illes Balears y Región de Murcia, todo su personal son hombres (incluido el secretario); es decir, en el 16 % de las delegaciones de este sindicato, son todo hombres.

- Existen 2 casos, SATSE Ceuta y Extremadura, en el que los hombres duplican o triplican, respectivamente, a las mujeres, situación que representa el 11 % del total de las delegaciones.
- Existen 4 casos en el que todo el personal es mujer (SATSE Aragón, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Navarra), que son el 21 % del total de las delegaciones.

2. La mujer, la enfermería y la falta de representación en la Sanidad Pública.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) desarrollada por el INE en España, con datos del último trimestre de 2018³⁰, las mujeres ocupan el 71,7 % de los puestos de profesionales de la salud, lo cual deja claro el nivel de feminización del sector.

En la Tabla 2 se recogen, según los datos del INE, la cantidad de profesionales sanitarios colegiados a 31 de diciembre del 2017 en orden de mayor a menor número. Aquí podemos comprobar que la profesión con mayor representación numérica es la enfermería, con casi 300 000 profesionales, lo que hace un porcentaje del 36,5 % del total. El siguiente colectivo es el médico, con una representación cercana al 31 %, quedando el resto de las profesiones muy alejadas de las cifras de estas dos primeras.

Profesionales sanitarios colegiados a 31 de diciembre 2017	Nº	%
Enfermeras	299 824	36,5
Médicos	253 796	30,9
Farmacéuticos	72 500	8,83
Fisioterapeutas	51 130	6,22
Dentistas	36 689	4,47
Veterinarios	32 555	3,96
Psicólogos	25 857	3,15
Ópticos-Optometristas	17 372	2,11
Logopedas	8971	1,09
Podólogos	7406	0,9
Protésicos dentales	7248	0,88
Dietitas nutricionistas	4086	0,5
Terapeutas ocupacionales	3502	0,43
Químicos	323	0,04
Físicos	189	0,02
TOTAL	821 448	100

Tabla 2. Profesionales sanitarios colegiados a 31 de diciembre 2017

Posteriormente se consultan los datos de las direcciones de gerencia de los servicios de salud de las comunidades autónomas que se presentan a continuación. En primer lugar, destacar que solamente 3 de las gerencias están ocupadas por mujeres, pese a que del total de trabajadores/trabajadoras más del 71 % son mujeres.

Igualmente llamativo es que la enfermería ni siquiera aparece entre las profesiones de los gerentes, como

muestra el Gráfico 2. A fecha de la revisión realizada con datos de marzo del 2019, la mayoría de los gerentes son médicos, el 76 %, de entre los cuales hay una mujer. El 12 % son titulados en Derecho, entre ellos también una mujer. De los dos gerentes restantes, uno es titulado en Ciencias Económicas, varón también, y la otra es farmacéutica, titulación que ocupa el tercer puesto en el *ranking* de profesiones sanitarias por número de colegiados trabajando en el sector sanitario.

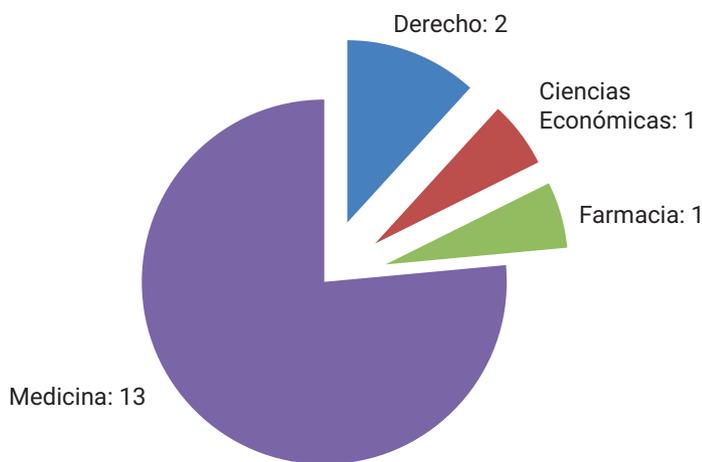


Gráfico 2. Profesiones gerentes Sanidad

Discusión

Se ha demostrado que la enfermería, pese a ser una profesión en la que más del 84 % de sus componentes son mujeres, tiene que enfrentarse con el fenómeno del *token* en su propio mundo, por lo que los hombres dominan las posiciones de poder como así lo evidencian los datos. El presidente del Consejo General de Colegios de Enfermería es un hombre, el 67 % de los presidentes de los colegios provinciales de los que se tienen datos también son hombres, y el 58 % de los presidentes de los colegios de enfermería de las CC. AA. también lo son. El fenómeno de la escasez de mujeres en los órganos de dirección de los colegios profesionales es recogido en otros estudios³¹, en donde se destaca que tanto en Medicina como en otras titulaciones: Fisioterapia, Podología, Odontología... sigue manteniéndose esta situación, siendo estas diferencias menos abultadas en Farmacia, Psicología y Enfermería. Lo mismo sucede en el área sindical, en donde el

presidente del sindicato mayoritario de enfermeras es un hombre y en donde las delegaciones de dicho sindicato acusan una desproporción negativa en lo que a la presencia de las mujeres se refiere. A su vez, dentro de la Administración Pública, tampoco se ha desarrollado sensibilidad suficiente respecto a la brecha que hay en la ocupación de puestos de responsabilidad, como corroboran las cifras sobre hombres gerentes/mujeres gerentes de los servicios de salud, teniendo en cuenta además que las mujeres representan la inmensa mayoría de las personas que trabajan en la sanidad. Colomer y Peiró³², explican que el techo de cristal está en relación directa con factores estructurales propios de la sociedad patriarcal, en donde, a pesar de las leyes paritarias, las mujeres tienen más difícil acceder a dichos espacios. Así mismo, hablan del efecto cohorte que se da por la tardía incorporación de la mujer a estos espacios. En todo esto juega un papel esencial la visión androcéntrica del mundo que relaciona a la mujer con el trabajo reproductivo, que es invisible socialmente,

no remunerado y no proporciona autonomía personal. El hombre, por el contrario, está al lado del trabajo productivo, visible, bien valorado y que le permite ser autónomo³³.

Conclusiones

Tras la revisión de todos los datos adjuntos, se puede concluir que la mujer enfermera sigue estando en una posición de inferioridad tanto dentro como fuera de la profesión. Dentro, la mujer se ve relegada de los cargos de responsabilidad tanto en colegios profesionales como en el sindicato mayoritario de enfermeras, donde, pese a que hay más mujeres que hombres, siguen siendo unos porcentajes que no se ajustan a la realidad numérica de las mujeres en la enfermería. Fuera de la misma, en relación con el resto de profesiones sanitarias, se constata que otras titulaciones ocupan de forma mayoritaria los puestos de poder y toma de decisiones.

Es por ello que se considera la existencia de una doble discriminación que afecta a la mujer y a la enfermera en la sociedad actual. A pesar de que la mujer representa a nivel mundial aproximadamente las tres cuartas partes del colectivo de profesionales de la sanidad, su presencia en puestos de responsabilidad y visibilidad se mantiene mermada en virtud de la cultura machista que impera en nuestro sistema. Es una evidencia de la situación de discriminación intraprofesional que, en un colectivo donde más del 84 % son mujeres, el presidente del Consejo General es un hombre, al igual que lo ha sido su antecesor, pero el problema se hace aún mayor cuando analizamos el resto de los datos ofrecidos por el mismo Consejo General, lo que quiere decir que las proporciones siguen sin cumplirse en los organismos más representativos de nuestra profesión. Por otra parte, las enfermeras son las profesionales dentro de nuestro sistema sanitario más numerosas, pero cuya titulación sigue sin estar presente o lo hace de forma escasísima en la nómina de gerentes de servicios de salud, consejerías de sanidad, gerencias de área, u otros puestos que se adjudican a profesionales con otras titulaciones, sanitarias o no.

Sería conveniente esclarecer las causas por las que las mujeres enfermeras siguen soportando un rol secundario dentro de su propia profesión, tanto en el ámbito colegial como en el sindical, frente a los hombres. De la misma forma, también sería necesario aportar luz acerca de la falta de enfermeras en los puestos de responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Limitaciones del estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de la situación actual de la enfermería, partiendo de la base de que los cambios políticos más recientes ocurridos en los diferentes servicios de salud necesariamente están produciendo alguna modificación de los datos aquí registrados. Además, se precisaría desarrollar un diseño longitudinal para poder valorar si el problema a estudio mejora o se agrava con el tiempo.

Bibliografía

- Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Invest educ enferm* 2006; (24)2: 112-119. 2006;112-9.
- CIE. Definiciones | ICN - International Council of Nurses [Internet]. [cited 2019 Feb 16]. Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- González J. Enfermería y feminismo (I). *Salud a Diario* [Internet]. 2018 Jun; Available from: <https://www.saludadiario.es/opinion/enfermeria-y-feminismo-i>
- Blanco Corujo O. La polémica feminista en la España ilustrada. ALMUD, editor. Oviedo; 2010. 174 p.
- Moi T. Teoría literaria feminista. Cátedra. 1985. 200 p.
- Celma M, Ángel V, Delgado A. INFLUENCIA DE LA FEMINIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN SU DESARROLLO PROFESIONAL. *Antropol Exp* [Internet]. 2009;9:119-36. Available from: <http://revista.ujaen.es/rae>
- SATSE. #EnfermeríaVisible [Internet]. *Soy Enfermera*. 2018 [cited 2019 Feb 16]. Available from: <https://www.soyenfermera.es/enfermeria-visible/>
- Santillán A. Manifiesto por una enfermería visible [Internet]. *Ebevidencia*. 2014 [cited 2019 Feb 16]. Available from: <https://ebevidencia.com/archivos/2921>
- Fernández S. Enfermería visible [Internet]. *Cuidando.es*. 2014 [cited 2019 Feb 16]. Available from: <https://www.cuidando.es/etiqueta/enfermeria-visible/>
- Almansa P. Enfermería y cine posfranquista. Una visión frívola. *Enfermería Glob*. 2004;4:1-8.
- Marchador Pinillos B. Influencia de la prensa escrita en la imagen de la profesión enfermera. *Bibl Lascasas*. 2005;46(1):185-9.
- Ponce-Blandón JA, Romero-Martín M, López-Verdugo M, López-Narbona J. La imagen de la enfermería en los medios de comunicación. In: *I Jornadas Nacionales de Comunicación en Salud IV Jornadas de Comunicación en Salud*. 2016. p. 1.
- Errasti-Ibarondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2012 Aug [cited 2019 Sep 18];35(2):269-83. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Domínguez Alcón C. La imagen de la enfermera en la sociedad. *Rol Enfermería*. 1985;(83):66-72.
- Salazar S, Morcillo A. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE, Rev Enfermería* [Internet]. 2013;7(1). Available from: <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/256>
- Rodríguez-Álvaro M, Brito-Brito PR. # 24h24p : Imagen e Identidad. *ENE, Rev Enfermería*. 2013;7(3):3-5.
- INE. Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2017. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/serie/10/&file=s08001.px>

18. Kanter RM. *Men and Women of the Corporation*. Basic Books, INC. New York; 1977. 390 p.
19. Heikes EJ. When Men Are the Minority: The Case of Men in Nursing [Internet]. Vol. 32, *The Sociological Quarterly*. Taylor & Francis, Ltd.; [cited 2019 Mar 6]. p. 389–401. Available from: <https://www.jstor.org/stable/4120914>
20. Cohen LL, Swim JK. The Differential Impact of Gender Ratios on Women and Men: Tokenism, Self-Confidence, and Expectations. *Personal Soc Psychol Bull* [Internet]. 1995 Sep 2 [cited 2019 Mar 6];21(9):876–84. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167295219001>
21. Bielby DD, Williams CL. Still a Man's World: Men Who Do "Women's Work". *Contemp Sociol* [Internet]. 1995 Nov [cited 2019 Mar 6];24(6):809. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2076713?origin=crossref>
22. Fløge L, Merrill DM. Tokenism reconsidered: Male nurses and female physicians in a hospital setting. *Soc Forces*. 1986;64(4):925–47.
23. Cross S. "Girls" jobs for the boys? Men, masculinity and non-traditional occupations. *Gender, Work Organ*. 2002;9(2):204–26.
24. Crocker J, McGraw K. What's good for the goose, is not good for the gander. *Am Behav Sci*. 1984;27(3):357–69.
25. McDowell J. Masculinity and Non-Traditional Occupations: Men's Talk in Women's Work. *Gender, Work Organ* [Internet]. 2015 May [cited 2019 Mar 6];22(3):273–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/gwao.12078>
26. Williams CL. The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the "Female" Professions. *Soc Probl*. 1992;39(3):253–67.
27. E J. La "escalera de cristal" y la neutralidad de género. *Expansion*. 2018;
28. Simpson R. Masculinity at work: The experiences of men in female dominated occupations. *Work Employ Soc*. 2004;18(2):349–68.
29. Casado-Mejía R, Botello-Hermosa A. Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas españolas del ámbito de la salud en 2014. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(3):209–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.010>
30. INE. Escuela de Población Activa - Profesionales de la Salud [Internet]. 2018. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4077>
31. Botello Hermosa A, Casado Mejía R, Germán Bes C. PRESENCIA DE LAS MUJERES EN LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE LA SALUD EN 2015. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2015;89(6):1–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5310365>
32. Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R. ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit*. 2002;16(4):358–60.
33. Escribano Martínez MÁ, Picazo Lahiguera C, Gamero Vázquez N, Lasanta Berdejo E. La feminización de la sanidad y el techo de cristal: el caso de la Comunidad Valenciana. *Enfermería Integr*. 2010;(89):32–6.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición cuatrimestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es una revista especializada en cuidados enfermeros de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL