

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 13 ABRIL 2021

EDITORIAL

Restyling para una nueva etapa

Carlos Aguilera-Serrano, Rocío Juliá-Sanchis, Vanessa Sánchez Martínez

ARTÍCULO ESPECIAL

Crisis, contextos vulnerables y salud mental: un enfoque antropológico

Manuel Moreno Preciado

ARTÍCULO ORIGINAL

El cuidado de la persona en el Manicomio General de La Castañeda como modelo vigente en la atención de enfermería en salud mental

David Ojeda Herrera, Alfredo Bermúdez González

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Mindfulness para la reducción del estrés y el peso: protocolo de una revisión sistemática

Elena Sosa-Cordobés, Almudena Garrido-Fernández, Juan Diego Ramos-Pichardo, José Luis Sánchez-Ramos, Elia Fernández-Martínez, Francisca M^a García-Padilla

ARTÍCULO EN PRIMERA PERSONA

Sin voz

Carlos Félix Jiménez Lacima

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

Dra. Vanessa Sánchez Martínez, Enfermera especialista en salud mental y licenciada en Antropología. Profesora en la Universidad de Valencia (España).

Editor

Dr. Carlos Aguilera-Serrano, Enfermero especialista en salud mental y licenciado en Antropología. Enfermero en el Servicio Andaluz de Salud y Profesor en la Universidad de Málaga (España).

Editora Asociada

Dra. Rocío Juliá-Sanchis, Enfermera. Profesora en la Universidad de Alicante (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^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

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

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

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. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Isabel Jordán Martínez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2021

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

2 Restyling para una nueva etapa

Restyling to face a new era

Carlos Aguilera-Serrano, Rocío Juliá-Sanchis, Vanessa Sánchez Martínez

ARTÍCULO ESPECIAL

3 Crisis, contextos vulnerables y salud mental: un enfoque antropológico

Crisis, vulnerable contexts and mental health: an anthropological approach

Manuel Moreno Preciado

ARTÍCULO ORIGINAL

10 El cuidado de la persona en el Manicomio General de La Castañeda como modelo vigente en la atención de enfermería en salud mental

The care of the person in the general mental hospital La Castañeda as a current model of nursing care in mental health

David Ojeda Herrera, Alfredo Bermúdez González

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

17 Mindfulness para la reducción del estrés y el peso: protocolo de una revisión sistemática

Mindfulness for the reduction of weight and stress: a protocol for a systematic review

Elena Sosa-Cordobés, Almudena Garrido-Fernández, Juan Diego Ramos-Pichardo, José Luis Sánchez-Ramos, Elia Fernández-Martínez, Francisca M^a García-Padilla

ARTÍCULO EN PRIMERA PERSONA

22 Sin voz

Without voice

Carlos Félix Jiménez Lacima



Restyling para una nueva etapa

Restyling to face a new era

Carlos Aguilera-Serrano, Rocío Juliá-Sanchis, Vanessa Sánchez Martínez

Consejo de redacción: *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*.
Contacto: Vanessa Sánchez Martínez, reesme@reesme.com

EDITORIAL

Se publica el número 13 de la *Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)*, y alcanza esta cifra emblemática como una publicación científica consolidada e influyente de los cuidados enfermeros de salud mental en español. Editada por la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), es una publicación cuatrimestral, con procedimientos de arbitraje rigurosos y accesible en abierto. Se distribuye a su lista de suscriptores y suscriptoras, a los principales centros asistenciales y de investigación, escuelas o facultades de Enfermería y sociedades científicas, favoreciendo su difusión entre los y las profesionales de la salud que puedan beneficiarse de sus contenidos.

La *REESME* es una herramienta para la divulgación científica sin ánimo de lucro, gratuita tanto para quienes producen artículos como para quienes los consumen. Además, la *REESME* está indexada en diferentes bases de datos o repositorios: Biblioteca digital CECOVA, Dialnet, Dulcinea, LatIndex, Road y Trobes, dando visibilidad a los cuidados enfermeros de salud mental en español.

Desde el consejo de redacción, apreciamos la valía de los cimientos sobre los que se sustenta el desarrollo de esta revista, que se fraguaron gracias a la encomiable dedicación y labor de las distintas personas que han dirigido la *REESME* desde su antecedente *PRESENCIA (Revista de Enfermería de Salud Mental*, fruto de un acuerdo mantenido entre la AEESME con la Fundación INDEX entre los años 2005 y 2015), como el ilustre Dr. Pacheco-Borrella, el estimado Dr. Castro-Molina, o el más reciente, el apreciado Sr. Sánchez-Alfonso. Deseamos seguir la estela de su implicación para ofrecer a los y las enfermeras producción científica en salud mental actualizada, de calidad y legitimada por sus procesos de revisión por pares.

La *REESME* pretende ser el reflejo de la evolución de la disciplina científica a través de contenidos que sirvan de base para la mejora de la docencia, investigación, gestión y práctica asistencial. Nuestro objetivo es dinamizar temas de interés, teóricos o prácticos, en forma de publicaciones relevantes, que ofrezcan el enriquecimiento a sus lectores y lectoras, que promuevan la discusión y mejoren la erudición y la práctica de la enfermería de salud mental. Como evolución de la línea editorial, se han creado nuevas secciones, como los cuidados, los protocolos de investigación o las experiencias vividas en primera persona. Para alcanzar nuestro objetivo y dotar de contenidos a esta estructura, son imprescindibles sus contribuciones, que les invitamos a presentar. Serán bienvenidos trabajos que, dentro del marco general de las ciencias de la salud, contribuyan al desarrollo y a la formación continuada de los y las enfermeras de salud mental.

Para terminar, como consejo de redacción deseamos dar las gracias: a la AEESME por confiar en nuestra labor, a los autores y autoras por hacernos llegar sus investigaciones y experiencias, al comité editorial y al conjunto de revisores y revisoras por asegurar la aptitud y el rigor de las publicaciones, y también a todas las personas que las leen. Por nuestra parte, les transmitimos el compromiso de esforzarnos para seguir viendo crecer esta revista.



Crisis, contextos vulnerables y salud mental: un enfoque antropológico

Crisis, vulnerable contexts and mental health: an anthropological approach

Manuel Moreno Preciado

Universidad Camilo José Cela (UCJC), Madrid, y Universidad San Antonio de Murcia (UCAM).

Contacto: Manuel Moreno Preciado, manuel.moreno.preciado@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2021 / Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2021

Resumen

El objetivo de este trabajo de reflexión es describir y analizar cómo, en los contextos de crisis, la vulnerabilidad humana se acentúa, repercutiendo negativamente en la salud de las personas. La salud mental es un claro ejemplo de esta situación. Se apoya en estudios de autores y organismos expertos en la atención a la vulnerabilidad humana, haciendo especial énfasis en el actual contexto de crisis provocado por la COVID-19. La pandemia ha puesto en evidencia que las personas y grupos más frágiles y vulnerables están siendo particularmente golpeados. El ejemplo más claro es el de las personas mayores, pero puede extenderse a otros grupos, como pobres, refugiados, o inmigrantes. Los dispositivos sanitarios basados en la biomedicina desatienden las problemáticas de carácter psicológico o social que plantean estos grupos vulnerables. Se hacen propuestas, especialmente dirigidas al colectivo enfermero, para mejorar esta situación.

Palabras clave: vulnerabilidad, crisis, salud mental, biomedicina, cuidados holísticos.

Abstract

The aim of this paper is to consider, describe and analyse how in a context of calamity, human vulnerability is accentuated, negatively impacting people's health. Mental health is a clear example of this situation. Scientific evidence and many studies conducted by researchers and expert organizations in dealing with human vulnerability proves it, with special emphasis on the current crisis scenario caused by COVID-19. The pandemic has shown that the most fragile and vulnerable people and groups are being particularly hit. The clearest example is that of the elderly, but it can be extended to other groups, such as the poor, refugees, or immigrants. Healthcare devices based on biomedicine neglect the problems of a psychological or social nature posed by these vulnerable groups. In this article proposals are made, especially aimed at the nursing community, to improve this situation.

Keywords: vulnerability, crisis, mental health, biomedicine, holistic care.

Introducción

De forma general, sabemos que vivimos en un mundo muy desigual. Los informes de los grandes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo confirman de forma continuada. Sin embargo, este conocimiento no tiene su correlato en esferas más locales y concretas. Las problemáticas sociosanitarias de los grupos vulnerables no son, en absoluto, el centro de atención en los discursos políticos, económicos, mediáticos o académicos de los países, donde prevalecen otros intereses. Durante las crisis, la situación de estas personas queda subsumida en el contexto

general de dichas crisis. Es lo que pasó en la gran crisis económica del 2008-2014 y está pasando ahora con la pandemia de la COVID-19. Este trabajo es una reflexión que trata de poner de relieve cómo las situaciones de crisis constituyen factores de riesgo añadidos a la salud de las personas y de los grupos vulnerables. Lo haremos apoyándonos, fundamentalmente, en estudios y trabajos recientes provenientes del campo de la salud y de las ciencias sociales.

En primer lugar, reflexionaremos sobre el concepto de vulnerabilidad humana, sea esta individual o grupal. Interesa describir y analizar la vulnerabilidad humana en su relación con los dispositivos sanitarios y, particu-

larmente, con la acción de las enfermeras. En segundo lugar, trataremos de evidenciar cómo las grandes crisis actuales, sean de carácter económico, político, ecológico o epidemiológico (frecuentemente actúan de manera combinada), están provocando graves problemas en los grupos y sectores más frágiles: pobreza, desplazamientos, persecuciones, o enfermedades, que ponen en riesgo los objetivos de los grandes organismos internacionales en su lucha por erradicar el hambre y la pobreza y por hacer accesible la salud a todo el mundo. Destaca, en estos momentos, el temor a los efectos adversos que la pandemia de la COVID-19 está produciendo en la salud mental, principalmente de los grupos vulnerables, y se evidencia la necesidad de investigar para conocer a fondo la dimensión de dichos efectos adversos.

A pesar de disponer en España de un moderno y eficaz sistema sanitario, la pandemia lo ha tensionado, dejando ver sus costuras, sus puntos débiles. Fundamentalmente, falla la propia naturaleza del modelo biomédico que, al priorizar lo curativo sobre lo preventivo, y lo biológico sobre lo psicológico y social, se muestra ineficaz en la atención a las demandas en materia de salud mental y atención comunitaria y domiciliaria. El Año Internacional de la Enfermera y de la campaña *Nursing Now* constituyen acontecimientos que habría que aprovechar para una amplia reflexión, dentro y fuera de la profesión enfermera, para mejorar la praxis profesional y acercarnos más a las demandas de la población. En este contexto, la atención a la vulnerabilidad humana debe tener un espacio central. Terminamos planteando, en ese sentido, algunas propuestas relativas a cambios de carácter epistemológico que favorezcan la interdisciplinariedad, nos alejen de los posicionamientos corporativos, acerquen las ciencias y las humanidades, promuevan una nueva relación profesional/paciente, más horizontal y dialógica, y apuesten por fortalecer los aspectos socioculturales del cuidado.

El amplio mapa de la vulnerabilidad humana

Aclaremos, de entrada, que el término “vulnerabilidad” es de origen latino; proviene de *vulneratis*: algo que causa lesión. Según la RAE: “Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”. Hace referencia a la propia naturaleza del ser humano como algo frágil, débil, finito: “Al reconocerse como vulnerables, las personas comprenden la vulnerabilidad del otro, así como la necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición

por parte de otros”¹. Reconocer la vulnerabilidad implica tomar conciencia de la dimensión del riesgo. La consistencia del ser humano (biopsicosocial) está permanentemente amenazada por influjos internos y externos: enfermedad, vejez, exclusión, marginación, pobreza, violencia, o agresiones del medio, entre otros. Ante esas amenazas, debe protegerse, tejer lazos, crear moradas. El grado de vulnerabilidad viene determinado por factores como la edad, el género, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, la pertenencia a determinados grupos étnicos, o los grupos de riesgo, entre otros. Por tanto, entendemos aquí la vulnerabilidad en un sentido amplio que afecta a personas y grupos por muy diferentes razones.

El concepto de vulnerabilidad es muy cercano a otros como la exclusión social y la marginación. Si el primero alude a las situaciones de debilidad y de fragilidad, los dos últimos describen las situaciones de separación o de rechazo por parte de la sociedad. Ocurre, por ejemplo, cuando esas personas no pueden acceder a los servicios sociales: “... de una parte a todas aquellas personas que se encontraban en circunstancias personales o grupales que les impedían integrarse en la sociedad en las mismas condiciones que un ciudadano medio o ‘normal’ y de otra, personas que no recibían ningún tipo de prestación por parte del Estado”². Aunque se trata de conceptos distintos, en la práctica, es difícil separarlos. La pobreza significa carencia de medios para sobrevivir, la marginación es la falta de acceso al estado de bienestar, la exclusión es la ausencia de derechos y la vulnerabilidad expresa el riesgo para la salud; al final, todos estos factores se retroalimentan afectando, principalmente, a determinados grupos y segmentos de población: ancianos, mujeres, niños, inmigrantes, refugiados o enfermos³. La vulnerabilidad social es un concepto usado para describir a una persona o a un grupo humano en situación de desventaja para el ejercicio de sus derechos. La persona o el grupo está inhabilitado para prevenir, resistir, responder y sobreponerse a las amenazas de las situaciones de crisis: política, económica, social y medioambiental.

¿Cuál ha sido, y es, el papel de la profesión enfermera con respecto a la vulnerabilidad humana? Ayudar a los pobres, a los menesterosos, a los desvalidos, a los desfavorecidos, a los desamparados es una vocación pristina de la enfermería. Durante la antigüedad, el concepto de hospitalidad dio forma a todo tipo de instituciones de ayuda a los necesitados, y durante el cristianismo se configuró el concepto de altruismo, alum-

brando, posteriormente (Edad Media), el concepto de ayuda de carácter “vocacional-cristiano-caritativo”. Hasta el siglo XIX, fueron las órdenes religiosas las que dieron impulso a los cuidados caritativos. La Orden de San Juan de Dios impulsó reformas de gran calado en las formas de cuidar, por lo que algunos consideran el pensamiento juanediano como promotor de un modelo de enfermería basado en la atención tanto a sanos como a enfermos, pero, como señalan las Constituciones de la Orden Hospitalaria⁴, enfatizando en el cuidado de los pobres y menesterosos, independientemente de su origen y clase.

Marie Françoise Collière (2011) describe bien cómo el cuidado de la pobreza está no sólo en el origen de los cuidados enfermeros, sino también de la institucionalización del cuidado. Los prejuicios hacia los pobres hacen que los cuidados salgan del marco de la familia y el grupo: “Con la emergencia del urbanismo y después del cristianismo, la pobreza se convierte en la referencia de la institucionalización de los cuidados, orientando directamente su concepción y determinando el modo de financiación”⁵. El CIE⁶ (Consejo Internacional de Enfermeras) requiere de las enfermeras un fuerte compromiso basado en la profesionalidad y la ética, y menciona que el código deontológico se rige por los principios de derechos humanos y de equidad, especificando en materia social que “la enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y favorecer la actuación para satisfacer la necesidad de salud y social del público, en particular las de las poblaciones vulnerables”. Las enfermeras y enfermeros tienen que ser conscientes de la relación que existe entre la desigualdad social y el déficit de salud.

Contextos de crisis: salud comprometida

Vivimos en un mundo desigual, donde el desequilibrio Norte-Sur persiste y cristaliza en flagrantes situaciones de injusticia social: pobreza, tráfico de órganos, el turismo sexual, explotación infantil, etc., son algunos de los grandes problemas que repercuten en la salud y son de difícil erradicación. A pesar de que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) promovidos por las Naciones Unidas se propusieron acabar en el año 2015 con los mayores agujeros en salud y pobreza que padecen millones de personas en el mundo, según diferentes analistas del *British Medical Journal*⁷, el recorrido de estos ODM ha sido una historia de luces y sombras. La OMS, en el documento *Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año 2019*⁸, señala la persistencia de entornos frágiles y vulnerables: “Más

de 1600 millones de personas (el 22 % de la población mundial) viven en lugares donde las crisis prolongadas (debido a una combinación de problemas como sequías, el hambre, los conflictos y el desplazamiento de población) y la debilidad de los servicios de salud las dejan sin acceso a la atención básica. En casi todas las regiones del mundo existen entornos frágiles, y es en ellas donde sigue sin cumplirse la mitad de las metas clave de los objetivos de desarrollo sostenible, incluidas las relativas a la salud materno-infantil”. Con el fin de dar continuidad a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), finalizados en el año 2015, las Naciones Unidas lanzaron una nueva campaña denominada Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)⁹, con grandes metas a alcanzar en el año 2030: erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo; poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible; garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.

Esperemos que en esta ocasión puedan alcanzarse plenamente estos bienintencionados objetivos. Sin embargo, surgen dudas razonables. El principal impedimento que tuvieron los ODM fue la crisis económica y financiera mundial (2008-2014) por la que los fondos económicos se redujeron drásticamente afectando a todos los países, pero en mayor medida a los más débiles. Ahora estamos inmersos en otra crisis (COVID-19) quizá peor que la anterior y más incierta. Al inicio de la pandemia se afirmó desde los medios de comunicación que se trataba de una pandemia “democrática” porque golpeaba a todos por igual. Poco se tardó en comprobar que se trataba de una afirmación un tanto a la ligera. Aun sin tener datos suficientes, todo hacía pensar que las poblaciones más vulnerables volverían a ser las más afectadas. Así lo señala Pilar Serrano: “Todo hace indicar que las poblaciones más vulnerables, que ya sufren más desigualdades sociales en salud porque no se actúa suficientemente desde los gobiernos sobre los determinantes sociales de la salud que las originan, van a ser las más golpeadas por la COVID-19”¹⁰. Los estudios que van apareciendo confirman estas previsiones. Según un estudio de la OMS¹¹, los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, con incrementos de problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés, causados por las cuarentenas, los confinamientos, los problemas económicos y sociales. En este estudio se señala al personal sanitario y, especialmente, a las enfermeras como particularmente afectados por estos cuadros de salud

mental ¿Será la salud mental la próxima pandemia? Esta es la pregunta que se hacen un grupo de expertos en Reino Unido al analizar las consecuencias de la pandemia del COVID-19. Aseguran que “existe una necesidad urgente de investigación para abordar cómo se pueden mitigar las consecuencias para la salud mental de los grupos vulnerables en condiciones de pandemia”¹².

Sin duda, unos de los grupos vulnerables en esta crisis están siendo las personas mayores. Hemos asistido (con impotencia unas veces, pero con indiferencia otras) al abandono a su suerte de millares de ancianos confinados en residencias. La estrategia seguida hacia ellos es tan paternalista como cruel; podemos llamarla “edadismo”, donde el mayor no cuenta para nada. Se les considera, siguiendo a Bauman¹³, como “gente superflua”. Se ha llegado a negarles la asistencia hospitalaria: “Me identifico con Adela Cortina cuando sostiene que el triaje por razones de edad introduce la terrible convicción de que hay vidas sin valor social. Esta pandemia ha abierto una brecha intergeneracional al separar a los ancianos del resto; se ha agudizado hasta tal punto que podemos hablar de gerontofobia: pérdida de las libertades en los mayores internados, ausencia de visitas y de despedida final”¹⁴. La dureza y frialdad con la que se ha actuado con los ancianos no se habría permitido en cualquiera de los otros grupos de edad: niños, jóvenes y adultos. Esto ha sido posible por la baja consideración que la vejez tiene en la sociedad occidental.

La pandemia también ha propulsado cambios tecnológicos y culturales que, sin duda, repercutirán en la salud de los más vulnerables. Se está imponiendo el dataísmo y con él el final de los rituales¹⁵: “Han nos previene de que con la desaparición de los rituales la comunidad está desapareciendo a medida que avanza la hipercomunicación consecuencia de la digitalización. Estamos cada vez más interconectados, pero esto no trae consigo más vinculación ni más cercanía”¹⁴. Esta “comunicación sin comunidad” acentúa en nuestra sociedad la soledad y el aislamiento. Podemos observar sus efectos en temas como la docencia o la asistencia sanitaria. En la educación a distancia (*online*), los rituales pierden fuerza y quienes más necesitados están de la cohesión grupal lo resienten. Me refiero a aquellos estudiantes con un entorno de menor nivel socioeconómico y/o con menor capacidad tecnológica o formativa. De igual forma, las contingencias de la pandemia están afectado gravemente a la relación entre profesionales y pacientes: prevalece la distancia.

Este tipo de relación también tiene sus partidarios, por lo que existe el riesgo de que, una vez superada la pandemia, cristalice la idea de la relación a distancia como norma y la relación cercana como excepción. Una vez más, este tipo de relación profesional-paciente perjudicará en mayor medida a los más vulnerables: ancianos, grupos marginales, pobres, inmigrados, etc.; es decir, a quienes dispongan de menores recursos económicos, tecnológicos y formativos.

Biomedicina y salud mental

Hemos descrito y analizado las desigualdades sociales y cómo estas inciden en la salud de las personas en función de su grado de vulnerabilidad; también, hemos enfatizado en señalar cómo las situaciones de crisis, como la actual pandemia, agrandan las dificultades golpeando con fuerza a los más débiles. Lo hemos ejemplarizado con el caso de los mayores, pero puede extenderse a todos aquellos grupos que disponen de menos mecanismos de defensa, sean de carácter biológico, psicológico o social.

Ahora detengámonos un momento a plantearnos la situación de nuestros dispositivos sanitarios para afrontar las situaciones de crisis. Muchas veces, hemos escuchado decir: “El sistema sanitario español es el mejor del mundo”. En el curso de la pandemia, esta afirmación ha sido bastante cuestionada. Más allá del carácter subjetivo de estas afirmaciones, conviene, a mi entender, detenerse a examinar la naturaleza del modelo biomédico y contrastarla con las necesidades actuales de la población en materia de salud.

Los nuevos conceptos de salud y enfermedad, definidos e impulsados desde las grandes instituciones sanitarias, persiguen el desarrollo del cuidado de la salud desde una perspectiva holística, que tenga en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de las personas. No obstante, en la práctica, aún predominan los enfoques biologicistas. El actual modelo de medicina es un obstáculo para desarrollar un cuidado de carácter holístico que tenga en cuenta las necesidades señaladas. Enfatiza este modelo en el carácter biológico de las enfermedades, relega a un segundo plano la perspectiva psicológica, dejando fuera de su análisis los factores socioculturales.

La biomedicina, en su predilección por la curación, desatiende la prevención. En 1978 la conferencia de Alma Ata consagró los estilos de vida como el princi-

pal determinante de la salud, instando, en consecuencia, a todos los países del mundo a que fortalecieran los sistemas de atención primaria. Sin embargo, pasadas más de cuatro décadas de aquella esperanzadora conferencia, el objetivo de equidad en los servicios de salud está muy lejos de conseguirse y el modelo sigue siendo fundamentalmente curativo y no preventivo. Predomina el “hospitalocentrismo”, donde el hospital, como taller de reparación, absorbe la mayor parte de los recursos. La reciente crisis de la COVID-19, como otras anteriores, evidencia, por el contrario, que en la comunidad y en la prevención están las principales fuentes de energías para luchar contra las enfermedades, las crisis y las catástrofes: ¿cuántas muertes se habrían evitado si las residencias de ancianos hubiesen estado debidamente acondicionadas o si existiera un servicio potente de atención domiciliaria?

Ya hemos podido ver que las situaciones de crisis impactan en la salud mental de las personas: estrés, ansiedad, depresión, suicidios, etc. Estos cuadros no atraen la atención de la biomedicina, en la forma en que lo hacen los cuadros y afecciones de carácter biológico y/o agudos. ¿Por qué? La psiquiatría siempre fue la hermana pobre de la medicina. A eso contribuye el hecho de que sobre el enfermo mental recae aún un importante estigma social. El enfermo mental es una construcción social¹⁶ y esta construcción se concreta en una etiqueta negativa socialmente: “A diferencia de una cardiopatía isquémica, las enfermedades mentales constituyen violaciones de la organización de los lugares públicos, de las calles, las vecindades y los comercios”¹⁷. De esta incompreensión social se ha valido la biomedicina para asignar a la psiquiatría (como ha hecho con otras disciplinas) un carácter gregario. La enfermería de salud mental también ha sufrido las consecuencias de esta consideración subalterna de la psiquiatría. Durante años se consideró que el rol principal de los enfermeros y enfermeras en las instituciones psiquiátricas era la de custodios de aquellos que debían permanecer recluidos. Por eso, como señalan Duro, Megías y Castro¹⁸, “no se concebía la presencia de la enfermería fuera de la institución manicomial. Esto condicionaba el ejercicio profesional de los enfermeros de una forma particular”. A pesar de los cambios introducidos por las diferentes reformas y, en concreto en España, por la Ley General de Sanidad de 1986, aún persisten carencias, como señalan los citados autores: “Una de las funciones fundamentales de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica fue el respeto a los derechos humanos. En este sentido, queremos manifestar nuestra repulsa a las distintas formas de transgre-

sión de los derechos humanos en diferentes situaciones de violencia e indefensión en algunos lugares del mundo”.

A modo de propuestas finales: cambio de rumbo

Acabamos de pasar el Año Internacional de la Enfermera y del *Nursing Now* (ambos prorrogados como consecuencia de la pandemia). Con estas efemérides se persigue acrecentar el reconocimiento social de la profesión. Pero también deben permitir una reflexión interna para mejorar nuestra praxis profesional: ¿estamos preparados para los desafíos que implican los cambios y crisis actuales? Una vez planteados los dilemas y contingencias asociados al actual momento de crisis, especialmente en las personas y grupos vulnerables, pasamos a exponer algunas propuestas que sirvan no como respuestas definitivas, sino, sencillamente, como ideas para avanzar en el necesario debate. Los tiempos de crisis son también tiempos de oportunidades, como sugieren Moreno Preciado³ y Serrano Gallardo¹⁰.

1. Superar las barreras disciplinares y corporativas. Para avanzar en la necesaria interdisciplinariedad que incluye no sólo a los colectivos convencionales como médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., sino también a todos aquellos perfiles que de una forma u otra intervienen en el proceso salud/enfermedad.
2. Promover la ética del cuidado y tender un puente entre la ciencia y las humanidades. Van Rensselaer Potter¹⁹, con su libro *Bioethics: Bridge to the future*, pretendía unir el campo de la ética y el de la biología, o lo que es igual, el necesario diálogo cultural entre la ciencia y las humanidades, con la intención de dar respuesta a lamentables acontecimientos históricos donde la práctica médica había abandonado su deontología para colaborar en experiencias inhumanas. La apuesta por la excelencia es el principal lema de una profesión; y esa excelencia viene normalmente definida por la adquisición de unos conocimientos científicos y técnicos apropiados para cumplir los objetivos profesionales. Sin embargo, siendo este el primer deber moral del profesional, no debe ser el único. Así lo afirma la filósofa Victoria Camps²⁰, para quien la responsabilidad profesional exige algo más, sobre todo en las profesiones sanitarias. Considera la citada autora que, para conseguir la excelencia, los profesionales sanitarios tendrían que adquirir las siguientes virtu-

des: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, integridad, olvido de uno mismo y prudencia: “Ni las leyes ni las normas de los códigos deontológicos son operativas cuando falta la voluntad del sujeto de recoger el auténtico espíritu de los mismos y aplicarlos adecuadamente en cada caso”. En tiempos de crisis, la dignidad de los pacientes requiere, más que nunca, por parte de los profesionales, una actitud ética: “Para la enfermería la Ética del Cuidado es una filosofía que nos indica cómo establecer prioridades en base a las necesidades de los pacientes, pero sin discriminaciones de ningún tipo”¹⁴.

3. Pasar del modelo monologal al modelo dialógico. La relación profesional/paciente en el actual modelo sanitario se enmarca en una comunicación vertical de carácter unidireccional, del experto al profano fundada en una representación pasiva y paternalista del paciente: todo por el paciente, pero sin el paciente. Siguiendo al antropólogo italiano Paolo Bartoli²¹ (1989), al paciente se le considera como un recipiente que o bien está vacío de conocimientos que el profesional debe rellenar o bien está lleno de prejuicios e ignorancia que los profesionales deben erradicar. De ahí la poca importancia que se presta a su relato, sus síntomas sólo interesan cuando son susceptibles de ser transformados en signos: hable, respire, tosa, le duele, no le duele, etc. Por eso en la cultura profesional se valora más la capacidad de hablar que la de escuchar. Vean cuantos cursos hay para aprender a hablar y qué pocos hay para aprender a escuchar. Pasar del modelo monologal al modelo dialógico significa establecer una alianza con el paciente, basada en un intercambio de saberes, en beneficio de todos.
4. Prevenir, mejor que curar. Este dicho popular podría aplicarse a nuestro sistema sanitario. Necesitamos superar este modelo biologicista y hospitalocentrista para conseguir una asistencia integral y un cuidado holístico, cercano a las necesidades y deseos de los pacientes y usuarios. Debemos apostar por el fortalecimiento de la atención primaria. La visita domiciliaria es una señal de identidad de las enfermeras.
5. Cuidar desde la mirada cercana. En el cuidado de los pacientes la cercanía es un valor esencial. No se puede cuidar desde la frialdad de la distancia, porque cuidar es interrelacionarse con la persona cuidada. Evidentemente, se pueden aplicar tratamientos

técnicos de igual forma que se aplican a los objetos inertes, pero el cuidado es otra cosa. Las tecnologías avanzadas pueden facilitar y aliviar el trabajo instrumental de la enfermera, pero no pueden sustituir el simbolismo del cuidado.

6. Apostar por las investigaciones de corte cualitativo y etnográfico. Los problemas de salud de la población tienen hoy una etiología de carácter mayoritariamente sociocultural. Necesitamos indagar sobre esta nueva realidad, partiendo de la perspectiva *emic*, es decir, la perspectiva del “otro”. La etnografía y los métodos cualitativos, en general, permiten captar e integrar, desde la multidimensionalidad, la voz y la participación de los diferentes actores del proceso salud/enfermedad.

Bibliografía

1. Cavalcante, T. y Sadi, P. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev. Bioét*, 25 (2), 311-9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/es_1983-8042-bioet-25-02-0311.pdf
2. Estébanez, P (Ed.). (2002). *Exclusión social y salud*. Barcelona: Icaria.
3. Moreno Preciado, M. (2020) *Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Garceta.
4. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Segundas Constituciones de la Orden Hospitalaria*. Roma, 1587. Reimpresas en Madrid, 1977; 94.
5. Collière, M.F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson.
6. Consejo Internacional de Enfermeras (2011). “Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad” (2011). Ginebra: CIE. Recuperado de: <https://www.slideshare.net/fjalemany/dainternacional-de-la-enfermera-2011>
7. Marín, C. (22 de abril de 2015). El Mundo. ¿Se han cumplido realmente los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Recuperado de: <https://www.elmundo.es/salud/2015/04/22/5536600422601d16058b457e.html>
8. OMS. Centro de Prensa. (2019). “Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
9. Naciones Unidas (2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
10. Serrano Gallardo P. (2020). COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enferm Clin*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Manuel/Downloads/Editorial_EnfClin2020_covid-19%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Manuel/Downloads/Editorial_EnfClin2020_covid-19%20(2).pdf)
11. OMS. Comunicado de prensa (5 de octubre de 2020). “Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
12. Carmen M. López (21 de abril de 2020). “Un grupo de expertos en Reino Unido analizan las consecuencias de la pandemia del COVID-19 para la Salud Mental”. *Gaceta Médica*. Recuperado

- de: <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
13. Bauman, Z. (2009). *Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia.
 14. Moreno Preciado, M. (2020). Que vuelvan los abrazos. *Index de Enfermería*, Vol. 29, Nº 3.
 15. Han, B.C. (2020). *La desaparición de los rituales*. Barcelona: Herder Editorial.
 16. Pacheco, G. (2010). *La construcción social del enfermo mental*. Sevilla: Editorial Académica Española.
 17. Martínez, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
 18. Duro, A., Megías, F. y Castro, F. (2017). Salud mental y enfermedad mental. La Reforma psiquiátrica. En: F. Megías y F.J. Castro (Eds.), *Manual de la enfermera residente de salud mental*. Madrid: AEESME.
 19. Potter, V.R. (1971). *Bioethics bridge to the future*. New York: Prentice-Hall.
 20. Camps, V. (2007). La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas. Humanidades médicas*, nº 21: 1-13. Recuperado de: http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf
 21. Bartoli, P. (1989). Antropología en la educación sanitaria. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7:17-24.



El cuidado de la persona en el Manicomio General de La Castañeda como modelo vigente en la atención de enfermería en salud mental

The care of the person in the general mental hospital La Castañeda as a current model of nursing care in mental health

David Ojeda Herrera¹, Alfredo Bermúdez González²

1. Hospital Psiquiátrico Regional "Héctor Tovar Acosta" del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

2. Docente académico por la UNAM, Enfermero jubilado del IMSS.

Contacto: David Ojeda Herrera.

Fecha de recepción: 16 de abril de 2020 / Fecha de aceptación: 28 de enero de 2021

Resumen

Objetivo: El propósito del presente estudio fue describir los cuidados de enfermería de salud mental ofrecidos a los residentes del Manicomio General de La Castañeda y corroborar la vigencia de estos.

Diseño: A través de un diseño cualitativo con metodología histórica hermenéutica, se revisaron fuentes históricas primarias sobre el centro en diferentes archivos históricos de la Ciudad de México y se consultó el catálogo digital en línea de la Fototeca Nacional del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).

Resultados: Los cuidados de enfermería implementados durante la época del Manicomio La Castañeda a sus residentes fueron un parteaguas muy importante para la enfermería en salud mental, ya que muchos de ellos siguen estando vigentes, como la musicoterapia, la terapia ocupacional, la observación continua y el ejercicio físico.

Palabras clave: enfermería en salud mental, cuidados de enfermería en salud mental, historia, hermenéutica.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to describe the mental health nursing care offered to the residents of the La Castañeda General Asylum and to corroborate the validity of this care.

Design: Through a qualitative design with a hermeneutic historical methodology, primary historical sources about the centre were reviewed in different historical archives of Mexico City and the online digital catalogue of the National Photo Library of the National Institute of Anthropology and History (INAH) was consulted.

Results: The nursing care implemented during the time of La Castañeda Asylum for its residents was a very important milestone for mental health nursing, as many of them are still in force, such as music therapy, occupational therapy, continuous observation and physical exercise.

Keywords: mental health nursing, mental health nursing care, history, hermeneutics.

Introducción

Hablar de la *locura* en la época clásica es remontarnos a Michel Foucault¹: él relata cómo se trataba, entendía y se miraba la locura. Intentaba dar una respuesta a las diferentes maneras de ver la *locura* por las personas de la época. Esta perspectiva entiende que la enfermedad mental siempre ha existido, pero los prejuicios religiosos, las concepciones mágicas y la forma de ver la *locura* por la sociedad impedían su apertura a la observación, formas de tratamiento y cómo comprenderla.

He ahí el punto esencial de que la *locura* haya sido bruscamente investida en un mundo social, donde encuentra ahora su lugar privilegiado y casi exclusivo de aparición, de que se le haya atribuido, casi de la mañana a la noche, un dominio limitado donde cualquiera podía reconocerla y denunciarla, en donde se le veía rondar por todos los linderos, habitar abiertamente los lugares más familiares, en donde la expulsaron, por medida de orden y seguridad de la sociedad a manos de la policía¹.

Es interesante lo que menciona Pinel respecto a cómo pueden ser tratadas las enfermedades mentales: “Tengo la convicción de que, si los alienados son tan intratables, es porque se les priva de aire y de libertad”¹. El ejercicio al aire libre, los paseos regulares, el trabajo en el jardín y en el huerto tienen un efecto beneficioso y son favorables en la curación de los *locos*¹. Incluso algunas personas con enfermedades mentales en la época clásica quedaban *curadas* por el hecho de viajar y descansar en los primeros días de reposo que había tenido la oportunidad de disfrutar².

No cabe duda de que la esencia de la enfermería es el cuidado, por ello la importancia de que los y las profesionales de enfermería estén bien capacitados y conozcan los antecedentes históricos del cuidado en la enfermería en salud mental y de esta manera brindar una atención de calidad a las personas que lo requieran. Poco a poco se va estableciendo un precedente epistemológico en el cuidado de la salud mental. Este tipo de investigaciones son necesarias para que la enfermería en salud mental tenga una identidad en el cuidado de la persona con trastornos mentales y de esta manera cada profesional se identifique durante su actuar disciplinar.

El Manicomio General de La Castañeda fue abierto el 1 de septiembre de 1910 y clausurado el 28 de junio de 1968. En su momento fue considerado el hospital psiquiátrico más moderno. Estuvo poblado de “niños, delincuentes, ancianos, alcohólicos, drogadictos y prostitutas”, distribuidos en pabellones para mujeres y para hombres. Existían pabellones para los distinguidos, donde se recibía a los enfermos con mayor poder adquisitivo, un pabellón de observación, que era destinado a personas *indigentes* que permanecían ahí el tiempo necesario para su clasificación y posterior asignación a un pabellón específico. También había un pabellón de “toxicómanos y peligrosos”, donde estaban las personas con conductas más violentas, impulsivas o agitadas. Además, existían los pabellones de “epilépticos, de imbeciles y de infecciosos”; en este último pabellón se hospitalizaba a las mujeres prostitutas. La Castañeda fue inaugurada con 350 hombres remitidos del Hospital para Dementes de San Hipólito y 429 mujeres provenientes del Hospital del Divino Salvador. Ambos establecimientos eran de origen colonial y fueron clausurados debido a la apertura de la Castañeda³. La importancia del manicomio radicó en su larga vida, durante la cual asistió a más de 60 000 personas procedentes de cualquier punto de la República Mexicana⁴. Las recomendaciones de la Comisión de médicos para la creación de un nuevo manicomio se

basaron en los modelos hospitalarios de Francia, Inglaterra, Alemania y Bélgica en una tradición que iba desde Pinel⁵, a Esquirol en Francia, Tuke en Inglaterra, Jacobi en Alemania, hasta el gran Charcot del Hospital Sainte-Anne de París. Este modelo consistía en la implementación del método terapéutico conocido como tratamiento moral que fuera propuesto por los alienistas europeos durante la primera mitad del s. XIX.



Imagen 1. Manicomio La Castañeda
Nº. de inventario: 88280, CONACULTA-INAH FOTOTECA NACIONAL

El objetivo principal de La Castañeda (imagen 1) fue desempeñarse como hospital y como asilo para la atención psiquiátrica de personas con trastornos mentales de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad y religión⁶. Otro objetivo fue cooperar en la enseñanza clínica médica mediante la impartición de las clínicas de los trastornos mentales, pero no solo asistían estudiantes de medicina, sino también de enfermería. Las autoridades de La Castañeda definieron la *locura* como una enfermedad que “distorsionaba el funcionamiento de la mente, quienes la padecían manifestaban incoherencia en el lenguaje y desequilibrio humoral expresado en los desórdenes físicos del cuerpo”⁷. Para reconocer la *locura*, las autoridades se distinguieron del funcionamiento mental y la forma de expresarse de los pacientes, que resultaron ser de suma importancia, porque si algo caracterizó según ellas a todos los pacientes fue la *ausencia de razón*⁸.

El manicomio no debía estar dentro de la población, porque violaría las reglas de higiene establecidas, al no proporcionar al *enajenado* el reposo, la tranquilidad y el silencio que necesita, y los gritos y la agitación de los enfermos serían una fuente de disturbio para los vecinos. El sitio donde se construyó este manicomio

fue de una salubridad total sin pantanos y sin focos de infección, con plantaciones y crecimiento de árboles que procuraran sombra y amenizasen el sitio. Además, estuvo provisto de agua en abundancia, con tierra fértil y con una extensión del terreno proporcional al número de asilados y a las divisiones científicas, para evitar aglomeraciones, calculando entre una hectárea y hectárea y media para cada 100 personas atendidas. El terreno estuvo convenientemente orientado para dar a las habitaciones aire y luz en plenitud, permitiendo que el edificio estuviera protegido natural o artificialmente de la intemperie⁹.

En menor medida, los médicos de la Castañeda se sintieron cautivados por tratamientos como el hipnotismo, la sugestión, el magnetismo, la electroterapia, la hidroterapia, la terapia de la luz y los colores, la musicoterapia, la herbolaria mexicana, los efectos de la sedación y la medicina de patente¹⁰. El manicomio, a diferencia de los antiguos hospitales, pretendía ser un espacio terapéutico y de contención social, e intentaba a través del tratamiento moral influir en el estado anímico de las personas atendidas mediante una estrecha relación médico-paciente, que actuara sobre *los restos de razón existentes en todo loco*, además de apoyarse en distractores del delirio como el teatro, la música o el trabajo, ocupaciones perfectas para evitar que las ideas fijas tomaran posesión de la mente.

Los tipos de cuidados que los y las profesionales de la salud brindaban en la época del Manicomio La Castañeda son desconocidos, ya que han sido poco estudiados por los historiadores. Por ende, es importante recuperar las atenciones que se brindaban en los pabellones y verificar si realmente estas funcionaban en el cuidado de las personas hospitalizadas ahí. Por ello, el objetivo del presente trabajo es la recuperación histórica de las actividades de cuidado que se hacían antaño en La Castañeda, para confirmar la evolución en el personal que ahí laboraba y confirmar la trascendencia en los haceres disciplinares de la enfermería en salud mental.

Metodología

Diseño

Estudio de corte cualitativo con metodología histórica hermenéutica, que permite una abstracción de las fuentes consultadas y una reconstrucción de los acontecimientos pasados en beneficio de la salud mental presente. Para Hans-Georg Gadamer, “la interpretación

no es un acto complementario y posterior al de la comprensión, sino que comprender es siempre interpretar, en consecuencia, la interpretación es la forma explícita de la comprensión”¹¹. Para Gadamer, la experiencia hermenéutica es una forma de diálogo, ya que hay que entrar en diálogo con el texto. Acercarse a un texto es reconstruir la historia de los hechos y realizar un rescate de los significados vistos en las palabras escritas. Este autor refiere que lo que se dice en el texto tiene que ser despojado y comprendido, para que de esta manera se resalte su valor.

Heidegger menciona que toda nuestra existencia es hermenéutica, ya que formamos parte de la tradición histórica y lingüística de los hechos¹². El método histórico hermenéutico nos da la oportunidad de comprender el mundo de diversos modos, donde son nuestras necesidades las que interpretan el mundo, nuestros instintos. Todo instinto es una especie de sed de conocimiento, en pro de realizar aportaciones a nuestra profesión de enfermería.

Recogida de datos

Se realizaron visitas a los diferentes archivos históricos de la Ciudad de México y se consultó el catálogo digital en línea de la Fototeca Nacional del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Se solicitó la autorización por medio de oficios para la consulta de los diferentes expedientes, así como el permiso del INAH para poder incluir las imágenes que se muestran en este trabajo. Se fue recogiendo la información necesaria para la realización de esta investigación y desarrollando campos hermenéuticos de los cuidados de enfermería que se brindaban en La Castañeda.

Análisis de datos

Se analizaron los datos obtenidos para la reconstrucción de los hechos, así como el análisis semiótico de las imágenes consultadas. La información proviene de fuentes históricas primarias de los diferentes acervos sobre el Manicomio General de La Castañeda. Además, se revisaron y analizaron algunas fuentes secundarias provenientes de artículos y libros relacionados con el tema de investigación.

Para corroborar la vigencia de los cuidados de enfermería en salud mental se seleccionaron una serie de libros actualizados sobre los cuidados actuales que se realizan con las personas con alteraciones mentales. Para la obtención de los resultados, se localizaron

fuentes primarias de catálogos impresos y digitales, así como de planos e imágenes. Ya localizadas las fuentes se realizó una revisión exhaustiva de los expedientes en busca de la información para este trabajo. A través de la semiótica y hermenéutica, se estudiaron los planos, imágenes y textos encontrados en los archivos históricos. Después se seleccionó la información requerida para la elaboración de esta investigación.

Consideraciones éticas

Al momento de realizar la solicitud para ingresar a los archivos históricos donde se realizó la consulta de los expedientes, se firmaron unos oficios donde estábamos de acuerdo en omitir los nombres de las personas hospitalizadas que aparecían en los expedientes consultados. Por ende, dentro de esta investigación se reservan los nombres de las personas internadas en el Manicomio General de La Castañeda. Todo esto a partir de la Ley de Transparencia y del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).

Resultados

Dentro del manicomio, la enfermera estaba encargada de brindar cuidados de calidad a las personas con trastornos mentales. Se tenía la idea que la enfermera debía estar siempre presente en todos los cuidados y tratamientos, para que de esta manera las personas atendidas tuvieran mayores beneficios en su recuperación.

Los cuidados de enfermería en salud mental eran brindados en condiciones específicas de horarios y espacios. Se tenía la idea que las personas, jugando y trabajando se curaban, por lo que se empezaron a dar una serie de cuidados a partir del juego y del trabajo¹³. La observación era necesaria durante los días de la hospitalización. Por lo que las personas internadas en el Manicomio La Castañeda realizaban diferentes actividades como la musicoterapia¹⁴. Se consideraba que el canto y la música estimulaban “la disciplina, la concentración, la tranquilidad, el compañerismo, la solidaridad, la vida fraterna y colectiva”¹⁵. Las autoridades de La Castañeda creían que la música (imagen 2) era la única que verdaderamente conseguía “alejarse la melancolía que invadía casi siempre a las personas que padecen de enfermedades mentales”¹⁶. Se solicitaba a la Jefatura de Armas de la municipalidad de Mixcoac que dieran audiciones de música a los alienados internados los jueves y domingos.



Imagen 2. Orquesta encargada de tocar música para las personas internadas en el Manicomio.
Nº. de inventario: 367009, CONACULTA-INAH-FOTOTECA NACIONAL

La música se conjugó con la gimnasia, los ejercicios y la educación física, no solo para desarrollar los músculos, sino también los órganos del movimiento y de la sensibilidad, contribuyendo a la educación. “El piano los alegra y enardece ante el éxito de sus movimientos, por medio de tales ejercicios se obtiene un máximo efecto tranquilizador de los pacientes”¹⁷.

También a las personas internadas en La Castañeda se les daban diferentes actividades físicas con el fin que estuvieran más fuertes y saludables y, de esta manera, ir *disminuyendo la locura* y mejorando su salud mental. Los hombres tenían su sección de clases de gimnasia (imagen 3) los lunes, miércoles y viernes, teniendo como profesor encargado del grupo al señor Guillermo L. Téllez. Las clases eran, de 15:30 a 16:00 horas, el primer grupo, con hombres internados en el pabellón de diversos (primera sección); de las 16:00 horas a las 16:30, el segundo grupo, con hombres de la segunda sección; de las 16:30 a las 17:00 horas, los enfermos de neurosífilis, *pensionistas* y *toxicofrénicos*; de las 17:00 a las 17:30 horas, el grupo de los ingresados en el pabellón de *epilépticos*; y finalmente, de las 17:30 a las 18:00 horas, el grupo con internos del pabellón de trabajadores. Para las mujeres, estaba a cargo el profesor Agapito Bravo, los martes, jueves y sábados de las 15:30 a las 16:00 horas, el grupo de mujeres de primera sección y las *agitadas*; de las 16:00 a las 16:30, el grupo de mujeres con neurosífilis y de observación; de las 16:30 a las 17:00 horas, el grupo de *epilépticas* y *pensionistas*; de las 17:00 a las 17:30, las mujeres aisladas¹⁸.



Imagen 3. Hombres ingresados saliendo a su clase de gimnasia.
Nº. de inventario: 296482, CONACULTA-INAH-FOTOTECA NACIONAL

Se buscaba que las personas hospitalizadas se sintieran útiles con lo que hacían, por lo que se empezó a utilizar la ergoterapia (imagen 4) como parte de su mejora. Además, se les brindaban clases de pintura, dibujo, bejuco, mimbre, *sweaters* en máquina, media y calcetín en máquina, costura general, bordado en máquina, zarape, rebozos, tapetes, arreglos de flores y trabajos manuales; todo esto con un profesor entrenado que los enseñara. El psiquiatra Samuel Ramírez tenía la convicción que este tipo de terapia era verdaderamente efectiva para las personas con trastornos mentales, ya que esta “hace desaparecer la agitación, ayuda a que tengan orden y disciplina, se evita que estén encerrados, se combate la inactividad de la mente, por lo que logran concentrarse en el trabajo y dejar de pensar en la locura”¹⁹.



Imagen 4. Mujeres realizando tapetes como parte de su recuperación.
Nº. de inventario: 296843, CONACULTA-INAH-FOTOTECA NACIONAL

El resto de las especialistas del manicomio creían en las bondades de los juegos y los deportes, como parte de la terapia ocupacional, a pesar de que no generaban ningún ingreso económico para La Castañeda. Confían en que este tipo de ejercicios les ayudaba en su recuperación y a que la sociedad tuviera otra percepción de las personas ingresadas ahí. Todo este tipo de actividades poco a poco iba a ir mejorando la imagen de la psiquiatría y de las personas con trastornos mentales, ya que contribuía a la creencia de que estaban sanando, por lo que pronto se reintegrarían a la sociedad.

Dentro del manicomio se realizaban partidos de fútbol, donde los hombres ingresados se relajaban y podían convivir. Se les proporcionaba una pelota de fútbol (imagen 5) para jugar, esto siempre bajo la observación de los enfermeros, que los cuidaban en todo momento.



Imagen 5. Hombres ingresados en La Castañeda listos para el fútbol.
Nº. de inventario: 462886, CONACULTA-INAH-FOTOTECA NACIONAL

Este tipo de actividades se convirtieron en parte fundamental del tratamiento de las personas hospitalizadas. También realizaban torneos de boxeo, donde invitaban a personas y a niños de las primarias como público. Todo esto lo hacían con el afán de que la sociedad viera poco a poco cómo se iban recuperando, y que vieran que eran personas que podían hacer las actividades como las personas sin trastorno mental.

Todo este tipo de actividades, como se puede ver en las imágenes, eran supervisadas por el personal de enfermería (imagen 6) del manicomio, que estaban listos por cualquier suceso que pudiera ocurrir. Las enfermeras, como parte de sus cuidados, eran conscientes del bien que les hacía a las personas atendidas este tipo de actividades físicas para su recuperación.



Imagen 6. Realizando actividades bajo la supervisión de enfermería.
Nº. inventario: 462754, CONACULTA-INAH-FOTOTECA NACIONAL

El ejercicio físico era un medio para mantener la salud de las personas ingresadas, tanto física, como mental. Su valor consistía en el hecho de mantenerlas ocupadas *de una vida sin rumbo fijo y alejarlos de la locura*. Todo esto facilitaba el cansancio de las personas y favorecerles un sueño reparador después de un duro día de actividad física. Además de ayudarles a que se *disciplinaran* en sus actividades diarias, que debían de realizar como parte de su tratamiento. También realizaban como parte de su recuperación la *ortopedia mental*, que consistía en realizar diferentes actividades por diversos métodos *para aumentar su inteligencia* y de esta manera irlos integrando a la sociedad. La educación por medio de los sentidos y las lecciones de observación eran fundamentales para las personas hospitalizadas, ya que realizaban actividades que los acercaban a la realidad del mundo, los sacaban a pasear por los jardines de La Castañeda; esta idea de libertad viene desde Pinel, quien mencionaba que la libertad y el contacto con la naturaleza ayudaba en la recuperación de los *alienados*¹.

Las actividades de música, canto o gimnasia solo eran consideradas complementarias de los cuidados en salud mental y como parte de su recuperación, pero había una que era más importante para su mejoría: la terapia de trabajo o la *laborterapia*. Se necesitaba que las personas atendidas tuvieran hábitos de trabajo, así como favorecer su productividad a la economía de La Castañeda. De estos trabajos que realizaban no se les pagaba nada a las personas, ya que eran considerados como parte de su tratamiento. Este tipo de actividades estaban sustentadas como parte de la readaptación social que debían tener a la vida social y que les diera

valores como la responsabilidad, el respeto, tener un jefe, así como un horario de trabajo fijo. La fabricación de ladrillos sería también de utilidad en su recuperación. El curtimiento de pieles de conejo, la crianza de conejos, para aprovechar la carne, como la piel, para realizar confecciones con estas y venderlas en el mercado. Este tipo de actividades ayudaba a “hacer su vida menos triste, así como devolverles a muchos su salud”²⁰. Este tipo de actividades favorecían la compra de suministros para el manicomio, que muchas veces el Estado no proporcionaba²¹.

Discusión

Los cuidados que se presentan en este trabajo de investigación estaban basados en los modelos europeos, donde se creía que al proporcionarle a las personas ese ambiente enriquecido de libertad como Pinel manifestó, la ergoterapia, la laborterapia, o la musicoterapia, las personas mejorarían poco a poco. No cabe duda de que durante la época del Manicomio La Castañeda, los tipos de cuidados que brindaron fueron un parteaguas muy importante para los cuidados de salud mental del momento, y muchos de ellos siguen vigentes por los beneficios que siguen proporcionando a las personas con problemas de salud mental.

La salud mental ha sido considerada como uno de los grandes problemas de la humanidad. No sólo por su valor en el sentido de la calidad de vida individual y social, sino por su peso estratégico en el desarrollo socioeconómico de las naciones y, particularmente, por la gravedad de los daños que se están produciendo en la salud mental de las personas como consecuencia de los cambios mundiales que se están viviendo²². Los cambios globales, los avances en la ciencia y la tecnología, la necesidad de hallar un sentido y un significado en el mundo globalizado impulsan a las enfermeras en salud mental a desarrollar nuevos conocimientos para afrontar las necesidades de la asistencia sanitaria y comunitaria. Por este motivo, los y las profesionales de enfermería se encuentran ante grandes retos y también oportunidades sin precedentes. Las necesidades de salud mental de las personas piden enfermeras que sean capaces de desarrollar las bases teóricas y epistemológicas para la creación e implementación de estrategias para afrontar las complejas necesidades de la atención de la salud mental²².

La finalidad de la enfermería en salud mental en México es la de ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la

salud de la persona, familia y comunidad, con acciones basadas en el conocimiento epistémico de los cuidados en enfermería.

Las enfermeras necesitan hacer un esfuerzo muy grande para liberarse del prejuicio que las ha acompañado durante años de omitir los estudios históricos en nuestra formación académica y como soporte filosófico de nuestros campos de estudios dentro del cuidado. Además, existe una necesidad histórica y epistemológica en la enfermería en salud mental en nuestro país. Los estudios históricos deberían formar parte de una tradición investigativa de enfermería y no solo como una experiencia vaga que pasa por las aulas, por lo que se debe formar un pensamiento histórico fundamentado en el cuidado de las personas con problemas de salud mental.

Bibliografía

1. Foucault, Michael. Historia de la locura en la época clásica I. FCE. 1967, p 164, 191 y 203.
2. Ríos-Molina, A. La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Históricas. Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas*, México, 2009, enero-abril, n. 84.
3. Sacristán, C. Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. En *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, 2001, 51, pp. 91-120.
4. Capetillo, J. Cuerpos sin historia de la psiquiatría al psicoanálisis en México 1880-1920. *Instituto de Investigaciones Psicológicas*, Universidad Veracruzana Frenia, 2008, Vol. VIII-, 207-220, ISSN: 1577-7200.
5. Ramos de Viesca, MB, Carlos Viesca. El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda. *Salud mental*, 1998, V 21, No. 3, junio.
6. Ríos, G. "La Castañeda" Disponible en el archivo de Tiempo y Escritura 2003, https://www.academia.edu/4070989/Geograf%C3%ADa_Hist%C3%B3rica_de_la_locura_en_M%C3%A9xico_La_Casta%C3%B1eda. Consultado en: 10 de diciembre del 2019.
7. Ríos-Molina, A. El manicomio la Castañeda. Sitio de paso para una multitud errante. Texto presentado en el XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 2008, 12-14 de junio.
8. Sacristán, C. *Locura e inquisición en la Nueva España 1571-1769*. México, FCE. 1992.
9. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Manicomio General Expedientes clínicos 1910. México.
10. Castel, R. El tratamiento moral. *Terapéutica mental y control social en el siglo XIX*. En: García R (ed.). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral Editores; pp.71-96. 1975.
11. Gadamer, HG. *Verdad y Método I*. Novena edición. Ediciones Sígueme, Salamanca, España, pp 378 y 474, 2001.
12. Heidegger, M. *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza. pp 90. 2009.
13. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, legajo 12, Expediente 24, f 6. 1928.
14. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, legajo 6, Expediente 23, f 8. 1916.
15. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Manicomio La Castañeda, Sección Administrativa, Caja 5, Exp. 16. 1936.
16. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, legajo 6, Expediente 23, f 8. 1916.
17. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio La Castañeda, Sección: Administrativa, Caja: 10, Exp. 9, f. 4. 1933.
18. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio La Castañeda, Sección: Administrativa, Caja: 7, Exp. 1, f. 197. 1932.
19. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio La Castañeda, Sección: Administrativa, Caja: 4, Exp. 16, f. 12. 1932.
20. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, legajo 12, Expediente 16, f 8. 1927.
21. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio La Castañeda, Sección: Administrativa, Caja: 11, Exp. 15, f. 7. 1944.
22. Malvarez, S. *Notas para una concepción crítica de la enfermería en salud mental. Enfermería en Salud Mental Informe de Reunión*, San Juan, Puerto Rico, 2000 Organización panamericana de la salud.



Mindfulness para la reducción del estrés y el peso: protocolo de una revisión sistemática

Mindfulness for the reduction of weight and stress: a protocol for a systematic review

Elena Sosa-Cordobés, Almudena Garrido-Fernández, Juan Diego Ramos-Pichardo, José Luis Sánchez-Ramos, Elia Fernández-Martínez, Francisca M^a García-Padilla

Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva.

Contacto: Elena Sosa-Cordobés, elena.sosa@denf.uhu.es

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2021 / Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2021

Resumen

Introducción: La obesidad, un problema de salud mundial, está aumentando en muchos países en sintonía con el crecimiento del suministro de energía alimentaria, afectando no solo a adultos, sino, preocupantemente, cada vez más a adolescentes y niños. La Organización Mundial de la Salud ha declarado que, globalmente, a día de hoy, la obesidad y el sobrepeso causan más morbimortalidad que la malnutrición. Ocasiona una gran carga económica a la sociedad a través de costes directos e indirectos. Según múltiples estudios, el entrenamiento en *mindfulness* (atención plena) puede contribuir al mantenimiento de peso promoviendo la reducción del estrés, la conciencia sobre las señales de hambre y saciedad y las técnicas de control emocional. Aunque estas intervenciones se centran en poblaciones y síntomas clínicos dispares, la evidencia de eficacia para cada una de ellas sugiere que el entrenamiento en *mindfulness* es un componente beneficioso clave de estas intervenciones, sobre todo, en la reducción del estrés. No obstante, se requiere una revisión sistemática sobre *mindfulness* en pacientes con sobrepeso u obesidad para proporcionar evidencia disponible para estudios posteriores. Nuestro estudio tiene como objetivo proporcionar una evaluación actualizada y más crítica de la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness* para la reducción del estrés. Además, se realizará un análisis exhaustivo de la evidencia disponible de la eficacia del *mindfulness* y la reducción del estrés en la disminución del peso a corto, medio y largo plazo, ya que, aunque existe mucho conocimiento científico entre la relación del *mindfulness* y la reducción del estrés, no lo hay sobre esta con el peso.

Métodos y análisis: Se realizará una revisión sistemática con metaanálisis de ensayos controlados aleatorios publicados en español e inglés, siguiendo el esquema de la Declaración PRISMA. Se revisarán las bases de datos PubMed y PsycINFO. Se incluirán estudios a texto completo que utilicen *mindfulness* como la intervención principal en adultos. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica será realizada por dos investigadores de forma independiente y el riesgo de sesgo del metaanálisis se evaluará con base en el *Manual Cochrane para revisiones sistemáticas*. Para evaluar la calidad de la evidencia se utilizará el sistema GRADE. Los resultados primarios serán cambios en el nivel de estrés o de peso. El análisis de datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS versión 21.0. El análisis primario adoptará el modelo de efectos fijos o aleatorios en función de la heterogeneidad entre los ensayos. El tamaño del efecto se expresará como la diferencia de medias estandarizada, con su IC del 95%.

Ética y difusión: Dado que este estudio es una revisión sistemática, los hallazgos se basan en la evidencia publicada. No se considera necesaria la aprobación ética. Los resultados de este estudio se difundirán a través de publicaciones revisadas por pares y reuniones científicas.

Palabras clave: protocolo, revisión sistemática, mindfulness, pérdida de peso, estrés.

Abstract

Introduction: Obesity, a global health problem, is increasing in many countries in line with the growth of the dietary energy supply, affecting not only adults but, worryingly, increasingly adolescents and children. The World Health Organization has stated that, globally, obesity and overweight today cause more morbidity and mortality than malnutrition. It causes a great economic burden to society through direct and indirect costs. According to multiple studies, mindfulness training can contribute to weight maintenance by promoting stress reduction, awareness of hunger and sati-

ety signals, and emotional control techniques. Although these interventions focus on disparate populations and clinical symptoms, the efficacy evidence for each suggests that mindfulness training is a key beneficial component of these interventions, especially in stress reduction. However, a systematic review on mindfulness in overweight or obese patients is required to provide available evidence for further studies. Our study aims to provide an updated and more critical assessment of the efficacy of mindfulness-based interventions for stress reduction. In addition, an exhaustive analysis will be carried out of the available evidence of the effectiveness of mindfulness and stress reduction in weight loss in the short, medium and long term, since, although there is much scientific knowledge between the relationship of mindfulness and weight reduction of stress, there is no stress on it with weight.

Methods and analysis: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials published in Spanish and English will be carried out, following the scheme of the PRISMA Declaration. The databases will be reviewed: PubMed and PsycINFO. Full-text studies using mindfulness as the main intervention in adults will be included. Data extraction and methodological quality assessment will be performed by two investigators independently and the risk of bias of the meta-analysis will be assessed based on the Cochrane Handbook for Systematic Reviews. To assess the quality of the evidence, the GRADE System will be used. The primary outcomes will be changes in stress level or weight. The data analysis will be carried out using the SPSS version 21.0 statistical package. The primary analysis will adopt the fixed or random effects model depending on the heterogeneity between the trials. The effect size will be expressed as the standardized mean difference, with its 95% CI.

Ethics and dissemination: Since this study is a systematic review, the findings are based on published evidence. Ethical approval is not considered necessary. The results of this study will be disseminated through peer-reviewed publications and scientific meetings.

Keywords: protocol, systematic review, mindfulness, weight loss, stress.

Mensajes clave

- Este estudio proporcionará una descripción detallada y basada en la evidencia del efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* en la mejora de las variables antropométricas, la ingesta emocional en la obesidad, nivel de ansiedad, de estrés, de *mindfulness*, de calidad de vida y de adherencia a la dieta mediterránea.
- Se expondrá la evidencia disponible sobre la eficacia del *mindfulness* en la reducción del estrés, y su relación con la disminución del peso a corto, medio y largo plazo.
- Los resultados de este estudio proporcionarán la base de evidencia a los profesionales clínicos para seleccionar terapias basadas en *mindfulness* para pacientes con estrés o IMC>25, y se ofrecerán a los pacientes intervenciones apropiadas y personalizadas.
- Este estudio servirá de guía para otros investigadores que quieran replicarlo en un futuro y así mantener la información científica actualizada para una mejor elección y continuidad de los tratamientos de los pacientes.

Introducción

Justificación

La obesidad es la principal causa de la morbimortalidad del siglo XXI. Se posiciona cada vez más como un problema en aumento en muchos países, en sintonía con el crecimiento del suministro de energía alimentaria, afectando no sólo a adultos, sino, preocupantemente, cada vez más a adolescentes y niños. La Organización Mundial de la Salud ha declarado que globalmente, a día de hoy, la obesidad y el sobrepeso causan más morbimortalidad que la malnutrición¹ y ocasiona una carga económica a la sociedad a través de costes directos e indirectos².

Las intervenciones sanitarias para la pérdida de peso producen reducciones en el peso corporal a corto plazo. Sin embargo, la mayoría de los usuarios recuperan el peso después del tratamiento. El principal reto con el que nos encontramos actualmente es empoderar a los usuarios para que sean capaces de mantener el peso a largo plazo^{3,4}.

A raíz de nuevos descubrimientos, se está estimulando la investigación de *mindfulness* (atención plena) en el campo de la obesidad, puesto que se ha observado que puede contribuir beneficiosamente en los pacien-

tes obesos tanto física como psicológicamente a largo plazo^{4,6}.

El concepto *mindfulness*, creado por Jon Zabatt-Zinn, conlleva estar más comprometidos con el presente. El *mindfulness* produce efectos beneficiosos en la mejora de la calidad de vida de las personas y la mejora de la salud mental mediante la reducción del estrés percibido^{7,9}. Además, el entrenamiento en *mindfulness* puede abordar el mantenimiento de peso promoviendo la reducción del estrés, la conciencia sobre las señales de hambre y saciedad y las técnicas de control emocional^{4,10,11}.

Aunque estas intervenciones se centran en poblaciones y síntomas clínicos dispares, la evidencia de eficacia para cada uno sugiere que el entrenamiento en *mindfulness* es un componente beneficioso clave de estas intervenciones, sobre todo en la reducción del estrés¹¹⁻¹⁴. No obstante, según las revisiones Cochrane más recientes^{11-13,15}, se necesitan aún investigaciones de más calidad para comprobar la eficacia del *mindfulness* en el ámbito de la alimentación. Tan solo se encontró un ensayo que informó un efecto positivo de una intervención de atención plena en niños.

Objetivos

Diseñar un protocolo para una revisión sistemática que evaluará la evidencia de la efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* para reducir el estrés y el peso a corto, medio y largo plazo en adultos.

Métodos

Criterios de elegibilidad

Se incluirán estudios de intervención o revisiones sistemáticas, sobre la efectividad de cualquier intervención basada en *mindfulness* para la disminución del peso, realizados en personas adultas. Serán excluidos aquellos estudios cuyos sujetos de estudio hayan sido sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico, tomen algún tipo de medicación que interfiera en el peso corporal, tengan diagnosticado algún trastorno alimentario, como anorexia o bulimia, o tomen tratamiento ansiolítico o antidepresivo. Los dos primeros filtros (título, resumen) estarían disponibles en inglés. Sin embargo, para no dejarnos ningún artículo elegible no utilizaremos el filtro de fecha de publicación ni de idioma. Se excluirán los estudios realizados en animales, protocolos de ECA.

El estudio apunta a la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness*, por lo tanto, se deben cubrir diferentes tipos de intervenciones, incluidas la reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR), la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT), el entrenamiento en cultivo de la compasión (MSC, programa de *mindfulness* y autocompasión) terapia de aceptación y compromiso, intervenciones breves de meditación de *mindfulness*, manejo cognitivo conductual del estrés, terapia dialéctica conductual, entrenamiento integrado cuerpo-mente, etc.

Fuentes de información

Para garantizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva y multidisciplinaria, se examinarán dos bases de datos bibliográficas electrónicas: PubMed y PsycINFO.

Estrategia de búsqueda

Para recuperar el mayor número posible de estudios elegibles, se adoptará una estrategia de búsqueda en la que se combinarán términos con búsquedas en lenguaje natural en los campos *title/abstract* y términos en lenguaje controlado mediante los términos MeSH. La estrategia de búsqueda estará estructurada mediante los siguientes bloques:

1. *Mindfulness*.
2. Pérdida de peso.
3. Estrés.

Este es un ejemplo de estrategia de búsqueda que será utilizada en una base de datos electrónica: ((((((Mindfulness [Abstract]) OR Mindfulness [Title])) OR ((Mindful[Abstract]) OR Mindful[Title])) OR Mindfulness [MeSH Terms])) AND (((Stress[Abstract]) OR Stress[Title])) OR Stress, psychological [MeSH Terms])) AND (((((Weight loss[Abstract]) OR Weight loss[Title])) OR ((Slim down[Abstract]) OR Slim down[Title])) OR Weight loss [MeSH Terms])).

Proceso de extracción de datos

Dos revisores extraerán la información de los estudios elegibles de forma independiente mediante un formulario estandarizado. Los datos extraídos incluirán información sobre el estudio: autores, fecha de publicación, país; la población: tamaño de muestra (intervención/control), edad media, proporción por sexos, abandono; la intervención: formato de entrega, duración de una sesión única promedio, número de sesio-

nes, ubicación, tamaño del grupo, tipo de control y; los resultados: medias para el estrés y el peso (pre, post y seguimiento) y su desviación típica. Los datos extraídos se ingresarán en el paquete estadístico SPSS 25. Si no se proporcionan datos suficientes para calcular los tamaños del efecto o para determinar la calidad metodológica del estudio original, nos pondremos en contacto con los autores de los respectivos estudios para aclaraciones.

Riesgo de sesgo en los estudios individuales

El riesgo de sesgo en los estudios incluidos será evaluado independientemente por dos autores y se presentará en una tabla de riesgo de sesgo. Las decisiones se tomarán en función de los dominios y criterios de la herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo. Se evaluarán los siguientes dominios:

- Sesgo de selección: generación de secuencia aleatoria y ocultamiento de la asignación.
- Sesgo de rendimiento: cegamiento de investigadores, participantes y proveedores de atención.
- Sesgo de detección: cegamiento de la evaluación de resultados.
- Sesgo de deserción: datos incompletos/abandono diferencial.
- Sesgo de informes: informes selectivos.
- Otros sesgos: por ejemplo, conflictos de intereses, seguimiento, análisis sin intención de tratar o por protocolo.

Para cada dominio, la siguiente descripción se utilizará para evaluar el manejo adecuado del riesgo de sesgo: “bajo riesgo”, “alto riesgo” o “poco claro”. Calificaremos la calidad de los estudios incluidos y el riesgo de sesgo utilizando la herramienta de evaluación, desarrollo y evaluación de calificación (GRADE). Si el número de estudios incluidos es suficiente, realizaremos análisis de sensibilidad al excluir los estudios de alto riesgo. Se calculará el índice Kappa de Cohen para determinar el acuerdo sobre la calificación de calidad de cada estudio entre los revisores.

Datos

Síntesis

Realizaremos el análisis de datos utilizando el *software* MetaEasy (www.statanalysis.co.uk). Utilizaremos el modelo de efectos aleatorios dependiendo de la hetero-

geneidad para realizar el metaanálisis basado en las recomendaciones de la investigación. La heterogeneidad se calculará en función de la prueba ji-cuadrado, y el juicio del grado de heterogeneidad dependerá del valor de I^2 ($I^2 > 50\%$ o no) o del valor de p ($p < 0,10$ o no). Usaremos análisis de sensibilidad y subgrupo para explorar la fuente de heterogeneidad. El siguiente análisis de subgrupos se realizará en diferentes tipos de terapias basadas en *mindfulness* (por ejemplo, MBSR, MBCT, terapia de compromiso de aceptación, meditación, terapia dialéctica conductual, manejo cognitivo conductual del estrés, etc.), tipos de pacientes, duración de la intervención y duración del seguimiento.

Se elaborarán tablas con los resultados individuales de cada estudio y gráfico de forest-plot. Las variables continuas se analizarán mediante diferencia de medias o diferencia de medias estandarizadas con IC del 95% y las variables clasificadas se analizarán mediante razón de riesgo (RR) con IC del 95%. Al extraer datos brutos de los estudios calcularemos la RR en estudios longitudinales.

Metasesgo(s)

El posible sesgo de publicación de todos los estudios utilizados en el metaanálisis se evaluará mediante un gráfico en embudo combinado con la prueba de regresión de Egger. Si están disponibles, recuperaremos los protocolos de estudio y los registros de ensayos para identificar posibles sesgos debido a la notificación de resultados y la publicación selectiva. Para evaluar el posible sesgo de publicación, examinaremos el gráfico en embudo para detectar asimetría y realizaremos análisis de sensibilidad con diferentes pruebas de sesgo de publicación.

Confianza en la evidencia acumulada

Para evaluar la calidad general de la evidencia, utilizaremos el sistema GRADE. La calidad de la evidencia será categorizada en “alta”, “moderada”, “baja” o “muy baja”. La evaluación de la calidad de la evidencia influirá en la síntesis de datos al considerar la solidez de la evidencia.

Financiación:

Se realizará sin financiación adicional.

Declaración de intereses de competencia:

Sin intereses de competencia.

Bibliografía

1. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 19];8(6):402–24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26641646>
2. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. *Obes Facts* [Internet]. 2006 [cited 2017 May 19]; Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf
3. Ovbiosa-Akinbosoye OE, Long DA. Factors associated with long-term weight loss and weight maintenance: analysis of a comprehensive workplace wellness program. *J Occup Environ Med*. 2011 Nov;53(11):1236-42. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823401db. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22005396/>
4. Hempel S, Taylor SL, Marshall NJ, et al. Evidence Map of Mindfulness [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2014 Oct. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK268640/>
5. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obes Rev*. 2017 Jan;18(1):51-67. doi: 10.1111/obr.12461. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27862826>
6. Arch JJ, Brown KW, Goodman RJ, Della Porta MD, Kiken LG, Tillman S. Enjoying food without caloric cost: The impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behav Res Ther*. 2016 Apr;79:23-34. doi: 10.1016/j.brat.2016.02.002. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26945478>
7. Morton ML, Helminen EC, Felver JC. A Systematic Review of Mindfulness Interventions on Psychophysiological Responses to Acute Stress. Vol. 11, *Mindfulness*. Springer; 2020. p. 2039–54. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2020-31997-001>
8. Strohmaier S. The Relationship Between Doses of Mindfulness-Based Programs and Depression, Anxiety, Stress, and Mindfulness: a Dose-Response Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. Vol. 11, *Mindfulness*. Springer; 2020. p. 1315–35. Disponible en: <https://mijn.bsl.nl/the-relationship-between-doses-of-mindfulness-based-programs-and/17757806>
9. Valikhani A, Kashani VO, Rahmanian M, Sattarian R, Rahmati Kankat L, Mills PJ. Examining the mediating role of perceived stress in the relationship between mindfulness and quality of life and mental health: testing the mindfulness stress buffering model. *Anxiety Stress Coping*. 2020 May;33(3):311-325. doi: 10.1080/10615806.2020.1723006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32026721/>
10. Williams H, Simmons LA, Tanabe P. Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *J Holist Nurs*. 2015 Sep;33(3):247-59. doi: 10.1177/0898010115569349. Epub 2015 Feb 11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25673578>
11. Schell LK, Monsef I, Wöckel A, Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 27;3(3):CD011518. doi: 10.1002/14651858.CD011518.pub2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436161/>
12. Will A, Rancea M, Monsef I, Wöckel A, Engert A, Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. In: Will A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2017 May 28]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011518>
13. Liu Z, Sun YY, Zhong BL. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 14;8(8):CD012791. doi: 10.1002/14651858.CD012791.pub2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513415/>
14. Kim SM, Park JM, Seo HJ. Effects of mindfulness-based stress reduction for adults with sleep disturbance: a protocol for an update of a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2016 Apr 2;5:51. doi: 10.1186/s13643-016-0228-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818935/>
15. Hodder RK, Stacey FG, Wyse RJ, O'Brien KM, Clinton-McHarg T, Tzelepis F, Nathan NK, James EL, Bartlem KM, Sutherland R, Robson E, Yoong SL, Wolfenden L. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 25;9(9):CD008552. doi: 10.1002/14651858.CD008552.pub3. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008552.pub6>



Sin voz

Without voice

Carlos Félix Jiménez Lacima

Presidente de la Asociación Mente Sana de la Costa Granadina, AMENSA.

Contacto: Carlos Félix Jiménez Lacima, carlosjlacima@hotmail.com

Fecha de recepción: 28 de diciembre de 2020 / Fecha de aceptación: 15 de enero de 2021

Escribir puede ser más sencillo que hablar, al menos para el que primero pierde el rumbo y, más tarde, la voz. Tienes que aprender de nuevo el alfabeto, y palabras como estigma, o locuciones como enfermedad mental, pasan a formar parte de tu vocabulario de forma ilegal, sin que tú lo hayas decidido. El mismo Clint Eastwood, en una película como *El sargento de hierro*, ya calificaría el hecho con alguna ingeniosa malsonancia que prefiero no invocar, pero que vendría al pelo, sin duda.

Tiempo atrás, pensaba que tenía talento para escribir, pero, en realidad, no llegué a intentar crear. Tal vez, solo en una ocasión, con la excusa de un certamen. El resultado fue pésimo. Por aquel entonces, escribía más bien poco y hablaba en exceso. Fue tras la caída cuando, debido al impacto, y con el tiempo, decidí que necesitaba dar forma a aquello que había en mi interior. Y, de igual modo, demostrarme que podía hacer mis pinitos en algo que, por otro lado, adoraba. Sin embargo, fantasía aparte, la escritura me ayudó a mostrar un prisma diferente que pusiera tierra de por medio con la enfermedad y con las diferentes creencias que pudiera haber sobre mí.

Hallar la voz en un escrito es tarea ardua. Pero todo resulta mera creación en él. Ahora bien, cómo llevar a cabo el mismo cometido en la vida real, cuando tú eres el protagonista, después de haber borrado –de forma deliberada o no– casi todos tus recuerdos, y prescindiendo, prácticamente, de todo lo contenido en tu memoria... Se trata de empezar de cero, y sin la fiabilidad que le suponías a la maquinaria: “El bólido ha fallado, tal vez por ir a excesiva velocidad. Cambiemos de vehículo. Aunque ahora vayamos más despacio”.

En parte, renuncias a tu yo original. Habiendo regresado de las cenizas cual ave fénix, sí. Y resulta un problema porque la voz puede tardar años en regresar. Hablo de saber qué decir o cómo actuar en cada momento en base a un ser que abomina volver a sentir

lo mismo que cuando la crisis original. Entonces, la escritura puede ser una salida, un modo de reconstruir todo aquello que fue pasto de las llamas. Voz literaria que, a mi modo de ver, debe ir en consonancia con lo que tú vas siendo realmente, porque de ser pretencioso la distorsión sería algo advertido por el lector o por el espectador, según el canal o el contexto.

A medida que avanzas –que haces el camino a través de la vida– la voz literaria va viéndose reforzada hasta permitirse más licencias. Del mismo modo, la voz real se retroalimenta de aquella con el beneficio que se le supone. Al principio, tartamudeaba –alguien me lo hizo saber– y la duda, el hecho de vacilar, me impedía pronunciar palabra alguna. En la actualidad, he llegado a lograr defenderme en un entorno donde, aunque la mirada lo dice todo, y se trata de una asignatura pendiente, la voz es primordial.

En definitiva, quiero creer en el uso terapéutico de la escritura, quiero pensar que implica recuperación. También, confiar en el hecho de dar difusión a lo escrito, porque el acto de desnudarse no debe causar reparo sino, más bien, un placer indescriptible que haga útil la exhibición como herramienta para hacer visible lo invisible, para dar voz a los que se quedan sin voz.



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