

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 9 DICIEMBRE 2019

## EDITORIAL

### Sobre el alambre

Carlos Felix Jiménez Lacima

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental

María Rosario Valera Fernández, Ana María González Cuello,  
Rosa Aceña Domínguez, Ana Belén Valera Fernández,  
Antonio Rafael Moreno Poyato, Francina Fonseca Casals

### Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Delphi

Mayte Palacio Roda, Natalia del Campo Robles

## MISCELÁNEA

### El impacto de la Beneficencia en la gestión, tratamiento y cuidado de los dementes alcaíños en el s. XIX

Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja, Antonio Heredia Rufián

AEESME

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Director

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

### Editora

**Vanesa Sánchez Martínez**, Profesora Doctora. Enfermera especialista en Salud Mental. Universidad de Valencia. España.

### Editor Asociado

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

## COMITE EDITORIAL

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

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

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*  
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*  
David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

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

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

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

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

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

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*  
Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M<sup>a</sup> Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

### Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

### Vocales

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Esther Vivancos González

Dña. Victoria Borrego Espárrago

Dña. Isabel Jordán Martínez

© AEESME, 2019

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

- 2** **Sobre el alambre**  
*On the Highwire*  
Carlos Felix Jiménez Lacima

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- 3** **Efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental**  
*Effectiveness of a Nursing Intervention on Approaching Smoking Cessation in People with a Mental Disorder*  
María Rosario Valera Fernández, Ana María González Cuello, Rosa Aceña Domínguez, Ana Belén Valera Fernández, Antonio Rafael Moreno Poyato, Francina Fonseca Casala
- 10** **Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Delphi**  
*Nursing Approach to Sexuality in Mental Health Patients in Asturias. A Delphi Study*  
Mayte Palacio Roda, Natalia del Campo Robles

## MISCELÁNEA

- 22** **El impacto de la Beneficencia en la gestión, tratamiento y cuidado de los dementes alcalaínos en el s. XIX**  
*The Impact of Charity Policy in the Management, Treatment and Care of Mentally Ill Alcalaínos in the XIX Century*  
Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja, Antonio Heredia Rufián



# Sobre el alambre

On the Highwire

**Carlos Felix Jiménez Lacima**

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

Fecha de recepción: 29 de octubre de 2019 / Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2019

EDITORIAL

Como trapecionista inexperto sobre el alambre cayó irremediablemente al vacío, esta vez sin red alguna que lo amortiguara. De nada sirvió todo el tiempo que mantuvo su cuerpo en equilibrio ahora que había tocado el suelo. El público parecía decepcionado. La luz de los focos que apuntaban hacia él fue haciéndose cada vez más débil, hasta apagarse por completo. Negrura. Silencio. Resignación en los allí presentes. Tan solo tímidos aplausos cuando la luz volvió a iluminar el recinto y la gente pudo comprobar que aún seguía con vida, que tan solo había sido un accidente. La función debe continuar.

Cuando le propusieron acudir a una cita con aquel tipo desconocía todo acerca del apoyo entre iguales. Tan solo le indicaron que se trataba de alguien que había logrado recuperarse casi por completo, lo cual le brindaba algo de esperanza. En realidad, no tenía nada que perder. De haberle sido recomendado asistir a una convención sobre el cambio climático con la idea de convencer a Greta Thunberg de que Trump tenía razón lo habría hecho. Lo cierto es que sentía curiosidad por conocer a esa persona que se hacía identificar como agente de apoyo mutuo.

Llegado el día, alguien de confianza para él los presentó. Posiblemente, siempre es recomendable la cara amable de alguien familiar antes de dar un paso así. El entorno era el adecuado. Llevar la primera cita a la cafetería de moda de la localidad habría sido descabellado, aunque luego ambos estuvieran de acuerdo en que las medias de aguacate con atún –que allí servían– pudieran resultar más convincentes –para la recuperación– que la propia interacción como receptor y agente.

El tipo tenía tanta o más experiencia en la enfermedad que un veterano de guerra en una partida de RISK, además de contar con ciertas habilidades sociales que, obviamente, utilizaba en beneficio de la relación. Asentía ante lo que la otra parte le transmitía, mostrando interés en todo momento por la historia que tuvo la oportunidad de escuchar. Hubo tal conexión que fue concertada una siguiente cita, tal vez por ver adónde llevaba esto.

El intercambio se prolongó tanto en el tiempo como consideraron ambos, incluso volvieron a verse transcurrido un largo período sin saber el uno del otro, sin embargo, llegó el momento en que la relación se disolvió para convertirse en algo distinto. No se distanciaron, pero cada uno finalmente tomó el rumbo que le correspondía. No obstante, el germen permaneció de algún modo...

Aquel sueño sobre el trapecio era bastante recurrente. El alambre seguía reuniendo tan poca estabilidad que le costaba mantener el equilibrio. Esta vez, no solo había red, también una mano que lo sujetó al caer, impidiendo que su cuerpo cediera ante la gravedad. El público se sobresaltó, pero, enseguida, aplaudió ante la inesperada maniobra de un sujeto que había aparecido por sorpresa y que, aunque nadie lo previó, hizo del espectáculo algo emocionante donde el apoyo entre iguales resultó ser crucial.



# Efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental

Effectiveness of a Nursing Intervention on Approaching Smoking Cessation in People with a Mental Disorder

María Rosario Valera Fernández<sup>1-3</sup>, Ana María González Cuello<sup>2</sup>, Rosa Aceña Domínguez<sup>1</sup>, Ana Belén Valera Fernández<sup>1</sup>, Antonio Rafael Moreno Poyato<sup>3</sup>, Francina Fonseca Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Adicciones. Instituto de Neuropsiquiatría i Adicciones (INAD). Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona, España.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Murcia. Murcia, España.

<sup>3</sup>Departamento de Enfermería. Escuela Superior de Enfermería del Mar, adscrita a la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, España.

Contacto: charo-valera@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2019 / Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2019

---

## Resumen

**Introducción:** Se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, observándose una mayor prevalencia de consumo, mayor dependencia a la nicotina, menores intentos de abandono y mayor dificultad para conseguir la abstinencia, respecto a la población general.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo para generar motivación en la reducción del consumo de tabaco o una cesación tabáquica completa a personas con un trastorno mental grave.

**Metodología:** Estudio cuasiexperimental pre-post, en el que participaron 25 usuarios de los servicios de hospitalización parcial, completa y atención comunitaria. Se realiza una entrevista inicial y una intervención grupal.

**Resultados:** Se reduce el número de cigarrillos en 9.4 cigarrillos/día y se aumenta el grado de autoeficacia. Se mantiene el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar. Mejora de los valores de cooximetría y tensión arterial.

**Conclusiones:** Las personas con un trastorno mental están motivadas e interesadas en dejar su consumo de tabaco.

*Palabras clave:* tabaco, trastorno mental, intervención, enfermería, hospitalización.

## Abstract

**Introduction:** An important relationship has been found between tobacco use and various mental health-related disorders, with a higher prevalence of consumption, greater dependence on nicotine, lower attempts at abandonment and greater difficulty in achieving withdrawal, with respect to general population

**Objective:** To evaluate the effectiveness of a nursing intervention on smoking approach to generate motivation in the reduction of tobacco consumption or a complete smoking cessation to people with a serious mental disorder.

**Methodology:** Pre-post quasi-experimental study, in which 25 users of partial, complete hospitalization and community care services participated. An initial interview and a group intervention is carried out.

**Results:** The number of cigarettes is reduced by 9.4 cigarettes/day and the degree of self-efficacy is increased. The degree of nicotine dependence and the motivation to quit smoking are maintained. Improvement of blood pressure and blood pressure values.

**Conclusions:** People with a mental disorder are motivated and interested in quitting their tobacco use.

*Keywords:* tobacco, mental disorder, intervention, nursing, hospitalization.

## Introducción

*¿Por qué casi todos los jugadores (ludópatas) fuman? (...)  
¿Por qué todas las prostitutas y todos los locos fuman?*

Leo Tolstói (1828-1910)

“Why do men stupefy themselves?”

Original en *Essay and Letters* (1911)

Aunque ya hace más de 100 años Tolstói se preguntaba por qué todos los locos fumaban, es en 1986 cuando la comunidad científica empieza a corroborar una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y la presencia de sintomatología psiquiátrica<sup>1</sup>. En estos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo

de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente depresión, esquizofrenia, trastornos por uso de sustancias y ansiedad<sup>2,3</sup>.

Existe una prevalencia de consumo de tabaco de dos a cinco veces superior entre las personas con un trastorno mental que en la población general<sup>4,5</sup>, o según algunas publicaciones recientes, incluso cinco veces superior<sup>6</sup>. Se estima que en EE. UU. el 70% de los cigarrillos consumidos por los estadounidenses son fumados por la población con trastornos mentales<sup>7</sup>.

La figura 1 muestra la proporción del consumo de tabaco en función de los diagnósticos psiquiátricos presentes<sup>4</sup>:

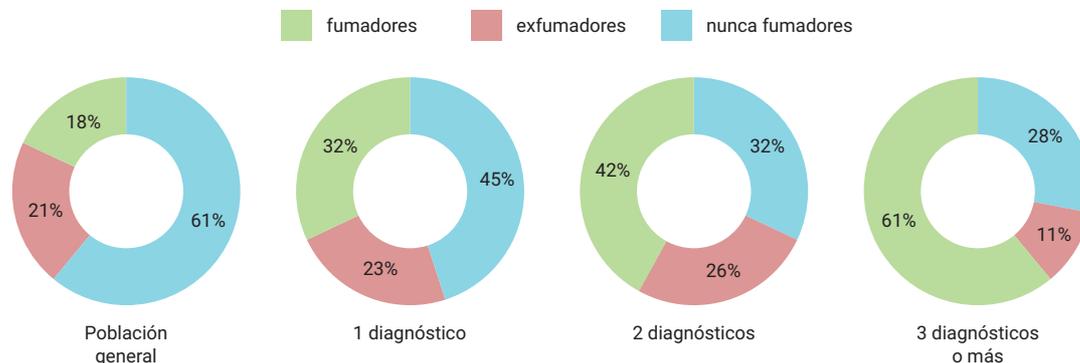


Figura 1: Consumo de tabaco según el número de diagnósticos psiquiátricos<sup>4</sup>

En la población con trastornos mentales también se ha descrito<sup>8,9</sup>:

- una adicción a la nicotina más elevada, existiendo además una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de adicción;
- un vínculo con el cigarrillo con características propias;
- menor número de intentos de abandono;
- mayor dificultad en la obtención de la abstinencia estable.

Las mayores tasas de prevalencia de consumo tabáquico en personas con un trastorno mental se encuentran dentro del ámbito hospitalario. León y Díaz<sup>10</sup> llevaron a cabo un metaanálisis de 42 estudios donde encontraron que la prevalencia de consumo tabáquico era del 68% en usuarios con esquizofrenia hospitaliza-

dos frente al 57% de los que eran atendidos en el ámbito comunitario.

Son varias las teorías que tratan de explicar la mayor vulnerabilidad al consumo de tabaco en las personas con trastornos mentales. Al igual que en la población general, no existe un único factor que haga más vulnerables a estas personas<sup>11</sup>, siendo el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Sobre la cesación tabáquica en la población con trastorno mental, el estudio de Schroeder y Morris<sup>12</sup> muestra el porcentaje de personas que ha conseguido abandonar el hábito según el tipo de patología psiquiátrica que presenta o la ausencia de la misma. No obstante, ningún trastorno mental es incapacitante para dejar de fumar. Sin embargo, no se llega a los niveles de cesación de la población sin trastornos, encontrán-

dose grandes diferencias en el caso del trastorno bipolar (16 % frente al 42.5 % de la población no psiquiátrica) y en las personas con trastornos psicóticos (27.2 % versus 42.5 %). Los resultados del estudio de Veiga<sup>11</sup> muestran un fenómeno similar al anterior estudio, observándose cómo las tasas de abstinencia de las personas con un trastorno mental son inferiores a las de la población general.

Este consumo no es abordado por los profesionales de la salud mental con la misma intensidad que por quienes cuidan a personas con otras enfermedades crónicas y recidivantes. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) alienta a este personal sanitario a “integrar la prevención y cesación del consumo de tabaco como parte de su práctica regular de enfermería”<sup>13</sup>.

El objetivo principal del estudio es evaluar la efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental grave.

## Metodología

### *Diseño de estudio*

El estudio siguió una metodología científica basándose en una investigación cuantitativa de tipo analítico cuasiexperimental pre-post.

### *Población diana*

Se diseñó una intervención enfermera del estudio destinada a usuarios vinculados a los servicios de rehabilitación psiquiátrica de media estancia y alta dependencia psiquiátrica como unidades de hospitalización completa, el hospital de día como servicio de hospitalización parcial y los centros de salud como servicios de atención comunitaria, de la Red de Salud Mental del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona. Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Parc de Salut Mar (2016/6855/I).

### *Criterios de selección*

Los criterios de inclusión en el estudio eran usuarios/as mayores de edad, de cualquiera de los servicios mencionados anteriormente, que fueran fumadores/as y que presentasen una estabilidad psicopatológica entendida como la ausencia de cambio de tratamiento

durante el último mes. La elección de los participantes se realizó de forma voluntaria.

### *Selección de la muestra*

El tamaño muestral se calculó en base a las diferencias esperadas pre-post respecto a la puntuación obtenida en el test de motivación para dejar de fumar de Richmond. Para un test t de Student de datos relacionados, con una potencia estadística del 80 % y un error alfa de 0.05, se necesitaban 24 participantes para detectar como estadísticamente significativa una diferencia equivalente a dos tercios desviación estándar. Se asumió una pérdida máxima de seguimiento del 25 %.

### *Procedimiento*

La intervención sobre abordaje al tabaquismo consta de dos partes:

1. Entrevista inicial. En esta se realizó la recogida de datos iniciales mediante una anamnesis completa sobre datos sociodemográficos y clínicos, incluyendo el control de las medidas biológicas (TA y CO expirado), así como los datos relacionados con el consumo de tabaco como:

- a. la dependencia a la nicotina mediante el *Test de Fagerström*: la versión original consta de 8 ítems, es un instrumento autoaplicado y fue validado en español por Becoña en 1998;
- b. la dependencia psicológica, social y gestual del tabaco a través de la *Escala de Glover-Nilson*: la versión recomendada presenta 11 ítems que valoran los elementos psicológicos, gestuales y sociales implicados en la dependencia. El marco de referencia temporal es el momento actual. Se trata de un instrumento autoaplicado y validado por Nerín en 2005;
- c. la motivación para dejar de fumar con el *Test de Richmond*: permite situar a los usuarios en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente, hecho que permite determinar el tipo de intervención a llevar a cabo en cada individuo. Consta de 4 ítems, es un instrumento autoaplicado y fue validado por Córdoba en el año 2000;
- d. la autoeficacia del usuario/a ante el abandono tabáquico, el estadio de cambio a través de la *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*: es un autoinforme diseñado para la evaluación de los estadios de cambio según la perspectiva del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

- mente. Está compuesta por 32 ítems, es un instrumento autoaplicado y fue validada en español por Gómez-Peña en 2011;
- e. el *craving* a tabaco mediante el *Questionnaire on Smoking Urges-Brief* (QSU): la versión original consta de 32 ítems pero la versión utilizada en este caso es la versión simplificada de 10 ítems, evaluados con una escala tipo Likert. Es un instrumento autoaplicado y validado por Cepeda Benito en 2004;
  - f. el síndrome de abstinencia con la *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* (MNWS): se trata de un instrumento autoaplicado que consta de 9 ítems y fue validado por Toll en 2007.

2. Intervención grupal. Se empleó una metodología presencial y una visión participativa, dinámica y motivacional. Se realizó una intervención grupal en cada servicio incluido en el estudio. Cada intervención grupal estaba compuesta por 10 sesiones semanales, con una duración de 90 minutos aproximadamente (60 minutos para la intervención psicoeducativa, y 30 minutos adicionales para el control de las medidas biológicas). La intervención era de tipo cíclica, a la cual se podía incorporar un participante en una sesión avanzada sin necesidad de seguir un orden establecido.

El material informativo de las sesiones fue de elaboración propia al no encontrar en la literatura científica material específico para esta población. Este material se elaboró con la información de guías validadas, como el *Programa de información sobre tabaquismo de la Región de Murcia* del año 2014, la *Guía para dejar de fumar* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo del 2005<sup>14</sup>, la guía práctica *Recintes sense fum* de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum del 2011<sup>15</sup>, la *Guía de actuación de pacientes fumadores ingresados en unidades de salud mental* de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum del 2012<sup>16</sup> y la guía clínica práctica *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*<sup>17</sup>.

La temática trabajada en cada sesión fue:

1. Conocimientos previos. Mitos sobre el tabaco.
2. Conocimientos básicos sobre tabaquismo. Auto-registros.
3. Tipos de cigarrillos. Calendario.
4. Consecuencias del tabaquismo y beneficios de su abandono.
5. Factores motivacionales de mantenimiento y abandono.
6. Síndrome de abstinencia.

7. Tratamiento para la reducción o la cesación completa.
8. Caída y recaída. Utilización de TIC en el tabaquismo.
9. Cigarrillo electrónico. *Role-playing*.
10. Conocimientos posteriores. Diploma.

#### *Análisis de datos*

Para el análisis estadístico inicial, se describieron las variables cuantitativas mediante la media aritmética y su correspondiente desviación estándar. Las variables categóricas se describieron mediante tabla de frecuencias (número y porcentaje). Se evaluaron posibles asociaciones entre variables categóricas mediante test chi-cuadrado de Pearson (o prueba exacta de Fisher en función de la adecuación de la prueba). Se evaluaron posibles diferencias entre períodos de estudio (pre y post) el test de los rangos con signo de Wilcoxon (muestras pareadas) para las variables continuas. Se consideraron asociaciones estadísticamente significativas aquellas cuyo p-valor era <0.05. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico STATA 15.0 software (Stata Corp.; College Station, Texas, USA).

#### **Resultados**

La muestra estuvo formada por 25 participantes, de los cuales el 40 % (n=10) estaban vinculados al servicio de hospitalización completa, el 24 % (n=6) a hospitalización parcial y el 36 % restante (n=9) a atención comunitaria. De éstos, el 56 % eran hombres (n=14) y el 44 % mujeres (n=9), con una edad media de 47.5 años (comprendida entre los 19 y 62 años) ( $\pm 7,9$ ).

Sobre los diagnósticos, el 48 % de los participantes (n=12) estaban diagnosticados de esquizofrenia, el 16 % (n=4) de trastorno esquizoafectivo, otro 16 % (n=4) de trastorno depresivo, el 12 % (n=3) de trastorno afectivo bipolar y el 8 % restante (n=2) otros diagnósticos. En este caso, se objetivó una diferencia en la distribución de los diagnósticos en función del servicio al que están vinculados, mostrando una mayor proporción de los trastornos psicóticos en los servicios de hospitalización completa y atención comunitaria, frente a la mayor proporción de trastornos afectivos en la hospitalización parcial.

Sobre las características de consumo de los y las participantes, se halló un consumo medio de 27.6 cigarrillos/día durante una media de 30.1 años. Habían

intentado dejar de fumar en 1.7 ocasiones, objetivándose el doble de intentos de abandono entre los participantes de atención comunitaria frente a los servicios de hospitalización parcial y completa. De los participantes, el 68 % (n=17) habían presentado un periodo de abstinencia anterior, de los cuales el 80 % referían no haber presentado de forma subjetiva un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica de su trastorno de base durante este periodo de abstinencia. El grado de dependencia psicológica era elevado (11.9), la depen-

dencia social moderada (4.1) y el grado de dependencia gestual leve (11.1). Los resultados de la escala QSU mostraron que el nivel de *craving* (37.4) era elevado, sobre todo en los participantes de los servicios de hospitalización completa y atención comunitaria. Los síntomas abstinenciales valorados mediante la escala MNWS presentaban una puntuación similar en los tres servicios, objetivándose una ligera diferencia no estadísticamente significativa en el servicio de hospitalización parcial (Tabla 1).

Variables	Rehabilitación media y larga estancia (n=10)	Hospitalización parcial (n= 6)	Atención comunitaria (n= 9)	p
Nº cigarrillos/día	19.3 (13.3)	22 (9.90)	40.5 (5.83)	<b>.0008</b> <b>.0099</b>
Craving (QSU)	39.3 (20.14)	27.67 (10.89)	42 (17.04)	.3604
Abstinencia (MNWS)	11.7 (9.22)	9.33 (11.34)	11.56 (8.26)	.6434
<b>Dependencias</b>				
Física (Fagerström)	4.1 (2.46)	6.83 (1.72)	8.33 (1.00)	<b>.0303 y .0001</b>
Psicológica (GN)	11.7 (4.62)	11.16 (3.92)	12.6 (3.16)	.7266
Social (GN)	4.1 (1.72)	3.16 (2.31)	4.8 (1.53)	<b>.0416</b>
Gestual (GN)	9.8 (3.48)	9.5 (7.23)	13.7 (6.28)	.2853
Motivación	3 (2.74)	5.5 (2.88)	6.67 (2.96)	<b>.0071</b>
Autoeficacia	2.7 (2.54)	4.17 (3.31)	5.67 (2.65)	<b>.0145</b>

Tabla 1: Comparación de resultados relacionados con el consumo entre los servicios

Tras la intervención, se encontró que respecto al número de cigarrillos consumidos de forma diaria hubo una disminución de 9.4 cigarrillos, resultando estadísticamente significativo (27.6 versus 18.16;  $p < 0.001$ ). El Test de Fagerström, que evalúa la dependencia a la nicotina, descendió en 0.92 puntos, aunque

la diferencia no era significativa (6.28 vs 5.36;  $p: 0.085$ ), al igual que con la motivación para dejar de fumar (4.92 vs 5.60;  $p: 0.202$ ). El grado de autoeficacia y el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo también mostraron diferencias significativas antes y después de la intervención (Tabla 2).

Variable	Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencia		p
	Media (M)	DE	Media (M)	DE	Media (M)	DE	
Nº Cigarrillos/día	27.6	14.09	18.16	12.09	-9.4	10.81	<b>.0001</b>
Fagerström	6.28	2.62	5.36	2.72	-.92	2.56	.1094
Richmond	4.92	3.20	5.60	2.40	.68	2.59	.2632
Autoeficacia	4.12	2.96	5.32	2.23	1.20	2.08	<b>.0490</b>

Tabla 2: Diferencias entre variables antes y después de la intervención grupal

Al analizar los datos relativos a las medidas biológicas controladas, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la cooximetría ( $p=0.005$ ), siendo ésta de 2.28 en el inicio y de 1.68 tras la intervención (0 = entre 0 y 6 partes por millón (ppm); 1 = entre 7 y 10 ppm; 2 = entre 11 y 15 ppm; 3 = entre 16 y 25 ppm; 4 = más de 26 ppm). La tensión arterial disminuyó una media de 2.1 mmHg no resultando estadísticamente significativa ( $p=0.080$ ). Se objetivó que las cifras de tensión arterial sistólica que estaban dentro de la normalidad (no superando los 140 mmHg) se mantenían estables, sin embargo, las cifras arteriales sistólicas por encima de la máxima se veían reducidas.

## Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que la intervención propuesta es eficaz para conseguir una disminución del consumo de cigarrillos entre la población con un trastorno mental. De los mismos, se muestran que varias de las percepciones existentes entre el tabaquismo y la salud mental se ponen en duda. Por ejemplo, existe la percepción de que las personas con un trastorno mental no tienen motivación e interés en dejar de fumar<sup>18</sup>. Sin embargo, la motivación encontrada en este estudio fue de un grado moderado. Igualmente existe la creencia de que el hecho de dejar de fumar empeora la evolución de la patología mental y/o adictiva de base en el paciente y que puede comportar problemas en el ajuste farmacológico del tratamiento antipsicótico<sup>19</sup>. El 80 % de los participantes que presentaron un periodo de abstinencia refirieron no haber sufrido un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica del trastorno de base, el 20 % restante comenta mayores niveles de ansiedad (síntoma propio de la abstinencia a la nicotina). Otra creencia encontrada es que las prohibiciones totales de fumar aumenten el estrés y la ansiedad en el paciente, provocando un mayor número de alteraciones de conducta y solicitud de altas voluntarias<sup>20</sup>. Sin embargo, son numerosos los estudios que avalan la aceptación y la eficacia de la prohibición total de fumar en las unidades de hospitalización de salud mental, sin haber aumentado las alteraciones conductuales ni el estrés de los pacientes<sup>20,21</sup>. En este estudio se muestra cómo los niveles de *craving* de los participantes eran menores en los servicios de hospitalización, donde existe una prohibición total de fumar en ellos, objetivándose mayores tasas de *craving* entre la población de atención comunitaria y una puntuación de sintomatología abstinencial similar en los tres servicios. Se puede deducir de este hecho que la prohibición completa de

fumar durante la hospitalización sirve de ayuda para el control del consumo de tabaco. Según el estudio de Kulkarni M *et al.*<sup>22</sup>, el 48 % de los profesionales de la salud mental consideran que el tratamiento del tabaquismo en sus pacientes no es su responsabilidad.

En este estudio, no se ha detectado el cese completo del consumo de tabaco entre los y las participantes, aunque sí que se objetivó un descenso importante del número de cigarrillos diarios. La reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación completa es una de las estrategias recomendadas por los expertos<sup>23</sup>. Es importante que se valide bioquímicamente con una reducción significativa de los niveles de CO en el aire espirado, tal y como se ha mostrado en este estudio, con una reducción de 0.6 puntos. El problema principal de la reducción del consumo de cigarrillos es que ninguna cantidad de cigarrillos fumados ha demostrado ser segura. Por eso se considera que hay una reducción real de daños si la disminución del consumo es un paso que facilite la cesación posterior.

Como limitación principal del estudio se encuentran las propias de los estudios cuasiexperimentales, como no disponer de un grupo control o la no aleatorización de la muestra, de ahí que se haya intentado suplir esta limitación con el abordaje en diferentes servicios de salud mental. Así mismo, aunque el tamaño muestral es reducido, es suficiente según los cálculos realizados.

## Financiación

Para la realización de este estudio se ha contado con la Ayuda a Proyectos de Investigación por el Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia en la convocatoria para el año 2016 y una beca PERIS en la convocatoria 2016-2020.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en la realización y publicación de este estudio.

## Conclusiones

Las personas con un trastorno mental están motivadas e interesadas en dejar su consumo de tabaco, no objetivándose un empeoramiento de su trastorno de base durante el periodo de abstinencia. La prohibición completa de fumar durante la hospitalización supone una oportunidad de abordar esta temática y proporcionar tratamiento para conseguir la cesación. Las intervenciones destinadas a este fin han resultado ser eficaces.

## Bibliografía

1. Bushe C, Haddad P, Peveler R, Pendlebury J. The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2005;19(6 Suppl):28–35.
2. Sobradieil N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastor Adict*. 2007;9(1):31–8.
3. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76(2–3):135–57.
4. Marques de Oliveira R, Furegato ARF. The opinion of patients with mental disorder about tobacco and its prohibition in psychiatric hospitalization. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):500–6.
5. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;(2):CD007253-CD007253.
6. Zvolensky MJ, Farris SG, Leventhal AM, Ditre JW, Schmidt NB. Emotional disorders and smoking: Relations to quit attempts and cessation strategies among treatment-seeking smokers. *Addict Behav*. 2015;40:126–31.
7. Beck AK, Baker AL, Todd J. Smoking in schizophrenia: Cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators. *Schizophr Res Cogn*. 2015;2(1):26–32.
8. Eriksen M, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J, et al. The Tobacco Atlas. *The Tobacco Atlas*. 2015;47.
9. Minichino A, Bersani FS, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders-mutual influences and implications for therapy. Vol. 10, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013. p. 4790–811.
10. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76(2–3):135–57.
11. Veiga Rodeiro S. Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica Estudio de los pacientes tratados. Universidad de Cantabria; 2016.
12. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a Neglected Epidemic: Tobacco Cessation for Persons with Mental Illnesses and Substance Abuse Problems. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):297–314.
13. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD001188.
14. Salvador Llivina T, Córdoba García R, Planchuelo Santos MA, Nebot Adell M, Becoña Iglesias E, Barrueco Ferrero M et al. Guía para dejar de fumar. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSC) y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2005.
15. Carreras R, Castells B, Chuecos M, de la Rosa D, Fera I, Fernández E et al. Guía Recintes sense fum. *Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum*. 2011.
16. Ballbè i Guibernau M, Bruguera i Cortada E, Cano Vega M, Delgado Almeda MT, Fernández Grané T, Fonseca Casals F et al. Guía de actuación de pacientes fumadores ingresados en unidades de Salud mental. *Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum*. 2012.
17. Rockville MD. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Tobacco Use and Dependence Guideline Panel*. 2008.
18. Gilbody S, Peckham E, Man M-S, Mitchell N, Li J, Becque T, et al. Bespoke smoking cessation for people with severe mental ill health (SCIMITAR): a pilot randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(5):395–402.
19. Ratschen E, Britton J, McNeill A. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *Br J Psychiatry*. 2009;194(6):547–51.
20. Harris GT, Parle D, Gagn J. Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients. *J Behav Heal Serv Res*. 2007;34(1):43–55.
21. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public Health and Therapeutic Aspects of Smoking Bans in Mental Health and Addiction Settings. *Psychiatr Serv*. 2002;53(12):1617–22.
22. Kulkarni M, Huddleston L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E. A cross-sectional survey of mental health clinicians' knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:618.
23. Anthenelli R, Benowitz N, West R, Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2016;387:2507–20.



# Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Delphi

Nursing Approach to Sexuality in Mental Health Patients in Asturias. A Delphi Study

**Mayte Palacio Roda, Natalia del Campo Robles**

Hospital San Agustín. Servicio de Salud Mental. Avilés (Asturias), España.

Contacto: maytepalaciorda@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de julio de 2019 / Fecha de aceptación: 2 de noviembre de 2019

## Resumen

El presente estudio pretende aproximarse al abordaje de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias, utilizando la técnica Delphi. Mediante el envío de tres cuestionarios sucesivos, se recabaron las opiniones de 29 enfermeros y enfermeras especialistas en salud mental. El primer cuestionario planteaba preguntas abiertas, en el segundo se presentaban una serie de afirmaciones para que los y las profesionales de enfermería mostraran su grado de acuerdo y en el tercero se pedía a los expertos que priorizaran las sentencias más relevantes.

Los resultados evidencian consenso en cuanto a que el abordaje que se realiza es escaso, debido a varios factores: falta de formación de los profesionales, de herramientas que guíen la exploración, así como de tiempo en la jornada laboral. Los enfermeros y enfermeras se sienten más cómodos abordando la sexualidad con pacientes de su mismo género. No se evidencia consenso respecto a la influencia de la edad o gravedad del diagnóstico en el abordaje de aspectos sexuales, pese a lo esperable comparándolo con otros estudios, en los que estos factores actúan como claros limitantes. Para mejorar la calidad de la atención sería necesaria la consideración de la sexualidad como un aspecto más del cuidado integral al paciente, el aumento de la formación específica en sexualidad y la realización de trabajo intrapersonal.

*Palabras clave: sexualidad, salud mental, atención de enfermería, educación sexual, revisión por expertos, técnica Delphi.*

## Abstract

This study aims to approach the sexuality in mental health patients in Asturias, using the Delphi technique. By sending three successive questionnaires, the views of 29 mental health nurses were sought. The first questionnaire raised open questions, the second one made a series of statements for nursing professionals to show their degree of agreement and the third one asked the experts to prioritize the most relevant sentences.

The results show a consensus that the approach is limited, due to several factors: lack of training of professionals, lack of tools to guide exploration, and lack of time during working hours. Professionals feel more comfortable tackling sexuality with patients of their same gender. There is no consensus regarding the influence of the age or severity of the diagnosis on the approach to sexual aspects, despite what is expected compared to other studies, in which these factors act as clear limitations. In order to improve the quality of care, it would be necessary to consider sexuality as an aspect of comprehensive patient care, to increase specific training in sexuality and to carry out intra-personal work.

*Keywords: sexuality, mental health, nursing care, sex education, peer review, Delphi technique.*

## Introducción

La *sexualidad* es un término relativamente reciente en el mundo sanitario, al menos no es hasta el año 2000 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una definición oficial al respecto, en la que establece que se trata de “un aspecto fundamental de la

condición humana, presente a lo largo de la vida que abarca el sexo, las orientaciones sexuales, las identidades de género, erotismo, así como la intimidad y la reproducción, entre otros”<sup>1</sup>.

La Confederación de Salud Mental Española en su *Informe sobre el estado de los derechos humanos de*

*las personas con trastorno mental* realizado en 2017, establece como una de sus recomendaciones promover el “empoderamiento de las personas con problemas de salud mental para que ejerzan libre, consciente y responsablemente su sexualidad y la no discriminación por su preferencia sexual”<sup>2</sup>.

Las personas con trastorno mental grave suelen presentar dificultades en la comunicación y falta de habilidades sociales, lo que afecta directamente a su capacidad para establecer relaciones y al manejo de su sexualidad. Estas dificultades se pueden ver aumentadas por el tratamiento psiquiátrico que en ocasiones requieren estos trastornos. Desde la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESEXSAME), se han publicado múltiples investigaciones acerca de la disfunción sexual asociada a psicofármacos<sup>3</sup>.

Como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)<sup>4</sup>, las disfunciones sexuales son un “grupo de trastornos heterogéneos, que se caracterizan por la manifestación persistente de una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual”. Las tasas de disfunciones sexuales son significativamente más altas en pacientes con problemas de salud mental que en la población general. La prevalencia estimada de trastornos sexuales en hombres tratados con psicofármacos es del 54 %, mientras que en las mujeres se reduce al 30 %. Los efectos que los antipsicóticos producen en las personas fueron analizados en 2015 en un estudio realizado por Marek Just<sup>5</sup>, que establece como principales problemas para el hombre el conseguir y mantener la erección, los trastornos de la eyaculación, la disminución de la intensidad del orgasmo y la aparición de priapismo. En cuanto a las mujeres tratadas con psicofármacos, se observó por su parte la dificultad para alcanzar el orgasmo y el dolor durante el mismo, la hiperprolactinemia y la galactorrea. En ambos sexos se produce también una importante disminución del apetito sexual.

La aparición de estos efectos secundarios indeseables afecta a aspectos fundamentales de la vida, entre ellos la reproducción y las relaciones, produciendo un menor bienestar subjetivo, disminución de la calidad de vida, poca satisfacción física y emocional. Además, afecta al cumplimiento terapéutico, ocasionando en un significativo número de pacientes el abandono de la medicación y la reaparición de los síntomas psicóticos<sup>6</sup>.

En cuanto a la implicación de los y las profesionales en el estudio de la sexualidad de los pacientes de salud mental, las primeras publicaciones son realizadas a partir de comienzos del siglo XXI. Hasta ese momento destaca la falta de literatura publicada sobre el tema, lo que manifiesta el poco interés que se presentó hasta ese momento por la sexualidad de estos pacientes. Sin embargo, en estos últimos 15 años, se ha desarrollado una mayor preocupación por explorar este tema. Ha crecido exponencialmente el número de publicaciones al respecto en forma de revisiones y estudios sobre sexualidad, enfermería y salud mental<sup>7</sup>.

Antes de que los y las profesionales de enfermería puedan ayudar a otros con sus necesidades sexuales y afectivas, es posible que necesiten examinar sus propios valores, miedos y creencias. Las propias actitudes de las enfermeras y los enfermeros con respecto a la sexualidad pueden actuar como una barrera para la exploración de problemas sexuales con los pacientes. Además, debe haber una actitud consciente y proactiva por su parte para proporcionar educación sexual y fomentar la exploración de los sentimientos y recursos de los pacientes, ya que las necesidades de sexualidad no suelen ser demandadas de forma espontánea por los usuarios.

Los y las profesionales de enfermería pueden actuar evitando abordar el tema de la sexualidad con los pacientes porque consideren que hay otras funciones más importantes o que la sexualidad no es una prioridad en el tratamiento de los pacientes. Además, puede que no lo consideren como parte de sus responsabilidades o que no se encuentren capacitadas para hacer frente a estos problemas de índole sexual, como recoge Quinn en su estudio publicado en 2009<sup>7</sup>. Es por esto que, muchas veces, no se aborda espontáneamente la sexualidad en los pacientes con problemas de salud mental, sino que espera que sean los pacientes los que les proporcionen alguna indicación de que están experimentando un problema en ese ámbito para tratar el tema o, en otro caso, ante una demanda, actúan derivándola a otro profesional<sup>8,9</sup>.

Los y las pacientes, por su parte, manifiestan que no reciben apoyo suficiente por parte de las enfermeras para manejar sus dificultades a la hora de establecer relaciones sexuales seguras y satisfactorias<sup>10,11</sup>.

Para mejorar este aspecto de la atención, es necesaria una buena educación en sexualidad para los profesionales acompañada de un impulso por parte de la

organización para fomentar el abordaje. Destaca también la importancia del uso de herramientas específicas en el abordaje de la sexualidad, las cuales han sido probadas en diferentes estudios, como los realizados por Quinn<sup>12-14</sup> o el realizado por Salked en 2015<sup>15</sup>, obteniendo resultados satisfactorios y reconociendo por parte del equipo de enfermería una mayor confianza en sí mismos y una mayor implicación.

Tras revisar la literatura publicada respecto al abordaje de enfermería en la sexualidad de las personas diagnosticadas de problemas de salud mental, observamos que las actitudes y la formación y capacitación de los y las profesionales parecen jugar un papel decisivo. Apenas hemos encontrado en España publicaciones que incluyan los tres aspectos claves de nuestro estudio: sexualidad, enfermería y salud mental. Por todo ello nos planteamos conocer las actitudes y las opiniones de los y las profesionales de enfermería sobre el abordaje de la esfera sexual y por qué este aspecto no suele formar parte de la práctica diaria, lo que nos permitirá desarrollar estrategias que faciliten las intervenciones de enfermería a este respecto.

## Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio de tipo descriptivo utilizando la técnica Delphi, la cual se consideró más adecuada para la aproximación al consenso de un grupo de expertos basado en el análisis y la reflexión sobre el abordaje de la sexualidad en los pacientes de salud mental. El ámbito del estudio fue el Servicio de salud mental del Principado de Asturias que abarca los siguientes dispositivos distribuidos en las siete Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma:

- 5 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de adultos (UHP).
- 1 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto/Juvenil (UHP-IJ).
- 16 Centros de Salud Mental de Adultos (CSM).
- 4 Centros de Salud Mental Infanto/Juveniles (CSM-IJ).
- 4 Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT).
- 2 Hospitales de Día de Trastorno de la Conducta Alimentaria (HD-TCA).
- 8 Hospitales de Día de trastornos mentales severos (HD).
- 2 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).
- 8 Comunidades Terapéuticas (CT).

Se seleccionaron un total de 59 expertos para formar parte del grupo de consenso, de los cuales finalmente aceptaron participar 34. Uno de los criterios de inclusión que se consideró fue que tuviesen la titulación de enfermeros/as especialistas en salud mental y que desarrollasen su profesión dentro del Servicio Asturiano de Salud en el momento del estudio, con independencia del área o dispositivo de trabajo. Otro de los criterios utilizados para la selección de los expertos fue que hubieran participado de forma activa en grupos de trabajo, comisiones y/o actividades docentes. Con todos ellos se contactó previamente mediante correo electrónico para solicitar su colaboración en el estudio, informando brevemente sobre los objetivos y las características de este y sobre el carácter anónimo de sus respuestas. Una vez obtenida la confirmación de los expertos, se comenzó la recogida de datos, la cual se desarrolló entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

Se llevó a cabo en tres fases mediante el envío de sucesivos cuestionarios vía correo electrónico, en los cuales se indicaron las correspondientes instrucciones de cumplimentación, así como el plazo de respuesta. En el correo electrónico se adjuntó un enlace *online* donde se cumplimentaría el cuestionario, garantizando el anonimato de las respuestas. Tres días antes del vencimiento del plazo se les envió, en cada una de las fases, un correo electrónico a todos los participantes a modo de recordatorio.

La primera fase consistió en una serie de preguntas abiertas de opinión libre que invitaban a la reflexión. A los encuestados se les pidió que respondieran de forma detallada y precisa, evitando en lo posible monosílabos y frases estereotipadas. Las cuestiones que conformaron la primera fase se muestran a continuación:

1. En tu opinión, ¿cómo crees que se realiza por parte de los profesionales de enfermería el abordaje de la sexualidad en los pacientes de salud mental?
2. ¿Qué características de los profesionales de enfermería crees que favorecen el abordaje de la sexualidad?
3. ¿Cuáles crees que son las principales dificultades relativas a las actitudes, valores y creencias generales de los profesionales que se dan en la práctica diaria y que pueden influir en el modo de concebir y abordar la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería?
4. ¿Cuáles crees que son las principales dificultades relativas a las características del paciente (edad,

género, diagnóstico) que se dan en la práctica diaria y que pueden influir en el modo de abordar la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería?

5. ¿Cuáles crees que son las principales dificultades relativas al contexto (tipo de dispositivo, disponibilidad de tiempo, herramientas informáticas) que se dan en la práctica diaria y que pueden influir en el modo de abordar la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería?
6. ¿Qué factores consideras que influyen en que los pacientes expresen o no sus necesidades o demandas en relación con la sexualidad a los profesionales de enfermería?
7. ¿Qué intervenciones consideras que se deberían realizar por parte de los profesionales de enfermería para prevenir las conductas sexuales de riesgo en pacientes de salud mental?
8. ¿Qué crees que se podría hacer para mejorar la atención a estos pacientes en materia de sexualidad?

Junto a este primer cuestionario se adjuntó un enlace para la cumplimentación de una pequeña plantilla de recogida de datos sociodemográficos. Cada una de las investigadoras llevó a cabo un análisis detallado de las respuestas del primer cuestionario, extrayendo de ellas una serie de sentencias que reflejaran las respuestas del grupo. A continuación, se pusieron en común ambos listados de sentencias resultando un total de 48 sentencias, divididas en ocho epígrafes, que se reflejaron en el segundo cuestionario. En el segundo cuestionario se solicitó a los expertos que expresaran su grado de acuerdo con las sentencias mediante una escala tipo Likert con cinco opciones a las que se asignó un valor numérico. Se insistió en que evitaran otorgar, de forma automática, la misma puntuación a todas las respuestas. Las sentencias se dispusieron de forma ordenada y categorizada en relación con las preguntas del cuestionario uno.

Para analizar las respuestas a este segundo cuestionario se calculó la puntuación media en la escala Likert, sumando las puntuaciones que recibió cada sentencia y dividiéndolo entre el número total de respuestas, obteniendo así un valor que oscilaría entre 1 y 5, de acuerdo con las cinco opciones de la escala Likert. Se consideró que los valores comprendidos entre 1-2,5 expresaban desacuerdo, los comprendidos entre 2,5-3,5 mostraban indiferencia/división de opiniones y los comprendidos entre 3,5-5 reflejaban acuerdo. En el tercer cuestionario se presentaron las

sentencias del segundo cuestionario junto con la puntuación media obtenida. Con esta información se pidió a los expertos que seleccionaran, para cada uno de los ocho epígrafes iniciales, las tres sentencias que consideraran más relevantes, clasificándolas según su prioridad (primera, segunda y tercera).

Del análisis de este cuestionario se obtuvo la prioridad media de cada una de las sentencias, que se calculó otorgando tres puntos a las sentencias con primera prioridad, dos puntos a las sentencias de segunda prioridad y un punto a las sentencias de tercera prioridad, y dividiendo el resultado entre el total de respuestas. De esta forma se obtuvieron valores comprendidos entre 0 y 3, correspondiendo los valores más altos a las sentencias más priorizadas según la opinión de los expertos. Del análisis de estos datos se extrajeron conclusiones sobre la percepción del abordaje de la sexualidad en pacientes de salud mental por parte de los profesionales de enfermería especialistas en salud mental de Asturias.

## Resultados

De las 34 personas que accedieron a participar en el estudio, 29 contestaron al primer cuestionario (85,3%), 23 al segundo (67,6%) y 19 al tercero (55,9%). Respecto a los datos demográficos reflejados por el grupo de expertos, destacamos que hubo una notable diferencia en cuanto al sexo ya que el 89,6% eran de sexo femenino y el 10,3% de sexo masculino. Se obtuvo una media de edad de 44,5 años, en un rango que se presentaba entre 30 y 59 años. La distribución de los participantes por área de trabajo en el momento actual reflejó una mayoría de participantes por parte de las áreas centrales de Avilés, Oviedo y Gijón, que en conjunto representaron el 86,2% del total, en detrimento de las áreas periféricas de Jarrío, Arriondas y Mieres que representaron el 13,8% del total. No se obtuvieron representantes de las áreas de Cangas del Narcea y Langreo. Respecto al dispositivo de trabajo actual, la mayor parte del grupo de expertos se identificaron como trabajadores del centro de salud mental (27,5%). En cuanto a los años de experiencia totales de los participantes como profesionales de enfermería, se obtuvo una media de 22,6 años, y concretamente como enfermeros especialistas, una media de 15,9 años.

Del análisis de las respuestas al primer cuestionario se extrajeron 48 sentencias, 6 para cada una de las 8 preguntas. Para cada sentencia se calculó una puntuación media en base al segundo cuestionario (Anexo 1)

y un índice de priorización resultante del tercer cuestionario (Anexo 2). Respecto a la primera cuestión referida al abordaje de la sexualidad por parte de los y las profesionales de enfermería, destacaron las sentencias que sugieren que el abordaje es escaso y solo se realiza ante una demanda específica del paciente, con unas puntuaciones medias elevadas (4,6 y 4,2). Coherentemente con estas afirmaciones, la sentencia que manifestó un buen abordaje de la sexualidad obtuvo la puntuación media más baja (1,4), lo que refleja un claro desacuerdo grupal con la misma. En el primer cuestionario, de respuesta libre, se obtuvieron varias opiniones que coincidían en que uno de los factores que determina el escaso abordaje de la sexualidad por parte de los y las profesionales de enfermería es que estos no se ven capacitados o bien creen que su formación es escasa; esta afirmación fue recogida en el cuestionario número dos y obtuvo una puntuación media elevada (4,6), lo que demuestra un alto grado de acuerdo entre los expertos. Otro de los factores determinantes que se expusieron en el primer cuestionario fue la falta de apoyo que los y las profesionales reciben por parte del personal médico, aunque esta sentencia no suscitó tanto acuerdo entre los expertos y las expertas. Sobre el conjunto de respuestas relativas a las características de los y las profesionales que favorecen el abordaje de la sexualidad, destaca el amplio acuerdo en torno a las cualidades de accesibilidad, disponibilidad, asertividad y flexibilidad, así como a la relación terapéutica continuada, con puntuaciones medias superiores a 4. Los resultados del estudio reflejan así mismo que el abordaje de la sexualidad está influido por las actitudes y creencias de los y las profesionales hacia su propia sexualidad, existiendo aún tabús y prejuicios con respecto al sexo. Los expertos se mostraron ampliamente de acuerdo con la sentencia que afirmó que se minusvalora la importancia de una vida sexual satisfactoria en los pacientes de salud mental, siendo la sentencia más priorizada en este grupo.

Relativo a las características del paciente, existió diversidad de opiniones en cuanto a la relación entre el abordaje de la sexualidad y la gravedad del diagnóstico del paciente o su edad. Sin embargo, sí parece existir consenso en cuanto al género, ya que los expertos refirieron sentirse más cómodos abordando la sexualidad con pacientes de su mismo género, recibiendo esta sentencia una puntuación media de 4,3. Cabe destacar que los expertos y expertas priorizan como dificultades relativas al contexto la falta de tiempo en la jornada laboral y la falta de herramientas informáticas específicas que guíen la exploración de la sexualidad. También

resultó llamativa la división de opiniones en cuanto a si los pacientes suelen realizar o no demandas relacionadas con su sexualidad, lo que se ve reflejado en una puntuación media de 2,7 para esta sentencia. En cambio, existe consenso en cuanto a que la falta de información sobre sexualidad que reciben los pacientes por parte de los profesionales resulta determinante para que estos no realicen demandas al respecto, sentencia con una puntuación media de 4,3.

El grupo de sentencias relativas a las conductas sexuales de riesgo es el que ofrece un mayor consenso general. Por un lado, los expertos y expertas coinciden en la necesidad de realizar intervenciones de educación sexual por parte de los profesionales de enfermería como medida de prevención. Por otro lado, manifiestan la opinión de que actualmente estas intervenciones son muy escasas en la práctica clínica. Como ideas de mejoras en la atención a los pacientes de salud mental en materia de sexualidad, los expertos y expertas coincidieron en que es prioritario dar más formación en este campo a los profesionales de enfermería, así como realizar un trabajo intrapersonal analizando los propios valores y creencias, con el objetivo de que la sexualidad forme parte del cuidado integral de los pacientes de forma habitual.

## Discusión

En términos generales, los resultados del estudio describen un escaso abordaje de la sexualidad por parte de los y las profesionales de enfermería, lo que coincide con otros estudios realizados en este mismo campo. El grupo de expertos y expertas manifestó que uno de los motivos por el que este abordaje no se lleva a cabo de forma habitual es la falta de formación específica de los enfermeros y las enfermeras sobre sexualidad. Este dato resulta coherente con la literatura revisada, ya que diversos estudios destacan la formación como factor determinante en la disposición de los y las profesionales para abordar la sexualidad. Resulta llamativo que en el año 2019 la falta de formación siga siendo un factor limitante, cuando ya en el año 2000 la OMS estableció como una de sus metas la realización de un programa de capacitación para dar educación y apoyo a los y las profesionales sanitarios, necesario para promover eficazmente la salud sexual<sup>1</sup>.

Parece existir un amplio consenso en cuanto a que la sexualidad solo se aborda cuando un paciente realiza alguna demanda específica al respecto. Este dato contrasta con las recomendaciones de otros estudios

publicados en los que se hace hincapié en la necesidad de realizar una exploración proactiva de los aspectos relacionados con la sexualidad<sup>20</sup>. Aunque en la primera fase del estudio algunos expertos manifestaron el escaso apoyo del personal médico como uno de los motivos que limitaban el abordaje de enfermería en materia de sexualidad, no se produjo un consenso por parte del grupo en la segunda fase. No se encontraron referencias claras al respecto en la literatura revisada, por lo que sería interesante la profundización en este tema en futuras investigaciones, para valorar mejor las relaciones de equipo entre profesionales sanitarios.

Como se observa en los estudios de Quinn y Happell<sup>13</sup>, es habitual que existan dudas en referencia a si el abordaje de la sexualidad forma parte de las competencias de enfermería, sin embargo, el presente estudio refleja un claro consenso en este aspecto. Los expertos y las expertas reconocen el abordaje de la sexualidad como una de las competencias enfermeras, no siendo necesaria una orden médica previa para la intervención. Es posible que esta discordancia sea debida a que la mayoría de estudios revisados fueron llevados a cabo en otros países en los que las competencias que definen la profesión enfermera pueden diferir de las asumidas en España.

Una de las categorías a las que hace referencia este estudio trata sobre los valores y creencias de los y las profesionales de enfermería sobre su propia sexualidad y cómo estos pueden influir en sus intervenciones. A este respecto, los expertos y las expertas coinciden en que aún existen algunos tabúes y prejuicios en torno a la sexualidad por parte de los profesionales, aunque el consenso es menor respecto a la influencia de estas creencias en la forma de abordar la sexualidad. La tendencia de la literatura revisada es a considerar estas percepciones subjetivas cada vez menos presentes en los ámbitos científicos, sustituyéndose por datos científicos y actitud profesional en el tratamiento de la sexualidad, orientaciones y prácticas sexuales<sup>12</sup>.

Respecto a las características de los pacientes que influyen en el abordaje de la sexualidad, son muchos los artículos que afirman que los y las profesionales de enfermería se encuentran más cómodos cuando el paciente es una persona perteneciente a su mismo sexo<sup>7</sup>. Este dato coincide con lo recogido en este estudio, siendo la concordancia de género entre el profesional y el paciente la característica que más consenso suscitó por parte de los expertos.

Existen otros factores que influyen en el abordaje de la sexualidad englobados en el contexto en el que se desarrolla la práctica asistencial. Las tres sentencias con más consenso de este grupo hacen referencia a la falta de tiempo en la jornada laboral para abordar la sexualidad, la falta de herramientas informáticas específicas que guíen la exploración y el tipo de dispositivo en el que se encuentre el paciente. Estos resultados se muestran de acuerdo a lo esperado, ya que estudios de opinión realizados en otros países, afirman que la carga asistencial, especialmente en unidades de agudos, hace que se prioricen cuestiones más acuciantes para la salud y se minimice o incluso se anule por completo la atención a las necesidades sexuales de los pacientes<sup>13</sup>.

Respecto a las herramientas que pueden servir como guía en la exploración, no se hace referencia específica en la literatura a las de tipo informático. Sí son en cambio numerosos los estudios que valoran la eficacia de la implementación de guías o protocolos para favorecer el abordaje de la sexualidad por parte de los y las profesionales de enfermería, obteniendo resultados muy satisfactorios, reconociendo por parte del equipo de enfermería una mayor confianza en sí mismos/as y una mayor implicación. Uno de los modelos propuestos es el PLISSIT, acrónimo que procede de las iniciales en inglés de las fases de dicho modelo: “Permiso”, “Información Limitada”, “Sugerencias Específicas” y “Terapia Intensiva”. De la misma manera, otros de los modelos más conocidos, el denominado BETTER, recibe este nombre por sus fases, que son las siguientes: “Sacar”, “Explicar”, “Decir”, “Tiempo”, “Educar” y “Recordar”<sup>6,12,18</sup>. Sería interesante ampliar las investigaciones en esta dirección en España, implantando la utilización de alguno de estos modelos y valorando posteriormente su eficacia.

En la categoría de preguntas que hacen referencia a los factores que influyen en que los pacientes expresen o no sus necesidades sexuales, el consenso fue casi pleno respecto a la importancia de una relación terapéutica de confianza entre paciente-enfermero para facilitar la expresión de sentimientos y aspectos íntimos. En la mayoría de las herramientas específicas que sirven como guía para la exploración de la sexualidad hay una fase consistente en explicar la sexualidad, dar información u ofrecer consejo sanitario, así como dar un tiempo para la reflexión y posponer el abordaje al momento que el paciente considere adecuado<sup>19</sup>.

La última categoría de sentencias se compone de sugerencias y posibles estrategias de mejora para

alcanzar una atención de enfermería de calidad. En este aspecto, la sentencia que roza el consenso total es la necesidad de aumentar o mejorar la formación en materia de sexualidad que los profesionales reciben. Siguiendo a esta en orden de puntuación, se hace alusión a que se debería tratar la sexualidad como un aspecto más de la valoración enfermera y del cuidado integral a los pacientes<sup>20,13</sup>.

La elección de la técnica Delphi resulta adecuada para esta investigación, ya que, como se observa en la literatura, la sexualidad tiene un componente subjetivo y moral. “En las disciplinas no exactas, en situaciones de incertidumbre o cuando se carece de información objetiva es apropiado utilizar como recurso el juicio subjetivo de expertos”<sup>14</sup>. En cuanto al número de expertos y expertas, varios artículos consultados establecen como adecuado un grupo entre 15 y 25 miembros, otros lo reducen incluso a 10-18<sup>15,16</sup>. En este estudio los participantes oscilaron entre 29 en el primer cuestionario y 19 en el tercero, por lo que se considera una muestra aceptable y representativa.

Este estudio presenta algunas limitaciones, como la subjetividad en la realización de las preguntas del primer cuestionario, el cual se realizó basándose en la literatura revisada y puede estar influido por las opiniones de las investigadoras, así como la realización de los ítems del segundo cuestionario. Otra limitación es que no se realizó un cálculo del tamaño muestral. En cuanto a la selección de los expertos, que se concentraron en las tres áreas principales del principado de Asturias, es esperable que se trate de un grupo homogéneo por lo que la validez interna del estudio sería adecuada; aun así, los resultados puede que no sean aplicables al resto del territorio español.

## Conclusiones

Del análisis de las opiniones recogidas en este estudio por parte de los y las profesionales de enfermería se concluye que actualmente el abordaje de la sexualidad en los pacientes de salud mental de Asturias es escaso y se encuentra altamente influido por ciertos factores como la diferencia de género con el paciente o los propios valores y creencias de los enfermeros y enfermeras. Estos y estas son conscientes de la importancia de la sexualidad en los pacientes de salud mental como parte de la atención integral, sin embargo, aún no se ha implementado este cuidado como uno más de los que los y las profesionales de enfermería brindan a los pacientes en la práctica diaria. Es necesario un esfuer-

zo consciente por parte de los y las profesionales actuando de manera proactiva para asegurar que los pacientes tengan acceso a información sobre sexualidad, así como para realizar evaluaciones periódicas que guíen a los pacientes hacia una salud sexual óptima y que otorguen a estos la seguridad y el apoyo para mantener relaciones íntimas sanas y satisfactorias. También es necesario un impulso por parte de la organización que apoye a los y las profesionales de enfermería en el abordaje de la sexualidad y que les brinde las herramientas y la formación adecuadas para que los y las profesionales se sientan más cómodos y capacitados para el desempeño de este tipo de intervenciones.

## Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia: promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala-Guatemala, 19-22 Mayo, 2000. 64p
2. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España. Confederación Salud Mental España. 2017 [acceso 19 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>.
3. Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28(3): 141-150.
4. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2014 [acceso 23 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/>
5. Just MJ. The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11: 1655-1661.
6. Hurtado F, Domínguez O. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *Psicosom Psiquiatr*. 2017; 1(1): 27-59.
7. Quinn C, Browne G. Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*. 2009; 18: 195-203.
8. Quinn C, Happell B, Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *Int J Ment Health Nurs*. 2011; 20: 21-28.
9. Mccann E. Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17: 251-259.
10. Quinn C, Dip G, Happell B. Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *J Clin Nurs*. 2015; 24: 2268-2276.
11. Quinn C, Happell B. Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspect Psychiatr Care*. 2013; 49: 13-20.
12. Quinn C, Happell B, Welch A. The 5-As Framework for Including Sexual Concerns in Mental Health Nursing Practice. *Issues Ment Health Nurs*. 2013; 34: 17-24.
13. Quinn C, Happell B, Welch A. Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *Int J Ment Health Nurs*. 2013; 22: 231-240.
14. Quinn C, Happell B. Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *Int J Ment Health Nurs*. 2012; 21: 154-162.
15. Salkeld J. Assessing sexual health in mental health service users. *Nursing Standard*. 2015; 30(5): 53-58.

16. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de salud. *Inv Ed Med*. 2012;1(2):90-95.
17. Yañez R y Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc Enferm*. 2008;14(1):9-15.
18. García-Valdés M, Suarez-Marín M. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Rev Cuba Inf Cienc Salud*. 2013;24(2):1-12.
19. Cort EM, Attemborough J, Watson JP. An initial exploration of community mental health nurses attitudes to an experience of sexuality-related issues in the work with people experiencing mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8: 489-499.
20. Mick JM. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs*. 2007;11(5):671-675.
21. Higgins A, Barker P, Begley CM. 'Veiling sexualities': a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. *J Adv Nurs*. 2008;62(3):307-317.
22. Navarro JI, Rodríguez C, Garrido P, De la Rosa E, Moreno A et al. Valoración del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *Enf Glob*. 2013;12(31):1-13.

## Anexos

## Anexo 1. Distribución de las respuestas a la escala Likert del cuestionario dos.

Sentencias del segundo cuestionario	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Indiferente	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Puntuación media
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1.1 Las enfermeras de salud mental realizamos un buen abordaje de la sexualidad en los pacientes de salud mental	15	5	3	0	0	1.47
1.2 Solo se aborda la sexualidad cuando el paciente realiza una demanda específica en este campo	0	1	3	8	11	4.26
1.3 El personal médico no apoya el abordaje de la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería por temor a que el usuario abandone la medicación	0	2	10	6	5	3.60
1.4 Cuando los profesionales de enfermería recibimos alguna demanda relacionada con la sexualidad, tratamos de evitar el tema o derivamos al paciente a otro profesional	3	2	8	7	3	3.21
1.5 El abordaje que se realiza en materia de sexualidad es escaso y poco adecuado por falta de formación.	0	0	2	4	17	4.65
1.6 Los aspectos afectivos y relacionales de la sexualidad se exploran y abordan adecuadamente a diferencia de los aspectos sexuales	0	5	6	6	6	3.56
2.1 Una de las características que hace de los profesionales de enfermería los adecuados para la exploración de la sexualidad es su accesibilidad y disponibilidad	0	1	5	7	10	4.10
2.2 Los profesionales de enfermería suelen tener una relación terapéutica directa y continuada con el paciente, lo que favorece la expresión de aspectos íntimos como la sexualidad	0	0	3	10	10	4.30
2.3 Es habitual que se reaccione a las quejas sexuales de los pacientes de salud mental minimizándolas	0	4	6	9	4	3.56
2.4 Las habilidades de asertividad, empatía, escucha activa y flexibilidad son fundamentales para la exploración de la sexualidad, siendo el personal de enfermería de salud mental, altamente cualificado en ellas	0	0	1	14	8	4.30
2.5 Enfermería no tiene competencias para la actuación en este campo, solo debería intervenir si hay una orden médica previa	16	7	0	0	0	1.30
2.6 Enfermería está presente en todos los dispositivos de salud mental por lo que su cobertura alcanza a la totalidad de los usuarios.	0	0	3	5	15	4.52
3.1 El abordaje de la sexualidad está muy influido por las creencias y actitudes de los profesionales hacia su propia sexualidad.	0	5	5	4	9	3.73
3.2 Es importante que exista un vínculo terapéutico sólido entre profesional y paciente para poder realizar el abordaje de aspectos íntimos como la sexualidad	0	0	3	3	17	4.60
3.3 A día de hoy, existen muchos tabús y prejuicios con respecto al sexo por parte de los profesionales de enfermería.	0	4	6	8	6	3.83
3.4 Generalmente se minusvalora la importancia de una vida sexual satisfactoria en los pacientes de salud mental.	0	0	4	9	10	4.30
3.5 Existe tendencia a pensar que, si se pregunta por los problemas de disfunción sexual a los pacientes de salud mental, estos puedan abandonar la medicación.	0	2	3	9	9	4.09
3.6 Los especialistas de enfermería en salud mental no son los adecuados para abordar la sexualidad porque su formación es escasa.	12	5	3	3	0	1.87
4.1 La edad es un factor determinante en el abordaje de la sexualidad, reduciéndose significativamente en los extremos.	0	5	6	6	6	3.57
4.2 Los profesionales nos sentimos más cómodos abordando el patrón sexual con pacientes de nuestro mismo género.	0	0	3	14	6	4.13
4.3 La edad y el género del paciente no son factores que influyan a la hora de abordar la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería.	6	7	7	3	0	2.30
4.4 Una de las razones por las que no se aborda la sexualidad es porque se tiende a infantilizar a los pacientes de salud mental.	2	9	5	3	4	2.91

4.5 Los pacientes con diagnóstico de psicosis son menos preguntados por la sexualidad que pacientes con diagnósticos mentales menos graves.	0	2	12	5	4	3.48
4.6 Las características del paciente no influyen en el abordaje de la sexualidad.	18	3	1	1	0	1.35
5.1 No se disponen de herramientas informáticas elaboradas que guíen la exploración de la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería.	0	2	5	5	11	4.09
5.2 La falta de tiempo en la jornada laboral hace que los profesionales de enfermería prioricemos otros aspectos de la enfermedad antes de la sexualidad.	0	0	2	6	15	4.56
5.3 El tipo de dispositivo en el que desarrollamos nuestro trabajo es el factor contextual que más influye a la hora de abordar la sexualidad.	0	0	0	10	13	4.57
5.4 Los dispositivos de rehabilitación son los más adecuados para abordar la sexualidad de los pacientes.	0	7	4	7	5	3.43
5.5 La falta de espacios físicos que garanticen la intimidad y la confidencialidad del paciente hace que no se aborde la sexualidad.	2	2	5	9	5	3.57
5.6 El contexto en general no influye en que los profesionales enfermeros aborden o no la sexualidad de los pacientes.	15	5	3	0	0	1.73
6.1 Los pacientes de salud mental no suelen hablar de sexualidad porque no es un aspecto relevante para ellos.	9	13	1	0	0	1.65
6.2 Los pacientes de salud mental si demandan atención cuando tienen algún problema de índole sexual.	2	12	3	3	3	2.7
6.3 La falta de confianza por parte del paciente con su enfermero, hace que no demande atención relacionada con la sexualidad.	0	2	4	4	13	4.22
6.4 La falta de información de los profesionales a los pacientes sobre sexualidad hace que los pacientes no realicen demandas al respecto.	0	0	3	10	10	4.30
6.5 Los pacientes de salud mental asumen los problemas con la sexualidad como parte de su enfermedad y no creen que los profesionales enfermeros puedan ayudarlos.	7	3	1	5	7	3.09
6.6 Una buena relación terapéutica facilita al paciente la expresión de aspectos relacionados con la sexualidad.	0	0	0	7	16	4.70
7.1 Los pacientes de salud mental establecen relaciones sexuales de riesgo con más frecuencia que la población general.	0	0	3	10	10	4.30
7.2 Los profesionales de enfermería apenas realizan intervenciones dirigidas a prevenir las conductas sexuales de riesgo en los pacientes de salud mental.	0	6	6	9	2	3.83
7.3 La educación sexual es la base para evitar conductas sexuales de riesgo en los pacientes de salud mental.	0	0	0	4	19	4.83
7.4 Es necesario realizar talleres grupales específicos para abordar las conductas sexuales de riesgo.	0	3	0	4	16	4.43
7.5 El reparto de preservativos en los dispositivos y la información sobre métodos anticonceptivos son medidas eficaces para disminuir las conductas sexuales de riesgo.	2	1	5	5	10	3.87
7.6 Se podrían reducir los embarazos no deseados en pacientes de salud mental con estrategias de prevención de conductas sexuales de riesgo.	1	2	0	8	12	4.22
8.1 Para mejorar la atención de los pacientes en materia de sexualidad se debe dar información sobre el tema a todos los pacientes.	0	0	4	10	9	4.22
8.2 La sexualidad de los pacientes de salud mental no es un aspecto que precise mejoras ya que no es un objetivo en la atención.	20	2	1	0	0	1.17
8.3 Para mejorar la atención de los pacientes en materia de sexualidad se debe tratar esta como un aspecto más de la valoración integral.	0	0	2	3	18	4.70
8.4 Se debe dar más formación al personal de enfermería para concienciar de la importancia de la sexualidad en los pacientes.	0	0	0	4	19	4.83
8.5 Es necesario realizar un trabajo intrapersonal, analizando nuestros propios valores y creencias, para mejorar la atención en sexualidad.	0	0	5	4	14	4.39
8.6 Hay pocas intervenciones que los profesionales de enfermería podamos desarrollar para mejorar la atención en sexualidad.	11	3	5	0	4	2.26

## Anexo 2. Distribución de las respuestas de priorización del cuestionario tres

Sentencia	Prioridad 1 (3 puntos)	Prioridad 2 (2 puntos)	Prioridad 3 (1 punto)	No prioritaria (0 puntos)	Priorización media
1.3 El personal médico no apoya el abordaje de la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería por temor a que el usuario abandone la medicación	0	3	4	12	0.52
1.4 Cuando los profesionales de enfermería recibimos alguna demanda relacionada con la sexualidad, tratamos de evitar el tema o derivamos al paciente a otro profesional	1	1	3	14	0.42
1.5 El abordaje que se realiza en materia de sexualidad es escaso y poco adecuado por falta de formación.	7	4	4	5	1.74
1.6 Los aspectos afectivos y relacionales de la sexualidad se exploran y abordan adecuadamente a diferencia de los aspectos sexuales	2	1	4	12	0.63
2.1 Una de las características que hace de los profesionales de enfermería los adecuados para la exploración de la sexualidad es su accesibilidad y disponibilidad	2	5	1	11	0.89
2.2 Los profesionales de enfermería suelen tener una relación terapéutica directa y continuada con el paciente, lo que favorece la expresión de aspectos íntimos como la sexualidad	8	6	3	2	2.05
2.3 Es habitual que se reaccione a las quejas sexuales de los pacientes de salud mental minimizándolas	4	5	6	4	1.47
2.4 Las habilidades de asertividad, empatía, escucha activa y flexibilidad son fundamentales para la exploración de la sexualidad, siendo el personal de enfermería de salud mental, altamente cualificado en ellas	5	1	2	11	1.00
2.5 Enfermería no tiene competencias para la actuación en este campo, solo debería intervenir si hay una orden médica previa	0	0	1	18	0.05
2.6 Enfermería está presente en todos los dispositivos de salud mental por lo que su cobertura alcanza a la totalidad de los usuarios.	0	2	6	11	0.53
3.1 El abordaje de la sexualidad está muy influido por las creencias y actitudes de los profesionales hacia su propia sexualidad.	2	2	7	8	0.89
3.2 Es importante que exista un vínculo terapéutico sólido entre profesional y paciente para poder realizar el abordaje de aspectos íntimos como la sexualidad	5	5	4	5	1.53
3.3 A día de hoy, existen muchos tabús y prejuicios con respecto al sexo por parte de los profesionales de enfermería.	3	2	4	10	0.89
3.4 Generalmente se minusvalora la importancia de una vida sexual satisfactoria en los pacientes de salud mental.	9	4	1	5	1.89
3.5 Existe tendencia a pensar que, si se pregunta por los problemas de disfunción sexual a los pacientes de salud mental, estos puedan abandonar la medicación.	0	4	3	12	0.58
3.6 Los especialistas de enfermería en salud mental no son los adecuados para abordar la sexualidad porque su formación es escasa.	0	2	0	17	0.21
4.1 La edad es un factor determinante en el abordaje de la sexualidad, reduciéndose significativamente en los extremos.	10	4	1	4	2.05
4.2 Los profesionales nos sentimos más cómodos abordando el patrón sexual con pacientes de nuestro mismo género.	5	8	3	3	1.79
4.3 La edad y el género del paciente no son factores que influyan a la hora de abordar la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería.	0	1	4	14	0.32
4.4 Una de las razones por las que no se aborda la sexualidad es porque se tiende a infantilizar a los pacientes de salud mental.	0	2	5	12	0.47

4.5 Los pacientes con diagnóstico de psicosis son menos preguntados por la sexualidad que pacientes con diagnósticos mentales menos graves.	3	4	4	8	1.11
4.6 Las características del paciente no influyen en el abordaje de la sexualidad.	1	0	2	16	0.26
5.1 No se disponen de herramientas informáticas elaboradas que guíen la exploración de la sexualidad por parte de los profesionales de enfermería.	6	4	5	4	1.63
5.2 La falta de tiempo en la jornada laboral hace que los profesionales de enfermería prioricemos otros aspectos de la enfermedad antes de la sexualidad.	5	5	3	6	1.47
5.3 El tipo de dispositivo en el que desarrollamos nuestro trabajo es el factor contextual que más influye a la hora de abordar la sexualidad.	4	3	1	11	1.00
5.4 Los dispositivos de rehabilitación son los más adecuados para abordar la sexualidad de los pacientes.	0	1	4	14	0.32
5.5 La falta de espacios físicos que garanticen la intimidad y la confidencialidad del paciente hace que no se aborde la sexualidad.	1	6	5	6	1.05
5.6 El contexto en general no influye en que los profesionales enfermeros aborden o no la sexualidad de los pacientes.	3	0	1	15	0.53
6.1 Los pacientes de salud mental no suelen hablar de sexualidad porque no es un aspecto relevante para ellos.	3	1	7	8	0.95
6.2 Los pacientes de salud mental si demandan atención cuando tienen algún problema de índole sexual.	1	0	1	17	0.21
6.3 La falta de confianza por parte del paciente con su enfermero, hace que no demande atención relacionada con la sexualidad.	1	3	3	12	0.63
6.4 La falta de información de los profesionales a los pacientes sobre sexualidad hace que los pacientes no realicen demandas al respecto.	6	6	3	4	1.74
6.5 Los pacientes de salud mental asumen los problemas con la sexualidad como parte de su enfermedad y no creen que los profesionales enfermeros puedan ayudarlos.	0	4	1	14	0.47
6.6 Una buena relación terapéutica facilita al paciente la expresión de aspectos relacionados con la sexualidad.	8	5	4	2	2.00
7.1 Los pacientes de salud mental establecen relaciones sexuales de riesgo con más frecuencia que la población general.	4	5	3	7	1.32
7.2 Los profesionales de enfermería apenas realizan intervenciones dirigidas a prevenir las conductas sexuales de riesgo en los pacientes de salud mental.	7	4	4	4	1.74
7.3 La educación sexual es la base para evitar conductas sexuales de riesgo en los pacientes de salud mental.	5	6	2	6	1.53
7.4 Es necesario realizar talleres grupales específicos para abordar las conductas sexuales de riesgo.	1	2	3	13	0.53
7.5 El reparto de preservativos en los dispositivos y la información sobre métodos anticonceptivos son medidas eficaces para disminuir las conductas sexuales de riesgo.	1	1	4	13	0.47
7.6 Se podrían reducir los embarazos no deseados en pacientes de salud mental con estrategias de prevención de conductas sexuales de riesgo.	1	1	3	14	0.42
8.1 Para mejorar la atención de los pacientes en materia de sexualidad se debe dar información sobre el tema a todos los pacientes.	0	4	5	10	0.68
8.2 La sexualidad de los pacientes de salud mental no es un aspecto que precise mejoras ya que no es un objetivo en la atención.	0	2	2	15	0.32
8.3 Para mejorar la atención de los pacientes en materia de sexualidad se debe tratar esta como un aspecto más de la valoración integral de los pacientes.	11	4	2	2	2.32
8.4 Se debe dar más formación al personal de enfermería para concienciar de la importancia de la sexualidad en los pacientes.	5	8	3	3	1.79
8.5 Es necesario realizar un trabajo intrapersonal, analizando nuestros propios valores y creencias, para mejorar la atención en sexualidad.	3	1	5	10	0.84
8.6 Hay pocas intervenciones que los profesionales de enfermería podamos desarrollar para mejorar la atención en sexualidad.	0	0	2	17	0.11



# El impacto de la Beneficencia en la gestión, tratamiento y cuidado de los dementes alcalaínos en el s. XIX

The Impact of Charity Policy in the Management, Treatment and Care of Mentally Ill *Alcalaínos* in the XIX Century

Carlos Aguilera Serrano<sup>1</sup>, Carmen Heredia Pareja<sup>2</sup>, Antonio Heredia Rufián<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD. Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril. AGS Sur de Granada. Granada, España.

<sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

<sup>3</sup>Profesor Jubilado de Geografía e Historia. Investigador.

Contacto: carlos85enf@gmail.com

Fecha de recepción: 8 de octubre de 2019 / Fecha de aceptación: 24 de noviembre de 2019

## Resumen

Durante el siglo XIX, en España, se produjo la promulgación de distintas normas y órdenes para el establecimiento y organización de la Beneficencia Pública, siendo los poderes públicos quienes debían ejercer la caridad social hacia los más vulnerables. En este contexto, influenciado además por el surgir del tratamiento moral, se activó una nueva concepción filosófica y de acción en la gestión, tratamiento y cuidados hacia los enfermos mentales, considerados por entonces locos y/o dementes. La asistencia sanitaria puso un mayor énfasis sobre la actividad ocupacional como terapia, así como también en la mejora de las condiciones de salubridad e higiene. No obstante, muchos fueron los factores que imposibilitaron la consumación del cambio, dando lugar al emerger de las nuevas instituciones manicomiales, con un marcado carácter asilar y custodial.

El objetivo del presente estudio histórico es tratar de conocer la situación en la asistencia sanitaria a los dementes de Alcalá la Real (Jaén) de la época. En las fuentes utilizadas destacan dos pilares fundamentales en nuestro estudio: el Archivo Municipal de Alcalá la Real y el Archivo de la Diputación Provincial de Granada. De los datos recogidos se reseña como en las dos primeras décadas de la segunda mitad del XIX los locos alcalaínos eran trasladados al Hospital de Dementes de Granada, sección del Hospital Real. La inexistencia de un hospital para estos enfermos en Jaén justificaba dichos traslados. Estos últimos iban acompañados de un largo proceso burocrático que se iniciaba en la Junta Municipal de Beneficencia y acababa con el visto bueno del gobernador de Jaén.

*Palabras clave:* historiografía, psiquiatría, siglo XIX, dementes, beneficencia, cuidados de enfermería.

## Abstract

During the 19th century, in Spain, different laws and orders for the establishment and organization of the Charity Public took place, being the public authorities who were to exercise social charity to the most vulnerable. In this context, further influenced by the emergence of Moral Treatment, a new philosophical and action concept was activated in management, treatment and care for the mentally ill, considered then insane and/or madness. Health care placed a greater emphasis on occupational activity as therapy, as well as improving healthiness and hygienic conditions. However, many factors made it impossible to consummate change, leading to the emergence of new asylum institutions with a marked asylating and custodial character.

The aim of this historical study is to try to know the situation in health care to the demented of Alcalá la Real (Jaén) of the time. In the sources used, two fundamental pillars stand out in our study: the Municipal Archive of Alcalá la Real and the Archive of the Provincial Council of Granada. From the data collected it is outlined how in the first two decades of the second half of the nineteenth century the madmen *alcalaínos* were transferred to the Hospital of Madness of Granada, section of the Royal Hospital. The absence of a hospital for these patients in Jaén justified such transfers. The latter were accompanied by a long bureaucratic process that began on the Municipal Board of Charity and ended with the approval of the governor of Jaén.

*Keywords:* historiography, psychiatry, history, 19th century, madness, charity policy, nursing care.

*Una profesión que desconoce su Historia  
es algo tan anómalo como un hombre sin memoria,  
que no guarda el menor recuerdo de los hechos  
de la vida pasada*

Francisco Ventosa Esquinaldo

## Introducción

En el siglo XV, concretamente en 1410, se inauguró en Valencia el primer hospital psiquiátrico de Europa, el Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes, creado por Fray Juan Gilabert Jofré (religioso de gran consideración humanitaria hacia la locura y la enfermedad mental) y dirigido por la orden religiosa de los Hermanos de la Merced<sup>1</sup>. Dicho hospital fue revolucionario en cuanto al enfoque y atención que ofrecía a las personas con enfermedad mental, en aquella época también considerados como locos, dementes, enajenados, tullidos, lisiados...

Hasta esa fecha, la locura fue atribuida a creencias mágicas y religiosas, siendo muy común la idea de que la enajenación mental era originada por la posesión del diablo, de espíritus o incluso por fuerzas sobrenaturales<sup>2</sup>. La atención y trato aplicado a los enfermos era prácticamente nulo, enmarcándose el mismo en el seno de la familia y con cierta tendencia al ocultismo<sup>3,4</sup>. Situación que pone en relieve el desconocimiento e ignorancia total que había entonces hacia dichos problemas.

A la creación del Hospital de Valencia, que favoreció un importante movimiento para el desarrollo de nuevos establecimientos asistenciales para los dementes en España durante los siglos XV y XVI, le siguieron otros hospitales como el de la Santa Cruz de Barcelona, fundado en 1412; el de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, en 1425; el de los Inocentes en Sevilla, en 1436; el de Palma de Mallorca en 1456; el de Valladolid en 1489 y, años más tarde, en 1527, el Hospital Real de Granada<sup>1</sup>.

Tanto el Hospital de Valencia como el de Zaragoza fueron pioneros en instaurar un innovador enfoque en la atención y cuidados prestados a este colectivo, incluyendo nuevos aspectos en la esfera de la reinserción social. El tratamiento consistía en ofrecer un trato amable a estas personas, así como prescribir ocupaciones rurales, entendidas estas como todas aquellas actividades y trabajos de acuerdo a los gustos de las personas: juegos, ejercicio, huerta, laborterapia (costura, cocina, lavaderos, o limpieza de espacios)<sup>5</sup>. Es por ello que incluso al Hospital de Valencia se le recuerda como

el primer hospital de mundo en quitar las cadenas a los locos<sup>1</sup>.

Sin embargo, la creación y progresiva masificación de los hospitales psiquiátricos evolucionó de forma negativa durante los siglos XVI, XVII y XVIII prácticamente en toda España y Europa. En los establecimientos predominaba el confinamiento y reclusión de los considerados dementes, ofreciéndoles un trato intimidatorio y autoritario, así como la puesta en práctica de medidas coercitivas como medios de tratamiento que privaban de los derechos básicos a las personas aquejadas por estas dolencias<sup>4</sup>. En general, los hospitales del siglo XVIII presentaban una gran mortalidad debido al hacinamiento y la falta de limpieza<sup>5</sup>. Esta situación produjo su decadencia y, por consiguiente, el deterioro de la asistencia psiquiátrica, fruto de factores muy diversos como las sucesivas desamortizaciones, la pérdida de colonias, las guerras y las consiguientes crisis económicas y sociales.

## La ocupación y el tratamiento moral

Entre finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, en un contexto influenciado por el surgir del tratamiento moral, se comenzó a producir en España una serie de cambios significativos en cuanto a la concepción y origen de la locura, así como sobre los métodos de intervención, trato y cuidados hacia los dementes<sup>5,6</sup>. La nueva concepción filosófica, ya iniciada por Hipócrates de Cos más de mil años antes, pero abandonada por el oscurantismo medieval, consideraba al loco como un enfermo del cerebro (órgano donde radica el pensamiento), concediéndole la sociedad el derecho a ser tratado como un ser humano. Los principios fundamentales que regían los nuevos cambios eran el aislamiento del loco de su medio considerado patógeno, darle un trato humano, mantener una disciplina que favoreciera el autocontrol y el uso de la actividad y ocupación como terapia<sup>6,7</sup>.

En cuanto a las medidas adoptadas en el proceso de tratamiento hacia los dementes, se empezaron a utilizar métodos dirigidos al intelecto y las emociones<sup>8</sup>. Es en esta época cuando Philippe Pinel (psiquiatra conocido como “el liberador de los locos” y padre del tratamiento moral) propuso contemplar el ejercicio físico y la ocupación disciplinada como medio para estimular la mente, cansar al cuerpo y fomentar el espíritu<sup>6</sup>. En este escenario se sitúa el origen de la terapia ocupacional, dado el interés que despertaba en dicho médico el uso de la ocupación como instrumento terapéutico<sup>9</sup>.

De manera genérica, se ha reconocido que este cambio de acción social ante los más necesitados ideológicamente no hubiera sido posible sin los movimientos y principios de la Ilustración y del liberalismo<sup>7</sup>.

### Los locos y dementes en la legislación española del siglo XIX

El giro en la asistencia a la locura vino a ser respaldado con la aprobación de varias leyes y reales decretos, con repercusión directa en los considerados alienados o enfermos dementes, principalmente haciendo mención al modelo asistencial y la regulación del internamiento<sup>10</sup>. Así, en España, al igual que en otros países europeos, durante el siglo XIX se desarrolló y consolidó la

institución psiquiátrica (el asilo de alienados) como el espacio terapéutico para la locura<sup>6</sup>.

El nuevo ideal quedaba inicialmente recogido en la Constitución de Cádiz de 1812. En ella se incidía en la obligación principal de los españoles de ser justos y benéficos, así como en la necesidad del establecimiento de un sistema público de atención al necesitado en el que los ayuntamientos y las diputaciones jugaban un papel de primer orden, al ser éstos los encargados de la gestión de los centros asistenciales<sup>11</sup>. Posteriormente fueron aprobándose varias leyes y normas con repercusión directa en el colectivo que estudiamos plasmándose de manera esquemática en la tabla 1.

Año	Iniciativa	Comentario
1822	Ley 23 de enero de Establecimiento General de la Beneficencia <sup>12</sup> .	Primera legislación encargada de organizar la Beneficencia Pública, siendo los poderes públicos quienes debían ejercer la caridad social hacia los más vulnerables. [Art. 1. Art. 119. Art. 120. Art. 121. Art. 122. Art. 123. Art. 124. Art. 126. ]
1833	Real Decreto de 30 de noviembre <sup>13</sup> .	Sobre el estado de los establecimientos de Beneficencia, y sobre su mejora y desarrollo en sus artículos 42 a 45.
1836	Real Decreto de 8 de septiembre <sup>14</sup> .	Restablece la Ley de 1822, creándose de nuevo las Juntas Municipales de Beneficencia.
1840	Reales Órdenes de 8 de mayo <sup>15</sup> .	Dictaminaba que correspondían a la familia el pago de los gastos de asistencia y, que en caso de que el demente fuera pobre de solemnidad, la Diputación arbitraría el modo a seguir.
1846	Real Decreto de 1 de abril <sup>15</sup> .	Establecía que los gastos de asistencia a los dementes debían cargarse en los presupuestos provinciales.
1849	Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849 <sup>16</sup> . Su ejecución fue regulada por un Reglamento aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852 <sup>17</sup> .	Establece en sus artículos 1 a 5 que el Estado está obligado a ofrecer asistencia sanitaria a la ciudadanía. [Art. 92.]
1855	Ley de 28 noviembre, Orgánica de Sanidad <sup>18</sup> .	Primer marco organizativo sanitario del país, pero con escasa repercusión hacia los dementes.
1859	Ley de 1 de abril <sup>15</sup> .	Asignó treinta millones de reales a establecimientos de Beneficencia, de los cuales diez se destinaban a impulsar la construcción de manicomios.
1864	Reales Decretos de 29 de junio y 19 de diciembre <sup>5</sup> .	Establecía el deber de las Diputaciones de hacerse cargo de la asistencia de los dementes, hasta que el Estado construyese los manicomios modelo proyectados.

Todas las referencias legislativas aquí indicadas pueden localizarse y consultarse en: <https://www.boe.es/buscar/gazeta.php>

Tabla 1: Resumen legislativo de iniciativas relacionadas con la asistencia a los dementes en la España del XIX

Sin embargo, debido a la inestabilidad política, social y económica en la que venía estando sumergida la España del XIX, la legislación y el alcance de las reformas propuestas sobre la atención psiquiátrica llegó a ser muy limitada en toda la península<sup>5-8</sup>.

### Práctica y cuidados en la psiquiatría del XIX

En el trato amable que Pinel había preconizado, bajo la influencia del ideal del tratamiento moral, había bastantes lagunas. Pinel defendió la intimidación, e inclu-

so al terror, como herramienta para “dominar y domar”<sup>19</sup>. Esto provocaría que sus ideales se extendieran y fuesen utilizados como medio justificable de intervención, y prevaleciendo ese aspecto coercitivo en el tratamiento moral incluso hasta bien entrado el siglo XX.

Los cuidados prestados por el personal sanitario quedaban anclados en el manicomio. Mientras que la Enfermería avanzaba y se comenzaba a profesionalizar, gracias a la labor de la pionera enfermera británica Florence Nightingale, las enfermeras psiquiátricas continuaban centrándose en la contención y custodia de los internados, velando por el cumplimiento de las normas de la institución y limitándose a la aplicación de tratamientos biológicos<sup>20,21</sup>.

Estas circunstancias contribuyeron a la aparición de muchas formas de coerción durante el siglo XIX que configuraron la leyenda negra de los establecimientos de esta época. Estas medidas eran diversas. Las había restrictivas y de sujeción, concebidas tanto para aislar como para inmovilizar al paciente (celdas oscuras, la camisa de fuerza, etc.), y, por otro lado, medios instrumentales de intervención coercitiva (máquinas rotativas, ruedas huecas, la alimentación forzada, etc.). También merecen ser nombrados los medios terapéuticos con que se contaba, donde destaca la terapia ocupacional, entendiendo ésta como medio para facilitar el cansancio físico, lo que facilitaría el reposo y, a la vez, la templanza del sistema nervioso. Otros medios terapéuticos de la época fueron la hidroterapia o los remedios físicos como el uso de vomitivos y purgantes, los tónicos y estimulantes, los calmantes, los medios derivativos e irritantes de la piel y los regímenes dietéticos, entre otros<sup>22</sup>.

### Los dementes alcalaínos en el Hospital Real de Granada

En algunas provincias de Andalucía, no se crearon los establecimientos básicos de atención, como fue el caso de Jaén, donde no se construyó la Casa de Dementes<sup>15,23</sup>. Esta ausencia queda reflejada en las estadísticas que eran enviadas en 1852 a la Dirección General de Beneficencia de los servicios de hospitalidad, expósitos, hospicios y socorros domiciliarios practicados en 1850<sup>24</sup>.

Por esta razón, la Diputación giennense, a mediados del siglo XIX, optó por trasladar a los dementes de la provincia, entre los que se encontraban los de Alcalá la

Real, al Hospital Real de Granada<sup>11,23,24</sup>. En muchas ocasiones, se trataba de traslados forzosos que, bajo la justificación de la ciencia médica, siguió provocando el tantas veces utilizado alejamiento del paciente mental de su medio social y familiar.

La escasez de presupuesto destinado por el Estado y los litigios acerca de los pagos por la asunción del tratamiento y cuidados de los dementes, llevaron a la Diputación de Jaén a firmar en 1868 un convenio con el Manicomio de San Baudilio de Llobregat, en Barcelona. En este documento se establecía que los dementes de la provincia, así como los que ya estaban ingresados en el Hospital Real de Granada, serían trasladados a dicho centro de carácter privado, y que ya por entonces, gozaba de una gran fama tanto por sus condiciones higiénicas como por las exitosas curaciones que registraba en numerosos casos<sup>24</sup>.

El Hospital Real de Granada, debido a sus escasos recursos, en los años centrales del siglo XIX dejó de ser una Fundación Real y pasó a depender de la Diputación Provincial y de la Junta Provincial de Beneficencia. No obstante, siguió atendiendo a los más necesitados en varios departamentos (ancianos, expósitos, huérfanos y desamparados, maternidad), y encontrándose entre una de sus secciones, el Real Hospital de Dementes. Documentación histórica recoge las lamentables condiciones en las que vivían y eran atendidos los enajenados de este centro a lo largo del siglo XIX, en el que había instalaciones derruidas, celdas y espacios inapropiados además del trato vejatorio que se emitía a los pacientes<sup>25</sup>.

La presencia de los dementes alcalaínos en el centro granadino antes mencionado se conoce a través de la información existente en el Archivo Municipal de Alcalá la Real (AMAR)<sup>26,27</sup> y en el Archivo de la Diputación Provincial de Granada<sup>28-30</sup>. En el primero se consultaron los libros de actas de la Junta Municipal de Beneficencia, organismo encargado de gestionar los traslados. En el segundo, los libros de ingresos en dicho centro.

Sobre la Junta de Beneficencia alcalaína se conoce que funcionó en Alcalá la Real, al principio con otro nombre, desde 1813 hasta 1866 aproximadamente. En el AMAR existen actas de dicha Junta desde 1821, un año antes de que se aprobara la Ley de Beneficencia de 1822, hasta 1862, aunque no están completas. Fue en Cabildo de 28 de septiembre de 1821 cuando se leyó la circular impresa del Secretario de Estado de 30 de julio

del mismo año que trataba sobre la instalación de las Juntas de Beneficencia en los municipios que eran cabeza de partido (Alcalá lo era). En sesión celebrada el 16 de octubre quedó formada por los siguientes miembros: Bernardo Mirasol, alcalde segundo, como presidente; Mariano González y Josef María León, como hombres caritativos; Juan Melgarejo por ser el presbítero cura más antiguo y Pedro Laguna como cirujano titular.



Ilustración 1. Sello local Guerra Civil Alcalá la Real

En las actas de los tres primeros años, el tema central tenía que ver con los niños expósitos y el lamentable estado en que se encontraba la Casa Cuna; pero es a partir de 1851 cuando se encuentran noticias sobre la asistencia a los locos, siendo usual tratar un mismo caso en varias sesiones. A continuación, se recogen algunas de ellas (cumpliendo con la legislación vigente en materia de confidencialidad, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, los datos identificativos de los enfermos y familiares localizados han sido codificados).

El 30 de enero de 1851 se acordó explorar a la familia del loco M.G. por si querían encargarse de su cuidado, recibiendo dos reales diarios de los fondos provinciales. El 17 de julio se dio cuenta del dictamen de la comisión encargada de informar a la Junta sobre el loco antes citado que vivía en la calle Rosa. El 18 de septiembre se volvió a tratar el tema y se acordó su traslado al Hospital Real de Granada. El 11 de octubre se aprobaron los gastos realizados con el mismo. En sesión correspondiente al 14 de noviembre del mismo año, se acordó nombrar una comisión para que informara sobre el estado del loco A.R.

El 10 de marzo de 1852 se acordó ayudar con tres reales diarios a la mujer de J.R., loco de la Ribera (núcleo pedáneo de Alcalá la Real). El tema de los gastos

era motivo de conflicto entre las distintas administraciones, pues los fondos de que disponían eran escasos. Así se desprende de la junta celebrada el 3 de mayo de 1852 en la que se leyó una carta del gobernador de Granada en la que decía que el Hospital Real no atendería a los dementes de otra provincia si previamente el ayuntamiento respectivo no había pagado su estancia. En este mismo año, se aprobó ayuda a un loco (31 de julio) y se formó expediente para traslado de otro (21 de agosto).

El 3 de julio de 1856 el director del Hospital Civil solicitaba el traslado de dos enfermos dementes al Hospital Real de Granada, D.R., natural de Fortuna (Murcia), y M.C. de Alcalá, basándose en que no era posible sujetarlos: “siendo insuficiente el número de enfermeros para la sola asistencia de estos dos desgraciados destrozando cuanto pueden”. La Junta acordó la formación de expedientes. En la sesión correspondiente al 22 de agosto del mismo año, se acordó la suspensión de los expedientes antes citados.

El 30 de agosto de 1856 se acordó instruir expediente para ingresar al loco M.A. en el Hospital Real de Granada, así como solicitar autorización al gobernador de Jaén. En sesión celebrada el 23 de octubre, se leyó Orden de este, autorizando su traslado al Hospital de Dementes granadino. Se encargó la conducción a su citador José Castillo, concediéndole para ello cien reales de vellón.

En la sesión correspondiente al 20 de enero de 1857, M.M. informó sobre su hijo F.V. que: “Había contraído una enfermedad al cerebro que gradualmente se le había ido aumentando en términos de hallarse en el día poseído de una demencia tal que la desobedece, insulta y amenaza del mismo modo que embiste a las personas que ve”.

Con el fin de evitar que su hijo cometiera alguna desgracia, solicitaba su admisión en la Casa de Dementes, a cargo de los fondos provinciales, ya que ni ella ni su hijo disponían de medios con los que pagar su estancia. La Junta acordó instruir el oportuno expediente, debiendo preceder ante todo los informes del señor cura párroco y del caballero síndico del Ayuntamiento Constitucional para probar su pobreza, su conducta y el estado de soltero, así como el del facultativo en la asistencia de dicho joven. Toda esta burocracia ralentizaba mucho el traslado de los dementes al hospital granadino, aunque en este caso el desplazamiento se hizo sin recibir la autorización, según se desprende de lo trata-

do el 9 de junio. En esta sesión se leyó oficio del gobernador civil de la provincia comunicando que había sido acordada la admisión de este demente en el Hospital Real de Granada, autorizando la conducción a esa ciudad. Uno de los asistentes comunicó que este ya estaba en el centro granadino, dada la exacerbación de su padecimiento. Se encontraba como clase de pensionista y su estancia se estaba pagando con las limosnas recogidas hasta tanto se aprobara el expediente. Finalmente se acordó enviar el mismo oficio al gobernador civil de Granada con el fin de que F.V. ingresara en la clase correspondiente.

Los tres dementes antes citados (M.G., M.A. y F.V.) han sido localizados en el Archivo de la Diputación de Granada, en el Libro I de Ingresos Hombres y Mujeres (1837-1871) del Hospital Real de Dementes de Granada, junto con otros naturales también de Alcalá la Real.

En los ocho casos estudiados se dan características que aunque no se podrían extrapolar a la totalidad de dementes, sí que nos permiten vislumbrar la idiosincrasia del colectivo en la época. Predominan los hombres sobre las mujeres (7 hombres y 1 mujer). La mayoría son pobres o pensionistas. Todos los enfermos registrados murieron en el hospital poco después de su ingreso (con un promedio de 2 años y 9 meses tras el ingreso). Uno de ellos (M.A.) salió once meses después de su ingreso por encontrarse aliviado, volviendo a ingresar diecisiete meses después. Mención especial merece la existencia de dos reos: el primero (A.P.) a disposición del Juzgado de 1ª Instancia de Alcalá la Real y el segundo (F.P.) a disposición de la Audiencia Territorial.

Se observa que a partir de 1868 son muy pocos los dementes de la provincia de Jaén, también de Málaga y Almería, que ingresaron en el Hospital Real de Granada. Ello es consecuencia del convenio, ya citado, que firmó en 1868 la Diputación de Jaén con el Manicomio San Baudilio de Llobregat de Barcelona. Será en próximos estudios cuando se analicen los datos sobre los dementes alcalaínos en ese periodo.

## Conclusiones

La llegada de la Beneficencia trajo un nuevo modo de comprender la atención sanitaria a los sectores más necesitados, como eran los locos y los dementes en el siglo XIX. El nuevo enfoque transgredía la tradicional concesión caritativa de la asistencia, dependiente del altruismo y benevolencia, y encargada a las congrega-

ciones religiosas y al protectorado, pasando a concebirse como un asunto de interés público del que dependía, en alto grado, la mejora económica.

La aparición del tratamiento moral en la atención psiquiátrica puso su mayor énfasis sobre la actividad ocupacional y creativa, así como también en la mejora de las condiciones de salubridad e higiénicas en los cuidados. Sin embargo, fueron muchos los factores que contribuyeron y dificultaron su consumación. Es destacable el carácter asilar y custodial de las nuevas instituciones manicomiales durante sus inicios, basados principalmente en la reclusión perpetua, el castigo y el aislamiento, y siendo este precisamente el tratamiento exclusivo que en muchas ocasiones recibían estos pacientes. Las tareas diarias que tenían asignadas los internos tenían la finalidad de evitar la ociosidad y mantener al paciente conectado a la realidad mediante actividades cotidianas.

Las leyes de Beneficencia del XIX y los reales decretos que las desarrollaron, prestaron especial atención a la asistencia a los dementes. Sin embargo, es reseñable el continuo incumplimiento legislativo por razones muy diversas, aunque principalmente prima la escasez de fondos y recursos de las distintas administraciones.

Todo este contexto y situación en la asistencia y tratamiento a la locura queda bien reflejado en los datos encontrados sobre los dementes de Alcalá la Real. Los largos procesos burocráticos, que se iniciaban en la Junta Municipal de Beneficencia y que acababan con el visto bueno del gobernador de Jaén, así como los problemas y litigios derivados de la carestía y penuria económica generalizada de momento, ayudan a comprender el marcado empobrecimiento y segmentación en la gestión sanitaria y cuidados a este estrato de población, contribuyendo al distanciamiento del demente, y de la locura en general, del cuerpo social del mundo contemporáneo.

## Bibliografía

- 1.- López-Ibor J.J. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(1):1-9.
- 2.- Siles González J. Historia de los cuidados de salud mental. En: *Enfermería psiquiátrica / coord. por José Luis Galiana Roch. España: Elsevier; 2016:3-12.*
- 3.- Navarro Bometón M.J. De hospitales para el alma a dispositivos de poder: arquitectura en las instituciones psiquiátricas aragonesas (1809-1939). [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España); 2015.
- 4.- González Duro E. Historia de la locura en España. Tomo II. Madrid: Temas de Hoy; 1995.

- 5.- Aztarain Díez J. La asistencia psiquiátrica en España en los siglos XVIII Y XIX. En: El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954). Temas de Historia de la Medicina. 2005;4:65-87.
- 6.- Espinosa Iborra J. La asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX. Valencia: Cátedra e Instituto de Medicina; 1966.
- 7.- Espinosa Iborra J. Ideología de la Ilustración en España y tratamiento moral. Revista AEN. 1987;7(20):117-118.
- 8.- Aparicio Basauri V. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. Madrid: ELA; 1997.
- 9.- Romero Ayuso DM. Revisión histórica de la ocupación vinculada a la terapia ocupacional. [Monografía en Internet]. Madrid: terapia-ocupacional.com; 2007.
- 10.- Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez AE. Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). Revista AEN. 1997; XVII(61):125-145.
- 11.- López Cordero JA, Cabrera Espinosa M. Un "tren de dementes" llega a Jaén: Aproximación a la asistencia a las personas con problemas de salud mental en la comarca de Sierra Mágina. Sumuntán. 2017;35:317-338.
- 12.- Decreto de 27 de diciembre de 1821, sobre Establecimiento General de Beneficencia, promulgado como ley en 6 de febrero de 1822 (Reglamento General de Beneficencia). Colección de los Decretos y Órdenes. Madrid: Imprenta nacional. 1822; Tomo VIII:115-137.
- 13.- Reales decretos y órdenes de S. M. que producen resolución general en materias de su Real Hacienda, expedidos en el año de 1833. Madrid: Imprenta de D. Miguel de Burgos. 1834;391-437.
- 14.- Real Decreto de 8 de septiembre de 1836, por el que se restablece la Ley de Beneficencia de 1822. Gaceta de Madrid, nº 666, (08/10/1836).
- 15.- García Sánchez A. La organización de la beneficencia en la provincia de Jaén en el siglo XIX: 1822-1852. Jaén: Boletín del Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén. 2007.
- 16.- Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849. Gaceta de Madrid, nº 5398. (24-06-1849).
- 17.- Real Decreto de 14 de mayo de 1852, aprobando el Reglamento para la ejecución de la Ley de Beneficencia de 1849. Gaceta de Madrid, nº 6537. (16-05-1852).
- 18.- Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855. Gaceta de Madrid, nº 1068. (07-12-1855)
- 19.- Pinel P. Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. (Edición respetando íntegramente el texto de la traducción de 1804 sobre la edición de 1801). Madrid. Ediciones Nieva, Serie Psiquiatría Pública. 1998.
- 20.- Prados García MA, Morales Romero A, García Marcos JF. Del manicomio a la salud mental comunitaria en Andalucía. Rev. Temperamentvm. 2010;12.
- 21.- Ventosa Esquinaldo F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España -siglos XV al XX-. Una aproximación histórica. Madrid: Díaz Santos; 2000.
- 22.- Ferreirós Marcos CE. Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI. 2007;27.
- 23.- Torres Escobar F. Los Prados: la particular historia de la psiquiatría giennense". Boletín del Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén. 2013 Ene-Jun;207:703-800.
- 24.- García Sánchez A. Los servicios psiquiátricos provinciales antes de la construcción del sanatorio "Los Prados" (1850-1950). Jaén: Boletín del Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén. 2005 Ene-Jun;191:349-392.
- 25.- Cambil Hernández MC. Sociedad e instituciones asistenciales en Granada, 1500-2000. Granada: Atrio; 2009.
- 26.- Archivo Municipal de Alcalá la Real. Legajo 30, piezas 1 y 2. Libros de actas de la Junta Municipal de Beneficencia. (1850-1851) y (1852-1854).
- 27.- Archivo Municipal de Alcalá la Real. Legajo 30, piezas 2 y 3. Libros de actas de la Junta Municipal de Beneficencia. (1856) y (1857).
- 28.- Archivo de la Diputación Provincial de Granada. Legajo 2929. Libro de ingresos de dementes en el Hospital Real. Hombres y Mujeres. (1837-1865).
- 29.- Archivo de la Diputación Provincial de Granada. Legajo 2930. Libro de ingresos de dementes en el Hospital Real. Hombres y Mujeres. (1845-1881).
- 30.- Archivo de la Diputación Provincial de Granada. Legajo 2931. Libro de ingresos de dementes en el Hospital Real. Hombres y Mujeres. (1881-1884).



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