

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 10 ABRIL 2020

## EDITORIAL

**Consideraciones políticas y económicas relevantes en el 2020 para el fortalecimiento de la enfermería de salud mental española**

Carlos Aguilera Serrano

## ARTÍCULO ORIGINAL

**Características sociodemográficas de las personas admitidas en un centro hospitalario psiquiátrico alemán: un estudio retrospectivo**

Blanca Patricia Silva-Barrera, Rocio Juliá-Sanchis, Andrés Montoyo-Guijarro, Rosa Requena-Morales

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

**¿Reiki para reducir la ansiedad? Revisión de la literatura**

Sandra Martínez Pizarro

## MISCELÁNEA

**Revisando algunos aspectos de nuestra salud mental**

Luis Cibanal Juan

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. Enfermera especialista en Salud Mental. 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.*  
David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, 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<sup>a</sup> 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 Esquinaldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. 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. Victoria Borrego Espárrago

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Isabel Jordán Martínez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2020

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

**2 Consideraciones políticas y económicas relevantes en el 2020 para el fortalecimiento de la enfermería de salud mental española**

*Relevant political and economic considerations in 2020 for the strengthening of the Spanish mental health nursing*

Carlos Aguilera Serrano

## ARTÍCULO ORIGINAL

**4 Características sociodemográficas de las personas admitidas en un centro hospitalario psiquiátrico alemán: un estudio retrospectivo**

*Sociodemographic characteristics of people admitted to a German psychiatric hospital: a retrospective study*

Blanca Patricia Silva-Barrera, Rocio Juliá-Sanchis, Andrés Montoyo-Guijarro, Rosa Requena-Morales

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

**11 ¿Reiki para reducir la ansiedad? Revisión de la literatura**

*Reiki to reduce anxiety? A review of the literature*

Sandra Martínez Pizarro

## MISCELÁNEA

**19 Revisando algunos aspectos de nuestra salud mental**

*Reviewing some aspects of our mental health*

Luis Cibanal Juan



# Consideraciones políticas y económicas relevantes en el 2020 para el fortalecimiento de la enfermería de salud mental española

Relevant political and economic considerations in 2020 for the strengthening of the Spanish mental health nursing

**Carlos Aguilera Serrano**

Secretario de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

Fecha de recepción: 12 de diciembre de 2019 / Fecha de aceptación: 18 de diciembre de 2019

EDITORIAL

Es manifiesto el impacto de los problemas de salud mental en las personas y sus familias, en las distintas comunidades que configuran el tejido social y en la sociedad en su conjunto. Los problemas sociales asociados con las enfermedades mentales incluyen, entre otros, la pobreza, el desempleo o la reducción de la productividad, la migración o la falta de vivienda, constituyéndose como hechos y/o circunstancias que influyen en la experiencia de las personas que sufren estos problemas, promoviendo su aislamiento, discriminación y estigma.

Además, en España, según el último informe publicado de la OCDE, los costes totales asociados a los problemas de salud mental son de 45 058 millones de euros (4,17 % del PIB), de los cuales 14 415 millones de euros (1,33 % del PIB) y 12 318 millones de euros (1,14 % del PIB), son costes directos en Sistemas de Salud y en programas de seguridad social, respectivamente<sup>1</sup>.

El 11 de diciembre de 2006, el Gobierno de España aprobó la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, llevando hoy día más de 6 años en desuso. Esta se constituyó como un texto de apoyo para la coordinación efectiva en todo el país de los distintos planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas que presentan problemas de salud mental. Igualmente, la estrategia incluía entre sus objetivos la potenciación de la investigación en salud mental así como la creación de herramientas que permitieran evaluar el avance del conocimiento en este campo<sup>2</sup>.

El *modus operandi* gubernamental nos lleva a ratificar el incumplimiento del compromiso firmado en la Asamblea Mundial de la Salud en 2012, donde se aprobó, junto con el resto de los Estados miembros, el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020*<sup>3</sup>; pero además, y al igual que pasa en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye al ámbito de la salud mental la misma importancia que lo que tiene que ver con el ámbito de la salud física, si así pudiésemos dividir aspectos íntimos de la atención integral de las personas; esto pone en evidencia el abandono e indiferencia general que se tiene hacia la salud mental.

Contrarrestando, y como parte del esfuerzo pendiente para implementar las recomendaciones de los distintos informes y directrices mundiales en materia de salud mental, las comunidades autónomas del Estado español han ido actualizando sus programas y estrategias destinadas a mejorar la salud mental de la población.

Existe cierta propensión en el sistema sanitario a intentar permanentemente adecuarse en sus estructuras y formas de funcionamiento a una sociedad cambiante y cada vez más exigente. Esto favorece los enfoques colaborativos interdisciplinarios, la participación cada vez mayor de los pacientes en las decisiones clínicas sobre su salud y en las decisiones relativas a la propia gestión de las instituciones, al desarrollo y utilización de las nuevas tecnologías. Este nuevo rumbo en la atención requerida para proporcionar y, sobre todo, obtener buenos resultados en términos de salud, exige evitar ciertos rígidos límites en la acción de los y las profesionales, reconociendo a su vez el valor de la atención integral en la que concommitan distintos perfiles.

Esta implacable acción profesional requiere de un mayor virtuosismo aún, si cabe, en el inesperado y nuevo escenario social, sanitario y político producto de la grave crisis de salud pública a causa de la pandemia ocasionada por el coronavirus (COVID-19), donde el impacto de los cuidados por parte de las enfermeras especialistas en salud mental con las personas y familias infectas, pero también con los sobrevivientes y los propios trabajadores de la salud, se torna crucial en la reducción de la carga del sufrimiento humano.

El año 2020 debe ser el año en el que se gesten un entorno político y económico comprometido con una atención y cuidado en salud mental de alta calidad, responsable y rentable para examinar el producto enfermero.

La enfermería de salud mental, como disciplina que brinda servicios, necesitará establecer firmemente su identidad, contribución colaborativa y su impacto positivo y rentable para ser tomada en serio en su determinación como fuerza laboral en salud mental.

Rosamaría Alberdi (2019), en su abordaje sobre la competencia política enfermera, hacía referencia a esa imprescindible participación y acción política del colectivo, sirviendo de factor facilitador para dar respuesta a las nuevas necesidades de cuidados y cumplir también con la obligación de contribuir a la lucha contra las desigualdades aportando la perspectiva del cuidado<sup>4</sup>.

La argumentación para poder apoyar el liderazgo y potencial de la enfermería de salud mental como fuerza laboral significativa deberá estar regida por la evidencia. Si bien se reconoce que no todo lo que hacen las enfermeras como especialistas en salud mental es cuantificable, y que gran parte del arte de su práctica desafía la medición, es importante considerar si lo que se hace es efectivo para los usuarios del servicio en su camino hacia la recuperación. Evaluar la acción enfermera es importante para la supervivencia de la misma como profesión, pero, sobre todo, es importante para garantizar que los cuidados enfermeros sean eficaces para los usuarios de los servicios y sus familias.

Reconocer en pleno siglo XXI que las enfermeras especialistas en salud mental de España son una fuerza laboral establecida en el cuidado de la salud mental conlleva implícitamente la responsabilidad de continuar articulando y ejecutando claramente su contribución.

## Bibliografía

1. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. 2018. Available from: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. [Internet]. Madrid; 2007. Available from: [www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
3. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. Ginebra; 2013. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
4. Alberdi Castell RM. La competencia política enfermera. Contexto, conceptualización y ámbitos de desarrollo. Rev Rol Enferm. 2019; 42(1):22-30.



# Características sociodemográficas de las personas admitidas en un centro hospitalario psiquiátrico alemán: un estudio retrospectivo

Sociodemographic characteristics of people admitted to a German psychiatric hospital: a retrospective study

Blanca Patricia Silva-Barrera<sup>1</sup>, Rocio Juliá-Sanchis<sup>2</sup>, Andrés Montoyo-Guijarro<sup>3</sup>, Rosa Requena-Morales<sup>2</sup>

1. Departamento de Salud Mental y Enfermería. Hospital Main-Kinzig-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Schlüchtern, Alemania.

2. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, Alicante, España.

3. Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos. Escuela Politécnica Superior. Universidad de Alicante, Alicante, España.

Contacto: bpsb1@alu.ua.es

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2019 / Fecha de aceptación: 14 de febrero de 2020

## Resumen

En los últimos años se han suscitado cambios en la salud mental de las personas, debido a las diversas problemáticas sociodemográficas actuales. Se requiere de la exploración de los acontecimientos que causan síntomas psiquiátricos en las personas con necesidad de ingreso y hospitalización. Es por eso que se realizó este estudio retrospectivo sobre 1593 historias clínicas del hospital psiquiátrico Main-Kinzig-Kreis Schlüchtern, en Alemania, durante el período 2000-2014, en pacientes de 18 a 69 años. Se identificó como motivo de ingreso a un 37.16 % de personas como pacientes con síntomas agudos, una relación con consumos de sustancias provocadas por adicciones en un 41.62 % y el trastorno depresivo en un 28.75 %. Se detecta la descompensación de trastornos mentales graves en 27.05 %, en donde el 34.71 % de los pacientes fueron derivados desde otros dispositivos asistenciales y el 32.89 % decidió ingresar por sí mismo. El perfil del paciente ingresado es de ser hombre entre 41-50 años, casado o con pareja, derivado por recurso asistencial relacionado con la descompensación de un trastorno mental grave.

*Palabras clave:* servicio de urgencias psiquiátricas, pacientes psiquiátricos, factores contextuales, trastornos de la personalidad, salud mental.

## Abstract

In recent years there have been changes in people's mental health, due to the various current sociodemographic problems. It requires the exploration of events that cause psychiatric symptoms in people in need of admission and hospitalization. That is why this retrospective study was conducted on 1,593 medical records of the Main-Kinzig-Kreis Schlüchtern psychiatric hospital in Germany during the 2000-2014 period in patients aged 18 to 69 years. A reason for admission was 37.16% of people as patients with acute symptoms, a relationship with substance use caused by addictions in 41.62% and depressive disorder in 28.75%. The decompensation of serious mental disorders was detected in 27.05%, where 34.71% of the patients were referred from other assistive devices and 32.89% admitted by themselves. The profile of the admitted patient is of being a man between 41-50 years old, married or with a partner, derived by assistance resource related to the decompensation of a serious mental disorder.

*Keywords:* emergency department, psychiatric patients, contextual factors, personality disorders, mental health.

## Introducción

El trastorno mental (TM) se define como una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento, en el que se afectan procesos psicológicos básicos que dificultan la adaptación de la persona que los sufre a su entorno cultural y que repercuten entre otros a su contexto social y económico<sup>1</sup>.

Según el Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED), la prevalencia de los trastornos mentales graves (TMG) en Europa entre la población adulta es del 27 % (83 millones de personas), relacionándose principalmente con conductas adictivas y disfunciones provocadas por estas<sup>2</sup>. Por ello, el abordaje de los TMG en la región europea se ha convertido en uno de los principales desafíos de salud

pública, en todos y cada uno de los niveles asistenciales, el de promoción, de prevención y el de atención de la salud<sup>3-5</sup>.

En países europeos y de América Latina, la atención a personas con problemas de salud mental se realiza desde diferentes recursos asistenciales hospitalarios o comunitarios de acuerdo a su estado de salud<sup>6-10</sup>. En Alemania, la realiza un equipo de atención psiquiátrica interdisciplinar (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajadores sociales y educadores) desde un enfoque biopsicosocial<sup>11-13</sup>, de manera universal a toda la población<sup>13</sup>.

Las situaciones de descompensación de un TMG o crisis pueden constituir una manifestación aguda de un problema ya conocido o ser el inicio de un problema de salud mental donde emergen las dificultades que la persona afectada tiene para satisfacer sus necesidades básicas<sup>14</sup>. En dichas situaciones los equipos de atención comunitarios o domiciliarios, de urgencias prehospitalarias y/o de urgencias hospitalarias<sup>15</sup>, realizan una valoración inicial física, mental y social completa<sup>16,17</sup> dado que la persona afectada puede ser incapaz de reconocer la intensidad o gravedad de su sintomatología y el riesgo que corre. En el contexto rural alemán de Hessen, existen centros específicos para la atención de personas en fase de descompensación o crisis, contando con 20 hospitales psiquiátricos psicoterapéuticos (HPP)<sup>18</sup>. Alemania es el país europeo con más casos de depresión y consumo de alcohol, y según las predicciones actuales, se estima que para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial<sup>5,31,39</sup>, por lo que se enfrenta a una población con mayores necesidades de atención en salud mental. Es por eso que se considera indispensable conocer las problemáticas actuales a las que se enfrenta el sistema de salud psiquiátrico. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación es explorar las características de las personas admitidas en un centro hospitalario psiquiátrico de una zona rural alemana.

## Material y métodos

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo, observacional retrospectivo. Antes de la recolección de datos, se obtuvo el consentimiento escrito del comité de ética de la institución hospitalaria para este estudio el 14 de abril del 2014.

## Ámbito y Participantes

La asistencia psiquiátrica en el área rural alemana de Main-Kinzig- Kreis en Gelnhausen y Schlüchtern, ofrece servicio a más de 38 803 habitantes de 21 localidades. La asistencia puede realizarse mediante: 1) El Instituto Ambulatorio Psiquiátrico, para la consulta ambulatoria; 2) El Hospital de Día, situado en 2 poblaciones; 3) El Centro de Rehabilitación; y 4) El HPP, que posee una capacidad máxima de 90 camas distribuidas en 4 plantas. Durante el año 2015, el número de consultas del Instituto Ambulatorio Psiquiátrico fue de 1586, del Hospital de día, 297 y del HPP, 1531, siendo la estancia media de 20.3 días<sup>11</sup>.

El sistema de admisión al HPP<sup>18</sup>, puede realizarse mediante ingreso programado, desde la consulta externa o desde el servicio de urgencias psiquiátricas. La identificación al ingreso, se realiza mediante la tarjeta sanitaria del individuo. En caso de que no sea posible, se registra de modo provisional con los datos disponibles, realizándose posteriormente la formalización de los datos de filiación.

En el HPP, se ofrece asistencia las 24 horas del día, 365 al año<sup>19</sup>, siendo el equipo interdisciplinar quien realiza el primer contacto con la persona que solicita ayuda, mediante la entrevista, la valoración inicial, y completa el ingreso (cuestiones administrativas).

## Procedimiento de recogida de datos

La recolección de datos se realizó de mayo a noviembre del 2014. Se revisaron 2150 historias clínicas, de las cuales 1593 cumplieron los criterios de inclusión (adultos admitidos en el hospital entre los años 2000-2014 que tuvieran entre 18 a 69 años) y exclusión (personas con problemas neurológicos y/o discapacidad intelectual).

## Variables de estudio

Se recogió la información *ad hoc* de las características sociodemográficas: sexo (hombre o mujer), edad (años) y estado civil (soltero, pareja, casado, separado, viudo). También se incluyeron el motivo de admisión de acuerdo al sistema de clasificación CIE (adicciones, depresión, esquizofrenia, inestabilidad emocional, bipolar, trastornos de estrés, agorafobia, psicosis y otros); la problemática referida por la persona (descompensación de su TMG, consumo de tóxicos legales

e ilegales (alcohol, medicamentos, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas y/u otras sustancias tóxicas); los problemas socioambientales (comportamiento social, reacción al estrés, síntomas somáticos, agresividad, ludopatía, alimentación y adaptación) y la vía de acceso al centro (paciente, familiares y conocidos, recurso asistencial e intervención de policía).

#### *Análisis de datos*

Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia de respuesta para cada uno de los ítems categóricos, de la media y la desviación estándar ( $\bar{x} \pm DE$ ) en el caso de las variables continuas. Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

#### *Consideraciones éticas*

Todos los procedimientos realizados en este estudio se ajustaron a las normas éticas del comité de investigación institucional y a la Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones posteriores o normas éticas comparables. Se obtuvo el consentimiento informado de la dirección del centro hospitalario objeto de estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

#### **Resultados**

El número total de historias clínicas revisadas fue de 2150, de las cuales 1593 cumplieron los criterios de inclusión (adultos admitidos en el hospital entre los años 2000-2014 que tuvieran entre 18 a 69 años) y exclusión (personas con problemas neurológicos y/o discapacidad intelectual). Como se muestra en la Tabla 1, el 54.1 % de los casos fueron hombres ( $n = 862$ ). La edad media fue de  $46 \pm 47.6$  años, siendo el rango de edad más prevalente el de 41-50 años.

La mayoría de las personas estudiadas, estuvieron casados o en pareja (34.96%), aunque destaca que un tercio de los datos fueron perdidos. El diagnóstico clínico más reportado fue el relacionado con las adicciones (41.62%), seguido por el de depresión (28.75%) y esquizofrenia (10.42%), con una estancia media de  $30.2 \pm 1.1$  días. Un 37.16% de las personas admitidas no completó una entrevista al ingreso debido a la presentación de los síntomas graves en el momento de la admisión. Según los resultados de laboratorio incluidos en las historias clínicas, el 19.53% de ellas ( $n = 311$ ) dio positivo en sustancias tóxicas.

De la población entrevistada, el 27.05% refirió padecer una descompensación de su TMG conocido, el 22.09% por consumo de tóxicos y 13.68% por problemas socioambientales.

Como se muestra en el Figura 1, la vía de admisión a la HPP para el 34.7% de la muestra estudiada fue desde otro recurso asistencial, el 32.9% acudió por iniciativa propia, los familiares tuvieron una intervención del 19.3% y el 13.1% fue admitido involuntariamente con la intervención de la policía por la aplicación de la ley HFEG<sup>20,21</sup>.

	N (%)
<b>SEXO</b>	
Hombre	862 (54.1)
Mujer	731 (45.9)
<b>EDAD Media <math>\pm</math> DE: <math>46 \pm 47.6</math></b>	
18-20	14 (0.88)
21-30	226 (14.19)
31-40	259 (16.26)
41-50	467 (29.32)
51-60	412 (25.86)
61-69	215 (13.50)
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Soltero	328 (20.59)
Pareja	73 (4.58)
Casado	484 (30.38)
Separado	229 (14.38)
Viudo	35 (2.20)
Sin datos	444 (27.87)
<b>DIAGNÓSTICO (CIE)</b>	
Consumo de sustancias	663 (41.62)
Depresión	458 (28.75)
Esquizofrenia	166 (10.42)
Inestabilidad Emocional	127 (7.97)
Trastorno Bipolar	80 (5.02)
Trastornos al estrés	44 (2.76)
Agorafobia	38 (2.39)
Otros	10 (0.62)
Psicosis	7 (0.44)
<b>PROBLEMÁTICA REFERIDA</b>	
Entrevistados	1001 (62.34)
1) Descompensación de su TMG	431 (27.05)
2) Consumo de tóxicos	352 (22.09)
3) Problemas socioambientales	218 (13.68)
No entrevistados	592 (37.16)

Tabla 1: Distribución de las variables de estudio en % (N = 1593)

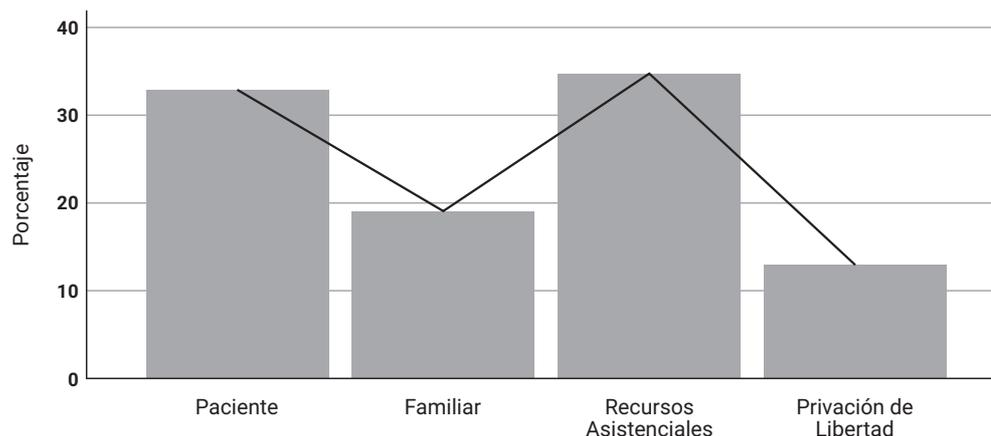


Figura 1: Vía de admisión de personas al hospital psiquiátrico

## Discusión

A partir de los hallazgos encontrados sobre las características sociodemográficas de las personas admitidas en un centro hospitalario psiquiátrico de una zona rural alemana, nuestros resultados coinciden con los publicados en la literatura ante la presencia de una prevalencia mayor en los hombres con una edad de 41-50 años, coincidiendo con Gandía, Alemania y datos de la OMS sobre la presencia del desequilibrio en la salud mental en este género<sup>22,24,25</sup>. Existe controversia, porque en algunas poblaciones hay mayor participación por parte de las mujeres<sup>26,27</sup>, quienes están generando el aumento en la prevalencia de conductas adictivas al consumo de alcohol o de sustancias y podría ser el síntoma responsable de estas diferencias entre los estudios<sup>28,29</sup>. Con respecto a la edad de la muestra estudiada, la literatura expone casos de hasta 65 años y nuestra muestra alcanza hasta los 69 años; consideramos que este aspecto se debe a las características de la población por su alta esperanza de vida<sup>24</sup>. De acuerdo al estado civil, obtuvimos similitudes con la participación de pacientes casados en un 30%, a pesar de que nuestro estudio no obtuvo toda la información sobre esta variable por falta de datos<sup>30</sup>.

Se atribuye que no se realizó una entrevista en un tercio de la población debido a la presencia de la descompensación de TMG, intoxicación de consumos de sustancias y por la urgencia psiquiátrica del paciente a su ingreso, datos que coinciden con un estudio realizado en Murcia<sup>31</sup>. Los exámenes de laboratorio corroboraron la presencia de un incremento de consumo de

sustancias en un 20% que pudiesen corresponder a los casos de abordaje difícil<sup>32</sup> (estados psicóticos, intoxicaciones graves por consumo de tóxicos), y se detectó en el diagnóstico al obtener un incremento del 19.53% como trastorno de consumo de sustancias; estos resultados no concuerda con el estudio de Valencia, ya que presenta valores muy bajos en el consumo de sustancias<sup>30</sup>; aceptamos que pudiese deberse a los cambios del consumo de la población<sup>6,33,34</sup>.

Según la evidencia en España<sup>8</sup>, el 5-10% de las personas acceden a los sistemas hospitalarios psiquiátricos remitidos por otros recursos asistenciales; esto es debido a las características de atención primaria que realizan las unidades o centros de salud en el país con el apoyo del personal médico y psicológico, encargado de la detección y diagnóstico a través de una historia clínica, responsable de establecer la necesidad de transferencia del paciente hacia el ingreso hospitalario psiquiátrico<sup>8,23</sup>. Alemania no cuenta con centros de atención primaria, solo médico familiar, quien no es responsable de los problemas de salud mental, ya que se requiere de intervenciones, diagnósticos, individualización y un tratamiento adecuado para los trastornos mentales<sup>35,36</sup>. Los profesionistas de la salud alemana son responsables de que el paciente con problemas de salud mental sea transferido a psiquiatría para su valoración directa aun sin presentar trastornos graves. Por tal motivo, en nuestro estudio tenemos una diferencia mayor sobre la actuación de los recursos asistenciales, con un 33%. No hay semejanza en la estructura y organización que ofrece el sistema de salud alemán con respecto al tipo de atención específica de los centros

hospitalarios psiquiátricos; por tal motivo el paciente se transfiere e ingresa para su valoración y observación directa a psiquiatría<sup>35,37</sup>. Es destacable que un tercio de la muestra acudió al centro por iniciativa propia, lo cual pone de manifiesto el impacto de la psicoeducación<sup>35</sup>, la efectividad de la participación activa del paciente en su proceso, así como la inclusión de su red de apoyo familiar o social<sup>14,36,37</sup>, para alcanzar estas cotas de autonomía y autodeterminación. De acuerdo con otros estudios realizados, encontramos diferencias significativas con relación al tipo de vía de admisión de forma involuntaria, ya que nuestros resultados presentan un 13.1 %, mientras que Valencia obtuvo un 56.6 % de ingresos de forma involuntaria<sup>30,38</sup>. Consideramos que se debe a la relación que el paciente permite o no, a su atención clínica, o quizás pudiese deberse a la presencia de algún déficit en el sistema de atención<sup>38</sup>; habría que hacer una búsqueda sobre la relación con estos resultados para conocer los motivos con mayor exactitud.

En Alemania existen medidas preventivas en salud con códigos sociales protectores de prácticas paternalistas y coercitivas, que promocionan el autocuidado<sup>37,39</sup>, siendo pocas las excepciones que requieran asistencia sanitaria de urgencia. El modelo biopsicosocial alemán permite el acceso sanitario a la población atendiendo las problemáticas físicas y mentales, pero también las dificultades sociales<sup>35,40</sup>, buscando alternativas de apoyo social (vivienda, atención domiciliaria, promoción de la recuperación). Las medidas psicoeducativas en las personas ingresadas<sup>41,42</sup> y sus familiares mejoran el acceso a los recursos, a la planificación de sus cuidados, a la participación con resultados positivos, la introspección y comprensión sobre su proceso, mejorando la satisfacción y calidad de vida<sup>14,41,43</sup>.

Consideramos importante y necesario el conocer los factores sociodemográficos a los que nos enfrentamos en salud mental para lograr un mejoramiento de la calidad asistencial. La importancia de estudiar el trabajo que se lleva a cabo en los hospitales psiquiátricos y su desempeño en sus servicios ante el ingreso de los pacientes<sup>44</sup>. Los efectos y la realización de estudios relacionados con de la atención psiquiátrica hospitalaria son importantes para crear mejores políticas de salud mental.

Alemania es un país europeo que se encuentra actualizado en su sistema de salud mental, debido a las problemáticas actuales de la población y pudiese ser de ayuda para otros países como sucede en España, que se

enfrenta al suicidio como primera causa de muerte no natural en Europa<sup>45</sup>. Cada vez existe más presencia de mortalidad por conductas suicidas. Nos enfrentamos a personas con enfermedades mentales graves por consumo de drogas y alcohol a niveles peligrosos de intoxicación en los sistemas de salud. Consideramos necesario la realización de ensayos para evaluar las intervenciones psicosociales y mejorar la educación de nuestras poblaciones, sin presencia de descuido en la atención de la salud mental. Porque, a largo plazo, se crean mayores gastos cuando aún tenemos la posibilidad de lograr mejores beneficios al realizar estrategias para prevenir los trastornos actuales.

### *Limitaciones*

La principal limitación del estudio corresponde a su diseño descriptivo, observacional retrospectivo, así como a la presencia de dificultad en la generalización de resultados, ya que el sistema y recursos asistenciales rurales de Alemania son muy concretos. El uso de la restringida información de las historias clínicas y la calidad de las mismas, dificultó la obtención de variables que hubieran sido de interés, como los diagnósticos de enfermería presentes. De los diagnósticos CIE incluidos, solo se tomó el principal, obviando la comorbilidad.

La ausencia de entrevista al ingreso fue otra limitación, así como el vacío de información sobre las intervenciones educativas y su impacto en los resultados de salud de la persona ingresada. No pudimos profundizar en las actitudes y disposición de los familiares. Nuestra intención es dar continuidad a esta investigación con la correlación de variables con respecto a los trastornos mentales y el consumo de sustancias del hospital.

En conclusión, el perfil del usuario del HPP de una zona rural alemana es el de un hombre de entre 41-50 años, casado o con pareja, que ingresa derivado por otro recurso asistencial y cuyo principal problema al ingreso está relacionado con la descompensación de un TMG ya conocido.

### *Recomendaciones*

Presentar modelos de atención a la salud mental y gestión clínica, una visión que traspase las fronteras de los servicios sanitarios. Se recomienda la realización de estudios cuantitativos o comparativos con otros hospitales psiquiátricos.

## Bibliografía

1. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2013 [acceso 11 febrero de 2019]. Disponible en: [https://doi.org/978\\_92\\_4\\_350602\\_9](https://doi.org/978_92_4_350602_9).
2. Bernal M, Haro J, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J. Affect. Disord.* 2007;101(1-3):27-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2006.09.018>.
3. Vega-Dienstmaier J. ¿Debe mejorar la forma de diagnosticar en psiquiatría?. *Rev. Neuropsiq.* 2017;80(3):155. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3151>.
4. Moreno Osella E. El abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia [tesis doctoral]. Universidad/Córdoba; 2016. Disponible en: <https://helvia.uco.es/handle/10396/13357#.XFuJdpax5TU>.
5. Daten und Fakten [Internet]. *Psyga.info*. 2020 [acceso 02 diciembre de 2019]. Disponible en: <http://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-und-fakten/>
6. Gómez-Beneyto Manuel, Rodríguez Pulido Francisco, Caamaño Sánchez Virginia, Cifre Lull Antonia, del Río Noriega Francisco, Estévez Salinas Juan Antonio et al. Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018 [acceso 11 febrero de 2019]; 38(133): 19-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100002>.
7. Vargas B, Villamil Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Ment.* 2016;39(1):3-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>.
8. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Ruiz-Rodríguez P, Adrián Medrano L, González-Blanch C, Moriana J et al. Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico *PsicAP*. 2017 [acceso 11 febrero de 2019];23(2-3):124-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2017.10.002>.
9. de Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., & Noguera, I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica* 2016;23(2):67-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2016.03.001>.
10. Barreto, M. L. La austeridad visita a América Latina: Aprendizajes de la reciente experiencia europea sobre el estudio de sus efectos en la salud. *Salud Colect.* 2018;14(4):681-684. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1990>.
11. Main-Kinzig-Klinik. Klinik fuer Psychiatrie und Psychotherapie Zahlen & Fakten [Internet]. Klinik fuer Psychiatrie und Psychotherapie Zahlen & Fakten. 2019 [acceso 02 enero de 2019]. Disponible en: <https://www.mkkliniken.de/zahlen-und-fakten-psychotherapie-schluechtern.aspx>;
12. Wyssen-Kaufmann N. Bedeutung der Anamnese in der Sozialen Arbeit: Von einer Fallstudie in der Psychiatrie zum heuristischen Modell. 1st ed. Verlag Barbara Budrich; 2015.
13. Gaebel W. Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie. *Psychiatrie & Psychotherapie* [Internet]. 2017 [acceso 11 febrero de 2019];26-48. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7\\_2](https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_2).
14. de la Cuesta Benjumea C, López Gracia M, Arredondo González C. Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. *AP*. 2019;51(8):471-478. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2018.06.003>.
15. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25(2):118. Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>.
16. Eguíluz Uruchurtu I, Segarra Echebarria R. Introducción a la psicopatología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016. ISBN 978-84-9110-013-3.
17. Ballard E, Cwik M, Storr C, Goldstein M, Eaton W, Wilcox H. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *Gen. Hosp. Psych.* [Internet]. 2014 [acceso 11 diciembre 2018];36(4):437-441. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2014.03.004>.
18. Marcial Velasco G, Reinhard B. Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis. *Ars Medica*. 2004;(1):57-73.
19. Albers M. ÖGDG und PsychKG als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* [Internet]. 2011 [acceso 15 febrero 2019];73(11):761-766. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0031-1291257>.
20. Steinert T, Traub H. Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [Internet]. 2015 [acceso 31 diciembre 2018];59(1):98-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2262-y>.
21. ACNUDH | Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental [Internet]. *Ohchr.org*. 2020 [acceso 4 enero 2019]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>.
22. Palomares Díaz P, Rodríguez Martí M, Vercher Félix C. Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la unidad de hospitalización psiquiátrica del departamento de salud de Gandía. *Span J Ment Health Nurs*. 2018 [Internet]. 2017 [acceso 24 abril 2019];(3). Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/14/20>.
23. Tortella-Feliu M, Vázquez C, Valiente C, Quero S, Soler J, Montorio I et al. Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *CLIN. SAL* [Internet]. 2016 [acceso 6 mayo 2019];27(2):65-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>.
24. Auerbach R, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J. Abnorm. Psychol.* [Internet]. 2018 [acceso 6 marzo 2019];127(7):623-638. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/abn0000362>.
25. Bretschneider J, Janitz S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T et al. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatr.* [Internet]. 2018 [acceso 2 marzo 2019];18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>.
26. Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M et al. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. *Int. J. Soc Psychiatr.* [Internet]. 2014 [acceso 4 mayo 2019];61(3):275-286. Disponible en: <http://doi:10.1177/0020764014542815>.
27. Sendra-Gutiérrez J, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón M. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* [Internet]. 2018 [acceso 11 mayo 2019];11(4):234-243. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.rpsm.2016.03.004>.
28. Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. *OECD Health Policy Studies*; 2014.
29. Hunt G, Siegfried N, Morley K, Sitharhan T, Cleary M. Psychosocial Interventions for People with Both Severe Mental Illness and Substance Misuse. *Schizophr. Bull.* [Internet]. 2013 [acceso 4 octubre 2018];40(1):18-20. Disponible en: <http://doi:10.1093/schbul/sbt160>.

30. Fernández-Carbonell M, Dasí C, García-Merita M, Fuentes I. Satisfaction levels of patients and their families with a Psychiatric Hospital Unit. *An. Psicol.* [Internet]. 2012 [acceso 1 enero 2020];28(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148831>.
31. Toledo Muñoz L. Las Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias: Análisis del Contexto Clínico, Sociodemográfico y Económico [tesis doctoral]. Universidad/Murcia; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/45767>.
32. Lakeman R. What is Good Mental Health Nursing? A Survey of Irish Nurses. *Arch Psychiatr Nurs.* [Internet]. 2012 [acceso 6 marzo 2019];26(3):225-231. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2011.10.005>.
33. GmbH j. Bürgerservice Hessenrecht [Internet]. *Rv.hessenrecht.hessen.de*. 2019 [acceso 7 abril 2019]. Disponible en: [https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht\\_rv.html#default](https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_rv.html#default)
34. Lampert T, Kroll L, Kuntz B, Hoebel J. Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. *J. Health Monitoring* [Internet]. 2018 [acceso 28 abril 2019];3(S1). Disponible en: <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-036>
35. MG w. Rechtsgrundlagen [Internet]. DNBGF - Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. 2019 [acceso 11 enero 2019]. Disponible en: <http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/rechtsgrundlagen-bgf/>.
36. Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung [Internet]. Bundesgesundheitsministerium. 2019 [acceso 11 enero 2019]. Disponible en: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html#c4878>.
37. Sharfstein S. Goals of Inpatient Treatment for Psychiatric Disorders. *Annu. Rev. Med.* [Internet]. 2009 [acceso 7 febrero 2019];60(1):393-403. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042607.080257>.
38. Juliá-Sanchis R, García-Sanjuan S, Zaragoza-Martí M, Cabañero-Martínez M. Advance healthcare directives in mental health: A qualitative analysis from a Spanish healthcare professional's viewpoint. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* [Internet]. 2019 [acceso 2 febrero 2020];26(7-8):223-232. Disponible en: <http://doi: 10.1111/jpm.12539>.
39. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación [Internet]. *Who.int*. 2006 [acceso 29 noviembre 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG).
40. Maitta I, Párraga J, Escobar M. Factores que afectan la salud mental [Internet]. *Eumed.net*. 2018 [acceso 30 enero 2019]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
41. Cid Henriquez P, Sanhueza Alvarado O, Merino J, Sáez Carrillo K. Efecto de una intervención estructurada de enfermería en disminución del hábito tabáquico en mujeres fumadoras. *Enf Glob.* [Internet]. 2018 [acceso 1 febrero 2020];18(1):281-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.315761>.
42. Gesundheitliche-chancengleichheit [Internet]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung & Gesundheit Berlin Brandenburg. Kooperationsverbund Gesundheitliche-chancengleichheit; 2017. [acceso 11 julio 2019]. Disponible en: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
43. Aldersey H, Whitley R. Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness. *Community J. Ment. Heal.* [Internet]. 2014 [acceso 23 julio 2019];51(4):467-476. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9783-y>.
44. Babalola O, Gomez V, Alwan N, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane database Syst Rev.* [Internet]. 2014 [acceso 28 agosto 2019]; Disponible en: <http://doi: 10.1002/14651858.CD000384.pub3>.
45. de Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguera I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica* [Internet]. 2016 [acceso 29 diciembre 2018];23(2):67-73. Disponible en: <https://doi: 10.1016/J.PSIQ.2016.03.001>.



# ¿Reiki para reducir la ansiedad? Revisión de la literatura

Reiki to reduce anxiety? A review of the literature

**Sandra Martínez Pizarro**

Centro de Salud de Granada, España.

Contacto: mpsandrita@hotmail.com

Fecha de recepción: 29 de noviembre de 2019 / Fecha de aceptación: 16 de enero de 2020

## Resumen

**Introducción:** Hoy en día los tratamientos farmacológicos para tratar los trastornos de ansiedad no tienen un éxito completo, por lo que pueden requerir que los individuos consuman medicamentos durante largos períodos de tiempo. Ante esta situación, en los últimos años, se ha sugerido el uso del reiki para tratar dicha ansiedad y cada vez se incrementa más el uso de esta técnica entre algunos profesionales de enfermería.

**Objetivo:** Analizar si el reiki es más eficaz que el placebo para disminuir la ansiedad.

**Método:** Se realizó una revisión literaria en PubMed, Cinahl y Scopus. Se seleccionaron seis artículos realizados en los últimos cinco años, en humanos, escritos en español o inglés y con una alta calidad metodológica.

**Resultados:** Los resultados de los estudios analizados exponen que actualmente el reiki no ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la ansiedad, ni en el tratamiento del dolor, depresión, ni en el incremento de la calidad de vida.

**Conclusión:** No hay evidencia para afirmar que el reiki sea efectivo en el tratamiento de la ansiedad. Debido al incremento actual del reiki, es fundamental difundir estos conocimientos a los profesionales sanitarios. De esta manera se podrán dar consejos y cuidados sanitarios acorde con las últimas evidencias científicas disponibles.

*Palabras clave:* reiki, ansiedad, terapia.

## Abstract

**Background:** Today pharmacological treatments to treat anxiety disorders are not completely successful. Therefore, they may require individuals to consume medications for long periods of time. Given this situation, in recent years, the use of reiki to treat such anxiety has been suggested. And more and more the use of this technique is increasing, among some nursing professionals.

**Objective:** To analyze if reiki is more effective than placebo to reduce anxiety.

**Method:** A literary review was conducted in PubMed, Cinahl and Scopus. Six articles published in the last five years were selected, in humans, written in Spanish or English and with a high methodological quality.

**Results:** The results of the studies analyzed show that currently reiki has not demonstrated its efficacy in the treatment of anxiety, or in the treatment of pain, depression, or in increasing the quality of life.

**Conclusion:** It can be concluded that there is no evidence to affirm that reiki is effective in the treatment of anxiety. Due to the current increase in reiki, it is essential to disseminate this knowledge to healthcare professionals. In this way, advice and health care can be given in accordance with the latest available scientific evidence.

*Keywords:* reiki, anxiety, therapy.

## Introducción

La ansiedad es un estado de inquietud o agitación ante determinados estímulos que la persona percibe como amenazantes. Los trastornos de ansiedad son problemas de salud mental que se relacionan con experimentar en exceso nerviosismo, miedo, preocupación o terror. Dichos trastornos de ansiedad son la forma más prevalente de enfermedad psiquiátrica en la sociedad occidental<sup>1</sup>.

Según la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, existen los siguientes tipos de trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicación, trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica, otros trastornos de ansiedad especificados y otros trastornos de ansiedad no especificados<sup>2</sup>.

En muchas ocasiones, los tratamientos farmacológicos para dichos trastornos de ansiedad no tienen un éxito completo y pueden requerir que los individuos consuman medicamentos durante largos períodos de tiempo. Ante esta situación, en los últimos años se ha sugerido el uso del reiki, incrementándose esta técnica entre algunos profesionales de enfermería<sup>3</sup>.

El reiki aparece en la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification)* con el código 1520 y se define como una terapia de energía vibratoria que consiste en el uso de una secuencia de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano<sup>4</sup>.

Según diversos expertos, a nivel psicológico, el reiki presenta la facultad de eliminar bloqueos energéticos y aportar un incremento en el potencial de energía de las personas. El reiki les proporciona a las personas equilibrio y el regreso a su estado natural de salud, incrementando la sensación de bienestar así como los sentimientos positivos. De esta manera, el reiki, al nutrir y fortalecer el sistema energético de las personas, favorece a que los sentimientos positivos sean realzados para aportar efectos psicológicos saludables. Debido a ello, el reiki podría ser eficaz para tratar diversos problemas psicológicos como la depresión, el estrés o la ansiedad<sup>5</sup>.

Por otro lado, se pueden encontrar diversos estudios<sup>6,7,8</sup> en los que se afirma que el reiki también es útil para mejorar trastornos somáticos. Por ejemplo, en el insomnio o fatiga, además de acelerar la curación, disminuir el dolor y aliviar los síntomas físicos. Sin embargo, a su vez, se pueden encontrar estudios que afirman lo contrario, es decir, que no hay pruebas suficientes para asegurar que el reiki acelere la curación de las enfermedades somáticas o mejore los síntomas físicos<sup>9</sup>.

La preparación académica necesaria para aplicar la terapia del reiki es realizar un curso teórico-práctico de Graduado Superior en Reiki Profesional. Este curso está avalado por Instituto Superior de Terapias Naturales. Con este curso se puede conseguir la cualificación profesional como terapeuta profesional de reiki y como maestro de reiki profesional. Este curso permite impartir reiki a todos los niveles, así como organizar eventos y talleres<sup>10</sup>.

Sin embargo, la terapia de reiki plantea la cuestión de su efectividad para reducir la ansiedad cuando se aplica a los pacientes. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura científica para analizar si el reiki es más eficaz que el placebo para disminuir la ansiedad.

## Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura basada en estudios científicos. El objetivo fue recopilar toda la información posible sobre la eficacia del reiki en el manejo de la ansiedad. Para ello, se analizaron un conjunto de artículos que respondían a la cuestión planteada.

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica se siguieron las recomendaciones para la publicación de revisiones sistemáticas y de metaanálisis de la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)<sup>11</sup>. Esta declaración presenta una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis, y se usó de guía para esta revisión.

Teniendo en cuenta dicha declaración, se procedió a realizar una pregunta en formato PICO<sup>12</sup> (*patient, intervention, comparison, outcome*): ¿El Reiki es más eficaz que el placebo para reducir la ansiedad?

A continuación se seleccionaron las palabras clave o *keywords*, las cuáles constituyeron el motor de búsqueda para comenzar la investigación. Estas palabras se tradujeron al inglés, ya que este idioma es el que se utiliza en las bases de datos. Estas palabras, cuando posteriormente se insertaron en los campos de texto de las bases de datos seleccionadas, dieron lugar a una serie de artículos relacionados con ellas.

Se utilizaron los descriptores de ciencias de la salud (DeCs), los cuáles facilitaron la elaboración de búsquedas en términos más específicos y amplios. En este caso se seleccionaron los siguientes DeCs:

- *Therapeutic Touch* (reiki).
- *Anxiety* (ansiedad).
- *Treatment* (tratamiento).

Para combinar estos términos se usaron los operadores booleanos. En este caso se usó el operador “AND”, el cual significa que los términos que anteceden y que siguen a dicho operador tienen que hallarse

en el resultado de la búsqueda. Se usó el gestor bibliográfico Mendeley para la citación de la bibliografía en formato Vancouver, una vez encontrados los artículos más relevantes.

La búsqueda de los estudios se realizó en las bases de datos científico-sanitarias PubMed, Cinahl y Scopus<sup>13</sup>.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para seleccionar los manuscritos de la revisión fueron los siguientes:

- Artículos en los cuales se examine el reiki.
- Artículos en los cuales la muestra contenga a personas con ansiedad.
- Artículos actuales escritos en los últimos cinco años.
- Artículos escritos en español o inglés.
- Artículos de alta calidad metodológica.
- Artículos realizados en humanos.

Para la selección de los artículos finales que conforman la revisión literaria se siguió un proceso formado por las siguientes fases:

En la primera fase, los artículos se seleccionaron en función del título; siempre y cuando estuviesen relacionados con reiki en el tratamiento de la ansiedad. En esta fase se descartaron todos aquellos artículos que no estuvieran relacionados con este tema de interés, y que se encontraran solapados o repetidos en varias bases de datos.

A continuación, en la segunda fase, se excluyeron todos aquellos artículos cuya lectura y análisis del

resumen del mismo no se correspondiese con el tema de interés.

En la tercera fase, se cribaron en función de su relación con el tema de investigación, tras su lectura completa y en base al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, para la aceptación o rechazo de artículos.

Y por último, en la cuarta fase, se llevó a cabo la evaluación de la calidad en la metodológica de los artículos finalmente seleccionados mediante el método CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* español)<sup>14</sup>, obteniendo finalmente los artículos con los que se realiza el estudio.

Se encontraron 217 artículos tras la introducción en las bases de datos de los términos ya descritos para buscar los artículos relacionados con el reiki en el tratamiento de la ansiedad. De estos, se eliminaron 104 por encontrarse duplicados en varias bases de datos, quedando un total de 113 artículos. Tras la aplicación de los filtros de búsqueda, se eliminaron 38 artículos, quedando por tanto en esta segunda fase un total de 75 estudios. Posteriormente, se excluyeron 9 artículos por no estar realizados en humanos y 50 por no tratar del reiki en la ansiedad, quedando como resultado 16 estudios. A continuación, se realizó una revisión completa de estos 16 artículos, de los cuales se eliminaron 10 por no presentar una buena calidad. Por lo tanto, se incluyeron para la revisión literaria final un total de 6 artículos en los que se analizaba, estudiaba o examinaba el reiki en el tratamiento de la ansiedad.

La secuencia de selección de artículos se representa gráficamente mediante un diagrama de flujo (figura 1):

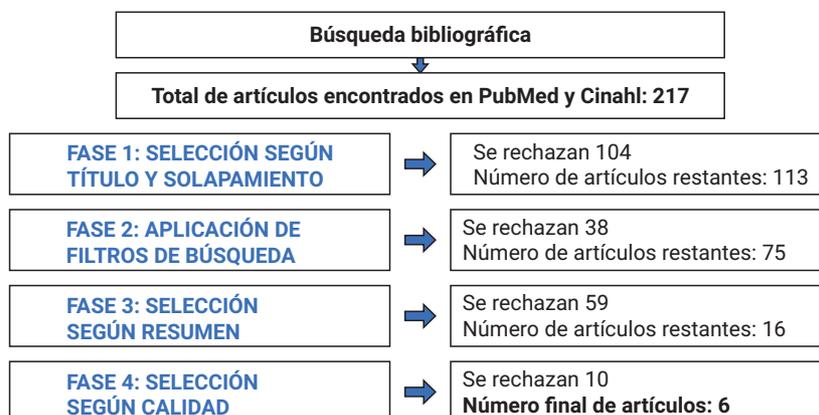


Figura 1: Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

## Resultados

Una vez seleccionados los seis artículos para la elaboración de la revisión literaria, se procedió al análisis pormenorizado de cada uno de ellos. En términos generales, en casi todos los artículos, se sugería que el reiki podría ser efectivo en la ansiedad, pero dicha afirmación ha de corroborarse en estudios posteriores. En algunos estudios, además de la ansiedad, también se valoran otros parámetros como el dolor, la depresión o la fatiga. A continuación se exponen detalladamente los resultados de cada artículo.

El objetivo del estudio de Demir *et al.*<sup>15</sup> realizado en 2015 en Turquía fue evaluar el efecto del reiki sobre el dolor, la ansiedad y la fatiga en pacientes oncológicos. El grupo control recibió la atención sanitaria habitual (médica y enfermera). Por otro lado, el grupo de intervención recibió la atención sanitaria habitual más cinco sesiones de reiki distantes, una cada noche durante 30 minutos. Ningún grupo recibió placebo. El dolor, el estrés y la fatiga se evaluaron con una escala numérica. La muestra del grupo experimental estaba compuesto por un 71.4 % de mujeres, un 40 % casados y un 20 % con graduado de primaria. El grupo de control estaba formado por un 72.7 % de varones, un 60 % casados y un 60 % con graduados de primaria. El grupo control demostró mayores niveles de dolor, estrés y fatiga. De tal manera que el reiki podría disminuir el dolor, ansiedad y fatiga en los pacientes oncológicos.

El objetivo de la revisión de Joyce *et al.*<sup>16</sup> realizada en 2015 en Nueva Zelanda fue evaluar la efectividad del reiki para tratar la ansiedad y depresión en personas de 16 años o más. Se encontraron tres estudios para su inclusión en la revisión. Estos estudios incluyeron subgrupos con ansiedad y depresión. Se incluyó a 25 personas con ansiedad, 17 con depresión y 20 más con ansiedad o depresión, pero no se especificó. Por ello los resultados solo se pudieron informar narrativamente. Los resultados de esta revisión no muestran evidencia de que el reiki sea beneficioso o dañino en esta población. El riesgo de sesgo para los estudios incluidos generalmente se calificó como poco claro o alto para la mayoría de los dominios, lo que reduce la certeza de la evidencia.

El objetivo del estudio de Midilli *et al.*<sup>17</sup> realizado en 2015 en Turquía fue analizar el efecto del reiki sobre el dolor, la ansiedad y los parámetros hemodinámicos en las pacientes que se habían sometido a un parto por cesárea a las 24 y 48 horas postoperatorias. Este estudio

fue diseñado como un ensayo clínico aleatorizado y controlado cuya muestra estaba formada por 90 pacientes. Las pacientes se dividieron en dos grupos: por un lado el grupo control (pacientes que recibieron descanso sin tratamiento) y por otro lado el grupo tratamiento (pacientes que recibieron reiki diariamente durante 2 días dentro de las 4-8 horas posteriores a la administración del analgésico estándar administrado por vía intravenosa). El reiki se aplicó durante un total de 30 minutos en 10 regiones del cuerpo (tres minutos por región corporal). Se utilizaron escalas visuales analógicas para medir el dolor y ansiedad. Los resultados mostraron que el reiki redujo la intensidad del dolor, la ansiedad y la frecuencia respiratoria, así como la necesidad y el número de analgésicos. Sin embargo, no afectó la presión arterial ni la frecuencia del pulso.

El objetivo del estudio de Kurebayashi *et al.*<sup>18</sup> realizado en 2016 en Brasil fue evaluar la efectividad del masaje y del reiki para reducir el estrés y la ansiedad. Estos autores realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado paralelo. El estudio se realizó con 122 participantes repartidos en 3 grupos: Masaje+Reposo (Grupo 1), Masaje+Reiki (Grupo 2) y Control sin intervención (Grupo 3). Se observó que, para la ansiedad, se redujo en los grupos de intervención comparados con el grupo control. Con un porcentaje del 21 % de reducción para el Grupo 2 y el 16 % de reducción para el Grupo 1. Por tanto, el grupo Masaje+Reiki consiguió mejores resultados. Estos autores sugieren realizar otro estudio con uso de placebo para el reiki, para evaluar el alcance de la técnica de forma separada.

El objetivo de la revisión de Thrane *et al.*<sup>19</sup> realizado en Estados Unidos en 2014 fue calcular el efecto del reiki en la reducción del dolor y la ansiedad en ensayos clínicos aleatorizados. Finalmente en la revisión se seleccionaron 12 artículos para recibir una revisión completa, aunque posteriormente aplicando criterios de inclusión se seleccionaron 7. Aunque el número de estudios era limitado, según los resultados estadísticos hay evidencia que sugiere que la terapia de reiki puede ser efectiva para el dolor y la ansiedad. Se recomienda la investigación continúe utilizando la terapia de reiki con muestras de mayor tamaño.

El objetivo del estudio de Billot *et al.*<sup>20</sup> realizado en 2019 en Francia fue analizar los efectos del reiki sobre el dolor, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de los pacientes, específicamente en cuidados paliativos. Los resultados de este estudio indican que el reiki es útil para aliviar el dolor, disminuir la ansiedad y la

depresión y mejorar la calidad de vida en varias afecciones de cuidados paliativos. Pero debido al pequeño número de estudios (seis) de la revisión, no se pudieron identificar claramente los beneficios del reiki. Sin embargo, los resultados preliminares tienden a mostrar algunos efectos positivos de la terapia del reiki para la población al final de la vida. Estos resultados plantean la necesidad de realizar más estudios para determinar los beneficios reales del reiki sobre el dolor, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en los cuidados paliativos.

Las características de los estudios analizados se pueden visualizar en la tabla 1 (ver anexo).

## Discusión

Respondiendo al objetivo del trabajo, no se ha podido determinar (de forma clara) si el reiki es más eficaz que el placebo o no. Los estudios actuales sugieren que sí lo es, pero muchos de ellos presentan problemas metodológicos.

Si comparamos esta revisión con la revisión de Freitag *et al.*<sup>21</sup> realizada en 2015, ambas coinciden en afirmar la posible efectividad de la práctica de reiki en la reducción de la ansiedad y dolor. Pero además la revisión de Freitag *et al.* añade un matiz importante, y es que el reiki puede beneficiar a los individuos sometidos a pruebas sanitarias como la colonoscopia, quimioterapia y a los pacientes con síndrome de *burnout*.

La revisión de Freitag *et al.*<sup>21</sup> se diferencia de la nuestra en el parámetro de la presión arterial. Los resultados de nuestra revisión no permiten afirmar que sirva para reducir la tensión arterial; de hecho, en el estudio de Midilli *et al.*<sup>17</sup>, se muestra que la tensión arterial se mantiene estable tras la aplicación del reiki. Sin embargo, Freitag *et al.* afirman que el reiki disminuye la presión arterial de los sujetos analizados.

Por otro lado, si comparamos esta revisión con el trabajo de Richeson *et al.*<sup>22</sup>, podemos observar que los resultados de ambos trabajos muestran el potencial que podría ofrecer el reiki en el tratamiento de la ansiedad y depresión (el cual aún debe de ser demostrado en ensayos clínicos de mayor calidad). En el trabajo de Richeson *et al.*, al igual que en el nuestro, pero a diferencia del trabajo de Freitag *et al.*<sup>21</sup>, no se observaron cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Cabe destacar que en nuestra revisión no se han encontrado estudios de grupos con terapia reiki administrada en forma placebo, lo cual puede cuestionar la validez de los resultados de los trabajos presentados. Ya que siempre que se añade una “intervención” puede presentarse el efecto Hawthorne. Dicho efecto consiste en una manera de reactividad psicológica, por la que los participantes de una investigación muestran una modificación en algún aspecto de su conducta como consecuencia de conocer que están siendo examinados, y no en respuesta a ninguna manipulación tenida en cuenta en la investigación<sup>23</sup>.

Además del efecto Hawthorne, se debe tener en cuenta que los estudios aleatorios existentes están realizados con muestras pequeñas, al igual que ocurre en la revisión de Joyce *et al.*<sup>24</sup>. De tal manera que, al tener una pequeña cantidad de muestra, no hay pruebas suficientes para concluir cualquier observación acerca de la utilidad del reiki para el tratamiento de la ansiedad y/o depresión. Además, la calidad de las pruebas es moderada, lo que sumado a la escasez de las mismas debilita aún más los resultados.

Por otra parte, en los resultados de nuestra revisión, se sugería la comparación con intentos de demostración de la efectividad de otras terapias complementarias. En la revisión de Amorim *et al.*<sup>25</sup>, se analiza la efectividad de la acupuntura y la electroacupuntura para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Mientras que la terapia complementaria de nuestra revisión es el reiki, la revisión de Amorim *et al.* se centra en la acupuntura. Ambas revisiones coinciden en que analizan la evidencia de las terapias complementarias o alternativas para tratar la ansiedad. En la revisión de Amorim *et al.*<sup>25</sup> los autores concluyeron que, en general, hay buena evidencia que alienta la terapia de acupuntura para tratar los trastornos de ansiedad, ya que produce resultados efectivos, con menos efectos secundarios que el tratamiento convencional. Pero, al igual que en nuestra revisión, los autores plantan la necesidad de más investigación en esta área.

Otros estudios<sup>26,27</sup> sugieren que la risoterapia también es una terapia complementaria que podría ser eficaz para disminuir la ansiedad, y que además potencia la autoestima y felicidad.

En el estudio de Son *et al.*<sup>28</sup>, se concluye que la combinación de dos terapias complementarias (aromaterapia combinada con musicoterapia) puede ser efectiva para tratar la ansiedad y el estrés. Sin embargo, en la

revisión de Candy *et al.*<sup>29</sup>, los autores concluyen que las técnicas complementarias de la aromaterapia, el masaje y la reflexología no son eficaces para tratar la ansiedad.

Los estudios futuros deberían investigar la efectividad de la combinación del reiki con cada una de estas terapias.

Es preciso resaltar que en todos los estudios y las revisiones realizadas del reiki (y de otras terapias complementarias), los autores coinciden en la gran necesidad de realizar más investigaciones con buena calidad metodológica (sobre todo en el caso de los ensayos clínicos aleatorizados). Para que, de esta manera, se pueda averiguar, de forma clara, el efecto que presenta aplicar esta terapia a los pacientes.

## Conclusiones

Los estudios científicos de los últimos años, realizados en diversos países (Turquía, Nueva Zelanda, Brasil, Estados Unidos, Francia, etc.), no ofrecen unos resultados claros sobre la eficacia del reiki para reducir la ansiedad. El reiki, por tanto, ha demostrado potencial para reducir la ansiedad, pero este ha de ser corroborado en estudios científicos posteriores bien diseñados y de alta calidad.

La mayoría de los estudios plantean que el reiki podría reducir no solo la ansiedad, sino también el dolor, la fatiga y la depresión, y producir un aumento de la calidad de vida. Pero, debido a que la enfermería se basa en ciencia demostrada, es necesario incrementar el número de estudios científicos dentro de este ámbito, con mayores tamaños muestrales, grupos aleatorios consistentes, protocolos de tratamiento estandarizados, estudios controlados con placebo y evaluación de su posible efecto sinérgico con otras terapias. De esta manera, se podrá analizar y sacar conclusiones bien fundamentadas, para saber si el reiki es más eficaz que el placebo o no a la hora de reducir la ansiedad.

Debido al incremento actual en la utilización de la terapia del reiki, es fundamental difundir estos conocimientos a los profesionales sanitarios, especialmente a aquellos que tratan en su día a día con personas con problemas de ansiedad. De esta manera, los profesionales sanitarios podrán dar consejos y realizar una educación sanitaria acorde con las últimas evidencias científicas disponibles.

## Bibliografía

- González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007; 23(1).
- Tortella Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom.* 2014; 110: 62-69.
- Dyer NL, Baldwin AL, Rand WL. A Large-Scale Effectiveness Trial of Reiki for Physical and Psychological Health. *J Altern Complement Med.* 2019 Oct 22.
- Herdman T.H. (ED); NNNANDAConsult (2017). Consultado el 12 de octubre de 2019 de la World Wide Web: <https://www.nnnconsult.com/nic/1520>
- do Nascimento Bessa J.H, Tavares Jomar R, Vicente da Silva A, Marcia Peres E, Pely Wolter R.M.C, de Oliveira C.D. Efecto del Reiki sobre el bienestar subjetivo: estudio experimental Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental. *Enferm. glob.* 2017; 16(48): 408-428.
- Rubik B, Brooks AJ, Schwartz GE. In vitro effect of Reiki treatment on bacterial cultures: Role of experimental context and practitioner well-being. *J Altern Complement Med.* 2006; 12(1): 7-13.
- Miles P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. *Altern Ther Health Med.* 2003; 9(2): 36.
- Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: a preliminary study. *J Altern Complement Med.* 2004; 10(6): 1077-81.
- Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *J Nurs Scholarsh.* 2004; 36(2): 147-54.
- Federación europea de Reiki profesional. Curso de graduado superior en Reiki profesional. Consultado el 6 de enero de 2019 de la World Wide Web: <http://www.reikieuropa.com/cursos-de-reiki/cursos-reikipresenciales/item/terapeuta-de-reiki-profesional-copy>
- Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(11):507-11.
- Mamédio C, Roberto M, Nobre C. The Pico Strategy for the Research Question. *Rev latino-am Enferm.* 2007; 15(3):1-4.
- La búsqueda bibliográfica y su aplicación en PubMed-Medline. *Semergen-Medicina de familia.* 2007; 33(4): 193-199.
- Soria Aledo V, Sánchez Marín F, Molina Durán F. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia; 2012.
- Demir M, Can G, Kelam A, Aydinler A. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015; 16(12): 4859-62.
- Joyce J, Herbison GP. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (4): CD006833.
- Midilli TS, Eser I. Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Pain Manag Nurs.* 2015; 16(3): 388-99.
- Kurebayashi LF, Turrini RN, Souza TP, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24: e2834.
- Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs.* 2014; 15(4): 897-908.
- Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A. Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Support Palliat Care.* 2019; 9(4): 434-438.
- Freitag V.L, Andressa de A, Marcio Rossato B. El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm. glob.* 2015; 14(38): 335-345.
- Richeson N.E, Spross, J.A, Lutz K, Peng, C. Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in commu-

- nity-dwelling older adults. *Research in gerontological nursing*. 2010; 3(3): 187-199.
23. McCarney R., Warner, J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol*. 2007; 30 (7).
  24. Joyce J, Herbison GP. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 4. DOI: 10.1002/14651858.CD006833.pub2.
  25. Amorim D, Amado J, Brito I, Fiuza SM, Amorim N, Costeira C, Machado J. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. *Complement Ther Clin Pract*. 2018; 31: 31-37.
  26. Demir Doğan M. The Effect of Laughter Therapy on Anxiety: A Meta-analysis. *Holist Nurs Pract*. 2020; 34(1): 35-39.
  27. De Francisco S, Torres C, De Andrés S, Millet A, Ricart MT, Hernández-Martínez-Esparza E. Effectiveness of Integrative Laughter Therapy to Reduce Anxiety, Improve Self-Esteem and Increase Happiness: A Naturalistic Study at a Day Hospital for Addictive Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(21).
  28. Son HK, So WY, Kim M. Effects of Aromatherapy Combined with Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(21).
  29. Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Vickerstaff V, et al. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliat Med*. 2019:269216319884198. doi: 10.1177/0269216319884198.

Autor	Título	Año y lugar	Tipo de estudio y muestra	Revista	Descripción de la intervención. Conclusiones
Demir M, Can G, Kelam A, Aydiner A.	Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey.	2015 Turquía	Ensayo clínico aleatorizado 18 personas	Asian Pac J Cancer Prev.	Se compara el Reiki con atención sanitaria frente a la atención sanitaria estándar por sí sola en el dolor, ansiedad y fatiga en pacientes oncológicos. Los resultados indican que el Reiki podría disminuir el dolor, ansiedad y fatiga en pacientes oncológicos.
Joyce J, Herbison GP.	Reiki for depression and anxiety.	2015 Nueva Zelanda	Revisión 3 estudios	Cochrane Database Syst Rev.	Se analiza la efectividad del Reiki en la ansiedad y depresión. Los resultados de esta revisión no muestran evidencia de que Reiki sea beneficioso o dañino. El riesgo de sesgo para los estudios incluidos se calificó como poco claro o alto para la mayoría de los dominios, lo que reduce la certeza de la evidencia.
Midilli TS, Eser I.	Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial.	2015 Turquía	Ensayo clínico controlado aleatorizado 90 personas	Pain Manag Nurs.	Se compara el Reiki frente a la atención estándar en el dolor, la ansiedad y los parámetros hemodinámicos tras una cesárea. El Reiki reduce la intensidad del dolor, la ansiedad y la frecuencia respiratoria, así como la necesidad y el número de analgésicos en el postoperatorio del parto por cesárea. Sin embargo, no afectó la presión arterial ni la frecuencia del pulso.
Kurebayashi LF, Turriani RN, Souza TP, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT.	Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial.	2016 Brasil	Ensayo clínico controlado aleatorizado 122 personas	Rev Lat Am Enfermagem.	Se compara la efectividad del masaje, del Reiki y de los dos juntos para tratar el estrés y ansiedad. El grupo de Masaje+Reiki consiguiera mejores resultados para reducir el estrés y la ansiedad que el grupo control y el grupo Masaje+reposo.
Thrane S, Cohen SM.	Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations.	2014 Estados Unidos	Revisión 7 estudios	Pain Manag Nurs.	Se analiza el efecto del Reiki en el dolor y ansiedad frente a la ausencia de tratamiento. Hay evidencia que sugiere que la terapia de Reiki puede ser efectiva para el dolor y la ansiedad. Aunque se recomienda la investigación contine utilizando la terapia de Reiki con muestras mayores.
Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A.	Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life.	2019 Francia	Revisión 6 estudios	BMJ Support Palliat Care.	Se analizan los efectos del Reiki en el dolor, ansiedad, depresión y calidad de vida en los cuidados paliativos. Los resultados preliminares tienden a mostrar efectos positivos de la terapia de Reiki sobre el dolor, ansiedad / depresión y la calidad de vida en los cuidados paliativos. Pero se requieren estudios adicionales para realizar recomendaciones.

Tabla 1: Resultados de los estudios de la revisión. Fuente: Elaboración propia

Autor	Título	Año y lugar	Tipo de estudio y muestra	Revista	Descripción de la intervención. Conclusiones
Demir M, Can G, Kelam A, Aydiner A.	Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey.	2015 Turquía	Ensayo clínico aleatorizado 18 personas	Asian Pac J Cancer Prev.	Se compara el Reiki con atención sanitaria frente a la atención sanitaria estándar por sí sola en el dolor, ansiedad y fatiga en pacientes oncológicos. Los resultados indican que el Reiki podría disminuir el dolor, ansiedad y fatiga en pacientes oncológicos.
Joyce J, Herbison GP.	Reiki for depression and anxiety.	2015 Nueva Zelanda	Revisión 3 estudios	Cochrane Database Syst Rev.	Se analiza la efectividad del Reiki en la ansiedad y depresión. Los resultados de esta revisión no muestran evidencia de que Reiki sea beneficioso o dañino. El riesgo de sesgo para los estudios incluidos se calificó como poco claro o alto para la mayoría de los dominios, lo que reduce la certeza de la evidencia.
Midilli TS, Eser I.	Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial.	2015 Turquía	Ensayo clínico controlado aleatorizado 90 personas	Pain Manag Nurs.	Se compara el Reiki frente a la atención estándar en el dolor, la ansiedad y los parámetros hemodinámicos tras una cesárea. El Reiki reduce la intensidad del dolor, la ansiedad y la frecuencia respiratoria, así como la necesidad y el número de analgésicos en el postoperatorio del parto por cesárea. Sin embargo, no afectó la presión arterial ni la frecuencia del pulso.
Kurebayashi LF, Turriani RN, Souza TP, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT.	Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial.	2016 Brasil	Ensayo clínico controlado aleatorizado 122 personas	Rev Lat Am Enfermagem.	Se compara la efectividad del masaje, del Reiki y de los dos juntos para tratar el estrés y ansiedad. El grupo de Masaje+Reiki consiguiera mejores resultados para reducir el estrés y la ansiedad que el grupo control y el grupo Masaje+reposo.
Thrane S, Cohen SM.	Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations.	2014 Estados Unidos	Revisión 7 estudios	Pain Manag Nurs.	Se analiza el efecto del Reiki en el dolor y ansiedad frente a la ausencia de tratamiento. Hay evidencia que sugiere que la terapia de Reiki puede ser efectiva para el dolor y la ansiedad. Aunque se recomienda la investigación continúa utilizando la terapia de Reiki con muestras mayores.
Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A.	Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life.	2019 Francia	Revisión 6 estudios	BMJ Support Palliat Care.	Se analizan los efectos del Reiki en el dolor, ansiedad, depresión y calidad de vida en los cuidados paliativos. Los resultados preliminares tienden a mostrar efectos positivos de la terapia de Reiki sobre el dolor, ansiedad / depresión y la calidad de vida en los cuidados paliativos. Pero se requieren estudios adicionales para realizar recomendaciones.

Tabla 1: Resultados de los estudios de la revisión. Fuente: Elaboración propia



# Revisando algunos aspectos de nuestra salud mental

Reviewing some aspects of our mental health

Luis Cibanal Juan

Catedrático de Escuela Universitaria de Enfermería, especialidad en Enfermería Psiquiátrica. Universidad de Alicante, España.

Contacto: luis.cibanal46@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2020

## Resumen

Se sigue mezclando salud mental y enfermedad mental. De la misma manera que todos tenemos a lo largo de nuestra vida ciertos problemas físicos, que no enfermedades físicas (aunque también), también tenemos ciertos problemas psicológicos o mentales sin que por eso sean enfermedades mentales. Uno de los pilares fundamentales de una buena salud mental es la autoestima. Como punto de partida, la visión que nos da sor Callista Roy de la imagen que uno tiene de sí mismo. También se recorrerán las bases de la autoestima, de su cuidado y las consecuencias de tener una autoestima adecuada o baja.

*Palabras clave: salud mental, autoimagen, autoestima.*

## Abstract

The mixture of mental health and mental disorders persists. Just as, along our lives, we all have certain physical problems (not necessarily physical illnesses), we also have certain mental or psychological problems, different from mental disorders. One of the main pillars of good mental health is the Self-esteem. As a starting point, Sister Callista Roy's description of the own image of the self. Other aspects discussed will be the self-esteem basics, its care and the consequences of having an appropriate or a low self-esteem.

*Keywords: mental health, self concept, self esteem.*

Al leer trabajos de fin de máster de algunos alumnos, observo cómo se sigue mezclando salud mental y enfermedad mental. Esta mezcla, a mi parecer, lleva a los profesionales de enfermería no especialistas en salud mental y psiquiatría a pensar y, sobre todo, confundir a las personas que, debido a problemas de ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima, etc., envíen a algunos pacientes a salud mental. Estos pacientes reaccionarán de forma negativa, diciéndoles que ellos no están locos. Debido a esta confusión, no es de extrañar que llamen a los psicólogos loqueros y, por tanto, que vean con malos ojos que uno vaya al psicólogo, cuando sabemos que en ciertas circunstancias un buen asesoramiento de lo que es y no es la salud mental les ayudaría enormemente. Una cosa es la salud y otra la enfermedad y todos sabemos por experiencia que, de la misma manera que todos tenemos a lo largo de nuestra vida ciertos problemas físicos, que no enfermedades físicas (aunque también), también tenemos ciertos problemas psicológicos o mentales sin que por eso sean enfermedades mentales.

Pues bien, entre los muchos aspectos a considerar sobre cómo tener una buena salud mental y así mismo prevenir que ciertos problemas psicológicos lleguen a ser una enfermedad mental, me voy a parar en un aspecto que desde mi punto de vista es uno de los pilares fundamentales de una buena salud mental, se trata de la estima del yo o autoestima.

Para ello voy a tomar como punto de partida la visión que nos da sor Callista Roy en su modelo, si bien yo lo he adaptado o explicado de forma más acomodada a nuestra comprensión y cultura. Roy nos habla entre otros aspectos de la:

**Imagen que uno tiene de sí mismo:** Esta imagen la divide en *yo físico* y *yo íntimo*.

*Entendemos por imagen de sí (o concepto de sí mismo) al conjunto de creencias y sentimientos que el individuo tiene de él mismo en un momento dado, se compone de sus percepciones internas y de las percepciones que tiene de los otros o de sus reacciones y que influyen en su comportamiento.*

*Esta imagen la podemos dividir en dos partes: la imagen física o yo físico, y la imagen íntima o yo más psicológico. Ambas son muy importantes en nuestra vida por sus repercusiones a nivel de salud física y sobre todo mental.*

## Yo físico

Es la evaluación que el individuo hace de su ser físico incluyendo sus atributos físicos, su funcionamiento biológico, su sexualidad, su estado de salud o de enfermedad y su apariencia. Nuestro yo físico lo podemos ver desde dos perspectivas:

*A) Sensaciones corporales:* Cómo el individuo se siente en su cuerpo, qué sensaciones le envía el cuerpo y en qué medida las escucha. Todos sabemos, por ejemplo, cómo el dolor es un mecanismo, una llamada de atención, sumamente importante, que tiene nuestro organismo para manifestarnos que algo no va bien o como debiera funcionar.

Si el dolor es una alarma tan importante, cabe preguntarnos el por qué no lo escuchamos; por qué no nos paramos a ver qué significa este dolor en nuestra vida, qué me está diciendo este dolor. Pues es evidente que si ante el dolor, en vez de escucharlo, lo “apagamos” con un medicamento, de momento se va, pero no se ha resuelto la causa del mismo o su origen. De aquí que no es de extrañar que más tarde aparezcan problemas de salud serios; sin embargo, el cuerpo con su manifestación de dolor nos los iba indicando. Pero claro, es más fácil utilizar un medicamento, que pararnos y cambiar hábitos físicos o psíquicos que son los causantes de ese dolor.

El dolor es una de las manifestaciones, pero también hay otras sensaciones que permiten al individuo ver la experiencia de su cuerpo. Por ejemplo: me siento fatigado, enfermo, con malestar, tengo hambre, frío, calor, etc. Todas estas sensaciones físicas van a tener también una respuesta psicológica, y así la persona que tiene hambre, o frío o calor... lo va a manifestar con cierto malestar que se puede traducir en irritación, ansiedad, agresividad, susceptibilidad, etc. Estas manifestaciones pueden ser verbales, pero también en muchas otras situaciones pueden ser no verbales, que se manifiestan en la expresión facial, en tensiones musculares, etc.

*B) Imagen corporal (Esquema corporal):* Es decir, cómo el individuo percibe su cuerpo, sus rasgos corporales. Se trata de la percepción y los sentimientos que

experimenta el individuo frente a la imagen de su cuerpo. Aquí nos paramos a tomar conciencia de cómo la persona percibe su cuerpo físico. Por ejemplo, cómo se siente frente a su apariencia personal: yo soy grande, pequeño, guapo, feo, obeso, delgado, etc.

De todos es conocido cómo hoy día damos muchísima importancia a nuestro cuerpo físico: como testimonio de esto, ahí están las dietas, las cremas, las operaciones dermoestéticas... Nuestro cuerpo, en el mejor de los casos, poco a poco va envejeciendo, y nos cuesta aceptarlo; sin embargo, hay situaciones límites como una enfermedad degenerativa, un accidente en el que la persona se puede quedar hemipléjico o tetrapléjico, una intervención quirúrgica, etc. Estas situaciones implican un trabajo profundo sobre la persona para aceptar su nueva imagen, lo cual lleva anejo el que tiene que ir haciendo (si va envejeciendo) o hacer (caso de enfermedad, accidente, operación) un duelo, o varios duelos ante el cuerpo que era y que ya no es o no lo será nunca.

Como vemos aquí hay mucho que trabajar a nivel de la autoestima que se va a sentir lastimada, y que se puede traducir en sentimientos de miedo, ansiedad, culpa, agresividad, angustia, depresión, suicidio, etc.; todo un campo amplio relacionado con nuestra salud mental.

## Yo íntimo o yo psicológico

Es la evaluación que el individuo hace de sus propias características psicológicas, de su autoestima de lo que espera de la vida, de sus valores y de su mérito personal. Para una mejor comprensión de la importancia de esta parte, vamos a dividirlo en varios apartados:

*A) Consistencia del yo:* Llamamos consistencia del yo, como su nombre lo indica, a la parte que hace referencia a la estructura o cimientos de nuestra personalidad. Una estructura, unos cimientos poco sólidos hacen que la persona viva con ansiedad, con angustia, pues en cualquier momento se puede desmoronar el “edificio de su personalidad”.

Se trata de ver cómo el individuo se percibe en relación con su *performance* o su respuesta a los diversos problemas, vivencias, situaciones que se dan en la situación actual. Por ejemplo: describirse como persona. Describir las características personales. Yo soy una persona débil, fuerte, voluntaria, tímida, incapaz, infantil, sin valor.

Lógicamente, una persona que tiene buenos cimientos (buena autoestima) se siente segura, afronta la vida sin miedo, sin ansiedad. Toda situación nueva la ve como un reto, para seguir avanzando y creciendo. Y, por el contrario: todo lo que amenaza la consistencia del yo, o lo que es lo mismo los pilares sobre los que está construida nuestra persona nos provoca más o menos ansiedad, la cual se canalizará en las diversas psicopatologías o en las enfermedades psiquiátricas que todos conocemos.

*B) Ideal del yo:* Lo que el individuo querría llegar a ser o a hacer con relación a sus capacidades y objetivos.

Otro punto muy importante que tenemos que valorar son las metas u objetivos que tenemos o nos proponemos en nuestra vida. Es decir, qué aspiraciones o, en cierto modo, ilusiones tenemos en la vida.

Necesitamos tener objetivos o metas en nuestra vida, unos serán más a largo plazo, otros a corto o medio plazo. La falta de objetivos nos lleva al vacío existencial, a no encontrar sentido a la vida. Nuestra vida tiene sentido, porque continuamente se lo estamos dando programándonos cosas o vivencias que nos ilusionan o nos llenan. El sentido de la vida es algo que cada uno va buscando y va encontrando, por tanto es muy personal, nadie nos puede dar el sentido de la vida.

Es importante que nuestras metas u objetivos de vida estén programados de tal manera que podamos conseguirlos, pues de lo contrario nos sentiríamos fracasados, hundidos y deprimidos, de aquí que:

Debemos distinguir entre mi *yo ideal*: lo que me gustaría ser pero que o bien no tengo capacidades (físicas o intelectuales) o bien, aunque tenga capacidades, no dispongo de los recursos económicos o los medios para poder realizar mis objetivos, como, por ejemplo, poder hacer una carrera, y resulta que económicamente no dispongo de un mínimo de dinero para pagarme los estudios. Por tanto, proponernos un yo ideal, o idealista que está fuera de nuestro alcance o realidad, nos llevaría al fracaso y hundimiento, pues nunca lo podríamos conseguir.

Mi *yo real* se refiere a todo lo que actualmente tengo, y esto tanto a nivel físico como intelectual, así como de medios, bien sean económicos u otros... Sin embargo, en vez de seguir avanzando y realizando aquellas aspiraciones que me gustaría alcanzar, y para las que tengo posibilidades, me estanco, bien sea por

pereza, cansancio, tener que trabajar, etc. Lógicamente, quedarnos en este yo real y no seguir avanzando hasta todo lo que puedo llegar a ser me va a crear frustración, culpabilidad, sensación de fracaso. Como algo que podía haber sido (pues tenía todas las posibilidades) y no ha sido, por no haberme planificado y hecho frente a las diversas dificultades.

Mi *yo autentico* lo que tengo más todo lo que puedo llegar a ser si desarrollo mis capacidades. Como vemos, este es el más equilibrado, pues sigo continuamente desarrollando mis capacidades y poniéndome metas y objetivos que están a mi alcance y que, por tanto, poco a poco, puedo llegar a conseguir. Podíamos decir que este es el hombre autorrealizado.

Y ahora vamos a abordar el tema fuerte de este artículo: la autoestima.

*C) La estima del yo o la autoestima:* Aspecto del yo personal relacionado con el valor que la persona se atribuye. Desde nuestro punto de vista, es la piedra angular sobre la que se edifica toda nuestra personalidad. Se vive la autoestima como un sentimiento que a veces puede ser difícil de aislar o identificar porque se experimenta constantemente. La estima de sí forma parte de cada sentimiento y de cada respuesta emocional de la persona; se trata pues de un concepto significativo para el análisis de la imagen de sí y de su crecimiento personal.

Cada persona necesita tener valores positivos sobre su autoimagen, esto le ayudará a ser creativo, confiar más en él mismo, enfrentarse positivamente ante su medio ambiente, etc.

A este respecto conviene recordar que la calidad y la cantidad de refuerzos positivos (caricias, diría el Análisis Transaccional) que recibe la persona a lo largo de su vida son cruciales, pues estos son la base de la evaluación de sí mismo y, por tanto, de su crecimiento como persona. Veamos algunas ideas generales sobre la autoestima:

*Definición de la autoestima.* Entre otros aspectos, podríamos definirla como:

- Soy una persona capaz y valiosa.
- Soy una persona digna de confianza y respeto: por uno y por los otros.
- Soy digno de ser amado y de amar.
- Tengo recursos y habilidades.

- Tengo alegría de vivir.
- Trato de tener continuamente pensamientos positivos.
- Autoestima es lo que pienso de mí, no lo que los otros piensan de mí.

*Cómo y cuándo se crea o se fortalece la autoestima:* En primer lugar, en el vientre materno: si consideramos a la persona como un edificio, y perdonad la comparación, sabemos que un edificio tantos más pisos podrá tener cuanto más sólidos sean sus cimientos. Desde mi punto de vista, nuestros cimientos son los nueve meses de vida intrauterina. Ahí ya se forja mucho de lo que después seremos. A modo de ejemplo, transcribo algunas ideas que van en la línea de la psicología transpersonal y también en un libro que les recomiendo a los profesionales para que lo aconsejen y recomienden leer a las futuras mamás. El libro lleva por título: *La vida intrauterina del niño antes de nacer*, del Dr. Thomas Verny (Ed. Urano, 1988). Dado el poco espacio del que disponemos, les pongo algunas ideas para su reflexión:

- El niño en el vientre de la madre es sensible a los matices emocionales: amor, odio, ansiedad, ambivalencia, ambigüedad, etc., que vive la madre.
- Nuestros gustos y aversiones, nuestros miedos y fobias... son parcialmente producto de lo que el niño ha ido recibiendo en el vientre materno. El útero es dónde se inicia este tipo de aprendizaje.
- La personalidad del niño intrauterino es una función de la calidad de comunicación madre-hijo y también de su especificidad.
- Si la comunicación con el feto durante los nueve meses fue abundante y enriquecedora y, sobre todo, nutritiva, existen muchas posibilidades de que el bebé sea sano, robusto y feliz.
- Es sumamente importante que la madre embarazada piense en su hijo (que cree con él un vínculo relacional). Los pensamientos y sentimientos de amor, rechazo, ambivalencia... de la madre hacia su bebé en gestación comienzan a definir y modelar la vida emocional del niño. Sobre todo, el sentimiento de seguridad y autoestima.
- Los niños no nacen tímidos, sino ansiosos y a partir de esa ansiedad puede surgir una temerosa timidez.
- Al crear en el útero un entorno cálido y emocionalmente enriquecedor, la mujer puede lograr una diferencia decisiva en todo lo que su hijo siente, espera, sueña, piensa y obtiene a lo largo de su vida.
- La mujer es el nexo entre su bebé y el mundo. Todo lo que le afecta a ella incide en él. No hay nada que la afecte más profundamente ni que la alcance con un impacto tan hiriente como las preocupaciones con respecto a su marido o compañero.
- Por este motivo, emocional y físicamente hay pocas cosas más peligrosas para un niño que un padre que maltrata o deja sola a su pareja embarazada.
- Freud demostró, más allá de toda duda, que las emociones y los sentimientos negativos influyen adversamente en la salud física. Dio a esta idea el nombre de enfermedades psicosomáticas.
- El amor es lo más importante y, cuando el niño lo percibe, a su alrededor se forma una especie de escudo protector que puede disminuir o, en algunos casos, neutralizar el impacto de las tensiones del exterior.
- En síntesis, aunque las tensiones externas que afronta una mujer embarazada tienen importancia, lo más esencial es lo que siente hacia su hijo no nacido.
- Sus pensamientos y sentimientos son el material a partir del cual el niño intrauterino se forja a sí mismo. Si son positivos y nutritivos, el niño puede soportar choques prácticamente de cualquier dirección.
- Los hijos de las madres aceptadoras son emocional y físicamente mucho más sanos al nacer, e incluso después, que los vástagos de las madres rechazadoras.
- En un estudio realizado con más de 1300 niños y sus familias, se observó que una mujer miembro de un matrimonio mal avenido corre un riesgo 237 veces superior de alumbrar un niño psicológica o físicamente enfermo más que una mujer que vive una relación segura y nutritiva.
- Asimismo, también se ha observado en algunas investigaciones que los matrimonios desdichados tenían hijos que, de pequeños, eran cinco veces más asustadizos que los vástagos de relaciones felices. También se muestran más tímidos y dependientes de la madre en grado excesivo. El útero es el primer mundo del niño. En un sentido muy real, el útero establece las expectativas del niño ante el mundo externo de amor, confianza... o de desconfianza, recelo, hostilidad, introversión...

Estas ideas novedosas han salido directamente de los laboratorios de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Francia, Suecia, Alemania, Austria, Nueva Zelanda y Suiza, donde, durante las últimas dos décadas, los investigadores han trazado callada y concienzudamente una perspectiva espectacularmente nueva del feto, del nacimiento y de las primeras etapas de la vida.

A este respecto, C. Rogers nos dirá: “Somos como una planta, una semilla..., que hay que comenzar a mimar desde que se planta”.

La mayor parte de los psicólogos que ha estudiado esto nos insisten en la importancia de favorecer la autoestima siempre, pero principalmente durante los primeros 4 años.

Cuando somos niños, los adultos (padres, abuelos, profesores...), según nos respeten, amen, valoren, así van a favorecer o destruir nuestra autoestima. Para ello es conveniente y necesario que tengan mucho cuidado con los mensajes que les dan, si son positivos, la favorecen y solidifican su personalidad, si son negativos, la destruyen. Nuestros padres, abuelos, profesores, etc., nos deben enseñar a:

- Tener confianza en nosotros y en los demás.
- A luchar contra el miedo al qué dirán y el “postureo”, que tanto nos puede condicionar y amargar la vida al no valorarnos y querernos como somos y depender de lo que digan los demás.
- A querer y aceptar al niño/a por sí mismo, sin condicionantes.
- Alimentar la autoestima teniendo en cuenta las doce leyes sobre las caricias de las que nos habla el análisis transaccional, y que exponemos brevemente a continuación. Lo que llama caricias son como estímulos que van a favorecer el crecimiento y bienestar personal.

### Las doce leyes de las caricias

#### 1. La caricia es indispensable para la supervivencia biológica y psicológica

La experiencia en cuidados maternos pone de manifiesto que los “bebés acariciados” se desarrollan, en general, de manera más armoniosa que los carentes de tales caricias.

#### 2. La caricia puede ser fuente de energía positiva o negativa

- La caricia positiva corresponde al reconocimiento de las cualidades del otro para valorarlas o de cualquier comportamiento o actividad que provocan en el otro el desarrollo de una energía positiva. Las caricias positivas me permiten vivir mejor conmigo mismo y con los demás.
- La caricia negativa corresponde a la desvaloriza-

ción del otro, a no reconocer sus cualidades o a comportarse de tal manera que provocan en el otro energía negativa. Las caricias negativas me permiten vivir, sí, pero vivir sufriendo y sintiéndome mal “en mi piel” con una “especie” de ansiedad, en continuo malestar, vacío y relaciones difíciles con los demás.

#### 3. La persona prefiere una caricia negativa al riesgo de no recibir ninguna

La ausencia de caricias es dramática para una persona. Es la causante de una disminución de energía, de falta de sentido de vida con cierta frecuencia son el presagio de una desaparición de sí mismo (enfermedad o muerte/suicidio). Sin embargo, las personas, por lo mismo, prefieren caricias negativas a la ausencia de las mismas, pues prefieren recibir maltratos a ser ignorados. Esto explica los numerosos comportamientos desagradables, provocadores o manifiestamente destinados a provocar fracasos o enfados en todo el mundo. Son, a pesar de todo, una dolorosa y trágica función de supervivir.

#### 4. La caricia puede ser condicional o incondicional

- La caricia condicional es un signo de reconocimiento condicionado por el comportamiento del otro.
- La caricia incondicional no está relacionada directamente a los comportamientos de otra persona, ni propios; al contrario, consiste en apreciar la personalidad de cada uno con sus cualidades y sus defectos y no por lo que hace. Es querer, amar a la persona por ella misma, incondicionalmente.

La persona habituada a las caricias condicionales tiene necesidad de probar constantemente su valor comportándose de manera que le puedan dar caricias de recompensa.

#### 5. La caricia incondicional es más intensa que la condicional

#### 6. La caricia incondicional positiva

Debe tener estas cinco cualidades: sincera, apropiada, personalizada, dosificada y argumentada.

Recordemos: nunca dar caricias incondicionales negativas, son destructivas de nuestra autoestima. Por ejemplo, el niño hace una cosa mal y la madre o el padre... le dice: “Uf, qué tonto eres”, “eres un desastre, todo lo que tocas lo estropeas”, etc., en vez de decirle:

“Cuando haces una cosa así, te comportas como un niño que no piensa”; esto es una caricia condicional negativa, que ayudan a cambiar y no destruyen a la persona como los mensajes: qué tonto eres, eres un desastre, etc., y que a veces se dicen por cosas de poca importancia, pero se quedan impresos en la persona y luego en su vida cuando no le sale alguna cosa bien, se dice: “No, si ya mi madre me decía que era un desastre, que todo lo que tocaba lo echaba a perder”.

*7. Para obtener la misma cantidad de energía psíquica, hace falta una caricia (+) por diez caricias (-)*

Una persona deficiente en caricias positivas tiene la necesidad de multiplicar las ocasiones de caricias negativas para recibir la misma cantidad de energía para sobrevivir. De aquí que no nos debe de sorprender el que algunas personas vayan con mucha frecuencia provocando o de alguna manera llamando la atención de los demás.

*8. Cada individuo tiene una “dosis” habitual de caricias y se resiente si las rebasa (como la temperatura del cuerpo)*

Hacer cumplidos demasiado fuertes o poco habituales inquieta a la persona que los recibe. Buscar acariciar positivamente a los otros permite desarrollar su energía, si se hace respetando “la dosis habitual” de cada persona.

*9. Cada persona tiene un canal preferencial de caricias*

Existen cinco canales posibles de caricias:

- La mirada, los ojos, la vista.
- La voz, la palabra, la música, el sonido.
- La escritura, la nota, la memoria.
- La proximidad, el contacto, tocar.
- El olfato, el aroma, el olor.

Una buena observación de las personas nos permitirá tener en cuenta el canal o canales preferenciales de cada uno.

*10. Cada uno puede almacenar las caricias*

Es posible, en efecto, almacenar reserva de caricias durante ciertos momentos del día... para utilizarlos en los momentos en que faltan tales caricias.

*11. Cada persona posee un “filtro” para las caricias*

Según su personalidad y los hábitos de su medio ambiente, cada persona tiene una disposición a aceptar o rehusar, total o parcialmente, las caricias que le dan. Por desgracia hay algunas personas que interpretan las caricias positivas como negativas.

Cada uno debe conocer hasta qué punto, según sea su autoestima, él rehúsa la caricia o la selecciona según su sistema psicológico personal.

El efecto de la caricia es esencial en la vida y por eso hay circunstancias en las que se tiene miedo y ha sido reglamentado. En la infancia, la familia “enseña” esos filtros como defensa personal. Esto corresponde a la “Ley de economía de caricias”.

*12. La caricia es una fuente natural, gratuita, inagotable y al alcance de todos*

La caricia es una fuente natural que todos tenemos a nuestra disposición y así podemos dar, recibir y distribuir a todos y en toda ocasión.

Cada uno puede reconquistar este derecho a acariciar y permitir a los otros encontrar este bien, fuente de energía positiva para resolver los problemas de la vida.

**Pilares más importantes de la autoestima**

- Adquirir mayor conocimiento de uno mismo
- Saber aceptarse
- Ser confirmados por los otros como personas valiosas y dignas de ser amadas.
- Planificar cosas y realizarlas.
- Aceptarse como una persona valiosa, aceptar su cuerpo y darse mensajes positivos
- No criticarse.

*La autoestima facilita:*

- Las relaciones consigo mismo.
- Las relaciones familiares.
- Las relaciones de pareja.
- Las relaciones sociales.
- Las relaciones profesionales.
- Escoger y tener una profesión.
- La confianza en sus posibilidades y capacidades...
- Una buena autoestima facilita la aceptación de la realidad.

- Se es más comprensivo, flexible, empático, se es más creativo.
- Se tiene más amor y más éxito.

#### *La baja autoestima:*

- Hace que la persona se aíse más.
- Se sienta que vale poco;
- que no merece la pena que la quieran.
- Suele enfermar más por tener más una tendencia hacia lo negativo y el pesimismo.
- Sus relaciones son más conflictivas.
- Se tiene menos respeto por uno y por los demás.
- Se critica mucho y de forma despiadada.
- Suele tener más ansiedades y miedos.
- Suele tener más fracasos y más problemas.
- Se siente con frecuencia inútil, o que no vale, o que no es digno de ser querido.

#### *Cómo aumentar la autoestima:*

- Visualización y afirmaciones positivas.
- Valorarnos.
- Querernos.
- No criticarnos.
- Darnos muchos mensajes positivos (tú vales, lo vas a conseguir, las cosas me van a ir bien, hoy me siento feliz, yo puedo superar este bache).
- Cambiar nuestros pensamientos negativos en positivos sin perder el sentido de la realidad.
- No aceptando las críticas destructivas, ni los mensajes negativos de los otros.
- Expresando los sentimientos ya sean positivos pues redundan en amor hacia sí; ya sean los negativos para que no se transformen en enfermedad.
- Creando un ambiente de empatía, comprensión y respeto en nuestro entorno.
- Aprendiendo a perdonar a los otros y a uno mismo viviendo el aquí y ahora.
- Dejando de lado el qué dirán y la crítica negativa, y los sentimientos de rencor que son como veneno que nos va destruyendo.
- Pidiendo las caricias que necesitamos, para no tenerlas que buscar de forma negativa.
- Saber autorespetarse.
- Mirarse todos los días al espejo y decirse o darse mensajes agradables.
- Planificar objetivos en la vida y llevarlos a cabo.
- Aceptar y querer nuestro cuerpo como es.

#### **Bibliografía**

- Roy, Callista. The Roy Adaptation Model: 3rd (third) Edition. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education. 2009.
- Berne, Eric. Más allá de juegos y guiones: Una selección de todas las obras del creador del Análisis Transaccional. Jeder Libros Edit. 2016.
- Cibanal Juan, Luis; Arce Sánchez, M<sup>a</sup> del Carmen; Carballal Balsa, M<sup>a</sup> Consuelo. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. 3<sup>a</sup> Edit. Ed. Elsevier. 2014.
- Egan, Gerard. El laboratorio de relaciones interpersonales. Buenos Aires: Paidós. 1976.
- May, Rollo. Amor y voluntad: contra la violencia y la apatía en la sociedad actual (3<sup>a</sup> edit). Gedisa. 2011.
- Rogers, Carl. Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós. 1984.
- Verny, Thomas. La vida intrauterina del niño antes de nacer. Ed. Urano. 1988.
- Frank, Victor. El hombre en busca de sentido. Ed. Herder. 2005.



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