

Imagen de la portada: grabado de *La ninfa EgLe*, obra de Johann Christoph Volkamer (1708).

acHpe^o

Asociación Canaria de Historia
de la Profesión Enfermera



SUMARIO

EDITORIAL

PUBLICACIÓN EN ABIERTO: POSICIONAMIENTO
DEL EQUIPO DE REDACCIÓN EGLE
Jesús Manuel Quintero Febles

HISTORIA

LA FUNCIÓN DE LAS MATRONAS EN LA EDAD MEDIA
Laura Rodríguez Frías, María Jesús Hernández
Bello, Ana Adey Rodríguez Fernández

¿SE DEPRIMEN MÁS LAS MUJERES QUE LOS HOMBRES? UN
RECORRIDO HISTÓRICO POR EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO
DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA MUJER
Carolina Sara Romero Sánchez, Eduardo Vera Barrios

TRIAJE, HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL
Leticia Verona Suárez, Carmelo Hernández
Castellano, Omayra Déniz Montesdeoca

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTIGMATIZACIÓN
DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)
Eduardo Vera Barrios, Carolina Sara Romero Sánchez

MISCELÁNEA

RESEÑA HISTÓRICA ABREVIADA DE LA PROFESIÓN DE
PRACTICANTE EN MEDICINA Y CIRUGÍA

COLABORAN:



Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera - ACHPE.

Web grupo de trabajo: <http://historiaenfermeriacanaria.org>

e-mail: revegle@historiaenfermeriacanaria.org

Dirección Editorial: Calle San Martín, 63 (38001-SC de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO VI- Número 13. Primer Semestre 2019.

Revista on-line: <http://historiaenfermeriacanaria.org>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.

38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería (RIHE).

<http://www.observatoriorh.org/?q=node/702>

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Misael Montesdeoca Núñez.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 24,02 euros.

Alumnos Enfermería: 12,21 euros.

Extranjero: 35,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

CONSEJO DE REDACCIÓN.

DIRECTOR

Dr. Francisco-Javier Castro-Molina
Escuela Univ. Enfermería N^º S^º de Candelaria,
adscrita Universidad de La Laguna (ULL)
Universidad Nacional Educación a Distancia (UNED).

SECRETARIO REDACCIÓN 1

Dr. Juan José Suárez Sánchez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
(ULPGC).

REDACTOR JEFE

Dr. Jesús Manuel Quintero Febles
Universidad de La Laguna (ULL).

SECRETARIO REDACCIÓN 2

Natalia Rodríguez Novo
Universidad de La Laguna (ULL).



COMITÉ DE REDACCIÓN

Álvaro Causapie Castro. Historiador. Periodista (Madrid-España).

Dr. Francisco Glicerio Conde Mora. Historiador. Profesora Titular. Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum (Historia de la Enfermería), Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

Dra. Sara Darias Curvo. Enfermera. Profesora Titular. Antropóloga. Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Luz Fika Hernando. Profesora Titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Licenciada en Ciencias Sociales y de la información.

María Luz Fernández Fernández. Enfermera. Licenciada en Historia. Máster Universitario en Historia Contemporánea. Profesora Titular de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria (responsable de la asignatura de "Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería"). Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid). Miembro del Consejo Asesor de "Híades, Revista de Historia de la Enfermería". Miembro del Consejo Asesor de la "Revista Tiempo de Enfermería y Salud" (Time Nursing and Health) de la Asociación Española de Enfermería y Salud.

Dr. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz. Coronel Médico. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz y de San Romualdo de San Fernando. Ex Jefe del Apoyo Sanitario de la Bahía de Cádiz (Cádiz-España).

Dr. David Garriga Girtart. Enfermero (Bachelor of Science in Nursing European University). Psicólogo. Criminólogo. Máster Mundo Árabe e Islámico. Especialista Universitario en terrorismo Yihadista: Análisis, Insurgencia y Movimientos Radicales. Libros: Del bimaristan al hospital psiquiátrico: historia de la enfermería y la salud mental en el islam y Las Legiones de Satán: Asesinos en Serie en tierras del Islam (Barcelona, España).

María del Cristo González Ramos. Enfermera del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Justo Pedro Hernández Rodríguez. Médico. Profesor Asociado. Universidad de La Laguna. Académico correspondiente de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Presidente de la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Miembro del Museo Canario. Miembro del Instituto de Estudios Canarios. Miembro de la British Association of History of Medicine. Miembro de la Società Italiana di Storia della Medicina. Miembro de la American Association for the History of Medicine (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Olga Susana Isoletta Cruz. Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica. Psicoanalista. Seminario de Psicoanálisis Universidad de Barcelona. Supervisión en Salud Mental, Servicio Canario de Salud (Barcelona-España).

Dra. Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Profesora Titular. Universidad de Alcalá. Presidenta de la "Fundación María Teresa Miralles para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería". Directora del "Museo de Historia de la Enfermería" (FMTMS - CODEM) de Madrid. Miembro del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS (Madrid-España).

Dr. José Luis Molino Contreras. Enfermero de salud mental. Profesor Titular. Máster en Ciencias de la Enfermería. Psicodramatista. Director Técnico Adjunto Escuela Enfermería Cartagena, adscrita a Universidad de Murcia (Murcia-España).

Olga Perera Pérez. Enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria (adscrita a la Universidad de La Laguna-ULL). Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Alicante (Santa Cruz de Tenerife, España).

Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Fisioterapeuta. Antropólogo. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Vicepresidente III del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Sonia Rodríguez Pérez. Asesora de Comunicación. Licenciada en Historia del Arte. Responsable del Gabinete de Comunicación del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Miembro de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín. Médico. Director del Instituto Canario de Bioantropología y Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Co-Director de la Revista Canarias Arqueológica, Arqueología/Bioantropología (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero (Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. Osakidetza). Miembro de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Miembro de la Red Cubana de Historia de la Enfermería. Miembro Consultivo de la Asociación Histórico-Filosófica del Cuidado y la Enfermería en México AHFICEN, A.C. (San Sebastián, País Vasco-España)

Dr. Manuel Toledo Trujillo. Profesor Adjunto de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. Director Docente de la Unidad de Cirugía Menor y proctología del Servicio Canario de Salud. Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Diploma de plata del Servicio Canario de Salud por la labor asistencial y docente. Colegiado de Honor del Consejo General de Médicos de España. Ha publicado numerosas novelas, ensayos y estudios sobre la Cirugía Canaria (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Ana Luisa Velandia-Mora. Licenciada en Enfermería y Máster en Administración por la Universidad Nacional de Colombia; Ph. D. en Ciencias Médicas por el Instituto de Medicina Sanitaria de San Petersburgo (Rusia). Pasantía Postdoctoral en la Universidad de Alicante. Miembro del Grupo Coordinador de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería y Coordinadora de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería (Bogotá, Colombia).

CONSEJO DE EDITORIAL

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Profesora titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB), miembro del Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS) integrado en el Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud - IUNICS (Islas Baleares-España).

Dr. Carlos Javier Castro Brunetto. Historiador del Arte. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Ex presidente de la Alliance Française de Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Paz Castro González. Enfermera. Profesor Titular. Universidad de León. Antropóloga (León-España).

Hipólito Delgado Rodríguez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Historiador (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Ana María Díaz Pérez. Historiadora del Arte. Miembro del Instituto de Estudios Canarios (IEC) y de la Tertulia Amigos del 25 de Julio (presidenta en la actualidad). Académica correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Tenerife (RAMED) y de la Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel (RACBA). Ex miembro de la Junta Directiva de la Asociación Cultural TuSantaCruz. Miembro de Número de la Real Sociedad Económica de Amigos de País de Tenerife (RSEAPT). Miembro de los Hidalgos de Nivaria. Miembro de la Junta Directiva del Círculo de Amistad XII de Enero (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Alfonso Miguel García Hernández. Doctor en Antropología. Licenciado en Enfermería. Profesor Titular. Director Académico del Máster en Cuidados al final de la vida (Tanatología), Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Amparo Gómez Rodríguez. Catedrática de Lógica y Filosofía de la Ciencia perteneciente al Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia, la Educación y el Lenguaje de la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Jerónimo González Yanes. Enfermero. Abogado. Periodista e Historiador (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Juana María Hernández Conesa. Enfermera. Filósofa. Pedagoga. Historiadora. Profesora Titular. Universidad de Murcia. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS. Medalla Florence Nightingale. 2009. CICR. Suiza (Murcia-España).

Dr. Francisco Megias-Lizancos. Profesor titular. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá (UAH). Especialista en Salud Mental y Psiquiatría por la Escuela de Enfermeros Psiquiátricos de San Juan de Dios de Ciempozuelos. Máster en Salud Comunitaria por el Instituto Carlos III. Experto en Grupos de Ayuda Mutua. Director de la Cátedra "Francisco Ventosa" para el Fomento y la Difusión de la Investigación en Enfermería de Salud Mental Comunitaria. Director del Máster en

Counselling del Instituto Galene / Universidad de Alcalá. [Alcalá de Henares - España].

Dra. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Profesora Titular. Vicedecana-Sección Enfermería y Fisioterapia, Universidad de La Laguna. Antropóloga [Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España].

Antonio Miguel Rodríguez Hernández. Farmacéutico especializado en Análisis Clínicos. Diplomado en Sanidad. Analista del Laboratorio Municipal de Salud de La Laguna [Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España].

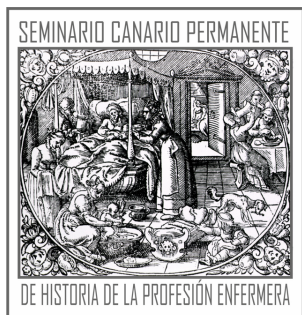
Dr. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Profesor Titular. Universidad de Alicante [Alicante-España].

Dr. Francisco Toledo Trujillo. Catedrático de Radiodiagnóstico de la Universidad de La Laguna, Académico Numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Exjefe servicio de Radiodiagnóstico del HUC [Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España].

Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero. Centro de Enfermería de "San Juan de Dios" adscrito a la Universidad de Sevilla [Sevilla-España].



COLABORAN CON LA PUBLICACIÓN.



SUMARIO

EDITORIAL

PUBLICACIÓN EN ABIERTO: POSICIONAMIENTO DEL EQUIPO
DE REDACCIÓN EGLE

Jesús Manuel Quintero Febles

HISTORIA

LA FUNCIÓN DE LAS MATRONAS EN LA EDAD MEDIA

*Laura Rodríguez Frías, María Jesús Hernández Bello, Ana Adey
Rodríguez Fernández*

¿SE DEPRIMEN MÁS LAS MUJERES QUE LOS HOMBRES? UN
RECORRIDO HISTÓRICO POR EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO
DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA MUJER

Carolina Sara Romero Sánchez, Eduardo Vera Barrios

TRIAJE, HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL

*Leticia Verona Suárez, Carmelo Hernández Castellano, Omayra
Déniz Montesdeoca*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Eduardo Vera Barrios, Carolina Sara Romero Sánchez

MISCELÁNEA

RESEÑA HISTÓRICA ABREVIADA DE LA PROFESIÓN DE
PRACTICANTE EN MEDICINA Y CIRUGÍA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

EDITORIAL

PUBLICACIÓN EN ABIERTO: POSICIONAMIENTO DEL EQUIPO DE REDACCIÓN EGLE

Jesús Manuel Quintero Febles¹

¹Redactor jefe de la Revista EGLE

Recibido: 14/11/2018

Aceptado: 27/03/2019

Correspondencia a: jquinter@ull.edu.es

Corren momentos convulsos y se perciben aires de cambio en la divulgación del conocimiento científico en general y particularmente en la publicación de los artículos en las revistas científicas.

Louis Pasteur (1822-1895) fue un químico bacteriólogo francés, considerado el padre de la microbiología moderna. Sus trabajos sirvieron para eliminar teorías tan absurdas como la de la generación espontánea (que venía a decir entre otras cosas que el trigo se transformaba en ratones de forma milagrosa). A él se debe la técnica conocida como pasteurización, empleada hoy en día en la conservación de productos alimenticios. Pero no

es nuestra intención hacer una descripción de la brillante carrera científica de Pasteur, sino de la divulgación del conocimiento en sí mismo. Una cita célebre que se le atribuye a Louis Pasteur es aquella en la que afirma: *“...La ciencia no sabe de países, porque el conocimiento le pertenece a la humanidad y es la antorcha que ilumina el mundo...”* Pues si nuestro admirado francés pudiera contemplar nuestro sistema actual de divulgación del conocimiento científico, probablemente nos diría algunas cosas al respecto.



Imagen 1. Alegoría de la Ciencia
(Sebastiano Conca, 1730)

Uno de los principios generales de la ciencia, es que un estudio no se considera oficialmente válido hasta que es evaluado por otros investigadores y publicado en una revista científica de reconocido prestigio.

Este principio fundamental puede parecer simple, pero no nos engañemos, realmente sirve de justificación para el desarrollo de un complejo sistema de evaluación y publicación. Este sistema, empleado durante décadas, ha ayudado en gran medida al espectacular desarrollo de la ciencia y del conocimiento científico en todos los ámbitos, también en la historia, pero no está carente de detractores que lo acusan de haberse convertido en un muy lucrativo negocio.

Los investigadores se encuentran que, para poder desarrollarse profesionalmente y tener acceso a subvenciones y puestos de trabajo con mayor reconocimiento profesional y económico, deben publicar sus trabajos en revistas de reconocido prestigio, esas que son conocidas como “*revistas de impacto*”, por estar incluidas en una determinada base de datos con un número asignado, el conocido como “*factor de impacto*,” resultado del número de citas recibidas y que viene a ser un supuesto símbolo de su calidad científica. Este sistema tiene además el efecto pernicioso de que, en muchas ocasiones, los investigadores no son dueños de sus trabajos, ya que ceden sus derechos, además las revistas “*importantes*” son las que deciden que temas interesan y cuáles no.

Estos argumentos o ideas no son en absoluto novedosos, desde hace muchos años, todos aquellos que de un modo u otro participamos en la producción o difusión de conocimiento científico, sabemos que uno de los grandes problemas que rodean al sistema internacional de publicación científica es el control al que se ve sometido por un determinado grupo de grandes corporaciones editoriales.

El investigador Vincent Larivière de la Universidad de Montreal llegó a la conclusión de que cinco grandes editoriales (Reed-Elsevier, Taylor & Francis, Wiley-Blackwell, Springer y Sage) controlan más del 50% de todas las publicaciones científicas. En 1973, las cinco editoriales mencionadas

controlaban apenas el 20% de las publicaciones, aumentando al 30% en 1996, ha sido en los últimos años cuando ha aumentado el control por parte de estos grandes grupos. Estas grandes editoriales sostienen un modelo tremendamente costoso para las arcas públicas, y tenemos que cuestionarnos si los servicios que proporcionan a la comunidad científica justifican el importante crecimiento de los presupuestos universitarios dedicadas a ellas. Existe cierta opacidad en las cantidades económicas que invierten las universidades y los centros de investigación, aunque algunos datos sí que son conocidos, y lo cierto es que las cifras asustan, para hacernos una idea, solamente el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), un organismo público de investigación de España, invirtió el año pasado más de 18 millones de euros en la suscripción a revistas científicas.

Pero no se trata meramente de un incremento de costes para las universidades y centros de investigación, las consecuencias llegan más lejos y afectan a la difusión y el avance del conocimiento científico, que debería ser el objetivo primordial de la investigación. Lo normal es que los investigadores quieran publicar sus resultados en las revistas más prestigiosas, que son precisamente las más caras, por lo tanto, el acceso a los contenidos científicos de calidad lo tienen solamente aquellos que puedan pagarlo, creándose muros y barreras al conocimiento. En algunos casos hemos visto muestras del poder que han alcanzado estas grandes editoriales como Elsevier que ha llegado a conseguir eliminar de la App Store y Google Play la aplicación española NandaNocNic, ideada para su uso profesional entre los profesionales de la enfermería y que se había consolidado como una herramienta eficaz en el diagnóstico enfermero.

La preocupación por parte de la comunidad científica ante estos hechos queda patente en el movimiento conocido como Plan S, llevado a cabo por

un grupo de científicos y liderado por el enviado de la Comisión Europea, Robert Jan Smits. Este plan surge como una iniciativa europea para impulsar el avance del acceso abierto a través de una declaración de principios que se sustentan sobre una idea muy simple: la investigación financiada con dinero público debe publicarse solamente en revistas y plataformas que permitan su acceso universal y gratuito.



Imagen 2. Estudio de un embrión humano
(Leonardo da Vinci, c.1510-1513)

Desarrollado en el año 2018, ha supuesto una revolución en el mundo editorial, hasta el momento se han adherido 11 países, Francia, Reino Unido, Irlanda, Finlandia, Noruega, Austria, Luxemburgo, Polonia, Suecia, Suiza y Eslovenia, siendo llamativas las ausencias de España y Alemania. A pesar de su juventud, el Plan S no ha dejado indiferente a nadie en la comunidad científica, provocando una avalancha de reacciones, tanto de detractores como de defensores. Mayoritariamente la comunidad científica aplaude la idea de un cambio en el modelo que actualmente, y desde hace muchos años, regula las publicaciones y la difusión de la ciencia en el mundo en su globalidad. A pesar de ello, el Plan S no se encuentra exento de detractores. Una de las críticas que ha recibido el plan es la intención de hacer recaer la financiación exclusivamente en un sistema de cuotas para publicar en acceso abierto, sin tener en cuenta otros modelos de financiación.

La idea es que la implantación del modelo de publicación en *Open Access*, es decir de forma libre y gratuita a que cualquiera pueda consultar en internet, acabe con el modelo de suscripción editorial que sustenta el negocio de las grandes editoriales. Pero lo cierto es que la implantación del *Open Access* probablemente no acabe con los desembolsos, sino que simplemente los traslade. La extensión de la publicación en abierto está llevando al incremento de la práctica de tener que pagar por publicar, siendo los propios investigadores los que deben de pagar si quieren ver publicados sus trabajos. Como era de esperar, los grandes grupos editoriales no han tardado en adaptarse, creando sus propias líneas de publicación en abierto, y por supuesto, se mantiene la tendencia, las revistas prestigiosas son las que más cobran por publicar en ellas.

Existe otro previsible problema en la extensión del *Open Access*, es el incremento de las desigualdades entre los grandes centros de investigación

y los investigadores de países con menos recursos. Solamente los trabajos realizados en centros dotados de amplios recursos económicos podrán publicarse en las revistas con mayor difusión (que son las más caras), produciéndose un efecto devastador en el desarrollo y difusión de la ciencia fuera de los grandes centros de investigación de los países desarrollados. Podría parecer que estamos ante un panorama desolador, pero tampoco hay que ser excesivamente catastrofista. Puede resultar difícil encontrar un modelo perfecto que garantice la difusión de la ciencia de calidad, de forma libre para todos los investigadores sin que la falta de recursos económicos suponga un obstáculo para el acceso o la publicación de los trabajos científicos, pero hay que seguir intentándolo. El modelo actual, basado en la dictadura del factor de impacto es absurdo, se ha llegado al extremo de que en el mundo científico ya no importa qué publicas sino dónde lo publicas.

En la Revista EGLE no formamos parte de ningún grupo editorial, desarrollamos nuestra labor de divulgación del conocimiento científico de forma gratuita y abierta, sin costes de publicación para el autor, y creemos que así debemos seguir haciéndolo. Apoyamos el Plan S, aceptando que, como cualquier nuevo modelo, debe de ser desarrollado y mejorado, pero consideramos necesario una modificación del actual sistema controlado por el factor de impacto y los grandes grupos editoriales.

“La ciencia más útil es aquella cuyo fruto es el más comunicable.”

Leonardo Da Vinci

HISTORIA

LA FUNCIÓN DE LAS MATRONAS EN LA EDAD MEDIA

Laura Rodríguez Frías¹, María Jesús Hernández Bello¹,
Ana Adey Rodríguez Fernández²

¹ Enfermera especialista de salud mental, ² Enfermera.

Recibido: 03/10/2018

Aceptado: 01/02/2019

Correspondencia a: laura_frias@hotmail.com

Resumen

En este estudio se pretende conocer la función de las matronas y su evolución en La Edad Media, además de la consideración que tuvo la profesión durante esta etapa histórica. La metodología utilizada ha sido una búsqueda bibliográfica en artículos de revistas científicas y bases de datos, gracias a la cuál se ha llegado a la conclusión de la gran importancia del papel de la matrona en esta sociedad y de las dificultades que ha tenido que salvar para convertirse en la profesión que hoy en día es.

Palabras clave: Matrona, comadrona, parto, cesárea, historia.

Abstract

The Midwives' role in The Middle Ages.

The aim of this research is to know the midwives' role and her evolution throughout The Middle Age, in addition to the consideration that the profession has during this historical stage. The methodology that has been used is a bibliographic searching in scientific journals and databases. With this search, the conclusion has been reached is the great importance of the role of de midwives in this society and the difficulties she had to overcome to become the profession that it is today.

Keywords: Midwife, birth, cesarean, history.

Las matronas son las encargadas del cuidado de la mujer desde el punto de vista reproductivo, dándole especial importancia a las etapas del embarazo, el parto y el puerperio, abarcando también otros diversos aspectos, como son la sexualidad, la anticoncepción y la menopausia. Es, en este punto, donde radica su importancia, tanto en la actualidad como en las distintas etapas históricas. La Edad Media se describe como una época de retroceso cultural, en la cual las pócimas y talismanes se aplicaron de nuevo en la asistencia al parto. Durante el siglo XIII, las mujeres no tenían permitido los estudios en la universidad y los médicos no tenían ningún interés por las enfermedades propias del sexo femenino, ni por los partos. De hecho, los servicios del médico en esta área no eran valorados y había fuertes prohibiciones contra su uso. Además, los órganos sexuales de la mujer se consideraban “territorio prohibido” para cualquier hombre que no fuera su marido. Hechos que se relacionan con la doctrina de la Iglesia cristiana. Pero llegó un momento en el que se hizo muy necesaria la actuación de las comadronas en el parto y se designó a una mujer viuda para asistir a las mujeres afectadas por alguna enfermedad. Sin embargo, esta viuda debía limitarse a asistir el parto y a las áreas relacionadas, debiendo responder ante el Sacerdote por sus actuaciones.

No obstante, aunque se produjera la instauración de la figura de la matrona, la mortalidad entre las madres y los niños era muy elevada. Dato que se cree que es debido a factores de alto riesgo, como las malas presentaciones, hemorragias anteriores al parto, prolapso de cordón umbilical, ictericia uterina, hemorragia postparto o la prematuridad, además de los bebés que morían por traumatismos o asfixia. En los pueblos, los cirujanos barberos tenían los derechos en exclusividad, por lo que, si las matronas se

encontraban con un parto complicado o en el cuál necesitaban utilizar instrumental especializado, debían llamar obligatoriamente al cirujano babero. El trabajo de éste consistía en extraer al niño (que por lo general en estos casos estaba muerto) con la ayuda de instrumentos quirúrgicos. Para sacar al bebé se hacía habitualmente a pedazos; para lo que se utilizaban ganchos y perforadores instrumentos muy toscos que eran introducidos por la vagina. También se encargaban de realizar una cesárea post mortem en caso de muerte materna, y si el cirujano barbero no se encontrase disponible, la Iglesia obligaba a la comadrona a realizar ella misma la cesárea para procurar la supervivencia del niño¹.

MEDICACIÓN UTILIZADA POR LAS MATRONAS DURANTE LA EDAD MEDIA.

Las comadronas eran muy expertas en analgésicos y tranquilizantes. Utilizaban el cornezuelo o ergotina en el parto, fármacos que sirven para activar la contracción uterina y favorecer la recuperación después del parto. En situación de riesgo de aborto empleaban belladona (antiespasmódicos). Habitualmente se les acusaba de brujería por la frecuencia de muertes de recién nacidos, ya que, a pesar de que la Iglesia dominaba todo el ámbito de la salud, las personas nunca dejaron de confiar en las antiguas supersticiones. En esta época las comadronas eran pertenecientes a los estratos bajos de la sociedad, pero no eran de los ciudadanos más pobres. Existían, aun así, dos tipos de comadronas según su ámbito de actuación: Asistencia a las clases altas.

En estos casos, el parto solía acontecer en ricos palacios o notables casas burguesas. En el mismo intervenían normalmente dos mujeres que asistían de un modo directo a la parturienta. Las parteras aparecían bien vestidas

para estas ocasiones con ricos tejidos con porte serio y distinguido. Sin embargo, en algunos de estos casos si la parturienta era la amante del rey o formaba parte de familia noble de manera especial, eran médicos acreditados los que se encargaban de las labores del parto.



Imagen 1. Mujer dando a luz en una silla de partos (recogido en el trabajo *Der Rosgarten*, de Eucharius Rößlin, 1513)

Asistencia a los más desfavorecidos.

Para los más pobres la asistencia era en sus casas y las embarazadas eran atendidas por parteras ancianas de la villa o el pueblo. Eran mujeres caracterizadas por ser especialistas en la superstición y la magia y los conocimientos científicos que poseían eran fruto de su propia experiencia durante los años de oficio, los cuales les permitían proporcionar los cuidados especializados².

Más adelante, la vida sencilla y al aire libre de las mujeres primitivas o de las esposas de los siervos del feudalismo fue sustituida en la ciudad por un trabajo más bien monótono que tendía a sobrecargar ciertas partes del cuerpo. Además, la vida en la ciudad era antihigiénica en muchos aspectos. En los países en los que el raquitismo tenía una elevada prevalencia, la pelvis de la mujer a menudo se deformaba, lo que obligaba a realizar operaciones de cesárea para salvarle la vida, tanto a la madre como al niño. A menudo la madre fallecía debido a la brutalidad de la cirugía medieval. A su vuelta de Oriente, las Cruzadas trajeron consigo la sífilis, que se convirtió en una causa importante de mortalidad infantil y a veces incluso de la materna.

Con frecuencia se establecían matrimonios entre individuos de razas diferentes, lo que determinaba la unión entre un hombre y una mujer de estructuras corporales o complejiones diferentes; con lo que la mujer podía dar a luz un niño demasiado grande para el tamaño de su pelvis.

Poco después del 1500 ocurrieron varios acontecimientos que tuvieron una notable influencia en el cuidado obstétrico. El primer libro de obstetricia, "El Jardín de las Rosas para las Mujeres Embarazadas", fue escrito por Eucario Roslin en 1513 a petición de la duquesa de Brunswick. El libro se

caracteriza por la gran cantidad de supersticiones que posee, y además por reforzar las prácticas mejor conocidas del cuidado obstétrico, al tiempo que sancionaba las intervenciones brutales.

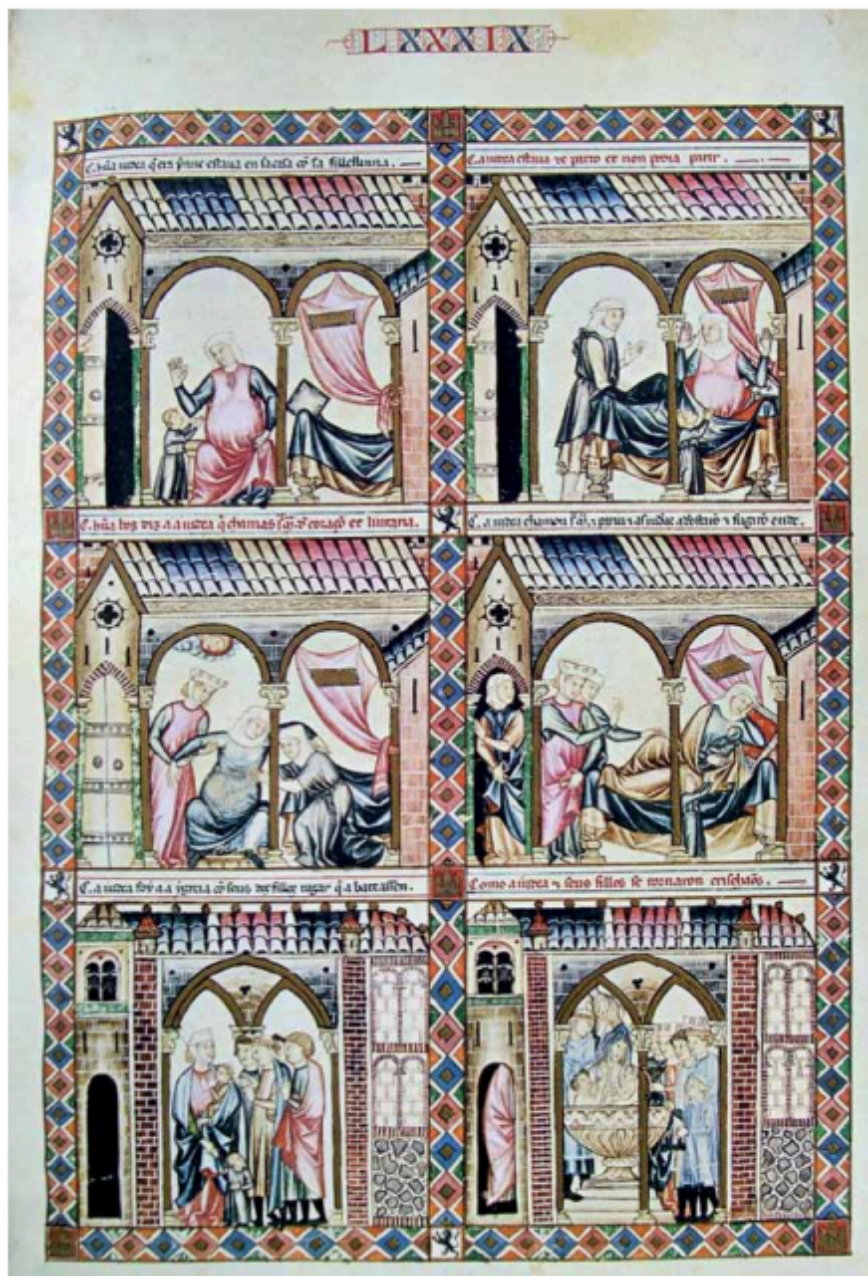


Imagen 2: El parto de la judía convertida al cristianismo (Cantiga 89. Cantigas de Santa María, Códice Rico, Biblioteca de El Escorial, c. 1252-1284)

En el siglo XVI se produjeron varios acontecimientos de gran relevancia en el sector obstétrico como:

- Se creó la escuela de parteras en el Hotel Dieu de París.
- Los hermanos Chamberlen inventaron el fórceps obstétrico en 1588. Este instrumento se mantuvo en secreto durante años y fue pasado al hijo de uno de los hermanos.
- El tratado de obstetricia y ginecología, el cual se supone que fue escrito por Trótula, la cual además fue jefa del departamento de enfermedades de la mujer.

Sin embargo, a lo largo de la Alta Edad Media la partería seguía siendo incumbencia de las mujeres mientras que los demás asuntos médicos por lo general les estaba prohibido. Debido a eso las mujeres médico solían especializarse en las enfermedades de la mujer y de los niños, aunque tenían licencia para la práctica de la medicina general^{2,3}. Las funciones de la matrona durante la Edad Media eran: asistencial, es la más importante, asistir a la mujer en parto, puerperio y enfermedades propias; jurídico-legal, en caso de muerte de la madre durante el parto las matronas podían ir a juicio a testificar; docente, los conocimientos de las matronas pasaron de madres a hijas; y religiosa, ya que el 75% de los niños fallecía durante el parto, la matrona era la encargada de administrar el bautismo de urgencia². El carácter rural de las matronas hizo difícil controlar el oficio, además no se les pedía titulación, sólo experiencia. Con el auge de la cirugía, los cirujanos se interesaron por la maternidad y empezaron a reivindicar la intervención de la cesárea. A partir de este momento, comienza la aparición de manuscritos cada vez más rigurosos científicamente, los cuales se irían

desarrollando con las Ciencias Médicas y las profesiones sanitarias.

Las mujeres se van a dedicar fundamentalmente a paliar las pérdidas demográficas causadas por la actividad bélica continuada y las no menos frecuentes epidemias. Dada la alta mortalidad infantil, se exigía el mayor cuidado en un momento puntual de alto riesgo: el parto. Las nodrizas en la Edad Media continúan desempeñando un papel crucial en la lactancia-crianza de los niños y sólo las mujeres muy pobres eran las que les daban el pecho a sus hijos, prefiriéndose en las clases altas (al igual que en la Antigüedad) la contratación de los servicios de nodrizas, que luego actuaban como educadoras o institutrices de los niños⁴.

Referencias bibliográficas.

1. Hernández-Plaza A. Partos y Parteras en la Edad Media. Breve historia a través de las imágenes. Revista Témpora. 2016; 18.
2. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Madrid: Elsevier; 1997.
3. Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Editorial Doyma; 1987.
4. Fajardo-Flores C. Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. La Rioja: Universidad de La Rioja; 2002.

¿SE DEPRIMEN MÁS LAS MUJERES QUE LOS HOMBRES? UN RECORRIDO HISTÓRICO POR EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA MUJER

Carolina Sara Romero Sánchez¹, Eduardo Vera Barrios¹

¹ Psiquiatra del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Servicio Canario de Salud (España).

Recibido:03/11/2019

Aceptado: 12/02/2019

Correspondencia: edplay@hotmail.com

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, afectando a más de 300 millones de personas, de los cuales el doble son mujeres. La depresión es el resultado de la confluencia de factores que incluyen no solo aspectos biológicos, sino también sociales, psicológicos y culturales. En este artículo tratamos de analizar por qué es esta enfermedad más frecuente en mujeres, completando dicho análisis con un breve recorrido histórico de las ideas y mitos relativos a la salud mental en la mujer, sus diagnósticos y tratamientos hasta fecha de hoy.

Palabras clave: Depresión, mujer, más frecuente, mitos, diagnósticos, tratamientos, Historia.

Abstract

Are women depressed more than men? A historical tour of the psychiatric approach of mental disease in women.

According to World Health Organization (WHO), depression is a very frequent condition all over the world, affecting more than 300 million people, from whom women are twice as likely to be affected as men. Depression is the result of a confluence of factors which include not only biological aspects, but also social, psychological and cultural ones. In this article we try to analyze why is this condition more frequent in women, completing this analysis with a brief historical overview about the conceptions and misconceptions related to women's mental health status, diagnosis and treatments until nowadays.

Keywords: Depression, women, more frequent, misconceptions, diagnosis, treatment, History. overview.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Con el término “depresión” no nos referimos a las variaciones habituales del estado de ánimo o a las respuestas emocionales breves ante los problemas de la vida cotidiana. La depresión puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, y puede generar gran sufrimiento y disfunción en el desarrollo de actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, duelo, traumas psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Existe, asimismo, una relación entre la depresión y la salud física, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares ¹.

Según los resultados arrojados por la más reciente edición de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) con datos actualizados en junio de 2018, la prevalencia de depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Del 10,7% de la población que consume “tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir”, el 13,9% son mujeres y el 7,4% hombres; y del 4,8% de la población que consume antidepresivos o estimulantes, el 6,7% son mujeres y el 2,7% hombres. Un 5,4% de la población refiere haber

acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses: 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres ².

Ante dichas cifras, cabe preguntarse el porqué de este desequilibrio. Existen numerosas hipótesis no excluyentes entre sí, que, superpuestas las unas con las otras, podrían arrojar algo más de luz sobre este fenómeno. En primer lugar, cabría señalar que, por razones culturales, las mujeres tienden a informar sobre síntomas físicos y psíquicos con mayor frecuencia que los hombres, así como a solicitar asistencia médica, mientras que estos últimos tienden, en no pocas ocasiones, a refugiarse en el alcohol y otros tóxicos o conductas, con el fin de paliar los síntomas que les aquejan, sin solicitar ayuda para estos. Los médicos, en general, también tienden a identificar con mayor facilidad los síntomas propios de una depresión en mujeres que en hombres, no solo porque se diagnostica más a menudo en estas y, por tanto, la depresión resulta más “esperable” en ellas, sino porque la patoplastia o modo en que se expresa sintomatológicamente en varones, puede incluir síntomas menos específicos como la irascibilidad, sin que el paciente llegue a ser capaz de referir concretamente “tristeza” ³. De lo expuesto es fácilmente deducible que la depresión podría estar infradiagnosticada en ellos frente a ellas.

No obstante, sesgos aparte, cierto es que existen factores biológicos que predisponen a que la mujer se deprima más que el hombre. El incremento de las tasas de prevalencia para la depresión en la mujer se correlaciona con los cambios hormonales propios de la pubertad, periodo premenstrual, postparto y perimenopausia, respectivamente ^{4,5}; habiéndose demostrado el papel que ejercen los estrógenos en la patogénesis de esta enfermedad, concretamente un papel protector que, en el caso de los varones, se produce a través de la conversión de testosterona a estrógeno en el cerebro

masculino a través de la enzima aromatasa CYP19; si bien también se estima que existen algunas diferencias estructurales cerebrales en el neurodesarrollo de la neurocircuitaría masculina, que también condicionan una menor propensión a desarrollar depresión en el hombre⁵. La patología tiroidea también está estrechamente relacionada con la depresión, siendo esta, también, más prevalente en mujeres.

Existen, asimismo, factores psicosociales que podrían justificar, también, esta tendencia de antemano trazada por la propia biología. A pesar de los avances por la igualdad de los que estamos siendo testigos partícipes en la época que nos ha tocado vivir, en sociedades, en teoría, más avanzadas, los estilos de socialización y acoplamiento difieren todavía entre hombres y mujeres⁴, de tal modo que aún a día de hoy, tanto padres como educadores tienden a generar diferentes expectativas según se trate de un niño o una niña, sin que se pueda evitar las repercusiones que ello acarrea desde el punto de vista de la autovaloración de unos frente a otras, y a la valoración de la propia depresión. Existe cierto consenso a la hora de considerar que las mujeres presentan un modelo de afrontamiento caracterizado por la “internalización” de los síntomas a través de la somatización, la ansiedad y la depresión con un estilo rumiativo como respuesta a la tristeza; mientras que los hombres tienden a “externalizarlos” a través de conductas evasivas y distractorias⁴, llegando incluso a manifestar conductas disociales y trastornos por abuso de sustancias con mayor frecuencia que sus análogas femeninas. En términos generales, las mujeres muestran una mayor sensibilidad en torno a las relaciones interpersonales, mientras que a los hombres tiende a afectarles en mayor grado lo referente a sus objetivos y proyectos vitales, que suelen incluir el terreno profesional⁵.



Imagen 1. Depresión.

La presencia de acontecimientos vitales traumáticos o estresantes en la historia biográfica de una persona también favorece la propensión a desarrollar depresión clínica, entre otras cosas porque las personas que los han sufrido presentan una mayor tendencia a la disregulación del eje hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal-gonadal, indispensable a la hora de elaborar la respuesta del organismo ante el estrés, tanto agudo como crónico, a través de la liberación de hormonas al torrente circulatorio, las cuales también desempeñan un importante papel en la patogénesis de la depresión ⁶. Uno de los acontecimientos vitales traumáticos de mayor repercusión en este sentido, es el haber sido víctima de abusos sexuales, hecho más probable si se es mujer ⁷, de forma que la depresión figura entre una de las posibles consecuencias a largo plazo ⁸. Pero los abusos sexuales no son el único acontecimiento estresante al que las mujeres están sometidas con mayor frecuencia que sus análogos masculinos: carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales,

profesionales y políticas; baja condición social, embarazos no deseados, madres solteras como parte de familias monoparentales; mayor peso en la crianza de los hijos aun en familias biparentales, trabajando tanto fuera como dentro de casa y brecha salarial; todo ello condicionado por los roles de género preexistentes, aún presentes en la actualidad. El 70% de los 1,2 billones de personas que viven en la pobreza son mujeres ⁹, pobreza que socava tanto la salud física como la salud mental de un individuo. Por tanto, tanto los factores biológicos como los factores psicosociales inherentes al sexo aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, afectando esto, sin embargo, no solo a la calidad de vida de estas, sino a la de sus hijos y a la de su entorno sociofamiliar y, en definitiva, a la de la sociedad en su conjunto, hombres y mujeres.

¿Pero qué respuesta ha dado la Psiquiatría a la depresión y la enfermedad mental en la mujer? La Psiquiatría emergió a finales del siglo XIX como la disciplina moderna que conocemos hoy día ¹⁰, favorecida por una activa colaboración entre psiquiatras europeos y americanos, caracterizada por el intercambio de ideas y conocimiento. Hasta aquel entonces, el concepto del paciente psiquiátrico venía asociado al de personas criminales o “idiotas”, por lo que las instituciones mentales eran lugares de horror, hasta que tuvo lugar la reforma de las nuevas instituciones psiquiátricas (los *Asylum*) de la Inglaterra victoriana, en el momento en que el enfermo mental empezó a ser concebido como un ser humano que necesita cuidados. De forma paralela a esta evolución, la percepción de la opinión pública sobre los enfermos mentales también comenzó a cambiar, de manera que se pasó de la imagen del hombre loco y brutal del siglo XVIII, al de la menos amenazante pero más atribulada mujer loca decimonónica,

contribuyendo a un auténtico cambio paradigmático de la representación de la locura. Los nuevos diagnósticos incluían la histeria, anorexia nerviosa y neurastenia, en su mayor parte atribuidos a mujeres. La anorexia nerviosa era concebida como una enfermedad de autosacrificio y muy femenina, mientras que la histeria era considerada egoísta y destructiva ^{11, 12}. Y así, indicada a muchas más mujeres que a hombres e inventada por el Dr. Silas Weir Mitchell, comenzó a utilizarse la “cura de reposo”, que incluía recomendaciones como el encamamiento, incremento del peso corporal a través de una dieta hipercalórica, y masajes corporales ¹². De la mujer se esperaba que fuera sumisa, dócil, esposa, madre y cuidadora abnegada, que se dedicara a las tareas domésticas, y que fuera especialmente complaciente con el hombre, de tal forma que muchas veces eran ingresadas en instituciones mentales a petición de sus padres o esposos, sin que se requiriese una prueba de su verdadera enfermedad mental ¹¹.

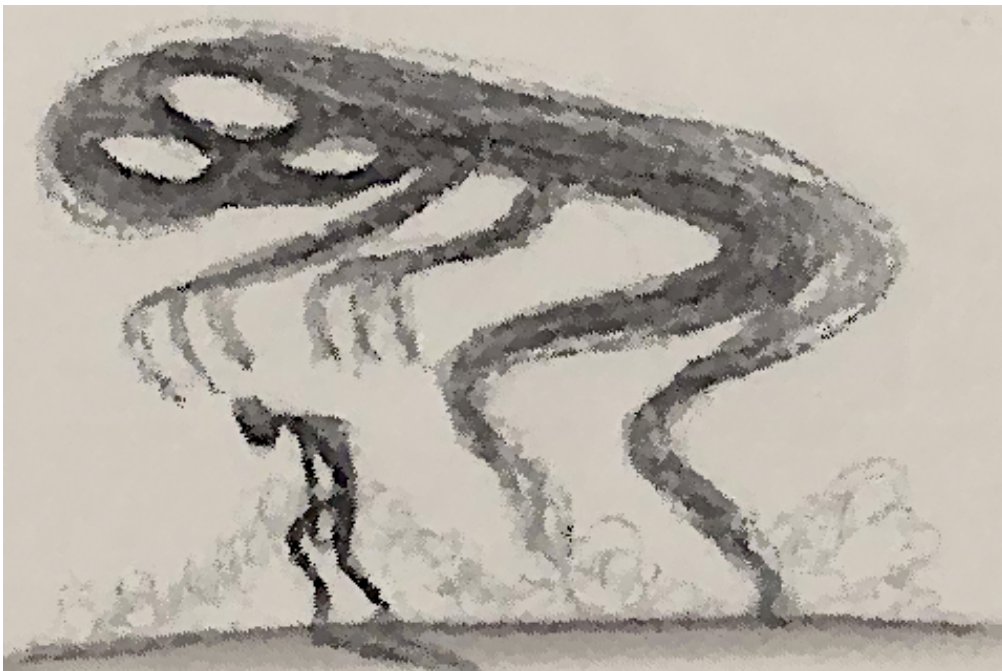


Imagen 2. El fantasma de la depresión.

Muchas mujeres diagnosticadas como mentalmente enfermas fueron sometidas a extirpación quirúrgica de ovarios (en un procedimiento que identificaban como castración) ¹³. Otros tratamientos administrados a las mujeres incluían inyección de agua helada por todos sus orificios, el uso de sanguijuelas en sus clítoris y labios menores, histerectomía, así como la ablación o extirpación del clítoris, ideada por Isaac Baker Brown ¹¹. Si bien la realización de “masajes pélvicos” a pacientes histéricas hasta alcanzar el orgasmo era una práctica médica habitual entre los psiquiatras occidentales desde los tiempos de Hipócrates hasta la década de 1920, al ser considerada la histeria una consecuencia de la privación sexual, no fue hasta finales del siglo XVIII que el vibrador emergió como un instrumento médico electromecánico, como respuesta directa a la demanda de un dispositivo que facilitara dicha labor a los doctores, quienes hasta ese momento efectuaban dicha práctica manualmente hasta que la mujer alcanzaba el orgasmo, también conocido en el contexto clínico como “paroxismo histérico” ¹⁴. A mediados del siglo XIX, las mujeres superaban en número a los hombres en los *Asylum*, y esto en nada favorecía a los derechos de las mujeres ni a derrumbar el consenso popular de que estas eran más propensas a las enfermedades mentales, debido a su sistema reproductivo y delicadas sensibilidades; y es que las mujeres fueron exclusivamente tratadas por hombres durante la primera mitad del siglo. Elizabeth Blackwell fue la primera mujer a la que se le permitió graduarse en Medicina y formar parte de la profesión, en el año 1847. La profesión psiquiátrica ha sido dominada por hombres hasta que en 1894 se permitió por primera vez a las mujeres médicas unirse a la Asociación Médico-Psicológica. Las mujeres, en general, eran silenciadas u oprimidas, y no

resulta sorprendente que tantas mujeres sufrieran enfermedades mentales como resultado ¹¹. A principios del siglo XX comenzó a aceptarse el derecho al voto femenino en algunos países, y en 1948 se reconoció, por fin, el sufragio femenino como derecho humano universal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Aún durante la década de los 60 y 70 del siglo pasado, prevalecía el estereotipo victoriano de madre y ama de casa abnegadas, y la Psiquiatría fue muy criticada por autoras feministas influyentes de aquella época, quienes la consideraban una forma más del control ejercido por la sociedad sobre las mujeres. Muchas autoras feministas criticaban, particularmente, el Psicoanálisis, enfoque predominante en Psiquiatría por aquel entonces. Los llamados “tranquilizantes menores” comenzaron a hacer furor entre las amas de casa, hasta el punto de que el Valium (diazepam) comenzó a ser conocido como el ‘mother’s little helper’ (“la pequeña ayuda para las madres”) desde que los Rolling Stones le dedicaran la canción homónima en el año 1966. Se acuñaron términos como el de “smartly dressed junkie” (yonqui inteligentemente vestida) para referirse a las mujeres americanas de clase media que conducían un coche de último modelo y eran la envidia de sus vecinos, con sus amorosos maridos y brillantes hijos, una bonita casa en los Suburbia y, aparentemente, nada de lo que preocuparse, a excepción del hecho de ser unas yonquis de drogas legales prescritas por un facultativo¹⁵. Las benzodiacepinas alcanzaron tal popularidad entre el público femenino, que historias como “Valium, the pill you love can turn on you” (“Valium, la pastilla que te encanta puede volverse contra ti”) ocupaban titulares en revistas, periódicos locales, y shows televisivos como “60 Minutos” desde que varias mujeres conocidas sucumbieran ante sus efectos, y hasta el punto de que un médico llegó a advertir de que “si se

desabasteciera bruscamente de Valium el país, se verían sometidos a una epidemia de ciudadanos ansiosos, neuróticos, psicóticos y temblorosos, en pleno síndrome de abstinencia”. La propia ex -primera dama Betty Ford admitió en 1978 el haber sido adicta al Valium y al alcohol ¹⁵. La popularidad del Valium durante las décadas de los 60 y 70 reflejaba la insatisfacción de muchas mujeres con sus vidas, la cual era medicada como si de un problema de salud mental se tratara, predominantemente por psiquiatras varones. Activistas feministas advirtieron de que “los psicofármacos podían ser una estrategia para silenciar a las mujeres, como lo fueron los *Asylum* en su momento”. Desde entonces hasta la actualidad, seguimos arrastrando aquellos estigmas del pasado en nuestra práctica clínica habitual, mostrando a menudo prejuicios ante las pacientes psiquiátricas, a quienes se tacha de “histéricas” con gran facilidad frente a sus análogos varones. En los tiempos que corren, asimismo, las cuestiones relativas al género comienzan a complicarse cuando nos referimos al género como un aspecto fundamental que construye la identidad de una persona, el cómo se percibe a sí misma y el cómo es percibida por otros. Hasta hace muy poco, el género había sido expresado en términos binarios (masculino/femenino), pero hoy día tiende a adoptarse la visión de género como parte de un espectro, con múltiples formas de identificarse a sí mismos por parte de muchos individuos, a menudo denominados con el término de “no binarios”. En algunos campos de la investigación médica, el género no tiene por qué ser un factor decisivo, pero en Psiquiatría es relevante. La Salud Mental guarda estrecha relación con cómo las personas piensan o sienten. Refleja su estado de salud biológica pero también el sentido de nosotros mismos, de nuestro rol en la sociedad. Por tanto, el rol de sexo y género ha de ser tenido

en cuenta, y los investigadores deberían ser conscientes de sus propios prejuicios y de cómo estos pueden influenciar las preguntas que formulan, la manera en que recopilan información e incluso la interpretación que dan a los datos que obtienen ¹⁶. También los clínicos y cuidadores a la hora de proporcionar sus cuidados. La Psiquiatría ha cuestionado diagnósticos, cuadros clínicos, tratamientos, técnicas y abordajes, de forma paralela a los cambios sociales y evidencias emergentes, y debemos estar preparados para afrontar dichos cambios.

Referencias bibliográficas

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Centro de Prensa. Notas descriptivas [Internet]. 2018 [citado mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística. Nota Técnica. 26 de junio de 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
3. Franchi S. La depresión en el hombre. Interdisciplinaria. 2001;18(2): 135-54
4. Girardi G, Zalzman D. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? APSA. 2010; 45: 19-23.
5. Albert P. Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci. 2015; 40(4): 219–21.
6. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia.

7. López F, Hernández A, Carpintero E. Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. En: *Infancia y Aprendizaje*, vol.71. pp 77-98. 1995.
8. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*. Málaga, 2006.
9. García-Mina A, Carrasco MJ. Género y desigualdad: la feminización de la pobreza. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2004
10. Micale M, Potter R. *Discovering the history of Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1994.
11. Rakel E. *Women and madness in the 19th. Century. The effects of oppression in women's mental health*. Sigillum Universitatis Islandiae; 2013.
12. Mitchell S. *Fat and blood: and how to make them*. Philadelphia: JB Lippincott and co; 1877.
13. Hirshbein L. Sex and gender in psychiatry: a view from history. *J Med Humanit*. 2010;31(2):155-70.
14. Watkins E, Maines R. The technology of orgasm: "Hysteria", the vibrator, and women's sexual satisfaction. *The Journal of American History*. 2000; 87(1):244.
15. Herzberg D. *Happy pills in America: from Miltown to Prozac*. The John Hopkins University Press, 2009.
16. Sex and gender in psychiatry. *The Lancet psychiatry*. Editorial| Volume 3, ISSUE 11, P999, November 01, 2016.

TRIAJE, HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL

Leticia Verona Suárez, Carmelo Hernández
Castellano, Omayra Déniz Montesdeoca

¹Enfermeras especialistas de Familia y Comunitaria
(Servicio Canario de Salud, España)

Recibido: 12/02/2019

Aceptado: 22/04/2019

Correspondencia a: juanjosuasa@gmail.com

Resumen

El triaje es un método de selección y clasificación de pacientes ante una urgencia, según sus necesidades y los recursos disponibles. Su evolución a lo largo de la historia abarca desde sus comienzos en los campos de batalla hasta la actualidad, con su uso predominante en el medio hospitalario y en menor medida, en el entorno de la atención primaria. Teniendo en cuenta su desarrollo, el objetivo que nos hemos propuesto es conocer la historia del triaje desde sus orígenes, además de analizar la percepción que tiene el personal sanitario ante esta herramienta. Se trata de un estudio cualitativo de tipo participativo con técnica de grupo focal. Los profesionales consideran el triaje una herramienta útil que mejoraría la calidad asistencial e identifican la falta de recursos, de formación en el tema y de unos protocolos unificados las principales barreras para su implementación. Como conclusión, se aprecia que, aunque el triaje surgió hace aproximadamente tres siglos, el concepto moderno del mismo ha tenido una evolución importante en los últimos veinte años. A esto se le suma el

reconocimiento por parte de los profesionales de la utilidad y aplicabilidad de la herramienta en el ámbito de la urgencia.

Palabras clave: Historia, triaje, enfermería, urgencias, atención primaria de salud.

Abstract

Triage, history and current perspective

Triage is a method used to rank the emergency level of patients at the emergency room according to their needs and the available resources. This method has been constantly evolving over the years and it is currently used in hospitals and in a lesser degree at health centres. Based on this, the aim of this study is to evaluate the perception that the staff at health centre has about this method. It is a qualitative study of participatory type with focus group technique. Our results showed that the health centres staff considered triage a useful tool to improve the assistant provided to the patients. Thus, the staff also identified the lack of resources, formation and unified protocols as the main barriers for its implementation. Besides triage was developed more than 300 years ago, its modern implementation has been enormously evolved over the last 20 years. In addition, this tool seems to be a recognized and applicable by the health centres staff at the emergency level.

Keywords: History, triage, nursing, emergency, primary healthcare.

Introducción.

El “*triage*” o “*triaje*” es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. En circunstancias normales, se prioriza la atención del paciente más grave, mientras que, en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos ¹.

La palabra “*triaje*” procede del francés “*trià*” y “*eur*”, y significa “*categorizar*” en inglés ^{1,2}. Para entender el presente del triaje y avanzar hacia el futuro es imprescindible conocer cómo ha sido su evolución histórica desde sus comienzos. El origen del triaje no está muy bien claro hoy en día. Estudios sugieren que el concepto de triaje se describe por primera vez en un manual de asistencia médica militar francesa, como muy pronto, en 1792 ². Por un lado, se cree que el concepto surge durante el periodo 1797-1801 en la batalla napoleónica contra Egipto y Siria, lo que algunos denominan “*triaje napoleónico*” ², donde se priorizó la atención a los soldados enfermos y heridos para que volvieran al campo de batalla. De este modo, el tratamiento se dio desde una perspectiva militar y no desde el punto de vista de priorizar el ahorro de vidas, como en la medicina moderna ². Autores sugieren que este tipo de “*triaje napoleónico*” se le atribuye al cirujano militar Pierre-François Percy, dado que fue el responsable de la atención médica durante esta batalla y existe registro de este término en su propio diario ². Por otro lado, sin embargo, los historiadores consideran a Dominique Jean Larrey (cirujano jefe de la

Guardia Imperial de Napoleón) como el primero en utilizar el “*triaje formal*” al distinguirlo del militar francés ¹.



Imagen 1. Sistema de triaje en Atención Primaria.

Ya en 1792, en la campaña del Rin, Larrey había reconocido la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante una batalla con prontitud. Su sistema se basaba en tratar y evacuar en su “*ambulancia veloz*” a aquellos que requirieron atención médica más urgente, en lugar de esperar horas o días a que la batalla terminara, como ocurría hasta entonces. Su sistema clasificaba a los soldados en tres grados de gravedad: heridos peligrosos, heridos menos peligrosos y heridos leves ^{1,2}. De esta forma, Napoleón quedó muy impresionado con la capacidad de Larrey para reducir la mortalidad en el campo de batalla ². Más tarde, en 1806, el ejército francés incorporó el sistema de triaje creado por Larrey para combatir en la batalla de Jena ². No obstante, la palabra “*triaje*” no aparecía

en los escritos de Larrey². Aunque Larrey no llegó a utilizar este término, se puede considerar que fue el primero en actuar y atender a los soldados heridos antes de que la batalla terminase³. La historia de la medicina considera que Dominique Jean Larrey, con su sistema de auxilio a los heridos en plena batalla, y su humanística percepción de la atención en virtud de la gravedad de sus lesiones, y no de su condición social, rango militar, nacionalidad o de prisionero, es el origen de lo que hoy conocemos como Triage¹. A pesar de todo esto, de lo que no cabe duda es que el logro de los cirujanos del ejército, Percy y Larrey, fue modernizar el triunfo napoleónico para ayudar a salvar vidas². Años más tarde, los cirujanos John Wilson y Jonathan Letterman contribuyeron también en el desarrollo del triaje en el campo de batalla¹.

El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore³. En el año 1960, se desarrolla en EE. UU. un sistema de clasificación en tres niveles de gravedad, que fue superado en 1995 por un modelo de cuatro niveles. Estos sistemas no consiguieron un grado de validez, utilidad y reproducibilidad aceptable para ser considerados sistemas de triaje estructurado^{1,3}. Paralelamente en Australia, se creaba la primera escala basada en un sistema de clasificación de 5 niveles denominado *Escala Nacional Australiana para los Servicios de Urgencias (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments NTS)* que fue revisada y recomendada su uso en el año 2000 como *Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale ATS)*^{1,3}. Posteriormente, influenciados por esta escala se implantaron en otros países otros sistemas de triaje también de cinco niveles: en Canadá, en 1995 (*Canadian Emergency*

Department Triage and Acuity Scale CTAS); en Manchester, en 1996 (*Manchester Triage System MTS*), en América en 1996 (*Emergency Severity Index ESI*), en Andorra en el año 2000 (*Modelo Andorrano de Triage MAT*) y en España en el 2003 (*El Sistema de Triage Español SET*) ^{1,3}. En el ámbito extrahospitalario, el sistema más ampliamente utilizado es el triaje *START*, creado en 1983 para la atención de un incidente de múltiples víctimas.

En España, en el medio hospitalario los sistemas de triaje estructurado más ampliamente utilizados son el MAT, SET y MTS, aunque algunos hospitales han optado por adaptar estos sistemas a sus propias necesidades ³. Por otro lado, dentro de la atención primaria actualmente no está integrado este método de clasificación de pacientes, siendo la asistencia dada por el orden de llegada. Hasta el momento, existe un estudio que evalúa la eficacia de un sistema de triaje estructurado de elaboración propia adaptado a Atención Primaria y que ya está implantado en algunas consejerías de salud con muy buenos resultados ¹.

En Canarias, el programa informático *Drago-AP* incorpora un sistema de triaje adaptado del andorrano para atención primaria pero que, en la realidad, no se utiliza por el personal sanitario ya que el “triaje” no está implantado en esta comunidad. Sin embargo, como consecuencia de la saturación y mal uso de los servicios de urgencias de atención primaria, se ha impulsado recientemente el *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN)*, que establece como objetivo a corto plazo la implementación de los sistemas estructurados de triaje en los servicios de urgencias de atención primaria en función de la demanda asistencial, realizado por enfermería ⁴.

Objetivos.

1. Conocer la evolución del triaje a lo largo de los años hasta nuestros días.
2. Analizar la perspectiva actual del triaje por el profesional sanitario.

Metodología.

Para analizar la perspectiva actual del triaje se realizó un estudio cualitativo de tipo participativo en el que se usó como herramienta para la obtención de los datos la técnica de grupo focal. Los grupos focales se constituyeron en marzo de 2018, en los centros de salud de Escaleritas y Cueva-torres (Gran Canaria, España). Se llevó a cabo una captación oportunista del personal en ambos centros, formándose grupos focales de 8-9 profesionales entre personal médico y de enfermería, con distinta experiencia en el ámbito de las urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

Resultados.

El grupo focal giró en torno a las siguientes preguntas, extrayéndose las expresiones más utilizadas (tabla 1):

Pregunta 1: ¿Han utilizado o conocen la herramienta de triaje del sistema Drago AP? ¿Qué piensan de la herramienta de triaje en general?

Las enfermeras conocían más la herramienta de forma general que los médicos. En el colectivo médico decían que incluso eran ellos los que tenían que poner el nivel de urgencia a la vez que atendían a los pacientes. Sin embargo, hacían referencia a que ese conocimiento era deficiente y opinaban de forma unánime que necesitaban más formación. Además, decían que la herramienta se está utilizando mal porque se sigue atendiendo por orden de llegada, pese al nivel asignado. Apuntan a que la

herramienta no contempla algunas situaciones o motivos de consulta y lo ven deficiente en este aspecto.

<p>CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTA DE TRIAJE DE DRAGO AP Y SU IMPORTANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Creo que se podría sacar más partido...”</i> - <i>“En el nivel III y IV que es lo más te vienen faltan montón de apartados...”</i> - <i>“...es una herramienta que se infrutiliza por lo que veo...”</i> - <i>“...me llama la atención que incluso los compañeros que están en triaje tengan esa dificultad...que no haya periodo formativo...”</i> - <i>“ El sistema es útil porque quita la subjetividad...”</i> - <i>“Es muy tediosa”.</i> - <i>“ Se mantiene el orden de llegada más que la prioridad que se le asigna.”.</i> - <i>“...por el sistema que se lleva a cabo es el celador el que toma los datos y pone los motivos de consulta a grosso modo...”</i>.
<p>UTILIDAD DEL TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“ En centros muy grandes pues claro...”</i>. - <i>“Faltan recursos y personal”.</i> - <i>“...la primera barrera se llama Gerencia...¿seguimos haciendo el triaje por el celador que es el que escribe o va a haber una enfermera que es la que va a valorar?”.</i> - <i>“Actuar con protocolos unificados”.</i> - <i>“Ahora los servicios necesitan de un profesional sanitario que directamente de un nivel de prioridad...”</i>. - <i>“El triaje es útil pero no estamos preparados para un triaje adecuado”.</i> - <i>“Haría falta más formación en la herramienta Drago y adecuar los equipos de salud a la realidad”.</i> - <i>“Habría que mirar si es viable poner un enfermero más en cada servicio...”</i>.

Tabla 1. Recopilación de las frases más destacadas.

Pregunta 2: Posibilidad y utilidad de su implantación en los SUAP de Gran Canaria y sus dificultades.

Los profesionales en general lo ven útil, porque elimina la subjetividad entre otras cosas, pero lo ven tedioso a veces y poco práctico. Además, refieren que sería útil, pero con formación previa.

Discusión.

El triaje surge en tiempos de guerra durante la época napoleónica como necesidad para evacuar a los soldados de los campos de batalla para ser tratados con prontitud y mejorar así su supervivencia. Con el paso del tiempo, la idea del triaje se ha ido reformando hasta lo que conocemos hoy en día. Teniendo en cuenta esta visión, podemos entender la situación actual del triaje y su principal uso como herramienta y método para evaluar la gravedad de las personas que acuden a un servicio de urgencia.

El triaje estructurado como método de priorización de la urgencia en los servicios sanitarios lleva usándose relativamente desde hace pocos años si tenemos en cuenta que fue a partir de la década de los 90 cuando varios países comenzaron a implantar este sistema. No fue hasta el año 2000 cuando España lo adoptase. Sin embargo, su aplicación no se extiende en todos los ámbitos, ya que la experiencia en atención primaria es prácticamente nula, quizás debido a que hasta el momento no ha habido necesidad de ello. Parece ser que el colapso de los servicios de urgencias hospitalarios ha hecho que los servicios de urgencias de atención primaria empiecen a notar un aumento de las visitas y, con ello, la necesidad de valorar la urgencia. En este sentido, Rancaño ¹ puso a prueba la viabilidad de un sistema de triaje estructurado de elaboración propia en los servicios de urgencias de Atención Primaria de Asturias. Se convirtió así en el primer

estudio que intenta aplicar un nuevo sistema de triaje adaptado a las necesidades y características de atención primaria, diferenciándose de los instaurados en hospitalaria. Actualmente este sistema de triaje está implantado en varias consejerías de salud, con unos muy buenos resultados tanto en la atención a los pacientes como en la satisfacción de los profesionales que lo realizan ¹.

No obstante, es posible que el triaje estructurado que se limita a clasificar el nivel de urgencia en cinco niveles se haya quedado “corto”, ya que los tiempos de espera continúan siendo excesivos. En este sentido se postulan como realidades de futuro los *triaje avanzados* ¹. El triaje debe ser considerado algo más que una mera herramienta de clasificación y ubicación de pacientes ⁵. Hay protocolos avalados en la literatura científica que indican que la petición precoz desde *triaje* de pruebas complementarias bajo protocolos consensuados puede suponer importantes diferencias en la práctica clínica además de mejorar la satisfacción del paciente ⁵. Incluso, hay patologías y signos clínicos bien definidos en las guías clínicas que pueden ser tratados inicialmente antes de una primera valoración médica. Todo ello indica que el *triaje avanzado* otorga a la enfermería un papel crucial no solo en la clasificación, sino también en la recepción y primer tratamiento del paciente ⁵. En nuestro estudio, se valora positivamente al personal de enfermería como figura responsable del triaje, ya que tiene capacitación y cualidades para asumir tal competencia. La factibilidad en esta tarea, apoyada por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias ⁶, ha sido descrita por otros autores ^{7,8}, que afirmaban que la recepción y clasificación en Urgencias debe ser propia de enfermería. Esto último difiere con una encuesta ⁹ realizada en

ámbito hospitalario que considera que esta función debe ser compartida con el médico, a pesar de haber sido demostrado que no existe diferencia significativa entre las valoraciones de ambos profesionales ⁷.

Nuestro estudio nos ha permitido conocer la posición del personal sanitario de atención primaria en relación con la implementación de una sistemática de triaje, ya que en la realidad no se realiza, y la importancia de la figura de la enfermera como responsable del mismo.

En cuanto a la posibilidad de implantar el triaje en atención primaria, nuestro estudio coincide mayormente con el realizado por Ayuso MC et al ¹⁰, en el cual el colectivo de enfermería habla de desconocimiento, miedo al cambio, rutinas asumibles y necesidades formativas como factores asociados al fracaso actual de la implantación del triaje. Creen en la factibilidad de implantar un sistema de triaje para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud, lo que supondría una mejora en la calidad, la eficacia de los servicios y la gestión adecuada de la demanda y, todo ello, desde una perspectiva integradora, humana y profesional ¹⁰. Por ello, Rancaño et al ¹ elaboraron una herramienta de triaje demostrando que era válida, ágil y orientada hacia atención primaria y que clasifica a los pacientes más “leves”, diferenciándolos de aquellos en los que su patología es potencialmente más importante. Nuestros profesionales opinan, además, que el triaje resulta útil pero que habría que mejorar la herramienta que tienen instaurada (Drago AP), ya que la ven incompleta, tediosa y poco práctica. Asimismo, existe unanimidad con los estudios en la afirmación referente a las necesidades formativas para asumir esta tarea que consideran de alta especialización ^{9,10}.

Para que todo esto fuese una realidad, detectan la necesidad de aumentar la plantilla y de crear protocolos unificados que ayude a los profesionales a

actuar en una misma línea, así como enfrentarse a la posible reticencia que esto pudiera ocasionar. Esto mismo apunta Ayuso MC et al ¹⁰ en su estudio, concluyendo que posiblemente se deba establecer un escenario propicio, unos protocolos bien definidos y un mayor respaldo médico e institucional para que estas competencias profesionales adquieran un papel relevante en una atención de excelencia.

En nuestra comunidad, la historia reciente del triaje se encuentra ligada al Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN) este plan supone un cambio en la gestión de las urgencias y propone a la enfermera como personal encargado del triaje ⁴. Con la llegada de este nuevo plan, podemos verlo como una oportunidad para el cambio, ya que como se ha visto en este grupo focal, el personal ha demandado formación, nuevos protocolos y guías que estandaricen la actuación, todo esto con el fin de aumentar la visibilidad de la enfermera como profesional que guíe el triaje en los centros hospitalarios y extrahospitalarios de Canarias. Sin embargo, este plan es nuevo y carece hoy en día de fuentes fiables para conocer su efectividad, incluso a la hora de su implementación. Por lo tanto, habrá que esperar para ver si se ha producido el cambio esperado.

Conclusiones

- La evolución del triaje en nuestro sistema sanitario ha sido rápida en pocos años, sin embargo, queda un largo camino que recorrer en su desarrollo en la Atención Primaria.
- El triaje como tal es considerado útil por parte de los profesionales y su aplicación mejoraría la calidad asistencial.

Referencias bibliográficas.

1. Cobo Barquín JC. Validación del sistema de triaje “TAP” en urgencias de Atención Primaria. [Tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2012.
2. Nakao H, Ukai I, Kotani J. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Med Surg*. 2017;4(4):379-84.
3. González Rodríguez EM, Gutiérrez Benito A, Molina Raya L, Otero Romero M, Posa Val V. Pasado, presente y futuro: los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. [Tesis de máster]. Santa Madrona: Escuela universitaria de enfermería Santa Madrona de la fundación “La Caixa”; 2008.
4. Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias. Gobierno de Canarias: Servicio Canario de Salud; 2017.
5. Carballo Cardona C. Triaje avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015; 27:332-5.
6. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEU). De las funciones y tareas propias de los diplomados de enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. Recomendación científica 99/01/01 de 15 de junio de 1999. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/triage%20enfermeria.pdf>.
7. Larrumbide H. La recepción y clasificación en urgencias debe ser propia de enfermeras. *Enfermería de Actualidad*. 1999; 36:8.
8. Rao GP, Hughes A. Nurse triage may reduce workload in accident department. *Br Med J*. 1995; 311: 1575.

9. Sánchez Bermejo, R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2015;27(2):103-8.
10. Ayuso MC, Pérez N, Simarro MJ, Escobar F. Valoración de un proyecto de " triaje" de urgencias por enfermería en atención primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2013;6(3):144-51.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Eduardo Vera Barrios¹, Carolina Sara Romero Sánchez¹

¹ Psiquiatra del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Servicio Canario de Salud (España).

Recibido: 11/01/2019

Aceptado: 22/05/2019

Correspondencia: edplay@hotmail.com

Resumen

En este artículo se realiza un recorrido histórico sobre el desarrollo de la Terapia Electroconvulsiva, y una disertación sobre su lugar actual dentro del arsenal terapéutico de la Psiquiatría Moderna. Se realiza además una reflexión sobre las posibles causas que la han llevado a ser una técnica rechazada y denostada por muchos psiquiatras a pesar de su seguridad, efectividad y eficiencia, cuando se efectúa para las indicaciones recogidas en la bibliografía y en las condiciones adecuadas.

Palabras claves: Revisión histórica. Patología Psiquiátrica. Terapias

Abstract

Biológicas. Terapia Electroconvulsiva.

This article provides a historical overview of the development of Electroconvulsive Therapy, and a dissertation on its current place within the therapeutic arsenal of Modern Psychiatry. It also reflects on the possible causes that have led it to be a technique rejected and denigrated by many psychiatrists in spite of its safety, effectiveness and efficiency, when carried out for the indications included in the bibliography and under the appropriate conditions.

Keywords: Historical review. Psychiatric Pathology. Biological Therapies. Electroconvulsive Therapy.

Introducción

Durante la historia de la humanidad, los trastornos mentales fueron consideradas durante siglos por las diversas culturas como entidades ajenas a la Ciencia y al conocimiento humano. Es por ello por lo que, en algunos casos, fueron conceptualizados bajo el prisma de lo místico o de lo religioso. Para ilustrar esta visión arcaica, podríamos tratar el caso de los chamanes, donde el “sujeto alienado” se convertía en el guía espiritual que sanaría a través del mensaje de los dioses al resto de la tribu. Otra de estas visiones al respecto, sería aquella en la que el paciente mental agitado se convierte en una criatura poseída por fuerzas demoníacas a la cual hay que liberar con la ayuda de Dios a través de un exorcismo; lo cual podría parecer más propio de otros tiempos o extraído del guión de una película de terror, si no fuera porque el Padre Amorth, fundador de la Asociación Internacional de Exorcistas, fallecido en 2016, escribiera varios libros sobre sus propias experiencias.

Hipócrates (460-370 a.C.) fue uno de los pioneros en aplicar una explicación orgánica y mecanicista a la enfermedad mental. Su “Teoría de los cuatro humores”: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre, explicaba la enfermedad mental como un desequilibrio de estas sustancias por aumento de unas respecto a las demás. En sus obras pueden encontrarse descripciones de cuadros como la epilepsia, la manía, la paranoia, el delirio tóxico, las fobias o la histeria. A través de esta “nueva visión” de la enfermedad mental, surgieron a su vez nuevas posibilidades terapéuticas, y una fundamentación teórica entre los médicos de la Antigua Grecia para rescatar ancestrales procedimientos cruentos con el fin de evacuar alguno de esos humores, como las trepanaciones, tal y como afirmaban historiadores de la Medicina tan prestigiosos como Laín Entralgo. Las

trepanaciones se empleaban como procedimiento terapéutico en cefaleas, epilepsias y, fundamentalmente, en traumatismos craneales para aliviar la presión sobre el cerebro causada por la fractura, retirar esquirlas óseas o drenar hematomas; pero también para el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, la famosa Revolución Industrial permitió el desarrollo de tecnología que evolucionaría de forma destacable durante todo el siglo XX con la ayuda de los brillantes descubrimientos científicos, no solo en el campo de las Ciencias de la Salud, sino también en las Matemáticas y la Física. Se desarrollaron diversos aparatos biomédicos; algunos con finalidades diagnósticas (Tomografía Axial Computerizada o TAC, y Resonancia Magnética Nuclear o RMN, por ejemplo), y otros con finalidades terapéuticas. El aparato generador de impulsos eléctricos para producir convulsivoterapia, o lo que actualmente denominamos coloquialmente como “la máquina de la TEC” fue uno de ellos; una terapia biológica con una historia bastante rocambolesca no exenta de polémica y de detractores. En gran parte da cuenta de la evolución del concepto de enfermedad mental; principalmente las psicosis y las depresiones melancólicas; y, por otro lado, como herramienta terapéutica, a veces no usada para tales fines, destapa lo mejor y lo peor de la condición humana.

Breve Historia de la Convulsivoterapia

A principios del siglo XX se desarrolló una teoría sobre el antagonismo entre la “Epilepsia” y la “Esquizofrenia”, denominada “Teoría de la exclusión” o “del antagonismo”, la cual postulaba que padecer Epilepsia protegía de desarrollar Esquizofrenia. Se pensaba entonces que, si los ataques epilépticos generaban mejorías en los esquizofrénicos, podría tener mucho

sentido la inducción artificial de estos con finalidad terapéutica y, para ello, se podían utilizar determinadas sustancias químicas. El mayor avance a este respecto se produjo a través de los trabajos de un neurólogo húngaro interesado en la Psiquiatría, llamado Ladislav J. Von Meduna (1896- 1964), que popularizó sus técnicas utilizando las inyecciones de alcanfor para provocar dichas convulsiones.

Sin embargo, el uso de este producto vía oral estaba ya perfectamente documentado en la antigüedad, existiendo referencias al tratamiento de afecciones psiquiátricas por Paracelso, en el siglo XVI; y en la farmacopea del siglo XVIII se encontraba prescrito para el tratamiento de las enfermedades “nerviosas”, como muestra la publicación de Oliver en el London Medical Journal de 1785, respecto a la provocación terapéutica de convulsiones con alcanfor oral en un caso de manía. Incluso parece que el mismísimo Kraepelin (1856-1926) lo aconsejó posteriormente, junto al whisky o el brandy, en casos de “excitación extrema con colapso inminente”. El 23 de enero de 1934, tras años previos experimentando con animales, Von Meduna provocó una crisis convulsiva –inyectando intramuscularmente una mezcla de alcanfor disuelto en aceite– en un paciente de 33 años, afecto de una Esquizofrenia Catatónica de cuatro años de evolución. Tres semanas más tarde y al cabo de otros cinco tratamientos, se había logrado una estabilización de su psicosis. Poco después, Von Meduna sustituyó el alcanfor por pentylenetetrazol, (comercializado en España como Cardiazol®) por su menor latencia para inducir convulsiones y la presencia de menos molestias locales, ya que el alcanfor producía dolor en el punto de inyección y vómitos, pero tampoco el Cardiazol® resultó una panacea respecto a los secundarismos. En cierta manera y aunque su terapia consistía en provocar convulsiones con sustancias químicas y no con

electricidad, los trabajos de Von Meduna fueron fundamentalmente los que inspiraron a Cerletti –como este mismo reconoció posteriormente– para desarrollar posteriormente el Electroshock (ES). Al fin y al cabo, las teorías de ambos se basaban en la producción de convulsiones para la curación de la enfermedad mental. Lamentablemente para Von Meduna, las aportaciones de Cerletti a finales de la década de los 30, como veremos a continuación, provocaron que su gloria fuera efímera.

De forma paralela, el médico austriaco Manfred J. Sakel (1900-1957), que usaba tratamientos a través de comas insulínicos a pacientes con dependencia a la morfina, decidió realizar ensayos terapéuticos con el mismo proceder en pacientes psicóticos. A este tratamiento se le denominó “La Cura de Sakel” en su honor. Los resultados fueron espectaculares para la época, y ese afán por ser el artífice creador de la terapia más eficaz con el menor daño posible para sus pacientes, le llevó años después a polemizar en un congreso con Meduna y Cerletti sobre la paternidad de la convulsivoterapia, haciendo hincapié en que fue él su verdadero creador, argumentando a través de los casos, que de forma previa a este coma se produjeron crisis epilépticas, y asumiendo que ese era el efecto buscado por él y no necesariamente el coma. Sin embargo, el paso de los años consolidó la técnica de Cerletti en detrimento de las de Sackel y Von Meduna.

Breve historia de la Electroterapia

El uso de la corriente eléctrica para el tratamiento de las enfermedades en Medicina es algo muy antiguo. De hecho, la denominada “Electroterapia” es una rama de la Medicina y se utiliza a menudo en técnicas de rehabilitación por sus efectos antiinflamatorios y analgésicos, siendo

sobradamente conocido –incluso por el público general, gracias a la televisión– el uso terapéutico de la electricidad mediante las palas cardíacas, cuando un paciente llega a urgencias en estado de parada cardiorrespiratoria. De la época grecorromana datan los primeros usos del pez “torpedo” o “raya eléctrica” para el tratamiento de los procesos reumáticos. Sin embargo, no parece que fuera hasta el siglo XVI cuando los jesuitas comenzaron a usarlo en pacientes mentales, supuestamente “endemoniados”, con objeto de librar a estos de la “posesión diabólica”. El pez es aplanado, puede alcanzar los setenta centímetros de largo y posee unos órganos que producen descargas eléctricas, que le permiten capturar presas. La curiosa relación entre los representantes de la Iglesia, los pacientes y el demonio, se saldaba haciéndole morder progresivamente al sujeto un pez torpedo, hasta que se provocaba la descarga eléctrica que supuestamente expulsaba al “diablo” del cuerpo del paciente. Se trataba del siglo XVI, y la técnica puede resultar extraña, pero la existencia de la posesión demoníaca continúa sosteniéndose hoy en día como algo real por algunas instituciones.

A este respecto, merece la pena recordar que los exorcismos se siguen practicando todavía, existiendo una organización católica denominada “Asociación Internacional de Exorcistas”, uno de cuyos fundadores fue el sacerdote italiano Gabrielle Amorth (1925-2016) de la diócesis de Roma, conocido como “el exorcista oficial del Vaticano”, con miles de exorcismos a sus espaldas.

El uso posterior de la electricidad en el tratamiento de las patologías mentales está más documentado desde finales del siglo XVIII, destacando el tratamiento con corrientes eléctricas a través del cerebro realizado por un cirujano llamado John Birch en 1792 a un paciente melancólico, siendo

también conocido el tratamiento de la “melancolía” con corriente galvánica, propuesto por el famoso psiquiatra francés y discípulo de Charcot, Joseph Babinski (1857-1932) en el año 1903. En España, a mediados del siglo XIX, también se usaban las corrientes eléctricas en el tratamiento de diversas patologías mentales, como la “melancolía” y el “éxtasis”, aunque al decir de alguno de los alienistas más reputados de la época, los resultados eran bastante pobres. El uso de la electricidad y su eficacia en las enfermedades mentales por aquel entonces se basaba, sin embargo, en las supuestas propiedades intrínsecas de la electricidad. Pocos años después de la muerte de Babinski, unos italianos iban a revolucionar la Medicina con la introducción de la Terapia Electroconvulsiva (TEC) mediante la invención de una máquina capaz de provocar convulsiones a través de choques eléctricos en el ser humano, inaugurando la técnica conocida hasta nuestros días con el nombre de ES. El planteamiento era distinto: no se basaba en las propiedades de la electricidad, sino provocar convulsiones a través de la esta, teorizando que lo que realmente resultaba eficaz eran las convulsiones. De nuevo, la “Teoría del Antagonismo” o de la “exclusión” entre la Epilepsia y la Esquizofrenia, pero esta vez con distinta instrumentalización.

Breve historia de la TEC

En mayo de 1937, la Asociación Suiza de Psiquiatras celebró un congreso en la ciudad de Münsingen para dilucidar cuál de los dos métodos que se usaban entonces (curas de Sackel y de Von Meduna) era más eficaz en el tratamiento de la Esquizofrenia. Durante este, un italiano llamado Lucio Bini (1908-1964) sugirió que la inducción de convulsiones mediante la corriente eléctrica era algo que también debería tenerse en cuenta. A la sazón, Bini

trabajaba con Ugo Cerletti (1877-1963), Catedrático de Psiquiatría en Roma; y fue la persona que fabricó el primer aparato de ES tal y como lo entendemos hoy. Cerletti llevaba años experimentando con los efectos de la corriente eléctrica en animales, pero no acaba de conseguir que estos sobrevivieran a las paradas cardiacas que provocaba el paso de la corriente eléctrica. Entonces, le aconsejaron visitar el matadero de Roma, donde los cerdos recibían las descargas eléctricas mediante una colocación distinta de los electrodos, y solamente quedaban aturdidos antes de ser sacrificados. Esto le permitió a Cerletti cambiar la posición de los electrodos en sus experimentos y comenzar a experimentar con seres humanos. La historia de la aplicación del primer ES en humanos es, básicamente, la siguiente: Aunque sobre el día exacto hay alguna discrepancia, el 18 de abril de 1938 se usó por primera vez la técnica en humanos y, concretamente, en la Clínica para Enfermedades Mentales de la Universidad de Roma, que dirigía Cerletti. Allí se encontraba ingresado un enfermo psicótico de 39 años, que había sido llevado por la Policía al encontrarle varios días vagando por un parque. Se le aplicó primero una leve descarga, y como solo se produjeron algunos espasmos, Cerletti indicó una segunda descarga, con gran temor de los presentes a que el paciente falleciera si se aumentaba la intensidad de la corriente. Tras la primera descarga, el paciente se había puesto a cantar, pero cuando oyó que le iban a dar la definitiva, gritó en italiano: “¡Non una seconda! ¡Mortífera! “(“¡Una segunda no: mortal...!”). Aun así, recibió la descarga por indicación de Cerletti –con gran temor del resto de los presentes– y tras esta presentó una convulsión epiléptica de gran mal. Finalmente, tras 14 sesiones a lo largo un periodo de dos meses, fue dado de alta y pudo reincorporarse a su trabajo. Al año del alta el propio paciente señalaba estar bien, pero su mujer indicó que habían reaparecido los celos

y parecía hablar solo por las noches. El ES se extendió rápidamente en los EE. UU. gracias a que Renato Almansi, colaborador de Cerletti, llevó allí un aparato de ES y, junto a David Impastato, lo usó en febrero de 1940 para realizar por primera vez la técnica, en el hospital Columbus de Nueva York. Al año siguiente, ambos autores publicaron en el American Journal of Psychiatry un artículo sobre el tema, difundiéndose la técnica desde entonces por todo el país. En paralelo, esta se había extendido también por toda Europa, aunque el estallido de la Segunda Guerra Mundial en este continente derivó en que el desarrollo de la técnica fuera más rápido y constante en los EE. UU.

El inicio de la estigmatización de la TEC

Como observamos, en el desarrollo de la historia de las tres técnicas mencionadas; tanto de la electroterapia y la convulsivoterapia, como de la electroconvulsivoterapia -combinación de ambas técnicas- ; y del mismo modo que ocurrió con otros muchos avances en la Medicina; los pacientes podían sufrir “castigos” si resultaba necesario para atisbar conocimiento, convirtiéndose en una suerte de mártires de la Medicina: en el mejor de los casos, por desesperación ante la necesidad de tratar el malestar de estos con los escasos conocimientos fisiológicos y científicos que se poseían hasta aquel momento; quizás, en pos de una búsqueda narcisista de fama y gloria por parte de científicos y profesionales sanitarios sin importarles el sufrimiento ajeno ni los costes humanos, aunque esto supusiera la pérdida de la vida de los pacientes como precio, en alguno de dichos procedimientos. La máxima “Todo por el paciente pero sin el paciente” se convirtió en norma, e incluso tras el desarrollo de la Anestesiología moderna, muchas veces se hizo uso del sufrimiento físico que podían llegar

a producir estas terapias biológicas, como estímulo aversivo destinado a la modificación de conductas.

Su utilidad clínica en pacientes melancólicos y algunos pacientes psicóticos refractarios provocó, por un lado, el uso indiscriminado de la TEC en cualquier trastorno mental, produciendo un deterioro de su eficacia, ya que no se obtenían los mismos resultados al ampliar el espectro de los cuadros clínicos a tratar; y, por otro lado, surgieron corrientes de la Psiquiatría que creían haber descubierto “el Santo Grial”, y enarbolaron la bandera del origen estrictamente orgánico de todas las manifestaciones psiquiátricas de forma simplista y reduccionista, creando una guerra abierta entre la llamada “Psiquiatría Biológica”, y la “Psiquiatría Social” y la “Psicología moderna”; que aún sigue vigente en la actualidad. Teniendo en cuenta que todos estos sucesos acontecieron antes de la integración de los Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales, el drama humano estaba servido. Hasta dicha integración, los pacientes con trastornos mentales graves de la época, ante la imposibilidad de ser tratados, fueron repudiados, encerrados y apartados de la sociedad, a través de su reclusión en los antiguos manicomios o “asilos de almas”, más cercanos en su estructura y funcionamiento a prisiones que a unidades de cuidado. Al propio sufrimiento de la enfermedad mental, se le unía la angustia del aislamiento. En estas circunstancias, es lógico pensar que en aquella época no podíamos contar con la ayuda de dos de los actores principales de este procedimiento, introducidos a posteriori por los médicos anesthesiólogos: la propia anestesia y el miorrelajante. La historia nos dio muestras de su crueldad y el “primum non nocere” quedó en el olvido. Se vivieron espectáculos dantescos entre los que se incluyeron paradas cardiorrespiratorias por los altos voltajes que producían los primeros aparatos, sin que existiera

personal adecuado para abordarlas ni equipos de reanimación; pacientes agitados que acudían sujetos, convulsionaban físicamente y, en ausencia de relajante muscular, acababan sufriendo dolorosas luxaciones de miembros, principalmente en hombros y muñecas. El paciente no podía escapar de la sensación desagradable de la propia convulsión, la angustia de la hipoxia y el dolor físico de las contracciones espasmódicas y de los golpes de su cuerpo contra el suelo y objetos. Algunas mentes -más enfermas que las de los propios pacientes- llegaron a usar la TEC como máquina de tortura para disidentes políticos, obtención de información en interrogatorios, terapia aversiva contra la homosexualidad, o para experimentar fuera de cualquier principio ético sus posibles efectos sobre la memoria o la capacidad de resistencia del cerebro ante reiteradas convulsiones. Su uso por parte de regímenes totalitarios para perpetrar todo tipo de atrocidades impregnó a la técnica de un estigma para muchos imborrable.



Imagen 1. Terapia electroconvulsiva.

Uno de los casos mejor documentados de este tipo de uso de la TEC fue el famoso caso del Proyecto MK Ultra; un programa de control mental (en inglés “Mind Control”) secreto e ilegal diseñado y ejecutado por la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos (CIA) para la experimentación en seres humanos. Estos experimentos estaban destinados a identificar y desarrollar nuevos procedimientos y sustancias para usarlos en interrogatorios y torturas, con el fin de debilitar al individuo y forzarlo a confesar a partir de la aplicación de diversas técnicas, entre las que se encontraba la TEC a cargas muy por encima de las utilizadas con fines terapéuticos para, entre otros objetivos, inducir estados post-críticos que generaran efectos equivalentes a “sueros de la verdad”, junto con otras finalidades atroces, algunas de las cuales ya han sido descritas en este apartado. Además, se usaron drogas como el LSD y se administraron técnicas de hipnosis, privación sensorial, aislamiento y hasta abusos sexuales. El Proyecto MK Ultra se inició por orden de Allen Dulles, entonces director de la CIA, el 13 de abril de 1953.

Hasta 1977 no se tuvo conocimiento públicamente de la existencia de esta operación secreta, gracias a una investigación del Senado americano que condujo a la desclasificación de 20.000 documentos de la CIA (todavía se desvelaron otros en 2001). Para entonces, el proyecto ya se había abandonado, pero durante las dos décadas en que estuvo activo, muchos ciudadanos estadounidenses y también canadienses fueron sujetos de experimentación en contra de su voluntad en universidades, hospitales y cárceles

Mantenimiento del Estigma

Con toda esta historia oscura en su haber, la TEC fue prohibida alrededor de los años 70 en países como Argentina e Italia, donde actualmente se

acepta su uso, pero el acceso a la técnica es muy limitado, y en la mayoría de las ocasiones se efectúa en clínicas privadas. Se realizaron campañas de descrédito por parte de científicos, psicólogos y miembros del movimiento Antipsiquiatría- término acuñado en 1967 por el psiquiatra inglés David Cooper y construido bajo los presupuestos teóricos del filósofo Michel Foucault- que siguen teniendo lugar en la actualidad. Resultaba fácil manipular los resultados y las interpretaciones a través de estudios consciente o inconscientemente mal diseñados. Para disminuir la eficacia de la TEC basta con utilizarla fuera de las indicaciones a través de “criterios de inclusión laxos”, por llamarlos de alguna manera, de Trastornos Afectivos y Psicosis, incluyendo depresiones de características reactivas o cuadros disociativos donde el componente psicológico y exógeno es primordial. Para cuestionar su utilidad, resulta bastante sencillo realizar la TEC simulada en pacientes con predominio de mecanismos de afrontamiento neuróticos “disfrazados” como auténticos sujetos afectados de Depresión, y asumir que el efecto terapéutico no es más que mero placebo. Para maximizar sus efectos secundarios sobre la memoria e incluso argumentar daño cerebral irreversible, basta introducir en los estudios pacientes ancianos con demencias reales, asignando diagnósticos de pseudodemencias depresivas, y asumir que el deterioro cognitivo permanente y la muerte neuronal objetivada con pruebas de imagen de las atrofas corticales, eran producidos por la TEC, en una tramposa relación etiopatogénica. Incluso sin tener que hacer uso de sesgos o falacias, muchos artículos hacían simple uso de interesantes juegos de palabras lanzados a la Comunidad Científica para mantener el estigma. Titulares sensacionalistas del tipo “La TEC produce pérdida permanente de

memoria” en su enunciado, a sabiendas de que este es el mensaje principal que recibe la sociedad en su conjunto, llevan en su desarrollo argumental lo que los propios documentos de consentimiento informado para la técnica ya expresan, pero con un matiz distinto: la laguna mnésica anterógrada de algunos minutos que se produce sobre todo en pacientes ancianos es permanente; no así la capacidad para fijar nueva información. Esto es; la información que no quedó registrada en la memoria del paciente tras la electroconvulsión no se puede recuperar porque nunca se retuvo. Usando una analogía: en los casos en los que sucede dicha laguna mnésica, la “cámara simplemente dejó de grabar” durante unos minutos, y por tanto el paciente no recuerda lo que ocurrió; pero la capacidad de fijar nueva información posteriormente no se ve afectada. Nada que no pueda suceder con el uso de anestésicos como el Propofol o de algunos ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, o incluso los propios “blackouts” que puede llegar a producir una intoxicación aguda de alcohol, incluso puntual; sin que se observe una estigmatización al mismo nivel. Todos estos intentos de descrédito son totalmente comprensibles tras el mal uso de la TEC en las décadas precedentes; pero dado que en algunos pacientes es una herramienta que salva vidas -como sucede en los casos de elevado riesgo suicida o en los de pacientes catatónicos incapaces de moverse o alimentarse- y en otros es la única opción -aquellos con psicosis o depresión melancólica refractarias a tratamiento farmacológico-, en la actualidad no son justificables este tipo de argumentaciones.

La TEC en el Cine

Pero por si no fuera suficiente todo lo anteriormente descrito para elevar la “maldición de la TEC” a escala global, el Cine dio una visión de dicha terapia más propia del género de la Ciencia-Ficción. (Es aquí donde damos

una advertencia de spoiler). Por ejemplo, la película de Milos Forman “Alguien voló sobre el nido del cuco” de 1975, basada en la novela homónima publicada en 1958 por el escritor Ken Kesey -quien de forma ingenua se presentó voluntario para el Proyecto MK Ultra por su interés por el LSD-: un relato apasionado sobre la tiranía de la Psiquiatría pre-reformista, en el que se desarrollan mensajes tan positivos como el establecimiento de la amistad y la empatía entre seres humanos en los más inhóspitos lugares y en las más terribles circunstancias; además de la búsqueda de libertad y emancipación frente a los opresores. En esta película, el protagonista -que realmente no es una paciente mental y busca librarse de una condena en prisión-, es “víctima de los terribles electrochoques” al final de la película. La documentación científica utilizada para la elaboración de la novela fue nula, a pesar de que su autor había formado parte del programa experimental de la CIA. El resultado de la terapia recogido en el filme fue una apatía y aplanamiento afectivo orgánico, en una clara confusión entre el efecto real que produce la TEC y el que produce la lobotomía, esa técnica verdaderamente aberrante que se desarrolló de forma previa a la era de la Psicofarmacología, y que tiene el dudoso honor de haberle valido un premio Nobel de Medicina a la Psiquiatría.

En otra obra destacable del Cine moderno, “Réquiem por un sueño” (2000) de Darren Aronofsky; un relato visualmente impactante sobre las consecuencias del consumo de drogas, tanto legales como ilegales; se observa en una de sus últimas secuencias cómo la madre del protagonista tras experimentar un episodio psicótico tras consumo masivo de anfetaminas como método adelgazante, recibe un electroshock

plenamente consciente, sin anestesia ni relajante muscular y en varias tandas, ya que la paciente “no responde al tratamiento”; tal y como si se tratara de una cardioversión y hubiera que hacer nuevos intentos hasta llevar a cabo el cometido de la técnica. Esa escena para los profesionales que conocemos el proceder de la TEC resulta tan surrealista que llegamos a preguntarnos si Darren Aronofsky quiso reflejarla deliberadamente en ese tono hiperbólico cuasi paródico, o si simplemente se trata de un absoluto desconocedor de la técnica y su realización.

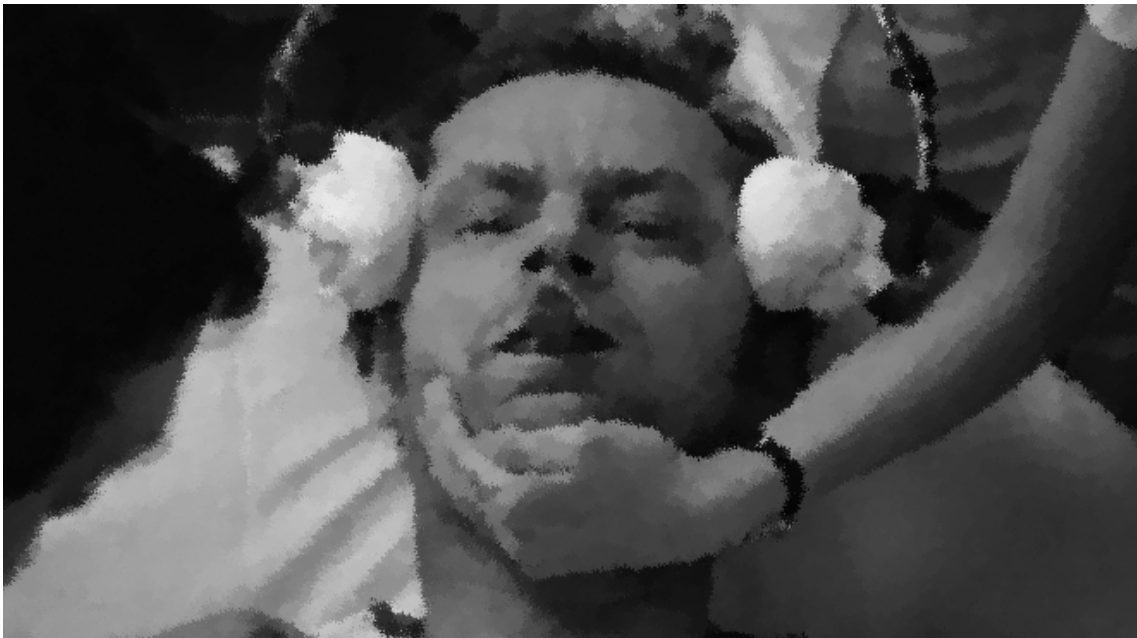


Imagen 2. Escena de “Alguien voló sobre el nido del cuco” rodada en 1975.

Sin que el retrato distorsionado de la técnica a través de la filmografía a lo largo de décadas sea, tampoco, suficiente, para desprestigiar una técnica que tantas vidas ha salvado, como piezas clave de la Industria Cinematográfica contamos con figuras prominentes de la talla de Tom Cruise enarbolando banderas de la, a día de hoy considerada una secta, “Iglesia de la Cienciología”, entre cuyas filas destacan conocidas y

relevantes personalidades del séptimo arte, haciendo apología de un mundo sin Psiquiatría ni psiquiatras, y divulgando falsos datos sobre los presuntos nefastos efectos, incluso pecaminosos para con sus creencias, que atribuyen a la TEC. La Estimulación Magnética Transcraneal como alternativa a la TEC

La vergüenza y el desagrado que produjo en Estados Unidos la revelación del proyecto MK-ultra, sumado al estigma ya existente, pudo servir de impulsor en el desarrollo de nuevas terapias biológicas no farmacológicas basadas en la tecnología y la Física, siendo su máximo exponente los aparatos de Estimulación Transcraneal Magnética Profunda en la primera década del siglo XXI.

La empresa iraní Brainsway desarrolló la técnica en 2006, y varias empresas estadounidenses compraron la patente para poder desarrollar su propio aparato y explotarlo comercialmente. La Estimulación Transcraneal Magnética o TMS producía un campo electromagnético a través de una enorme bobina en forma de asa que no entraba en contacto en ningún momento con el paciente y que produciría la despolarización selectiva de neuronas de la corteza cerebral para conseguir el efecto terapéutico. La esperanza de los clínicos y, por qué no decirlo, de todos los inversores en dicha tecnología, era la de conseguir una terapia al menos tan eficaz como la TEC sin tener que cargar con el estigma que esta traía consigo. Lamentablemente -o no- en 2014 se realizó un metaanálisis comparativo de la efectividad de ambas técnicas, y se estableció que la eficacia de la TEC era superior en lo que se refiere a respuesta y remisión frente a la Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva, y que además era mucho más eficiente, puesto que los nuevos aparatos eran mucho más costosos

que los ya existentes para la Terapia Electroconvulsiva. Rápidamente cayó el interés comercial por la técnica, si bien se ha ido estimulando su mayor desarrollo no solo en patología psiquiátrica sino en enfermedades neurológicas neurodegenerativas e intervención en paciente post-ictal.

La dignificación de la TEC: Participación de los Servicios de Anestesiología en los procedimientos

La inclusión de los Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y el abandono del concepto institucional de los antiguos manicomios, que en nuestro país se produjo en el año 1986 a través de la Ley General de Sanidad, permitió la colaboración con otros Servicios hospitalarios que actuaban como cooperadores necesarios e interconsultores. En este sentido, es incuestionable la labor de los anestésistas en la dignificación de los procedimientos, ya que la realización de sedación y anestesia breve, sumado a la aplicación de relajantes musculares para evitar las convulsiones físicas, han humanizado una terapia que, de no ser por ellos, mantendría las connotaciones negativas de “tortura”.

Aun con todo ello, sigue sin ser una técnica visualmente agradable, ya que el paciente tiene una posición de pasividad frente a la terapia, se realiza habitualmente en un quirófano y no en una elegante consulta, y a pesar de la miorrelajación, la aplicación directa de la corriente eléctrica sobre el músculo masetero produce contracción mandibular en un rictus facial que pareciera expresar sufrimiento, a pesar de que la técnica en la actualidad es indolora. Y es a ese respecto que nos parece oportuno preguntarnos si es más importante el aspecto estético de la técnica que realizamos que el beneficio que producimos en los pacientes.

Conclusiones

Tal y como queda reflejado en el último Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva: *“esta técnica es uno de los tratamientos que más juicios de valor y calificativos ha recibido en el campo de la Psiquiatría y, probablemente, de toda la Medicina. Más allá de la polémica y de la controversia, es un tratamiento longevo, con casi 80 años de historia, y en nuestros días seguro, eficaz y vigente.”*

Resulta curioso observar como en los países escandinavos, que tanto admiramos desde el punto de vista social por el alto grado de soporte institucional, se ofrece a los pacientes la posibilidad de realizarse la TEC en lugar de administrarse medicación, siempre que los casos se encuentren dentro de las indicaciones aprobadas. Este hecho, probablemente secundario a una visión cultural más amplia de la libertad y de la independencia de los individuos, sumado a que su alto nivel socioeconómico permite disponer con mayor facilidad de una adecuada accesibilidad a los quirófanos, hace que se encuentren entre los países con mayor indicación de esta técnica.

Nos parece también importante señalar que la persistencia de la técnica a pesar de todo el estigma histórico que la acompaña no obedece a ningún interés comercial, como sí podría suceder -y de hecho sucede- en el caso de la Industria Farmacéutica. Además, queremos destacar que en un período donde cada vez se hace mayor hincapié en respetar los principios de libertad y autonomía de los pacientes, la terapia no entra en contradicción con estos, ya que requiere de la firma de consentimiento informado y el paciente, si está en plena posesión de sus facultades mentales puede interrumpir el tratamiento cuando lo desee; y de no ser así, ha de contarse

con la autorización por parte de familiares, y en casos en los que esto no ocurra y no exista otra opción terapéutica posible, ser autorizado por un juez. Este hecho contrasta con otras terapias y prácticas que nos cuestionamos mucho menos, como la aplicación involuntaria de psicofármacos, donde la Ley permite la aplicación al paciente si existe alteración del juicio crítico de la realidad con posible daño para sí mismo o para terceros.

Finalmente, nos parece importante destacar que la recuperación del paciente es primordial, y que esto se logra sin transgredir los principios de la Bioética, a saber: de no maleficencia, de justicia, de autonomía y de beneficencia, sin que en momento alguno se actúe en contra de todo aquello reflejado en el Código Deontológico de nuestra profesión, siempre y cuando se pongan en práctica los métodos adecuados, aplicados de forma eficiente y justa. Para ello, en función de las características cada afección, serán más adecuadas unas técnicas frente a otras, sin que estas sean necesariamente excluyentes entre sí, pudiendo potenciar sus efectos de forma sinérgica, como es el caso de la TEC y determinados psicofármacos. Incluimos, como no puede ser de otro modo, las medidas de soporte para la integración y rehabilitación psicosocial, el tratamiento con psicoterapia y los cuidados de Enfermería. Es por ello que defendemos la desestigmatización de la TEC como forma de mejora de la salud mental de los pacientes que puedan beneficiarse de ella, porque, como señalábamos con anterioridad, no puede ser más importante el debate sobre la técnica a utilizar, que el beneficio objetivo en el paciente, sin perjuicio de éste ni de la sociedad de la que forma parte.

Referencias bibliográficas

1. Pacheco Yáñez L, Padró Moreno D, Dávila Wood W, Álvarez de Ulate Unibaso S, Gómez P. Historical review of the so-called biological therapies in psychiatry de Maintenant. Revista Norte de Salud Mental. 2015; 13 (52): 89-99.
2. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignifying Electroconvulsive Therapy based on evidence. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2015; 8 (2): 51-116
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of electroconvulsive therapy (technology appraisal 59). NICE, (2003). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59>
4. León Ruiz M, Rodríguez Sarasa ML, Sanjuán Rodríguez L, Benito-León J, García-Albea Ristol E, Arce Arce S. Current evidence on transcranial magnetic stimulation and its potential usefulness in post-stroke neurorehabilitation: Opening new doors to the treatment of cerebrovascular disease. Neurologia. 2018; 33(7):459-72
5. Ren J, Li H, Palaniyappan L, Liu H, Wang J, Li C, Rossini PM. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: a systematic review and meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2014; 51:181-9.
6. Cazzaniga Pesenti J, Suso Araico A. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España; 2015 [acceso 15 de marzo 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

MISCELÁNEA

RESEÑA HISTÓRIA ABREVIADA DE LA PROFESIÓN DE PRACTICANTE EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Artículo publicado en la versión impresa del periódico *El Día*, el 01 de agosto de 2006, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Miguel Hernández de L. Muñoz.

Sociedad Canaria de Historia de la Medicina

Celebramos hoy la conmemoración del 150 aniversario de la denominación oficial del título de Practicante en Medicina y Cirugía del hasta entonces llamado Ministrante y Médico Práctico, citado ya desde los tiempos de Hipócrates, el "Padre de la Medicina" y de Galeno, médico griego que ejerció en Roma, cuatrocientos y doscientos años, respectivamente, antes de Cristo.

Como estamos viendo, los verdaderos orígenes de nuestra profesión son tan antiguos que se pierden en la noche de los tiempos. Ya aparecemos citados como ayudantes médicos en la "Iliada" y en la "Odisea", de Homero, en torno al siglo VIII a. de C. Así que piensen ustedes si es vieja nuestra profesión. También se nos denominó en la antigüedad cirujanos menores

Romancistas o de toga corta, cuando los médicos se denominaron cirujanos mayores, latinistas o de toga larga.

Ya muy posteriormente, aquí en España, el rey don Pedro IV de Aragón, llamado "el Ceremonioso", dicta una R. O. de 1354 obligando a toda expedición marítima a llevar por cada galera un ayudante médico, y los Reyes Católicos, posteriormente, dictan normas sobre las atribuciones de los cirujanos sangradores, que fue otra de las denominaciones de esta vieja profesión, tan pródiga en cambio de nombres. Al final del siglo XVI, la Compañía Holandesa de Navegación pide a su Gobierno la creación de una carrera corta de Medicina y Cirugía (practicantes) para ejercer no sólo en el mar, sino en las poblaciones rurales donde no hubiese médico.

De nuestro antecesor, el ministrante, guardamos una anécdota que nos enorgullece, que el padre del Príncipe de las letras, Miguel de Cervantes, ejerció de Ministrante en Alcalá de Henares, donde puede visitarse su casa y consulta, conservadas como museo. Don Rodrigo de Cervantes, que así se llamaba, ejerció después de 1547 en Valladolid y finalmente en Madrid.

Y ya en el reinado de Isabel II, allá por los años 1857, se crea la carrera de Practicante en Medicina y Cirugía, potenciada posteriormente por RR.DD. de 26-4 de 1901, 31-1 de 1902 y 10 de agosto de 1904, confiriéndosele la facultad de la asistencia a partos normales. El practicante es ya un profesional liberal que se prodiga tanto en el ámbito hospitalario como en el privado, cotizando a Hacienda y atendiendo a sus clientes en su propio despacho, de igual forma que se desenvuelve su superior inmediato, el médico.

Nuestra profesión de practicante abarcó lo que hoy es materia de tres carreras: la Cirugía Menor, la Podología y la Fisioterapia, practicando

además la anestesia y la extracción dentaria hasta que los médicos tuvieron acceso a estas especialidades.

El paso del tiempo ve surgir las grandes figuras profesionales de la clase: Rafael Fernández Carril, presidente de la Federación Nacional antes de instaurarse la colegiación obligatoria, orador eminente y culto, que fue gobernador civil de Soria y más tarde de Huesca, allá por los años 30 del pasado siglo; José Blanco Novo, que llegó a general de la Guardia Civil, impartió clases en la Escuela de Medicina Legal y fue presidente honorario del Colegio de Practicantes de Asturias José Bacorell, que fue coronel del Ejército, delegado del Gobierno en las plazas de soberanía del norte de África y también presidente honorario de su colegio de practicantes; el señor Villar Palasí, que ejerció nuestra profesión en Valencia, hombre estudioso y culto, hizo después otras carreras y fue ministro de Educación y Ciencia en uno de los gobiernos del anterior régimen. Esa fue nuestra carrera, de la que nos sentimos orgullosos: Ella produjo gobernadores, generales, ministros y políticos de altura. Aquí mismo, en nuestras islas: calles, monumentos, nombramientos de Hijos Adoptivos y Predilectos, y homenajes múltiples nos han sido pródigamente concedidos.

Y como tengo el compromiso formal de no rebasar el contenido de un folio, tengo que poner punto final, dejando muchos folios en el tintero. Pero eso sí, al margen ya del folio que me encargó mi buen amigo y compañero en las armas de la profesión y de la pluma, Carlos Díaz Cejudo, quiero enviar mi más cordial saludo a todos los compañeros que pasaron por la vida desbridando abscesos, operando quistes sebáceos, haciendo punciones y cateterismos, canalizando venas difíciles y dando puntos en vez de quitarlos, como hace ahora Tráfico en los carnets de conducir. Para todos, mi más cariñoso abrazo y muchas gracias por su atención.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como:

- **EDITORIAL**. Estará destinado a artículo doctrinal o de opinión, en los que se abordarán cuestiones de marcado interés, por ser relevantes o polémicas en el momento en se realiza la publicación periódica.
- **SAPIENZA VIVA**. Esta herramienta está destinada a difundir y dar a conocer las trayectorias de aquellas personas relevantes por su ejercicio profesional dentro de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.
- **HISTORIA**. Destinada a la publicación de anales o crónicas, tanto originales como posibles revisiones relacionadas con disciplinas propias de las Ciencias de la Salud.
- **TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES**. Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan al desarrollo tanto teórico como filosófico de las Ciencias de la Salud, así como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- **MISCELÁNEA**. Sección encarga de la divulgación de actividades, noticias, agenda, entre otros, así como de la revisión de novedades editoriales.
- **CARTAS AL DIRECTOR**. Serán aceptados en esta sección todas aquellas discusiones de trabajos publicados con anterioridad en EGLE, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias de extensión breve en su texto.

PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

- Estructura del manuscrito: En la primera página estará destinada al título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués. Seguidamente el nombre de los autores, un máximo de seis (6), también en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a. R.

Pérez Pérez. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. La segunda página estará destinada al resumen del trabajo que tendrá un máximo de 200 palabras, igualmente en los tres idiomas ut supra. En la parte inferior se incorporarán un máximo de cinco palabras que los autores consideren claves con respecto al tema abordado en el artículo. El dossier se verá concluido con el contenido del artículo, con un número máximo de veinte páginas, en las que no se incluirán notas al pie de página. La última página estará dedicada a la bibliografía.

Con respecto a esta última, se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, exponencial o entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. En el caso de que el trabajo esté orientado hacia las Humanidades, se utilizará el sistema de nombre y año, atendiendo a las recomendaciones establecidas por el Sistema Harvard. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería, Index Medicus o en la web CiberIndex. Seguidamente se muestran algunos ejemplos del formato a llevar a la hora de las citas bibliográficas:

Publicaciones periódicas.

Artículo ordinario.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14).

Autor corporativo.

Comité Internacional de Editores de Revistas de Historia de la Medicina. Index de Enfermería. 1992;1(6):6-14.

Autor no identificado.

Historia de la Enfermería [editorial]. RN. 1992; 1(6):1-2.

Atendiendo al tipo de artículo.

Fernández Martín, Marisa. Historia de la Antropología [carta]. Tesela, 2005; XVI(57):7-17.

Pérez Pérez, Olga; Megias López, Antonio; Martínez Hernández, Ruymán. Ayer y hoy de la bibliografía de la Historia de la Enfermería. Revista Rol.. En prensa (fecha de aceptación 14.09.2012).

Libros-monografías.

Autor/es personal/es.

Castro Molina, Francisco Javier; Rodríguez Gómez, José Ángel. Uniforme e imagen social de los cuidadores profesionales. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, 2012 (1ª ed.).

Directores- compiladores como autores.

Siles González, José (editor). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999.

Capítulo de un libro.

Losada Pérez, Antonio. Historia y asistencia en la ciudad de Granada. En: Granados Antón, Marta, editora. Salud, asistencia e Historia de Granada. Granada: Ayuntamiento de Granada, 2007 (2ª ed.); Vol 3:37-78.

Actas de reuniones científicas.

Pacheco Guanche, Francisco Javier. Historia, arquitectura y asistencia del Manicomio Provincial de Huelva. Actas del XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2012, marzo 2-3-4. Tarragona: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2012.

Documento electrónico.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n14/p0176.php>> Consultado el 30 de Mayo de 2013.

De Miguel, R.. (2012). El proceso histórico de las ciencias de la salud. <http://www.juntadeandalucia.es/29888746/salud/enferm.htm>; 25 de enero de 2005.

- Material gráfico, fotográfico e ilustraciones: deberán ser remitidas, junto con el artículo que se pretende publicar, indicando su número de orden y título a pie de página claramente.

- La fente tipográfica a emplear será Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL ARTÍCULO.

EGLE es una publicación periódica da la posibilidad de incorpora a su texto artículos en español, inglés y portugués. Una vez recibidos, pasan por un proceso de selección que consiste en una primera revisión realizada por el Consejo editorial que examina y comprueba que existe el cumplimiento de los requisitos establecidos por la revista, ut supra. En caso de no ceñirse a ellos, será notificado al autor o a los autores, para acometer los cambios precisos que se le indicarán.

Posteriormente, tras una clasificación temática, el artículo es remitido a dos especialistas para su evaluación, desconociendo éstos en todo momento la autoría del documento enviado. Una vez establecidos los conceptos de los pares académicos, el Consejo editorial unifica las recomendaciones que se le harán llegar al autor/autores que puede ser en tres modalidades: de aceptación de los ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo, situación esta última que deberá hacerse llegar vía correo electrónico o postal.

Si desde el Consejo Editorial se decidiera rechazar el artículo, se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión razonada adoptada por el órgano rector editorial. Cuando el manuscrito sea considerado para incluir en la publicación de la revista, esta situación será notificada a los autores, disponiendo éstos de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

EGLE se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto aportado que se pretende publicar. Los criterios en los que se fundamenta el Consejo Editorial son los siguientes: la originalidad y actualidad del tema abordado; la calidad y validez de los conocimientos aportados; la presentación, organización y desarrollo del texto; la inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en *EGLE. Revista de historia de los cuidadores profesionales y de la salud*.

