

## SUMARIO

### EDITORIAL

EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y  
ENFERMEDADES EN EL QUIJOTE

Francisco Toledo Trujillo

### HISTORIA

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LAS  
DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA DESDE FINALES  
DEL SIGLO XX HASTA EL MOMENTO ACTUAL

Jesús Manuel Quintero Febles, Gerson Reyes Abreu,  
Patricia Iria Suárez Daroca

MATRONAS EN LA ANTIGÜEDAD: ANTIGUO EGIPTO (I)

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

### MISCELÁNEA

EL SÍNDROME METABÓLICO.  
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ofelia María Guedes Hernández, Juan José Suárez  
Sánchez, Carlos Galván Marrero



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

acHpe<sup>o</sup>

Asociación Canaria de Historia  
de la Profesión Enfermera



### 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](mailto: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 V- Número 11. Segundo Cuatrimestre 2018.

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: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

#### SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 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<sup>o</sup> S<sup>a</sup> de Candelaria,  
adscrita Universidad de La Laguna (ULL)  
Universidad Nacional Educación a Distancia (UNED).

### REDACTOR JEFE

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

### SECRETARIO REDACCIÓN 1

Dr. Juan José Suárez Sánchez  
Universidad de La Laguna (ULL).

### SECRETARIO REDACCIÓN 2

Máster Natalia Rodríguez Novo



## COMITÉ DE REDACCIÓN

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

Prof<sup>a</sup>. Dra. Dña. Sara Darias Curvo. Enfermera. Profesora Titular. Antropóloga. Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Prof<sup>a</sup> 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.

Prof<sup>a</sup> 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. D. 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).

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

Prof. Dr. D. 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).

Dña. 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).

Profª. Dra. Dña. 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).

Prof. Dr. D. 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).

Profª. Dña. 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).

Prof. Dr. D. 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).

Dña. 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. D. 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).

D. 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)

Prof. Dr. D. 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).

Profª. Dña. 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

Prof<sup>a</sup> 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).

Prof. Dr. D. 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).

Prof<sup>a</sup>. Dra. Dña. María Paz Castro González. Enfermera. Profesor Titular. Universidad de León. Antropóloga (León-España).

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

Dra. Dña. 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).

Prof. Dr. D. 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).

Prof<sup>a</sup>. Dra. Dña. 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).

Prof<sup>a</sup>. Dra. Dña. 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).

Prof. Dr. D. 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 Psiquiátrico 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).

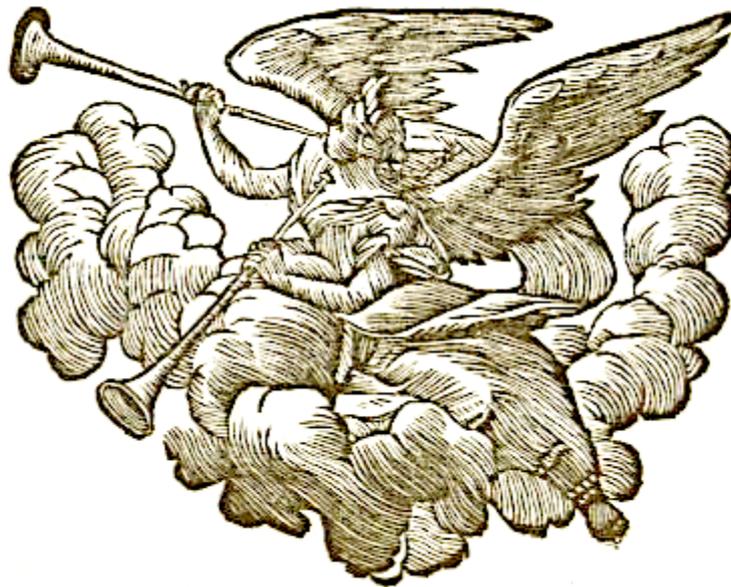
Prof<sup>a</sup>. Dra. Dña. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Profesora Titular. Vicedecana-Sección Enfermería y Fisioterapia, Universidad de La Laguna. Antropóloga (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

D. 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).

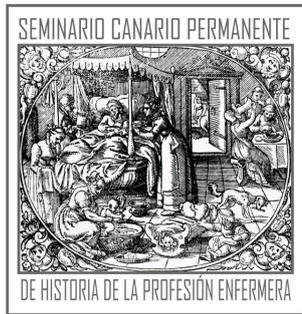
Prof. Dr. D. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Profesor Titular. Universidad de Alicante (Alicante-España).

Prof. Dr. D. 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).

Prof. Dr. D. 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

EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y ENFERMEDADES EN EL QUIJOTE

Francisco Toledo Trujillo

## HISTORIA

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA DESDE FINALES DEL SIGLO XX HASTA EL MOMENTO ACTUAL

Jesús Manuel Quintero Febles, Gerson Reyes Abreu, Patricia Iria Suárez Daroca

MATRONAS EN LA ANTIGÜEDAD: ANTIGUO EGIPTO (I)

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

## MISCELÁNEA

EL SÍNDROME METABÓLICO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ofelia María Guedes Hernández, Juan José Suárez Sánchez, Carlos Galván Marrero

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

# EDITORIAL

## EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y ENFERMEDADES EN EL QUIJOTE

Francisco Toledo Trujillo <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Académico numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife.

Correspondencia a: [ftoledotrujillo@gmail.com](mailto:ftoledotrujillo@gmail.com)

Sobre Cervantes y su obra hay una bibliografía médica copiosísima en la que cabe destacar los trabajos de: Sancho de San Román, Gómez Ocaña, Ramón y Cajal, Vallejo Nájera, y la de nuestro compañero Luís Hernández Nieto. Tras la lectura despaciosa del libro de Luís “La sangre y sus enfermedades en el Quijote”, quedé pensando que esta obra intachable sólo se explica porque Luís sabe aprovechar dignamente sus escasísimos ratos de ocio. Ese ocio que conforta el espíritu y da energía al cuerpo fatigado por el trabajo cotidiano. Creo que si a Hernández Nieto, uno de sus alumnos le preguntase: “Maestro, cuál es el libro de Medicina que me haga comprender el dolor, el sufrimiento, el amor, la violencia y todas las alegrías del hombre”. Luís contestaría, “lee el Quijote, hijo mío” como Paul Erlich a uno de sus discípulos.

El lector, que con calma y paciencia lea el Quijote tiene que llegar al convencimiento de que Cervantes sabía mucho de Medicina. Cervantes fue un excelente nosógrafo, capaz de plasmar perfectamente los síntomas de las enfermedades. Eso sería lo que hizo que Thomas Sydenham dijera al poeta Richard Blackmore que para aprender medicina leyera el Quijote. Su contacto con la medicina de entonces fue muy precoz, pues desde niño oyó y vio actuar a su propio padre, que era un cirujano-Sangrador a quien llamaban Rodrigo el Sordo, hombre muy dado a la lectura de libros de ciencia, de los que muy

posiblemente Cervantes llegara a leer, e incluso a poseer alguno. A Dios gracias, el que pudo ser médico famoso prefirió la aventura caballeresca de tratar de ser el mejor escritor de todos los tiempos en lengua española. Cervantes no alude directamente al doctor Juan Huarte de San Juan en sus escritos; sin embargo, en más de un aspecto, la semejanza de la condición física y mental de Don Quijote concuerda con los planteamientos expuestos por Huarte en su libro “Examen de ingenios para las ciencias” que desde antes de 1593 circuló con profusión en España. Es bastante probable que la caracterización del hidalgo manchego se haya fundamentado en la obra de Huarte. Creo que El Quijote es mucho más que la obra cumbre de las letras españolas. Es una enciclopedia costumbrista de la época cervantina y un muestrario cultural y social válido para todos los tiempos.



Imagen 1. “Don Quijote leyendo”. Grabado de Gustave Doré, c.1860.

Uno de los mayores éxitos de Cervantes es dar al lector la sensación de que todo lo que allí está escrito es realidad, de que Don Quijote no es un mito, sino un ser de carne y hueso y es tan vívida la ficción, que no se puede dudar que haya existido tal personaje. La locura de Alonso Quijano, transformado en Don Quijote de la Mancha, ha sido el tema que más ha llamado la atención médica y literaria en la obra de Cervantes. Por ello creo que debo arrancar mi análisis desde este aspecto. Cervantes, cuando trazo el perfil de un don Quijote tan Quijote, tuvo que mirarse a sí mismo, su vida un tanto rota y difícil, los acontecimientos en los que tomó parte activa y el proceso de senectud al que ya estaba sometido.

“A Don Quijote la fantasía se le asentó en la imaginación de tal modo que para él eran verdad todas aquellas soñadas invenciones que leía”. La insistencia de Cervantes en presentarnos a un loco como protagonista le libra de responsabilidades, pero deja la puerta siempre abierta para darnos a entender que don Quijote mismo gustaba de hacerse pasar por loco, ya lo había dejado entrever en las muchas ocasiones en que el mismo nos dice que “él cree que no debe de estar en su juicio por tales disparates que dice y piensa” (XLVIII). Cervantes escribió su testamento en el Quijote, y su gran mérito fue manifestar ese deseo íntimo por medio de una novela que sería la primera en su género, y que hasta el momento no ha podido ser superada.

Si nos limitásemos a escribir fríamente, una historia clínica de Alonso Quijano transformado por obra y gracia de su fantasía en Don Quijote o en el Caballero de la Triste Figura, observaríamos que Cervantes fue muy parco en mostrarnos los antecedentes de su protagonista. Si tratásemos de llegar a averiguar el origen de la locura de don Quijote, sería indispensable rebuscar en los antecedentes personales y familiares que son precisamente los que Cervantes deja a oscuras, pues ni del lugar del nacimiento quiere acordarse. Hasta ese punto quiso oscurecer el estudio y permitir que la duda estuviese siempre en nuestro ánimo.

Don Quijote había entrado en aquella década de la vida en la que más frecuentemente aparecen las psicosis. Uno de los antecedentes más llamativos, hoy conocido como causa favorecedora, si no como responsable directa de la locura, es el agotamiento. Influye sin duda en la aparición de la psicosis y Cervantes la relata como existente en su personaje y a este agotamiento atribuye el origen del problema. Alonso Quijano, «se

pasaba las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio» y éste es el motivo al que Cervantes atribuye el que «del poco dormir y el mucho leer se le reseco el cerebro» y por eso «vino a perder el juicio». De algo quería huir Alonso Quijano y por eso se dio a leer con ardor libros de caballería. El agotamiento le condujo a la desintegración parcial de la personalidad, a la psicosis, y aparece don Quijote de la Mancha, el otro yo de Alonso Quijano, que le libera de sus anteriores problemas en los que no podemos ahondar, pues sólo cábalas y suposiciones podríamos hacer.

Cervantes es un poeta y como poeta, sueña y nada más. Pero Quijote sueña también, y como es loco además de soñar, quiere realizar sus quimeras, quiere hacer y llevar a la práctica sus sueños. Quiere concretar lo abstracto. La locura de Don Quijote le lleva a actuar en el mundo. Pero el mundo real ha de ser sustituido por el que él se figura. Es lo que le ocurre con los molinos, la venta, los odres, etcétera. Tiene que ser así, porque entre la fantasía y lo fantaseado ha de haber correspondencia. El delirio, que es la forma de locura que interesa a Cervantes, da sentido a la vida del delirante. De aquí que el regreso a la cordura le entristezca definitivamente. Y debemos añadir que, aunque el hidalgo sufra “de ideas delirantes.” se trata de «un loco lucido».

Desde remotos tiempos la intuición popular relaciona el aspecto físico exterior del individuo con las cualidades de su espíritu, de ahí las frases comunes de «los ojos son el espejo del alma» y «genio y figura hasta la sepultura». Cervantes intuyó la relación entre biotipo y forma de psicosis, y así pudo asignar a su protagonista el género y clase de locura que correspondía a su configuración anatómica.

Pero ¿cómo era don Quijote? “Tarea de las más difíciles”, dice Unamuno, “empresa de las más dignas de un pintor”. Según se desprende de las palabras de Cervantes, era el Hidalgo de complexión recia, seco de carnes y enjuto de rostro. La nariz aguileña y encorvada, los bigotes grandes, negros y caídos. Las quijadas se besaban la una a la otra. Los ojos negros y las piernas largas y flacas. Ante esta descripción que completa el tipo asténico, se ha de pensar que al estar en relación genio y figura, las tendencias psicopáticas de don Quijote, han de quedar englobadas en los “trastornos por ideas delirantes persistentes”. Hemos de Añadir que por boca de Sancho se expresa el pueblo, y lo hace a menudo con tanta sabiduría, como si fuera un Sócrates analfabeto.

¿Que nos enseña el ingenioso hidalgo acerca del amor? Su amor hacia la ideal y nunca vista Dulcinea es la obsesión que dirige todos sus pasos, y hacia ella van todos sus

anhelos, sus deseos, y piensa que algún día podrá lograr unirse a ella en indisoluble lazo matrimonial. «...Y cuando se una el furibundo león manchego con la blanca paloma tobosina... De ese inaudito consorcio saldrán a la luz los bravos cachorros que imitarán las rapantes garras de su valeroso padre» (XLVI). Don Quijote sabe de las tremendas tentaciones a que están sometidos los caballeros andantes, y se propone no ceder ante los deseos irresistibles de las damas que, locamente enamoradas, le rodean...Por eso comienza a cuidarse y a pensar «en el peligroso trance en que su honestidad se veía cuando la hija del ventero vencida por su gentileza y enamorada se disponía a yacer con él» (XVI).

Don Quijote se resiste, en toda ocasión, a sus naturales impulsos sexuales. Esos impulsos se manifiestan en él cuando exclama, dirigiéndose a doña Rodríguez al penetrar esta obsequiosa en su estancia: «Ni soy de mármol, ni vos sois de bronce, ni ahora son las diez del día sino de la noche» (XLVIII). La filosofía del impulso sexual y del amor en Don Quijote, se condensa en una frase: «Soy enamorado porque es forzoso que los caballeros andantes lo sean, y siéndolo, no soy de los enamorados viciosos, sino de los platónicos continentes» (XXXII). Hasta ese punto su ideal caballeresco debe guiar sus instintos, el control sobre sus pasiones, y se lamenta exclamando: “Qué tengo de ser tan desdichado que no ha de haber doncella que me mire que de mí no se enamore” (XLIV). Don Quijote se traza mentalmente su ideal amoroso para sufrir por él, para tener un objetivo final que conseguir y para justificar su caballería andante. En relación con la psicología del amor en la mujer opina que es «condición natural en ellas desdeñar a quien las quiere y amar a quien las aborrece» (XX).

¿Cómo ve el amor Sancho Panza? Cree el escudero que el «Amor es un rapaz ceguezuelo, medio legañoso “o por mejor sin vista» (LVIII). Sancho dice de Dorotea que la vio «hociéndose por los lugares con su Don Fernando» (XLVI) ¡qué castellana expresión para expresar el beso por los rincones! El concepto que de los celos posee Cervantes queda manifiesto en los trabajos de Persiles y Sigismunda: “Mira, amigo Periandro: esta enfermedad que los amantes llaman celos una vez se apodera del alma enamorada, no hay remedio que la valga; y los efectos que hace son tan grandes, que mejor es al amante el morir desesperado, que vivir con celos.

Hablemos ahora del sueño. Como necesidad fisiológica, es sentido por los dos personajes principales de la obra con características muy diferentes según su propia

biopersonalidad. Don Quijote, siendo flaco, es de un temperamento nervioso e impulsivo, y está lleno de ideas obsesivas, todo lo que ha de tender a quitarle el sueño. Por otra parte, tiene la idea de que los de su profesión y oficio no deben dormir, sino pasarse la noche con dulces pensamientos en la princesa de sus sueños. Sancho, por el contrario, es la antítesis ideológica, necesita dormir, donde sea y como sea. «Cualquier alcornoque es bueno, lo mismo que la albarda de su jumento, para recostar la cabeza y dormir a pierna suelta». Don Quijote que conoce su adinamia y su tendencia a dormir más de la cuenta, habrá de darle excelentes consejos que son verdaderos tratados de Higiene: y así le dice: «Sancho, sea moderado tu sueño, que el que no madruga con el sol, no goza del día y advierte que la diligencia es madre de la buenaventura, y la pereza su contraria» (XLII). Sancho le escucha callado, respetuoso, no sintiéndose de acuerdo con las extrañas ideas de su amo, ya que para su filosofía del descanso «el sueño es alivio de las miserias de los que las tienen», así que el sueño es para él muy necesario, indispensable, no sólo para descansar sino para olvidar sus penas.

¿Qué decir de la violencia? Podría escribirse todo un tratado de Antropología Forense con las violencias del Quijote. Como Caballero Andante, Don Alonso Quijano se consideraba con licencia para matar en bien de la justicia. Una de las ideas obsesivas de Cervantes es la violencia. Sobre los personajes centrales de su obra menudean una lluvia de golpes, pedradas, estocadas, puñadas y palos. Es un continuo vapuleo y varapalo.

No me cabe duda de que Cervantes se ensañó con sus personajes, especialmente con el Caballero de la Triste Figura. Uno llega a pensar que en la mente de don Miguel permaneció por toda su vida la impresión de las escenas del combate único que vieron los siglos en su género: “Lepanto”. El hidalgo manchego, impávido sin embargo ante tal cúmulo de desgracias, dirá con serenidad: «las heridas que se reciben en las batallas antes dan honra que la quitan». Don Quijote hace alusión a los dos primeros versos de un popular romance que dice: «Mis arreos son las armas mí descanso el pelear, mi cama las duras peñas, mi dormir siempre velar» para expresar cuáles son las cualidades de su carácter. Amenaza de muerte al arriero que quiere apartar sus armas del pozo donde las está velando y al no obedecerle le atiza un golpe con la lanza en la cabeza, «y sin decir oste ni moste, Don Quijote le parte la cabeza en cuatro». La escena la remata Sancho diciendo un refrán de los suyos: «Váyase el muerto a la sepultura y el vivo a la hogaza». Los traumatismos sufridos por Sancho no son menos espectaculares. Se

dirigían amo y escudero a la gente soliviantada del pueblo del rebuzno... Después de una breve plática, Sancho tiene la inoportuna ocurrencia de imitar un rebuzno, que vino a ser como mentar la sogá en casa del ahorcado, ya que uno de los del pueblo, creyendo que quería hacer burla de ellos, alzó un varapalo que llevaba en la mano y le dio tal golpe que Sancho se vino al suelo, por meter las narices donde nadie le llamaba.



Imagen 2. “Don Quijote y Sancho en el camaranchón”.  
Grabado de Gustave Doré, c.1860.

El Quijote es una mina para el que quiera estudiar nutrición. Cervantes es muy objetivo cuando habla de comida, bebida, hambre y sed. En la novela se llega al detalle cuando hace referencia a las escasas y pobres comidas de cebolla, queso duro como piedra y bellotas de su escudero; las comidas copiosas y variadas de Camacho o los Duques; pasando por la dieta vegetariana, llegando hasta el ayuno sentimental y masoquístico, del propio Caballero de la Triste Figura. En el autor hay una especial preocupación por

recomendar la comida escasa, sana, preventiva de muchas enfermedades. Al lado de un Sancho con excelente apetito, preocupado porque se acerca la hora de yantar, el Caballero de La Triste Figura prefería sustentarse de «sabrosas memorias», asegurando que los caballeros andantes se pasaban la mayor parte de los días «pasando sed y hambre, pues el trabajo y peso de las armas no se puede llevar sin el gobierno de las tripas». Los consejos a Sancho cuando este parte a hacerse cargo de su ínsula son lapidarios: “Sé templado en el beber, que el vino demasiado, ni guarda secreto ni cumple palabra”. “Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago”. Cervantes no necesitó hacer una descripción completa de su Ingenioso Hidalgo. Para darlo a conocer le bastó media docena de pinceladas repartidas por el texto de su libro: Enjuto de rostro a pesar de su complexión recia y seca de carnes. El Cura y el Barbero le encuentran en sierra Morena “Tan seco y amojamado que parecía carne momia, con los ojos hundidos en los últimos camaranchones del cerebro”. La gordura y la pequeñez de Sancho, Cervantes nos las hace conocer a lo largo de su novela por medio de una descripción a través de sus actos. Le intuimos por sus reacciones, por sus obras, por su personalidad. La obesidad de Sancho es familiar; los Zancas eran barrigones, de talle corto y por eso se les llamó Panzas. Y es gorda Teresa, la mujer de Sancho, por lo que cuando se disponen amo y escudero a repartirse nombres pastoriles, Sancho preferirá un aumentativo para ella como el de «Teresona, que le vendrá bien por su gordura».

Los gigantes en El Quijote representan al enemigo maligno, inventor de toda clase de maldades, al que hay que combatir y del que no se pueden esperar más que “entuetos que hay que desfacer”. Casi siempre, los enemigos de Don Quijote, delirios de su imaginación, son gigantes. Gigantes son Malambruno y Pandafilando, llamado de la Fosca Vista, porque aun teniendo los ojos en su lugar y derechos «siempre mira al revés como si fuera bizco, y esto lo hace para poner miedo a los que le miran». Cuando arremete contra los molinos de viento, su mente poblada de fantásticas figuras sólo ve gigantes, enormes gigantes que agitan sus brazos amenazantes retándolo a sin igual batalla. Ha llegado el momento de vengar tantos agravios inferidos a inocentes doncellas y por eso exclama el valeroso Hidalgo regocijándose ante su inmensa suerte: «Ves allí, amigo Sancho, treinta o poco más desaforados gigantes, con quien pienso hacer batalla y quitarles todas las vidas». Parece que estamos contemplando la

perplejidad del escudero como si fuera nuestra. Don Quijote sentirá un gran afecto por los enanos. Cervantes llega incluso a la redundancia de llamarlos «pequeños enanos». Las misiones que el autor del Quijote atribuye a los enanos, son bonachonas, teniéndolos por correveidiles, acompañantes de dueñas.

Por otro lado, es imposible hacer una relación de las enfermedades y síntomas de los que se hace mención en el Quijote. Se mencionan los catarros y afecciones gripales. La lepra y la peste. Se hace alusión a la viruela, cuando el labrador que se entrevista con Sancho cuenta que su futura nuera es una perla oriental, ya que «si sé la mira por el lado derecho parece una flor del campo, por el izquierdo no tanto, porque le falta aquel ojo que le saltó de viruelas» (XLVIII). No cabe duda de que la pediculosis debió ser motivo de preocupación para Cervantes en algunas ocasiones durante su azarosa vida, pues hará explicar a su principal protagonista que: «Una de las señales qué tienen para entender que han pasado la línea equinoccial es qué a todos los que van en un navío se les mueren los piojos sin qué les quede ninguno» (XXIX). El dolor de cabeza se presenta con frecuencia en el Quijote. Sancho después de recibir el palo en la aventura del rebuzno nos dice que: «Desde el punto del espinazo hasta la nuca del cerebro, le dolía de manera que le sacaba el sentido» (XXVIII).

Sancho presenta diarrea, cuando después de tomar el Bálsamo de Fierabrás, «comenzó a desaguarse por entrambos canales con tanta prisa, que la estera sobre la cual se había echado, ni la manta con que se cubría fueron más de provecho» (XVIII). La cirrosis hepática era conocida cuando dice: «Y aunque no tiene barriga da a entender que está sedienta de beber e hidrópica» (XX). Hidropesía y sed intensa son precisamente los dos principales síntomas de la cirrosis hepática.

Parece ser que la hermosa Dulcinea tenía halitosis. Don Quijote le dice a Sancho que «cuando subió a Dulcinea sobre su borrica le dio un olor de ajos crudos, que le encalabrino y atosigó el alma». Don Quijote le pide a Sancho que inspeccione su boca para que le diga cuantos dientes le faltan y dice que: «la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante».

En el Capítulo (XVII). Don Quijote vomita al tomar el maravilloso brebaje que es el Bálsamo de Fierabrás, Dice así: «de tal manera que no le quedó cosa en el estómago, le dio un sudor copiosísimo y arrojó de sí cuanto dentro tenía, más recio que una escopeta.» (XVIII). Este vómito tiene ciertas características especiales: es un vomito en

escopetazo y es sorprendente que Cervantes en aquella época sepa ya describir tan gráficamente este signo clínico llamándole por su propio nombre.

También conocía Cervantes lo que son cataratas y que esta enfermedad de la vista va produciendo un empañamiento de la visión que hace sentir como entre nieblas al enfermo, ya que Sancho refiriéndose a la supuesta Dulcinea, asegura que «después de comprobar su fealdad y bajeza, observó que tenía cataratas en los ojos y mal olor en la boca» (XVI). Una afección del sistema nervioso a que se hace alusión en el Quijote es la parálisis general agitante, que hoy se conoce como enfermedad de Parkinson, y que en aquella época se conocía con el nombre de perlesías, y perláticos a quienes la sufrían. «Y este nombre de Perlerines, no les viene de abolengo ni otra alcurnia, sino porque todos los de este linaje son perláticos, y por mejorar el nombre los llaman Perlerines» (XLVII).

En el capítulo (XLVII) el labrador Miguelturra cuenta a Sancho Panza como su hijo «es endemoniado y no hay día no le atormenten los malos espíritus y añade que tiene la condición de un ángel, a no ser que se aporrea y se da de puñadas él mismo a sí mismo» perfecta descripción de ataques epilépticos. También se hace mención en su caso de micción involuntaria, cuando Teresa Panza dice en carta que escribe a su marido: «A Sanchica, tu hija, se le fueron las aguas sin sentirlo, de puro contenta».

Al referirse a los Batanes D. Quijote siente taquicardia emocional en forma de palpitaciones, que expresa diciendo: «el corazón me revienta dentro del pecho, con el deseo de tener que acometer esta aventura» (XX). Nos imaginamos al 4º Galeote, el que Cervantes nos cuenta que es un buen viejo y nos hace pensar en su afección prostática, lo que se ve confirmado en las propias palabras del Galeote que asegura «le cargan los años y un mal de orina» que no le dejan reposar un rato.» (XXII). Las perversiones del apetito se citan cuando en la Historia de Anselmo y Lotario (El Curioso Impertinente) dice el primero: «Padezco esta enfermedad de algunas mujeres que se les antoja comer tierra, yeso, carbón y otras cosas peores». A estas perversiones del gusto se las denomina malacia o pica. La de comer barro o tierra se llama geofagia.

Luís Nieto nos ilustra de forma magistral en su libro sobre estos aspectos. No se trata en realidad de una perversión del gusto, sino de una necesidad orgánica, ya que en la tierra encuentran Instintivamente sustancias que necesitan como óxido de hierro, calcio, etc.

En lo que respecta a los remedios, tal como nos dice Sancho: «Dios da la llaga, pero también la medicina» y Don Quijote afirma que todo caballero andante debe conocer muchos de los secretos de la Medicina, como hacer curaciones y conocer hierbas que tienen la virtud de sanar las heridas» (XVIII). Después de haber visto cuán amplios son los conocimientos de Cervantes en materia de observación médica, clínica y psicológica, aquí no vamos ahora a poder mostrar cuán extenso era su bagaje en materia médica curativa, que tendremos que dejar para mejor ocasión.



Imagen 3. “Loratio y Camila, quien se ha herido”.  
Grabado de Gustave Doré, c.1860.

Por último, hay que destacar el Epílogo. De regreso a su casa, derrotado y triste, Don Quijote pierde el ánimo. Ya no puede sostener el espíritu exaltado en su cuerpo desnutrido. La lucha entre espíritu y materia está tocando a su fin y el Hidalgo lo reconoce en sus palabras: «Llevadme, sobrina, al lecho, pues yo me siento a punto de

muerte» (LXXIV). Nos refiere también Cervantes en el último capítulo que: «Fue el parecer del médico que melancolías y desabrimientos le acababan». Cuando el cura, el bachiller Sansón Carrasco y maese Nicolás, el barbero, penetran en su habitación, Don Quijote les dice: «Dadme albricias, buenos señores, de que ya no soy Don Quijote de la Mancha, sino Alonso Quijano, a quien mis costumbres me dieron renombre de bueno». Don Quijote ha dejado de ser tal. El propio Cervantes nos dice que Don Quijote muere de la melancolía inherente a la forzada imposición de su identidad como Alonso Quijano. El proceso final del hidalgo aconteció en seis días, un modo de morir galopando, pero ya no a lomos de Rocinante, sino sobre el misterioso caballo pálido de la muerte. El personaje tenía que morir, la novela debía terminar, pero muerte es vida porque Don Quijote es cada día más real, y su espíritu separado de su cuerpo se disgrega en pequeñas partículas que se difunden entre todos nosotros. Soy consciente de que Don Quijote está en cada uno de nuestros hogares, “en un lugar de la biblioteca de cuyo nombre si queremos acordarnos”. Forma parte de nuestro imaginario vital y de nuestra educación sentimental. Quien lee el Quijote, no puede, no quiere pensar que no haya existido un Alonso Quijano, y si no ha existido, allí está el lector para sentirse Caballero andante, dispuesto a desfacer entuertos, socorrer doncellas y ayudar a los menesterosos.

# HISTORIA

## PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA DESDE FINALES DEL SIGLO XX HASTA EL MOMENTO ACTUAL

Jesús Manuel Quintero Febles, Gerson Reyes Abreu, Patricia Iria Suárez Daroca

Correspondencia a: [jquinter@ull.edu.es](mailto:jquinter@ull.edu.es)

### Resumen:

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del fenómeno de las drogodependencias en España y de la respuesta social e institucional al mismo, centrándonos en el periodo comprendido entre la segunda mitad del siglo XX y el momento actual. No podemos comprender la evolución de los diferentes modelos de atención a las drogodependencias en nuestro país sin situarnos en el contexto social y político en que se encontraba inmersa en cada momento la sociedad española. Las últimas décadas de la historia de España han sido extraordinariamente convulsas, incluyendo una guerra civil, esta agitación indudablemente va a condicionar el desarrollo del complejo fenómeno de las adicciones.

**Palabras clave:** España, drogodependencias, historia.

## **Abstract**

### **Historical perspective of attention to drug addiction in Spain since the late twentieth century to the present time**

The objective of this paper is to realize a review of the phenomenon of drug addiction in Spain and the social and institutional response to it, focusing on the period between the second half of the 20th century and the present. We can not understand the evolution of the different models of attention to drug dependence in our country without situating ourselves in the social and political context in which Spanish society was immersed at every moment. The last decades of the history of Spain have been extraordinarily convulsive, including a civil war, this agitation will undoubtedly condition the development of the complex phenomenon of addictions.

**Key Words:** Spain, drug addiction, history

## **Introducción**

Hasta el inicio de la Guerra Civil española en 1936, España mostraba un patrón de consumo de sustancias y de problemas derivados de su consumo, con similares características al resto de Europa<sup>1</sup>. No obstante, los índices de consumos de drogas legales e ilegales eran sensiblemente inferiores a los de otros países europeos, probablemente por una unión de factores como la cultura tradicional agraria o la influencia de la iglesia católica<sup>1</sup>. A partir de la guerra civil, con el bloqueo internacional del régimen franquista y el consecuente aislamiento del resto del mundo, la problemática de las drogodependencias en España comenzó a diferenciarse de la del resto de Europa. Paradójicamente, el aislamiento de la sociedad española pudo haber tenido como consecuencia la disminución del consumo de drogas ilegales, de tal forma que en los años 50 las drogas eran algo desconocido para la mayoría de los españoles<sup>1</sup>. En la presente revisión nos centraremos en lo sucedido en nuestro país a partir de los años 50 hasta llegar al momento actual, para ello, y con el fin de situarnos en el contexto político y social, usaremos como referencia, aunque no fielmente, la distribución en diferentes periodos propuesta por Comas<sup>1</sup>.

El primer periodo corresponde a la España de la postguerra, donde una sociedad española parcialmente aislada del resto de Europa presentaba un consumo tradicional que tenía el alcohol como protagonista, un segundo periodo, con la explosión de las drogas ilegales, principalmente la heroína, que sorprendió a la sociedad española y a las instituciones públicas, que no estaban preparadas para esta epidemia, y un tercer periodo caracterizado por la respuesta institucional que se inició a partir de la formulación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985<sup>2</sup>.

## **Periodo Tradicional**

A partir de los años 50 comenzó en España un periodo de crecimiento económico que disminuyó en parte el retraso que, a partir de la guerra civil y de la postguerra inmediata, presentaba en relación con el resto de Europa. Este crecimiento económico significó cambios sociales y poblacionales, produciéndose un movimiento de la población desde los entornos rurales hacia las ciudades. Empezó a aparecer una nueva clase media, lo

que supuso el desarrollo de una sociedad de consumo. Estos cambios de la sociedad, indudablemente influyeron en el desarrollo que sufrió el fenómeno de las adicciones en nuestro país<sup>3</sup>.

Inicialmente, la España de la postguerra presentaba una sociedad muy empobrecida, con un consumo de drogas ilegales muy escaso y restringido a determinados círculos elitistas, siendo un consumo que no generaba alarma social, ni muchísimo menos una respuesta institucional. Este periodo se caracterizó por el consumo de alcohol y tabaco, produciéndose en los años 60 un incremento del consumo de alcohol por la sociedad española, que Comas consideró favorecido por diferentes factores<sup>3</sup>:

- Mayor desarrollo económico y disponibilidad del alcohol.
- Sociedad de consumo que convierte el consumo del alcohol, preferiblemente los destilados, en una señal de estatus social y de éxito.
- La aparición en determinadas zonas de la geografía española de un modelo de turismo basado en el ocio relacionado con el consumo de alcohol, que suele ser más barato que en el resto de Europa.
- Cambios en la sociedad que abren el consumo a los adolescentes y mujeres, que hasta entonces era algo exclusivo de los hombres adultos.

Las lógicas consecuencias fueron el aumento de los casos del alcoholismo y de todas las enfermedades relacionadas con su consumo. Es a partir de este periodo cuando comienza a verse una preocupación por los alcohólicos y las primeras respuestas institucionales a esta problemática creciente. La principal respuesta terapéutica por parte del Estado Español en este periodo es la formulación de la Ley 14/4 de 1955 de Creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), con el que se intenta unificar la asistencia y solventar el desorden asistencial existente en España en ese momento<sup>4</sup>.

Una de las funciones inicialmente asumidas por el PANAP era la lucha y asistencia frente las toxicomanías, entre ellas, el alcoholismo. En enero de 1961 se pone en marcha el primer Dispensario Antialcohólico de Madrid por el PANAP, con el que se comenzaba a crear una red asistencial específicamente dedicada a la asistencia y prevención de las

drogodependencias (pensada principalmente para el alcoholismo), desarrollada por la administración sanitaria pública<sup>5</sup>.

Este primer dispensario piloto contaba con un equipo multidisciplinar, constituido por un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, un médico especialista en medicina interna, dos Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), cuatro asistentes sociales y un auxiliar de clínica<sup>5</sup>. Una característica de estos primeros equipos multidisciplinarios fue la predominancia del sexo femenino y la aparición de la figura de las asistentes sociales<sup>5</sup>. Aunque fueron inicialmente pensados para el alcoholismo, estos dispensarios también prestaron atención a las toxicomanías no alcohólicas. A finales de los años 60 los dispensarios antialcohólicos ya estaban presentes por toda la geografía nacional <sup>(5)</sup>.

Al mismo tiempo que se extendía la red de Dispensarios del PANAP, se desarrollaban las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, existiendo desde finales de los años 50, asociaciones de alcohólicos en diferentes puntos de España. Estas asociaciones partían de iniciativas profesionales o privadas, fundándose en 1970 la Federación de Alcohólicos Rehabilitados, con la que confluyeron los intereses y objetivos de diversas asociaciones<sup>5</sup>. Este modelo, inicialmente pensado para el alcoholismo, y que estaba basado en centros específicos, asociaciones de familiares y orientación hacia la reinserción social, constituía la única experiencia asistencial en España, por lo que cuando en años posteriores se produjo la explosión de las drogas ilegales, ante la ausencia de otra experiencia, el modelo del PANAP fue utilizado como referente<sup>5</sup>.

Un hecho destacable en este periodo es la conocida como la epidemia de las anfetaminas de los años 60 y 70, que se puede confirmar con los datos de prescripción de las mismas<sup>3</sup>. Este hecho está escasamente documentado, y es en gran parte desconocido, aunque refleja las primeras alteraciones del modelo tradicional de consumo de drogas en España. Cuando las medidas de control de la prescripción farmacéutica se hicieron más estrictas, a partir de 1972, se controlaría en gran medida el mercado de las anfetaminas en España<sup>3</sup>.

En referencia al consumo de cannabis, durante este mismo periodo se mantuvo un consumo de relativa importancia, aunque estabilizado y sin repercusiones graves, generalmente en forma de "grifa" (marihuana). Tradicionalmente se había relacionado el consumo de cannabis con los militares que habían estado destinados en las colonias

africanas, donde el consumo era muy habitual, importándolo en su regreso a España y encontrándose con dificultades para su integración en la sociedad. El fenómeno del consumo de “grifa” fue descrito por Romani<sup>6</sup>, que definió al consumidor: “... como un sujeto marginal y pequeño delincuente, que vive al margen de la sociedad...”.

Los consumidores de grifa nunca llegaron a ser demasiados, desapareciendo junto con las colonias y el modelo que había ayudado a crearlos. Este consumo, al estar restringido a un determinado sector de la sociedad, nunca llegó a producir una alarma social ni respuesta institucional. No podemos dejar de señalar que durante este periodo España estuvo en buena medida aislada del resto del mundo, por lo que otras sustancias como la cocaína, o los alucinógenos, tenían muy poca presencia, siendo practicado su consumo sólo por minorías.

Los comienzos de los años setenta estuvieron marcados por la finalización del franquismo y del modelo político impuesto por la dictadura, lo que implicó una serie de cambios sociales y económicos, y la llegada de una nueva sociedad de consumo. De forma paralela a esta revolución social y económica, se desarrolló una explosión en el consumo de drogas legales e ilegales. El hachís apareció como droga de reivindicación juvenil, España se unió al movimiento psicodélico (asociado al consumo de LSD), se produjo la incorporación de las mujeres al tabaquismo y continuó el incremento del alcoholismo de la sociedad<sup>1</sup>. Sin embargo, todos estos hechos, a pesar de ser muy significativos, quedan en un segundo plano y son desplazados por la auténtica epidemia de la época: la heroína.

### **Epidemia de la heroína**

Sin duda alguna, el fenómeno de la aparición y extensión de la heroína se vio favorecido por la peculiar situación política de nuestro país, inmerso en la transición democrática. Podemos afirmar que el fenómeno de la heroína sorprendió a la sociedad española, que durante muchos años permaneció inactiva ante la expansión de esta auténtica epidemia<sup>7</sup>. En el año 1973 se detectó por primera vez la heroína en España<sup>8</sup>, en principio se percibió como una droga con una cierta aureola progresista y de transgresión de los modelos tradicionales, encontrándose su consumo principalmente entre jóvenes universitarios y artistas. A partir de 1981 es cuando los sectores marginales de la

sociedad comenzaron a acercarse al consumo de la heroína. El incremento de la delincuencia en forma de asaltos a bancos y farmacias, llevados a cabo por consumidores de opiáceos, empezó a crear en la sociedad la idea de la asociación entre la marginación y la heroína. Encontramos una fuerte reacción social que llevo a considerar a “las drogas” como uno de los tres problemas que más preocupaban a la sociedad española, junto con el paro y el terrorismo<sup>9</sup>. Con toda seguridad, la aparición y expansión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), contribuyó en gran medida a esta alarma social. Probablemente, los mayores índices de consumo de heroína se alcanzaron en la segunda mitad de los ochenta<sup>9,10</sup>, sin embargo, los efectos de la misma y la mayor mortalidad por VIH se alcanzó a principios de los 90, cuando llegó a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades<sup>11,12</sup>.

Esta alarma social, no obstante, no se vio acompañada de una rápida respuesta asistencial, siendo necesario que transcurrieran algunos años, hasta que la situación de grave crisis social hizo que, en julio de 1985, se aprobara finalmente por el Consejo de Ministros el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)<sup>2</sup>.

### **Respuesta institucional: Plan Nacional sobre Drogas**

A finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, las drogas constituían un problema de considerable importancia en España, siendo uno de los tres problemas que más importaban a la sociedad, junto con el paro y el terrorismo<sup>9</sup>. Con diversos frentes abiertos, el PNSD, en su primera memoria<sup>13</sup>, definiría posteriormente la situación con los siguientes aspectos:

- *“Protagonismo de la heroína que es considerada la droga por excelencia.*
- *Asociación entre el consumo de drogas ilegales, delincuencia e inseguridad ciudadana.*
- *Incremento en el consumo de alcohol, incorporándose nuevos grupos de consumidores entre los jóvenes y las mujeres, aumentando asimismo el empleo de bebidas con alta graduación alcohólica.*
- *Uso del cannabis por parte de los adolescentes, consumo asociado a una baja percepción de riesgo.*

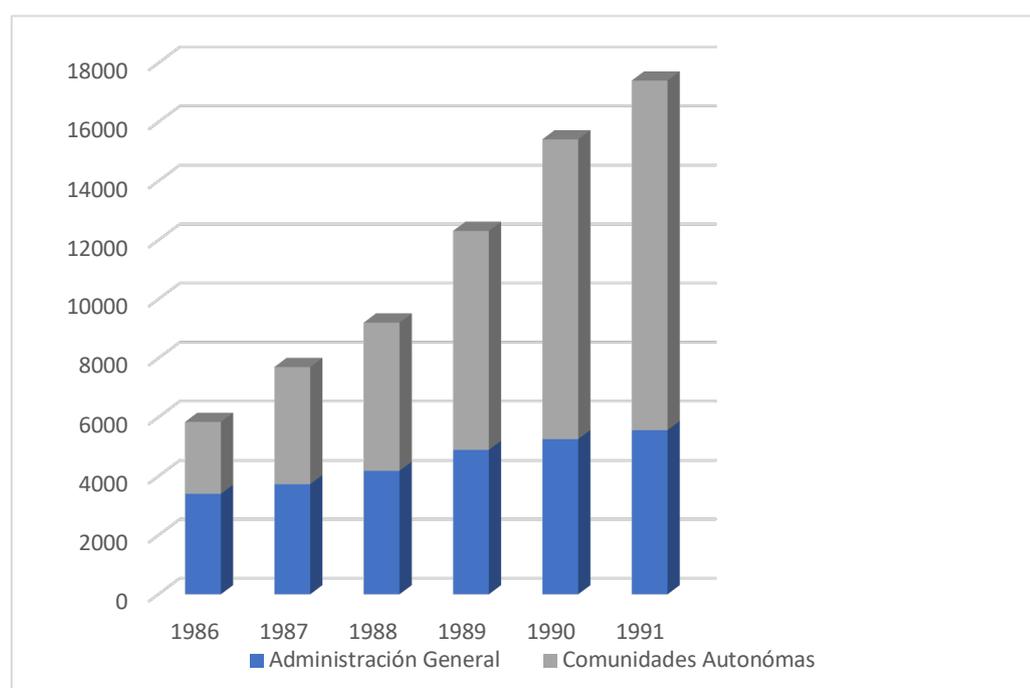
- *Información inadecuada por parte de los medios de comunicación, empleándose frecuentemente la presentación de hechos dramatizados y estadísticas sin suficiente fundamentación científica.*
- *Inexistencia de una política coordinada y recursos específicos insuficientes.”*

**Tabla 1**

*Presupuesto total invertido 1986-1991*

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Total
<i>Administración Central</i>	3403	3729	4184	4892	5258	5561	27027
<i>Comunidad Autónoma</i>	2437	3970	5020	7420	10157	11845	40849
<i>Total</i>	5840	7699	9204	12312	15415	17406	<b>67876</b>

**Nota.** Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1991.



**Figura 1:** *Evoluci3n del presupuesto invertido, periodo 1986-1991.* Fuente: Delegaci3n del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1991.

Anterior a la primera formulaci3n del PNSD, la situaci3n de alarma social motiv3 que se produjeran movimientos por parte de la Administraci3n con el objetivo de controlar un problema que se percibía como fuera de control. En el a3o 1973, se constituy3 por primera vez una Comisi3n Interministerial, con el fin de analizar la situaci3n de las

drogas en nuestro país. El informe correspondiente se publicó en el año 1974 bajo el título: “Memoria del Grupo de Trabajo para el estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas”. En el año 1978 se creó otra Comisión Interministerial, ésta con carácter permanente, para el “Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas”, RD 3032/1978 de 15 de diciembre. Esta Comisión, actualmente derogada, no pudo lograr los objetivos para los que fue propuesta, ya que no se le atribuyeron las competencias necesarias ni los recursos adecuados<sup>13</sup>.

El origen del Plan Nacional sobre Drogas podemos considerarlo en el Debate sobre el Estado de la Nación celebrado en octubre de 1984, en el que el Congreso de los Diputados aprobó la “...elaboración de un plan de prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos”. Con este propósito, el Consejo de Ministros constituyó un Grupo de Trabajo Interministerial integrado por los Departamentos de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior. Para la redacción definitiva del plan se celebraron numerosas reuniones técnicas y conferencias sectoriales, con representantes de las Comunidades Autónomas.

El 20 de septiembre de 1985 se publicó el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, que entraría en vigor un día más tarde<sup>2</sup>. Dicho Real decreto creó la figura del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, con el rango de Subsecretario, adjudicándole las siguientes funciones en su Artículo 3:

- a. *“Desarrollar las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos del Grupo Interministerial.*
- b. *Elaborar las propuestas de programas y actuaciones relativas a la lucha contra el tráfico y consumo de drogas y evaluar las realizadas por los diversos ministerios.*
- c. *Ejercer la coordinación y dirección funcional, cuando proceda, de los distintos Departamento Ministeriales, otros organismos y administraciones públicas, en este ámbito.*

- d. *Coordinar la asignación de los recursos presupuestarios del Plan Nacional sobre Drogas, y administrar los adscritos a la Secretaría del Grupo Interministerial.*
- e. *Realizar el estudio, evaluación y seguimiento de las actividades desarrolladas en el ámbito del Plan Nacional.*
- f. *Ejercer cuantas otras atribuciones le confiera el Gobierno o el Grupo Interministerial en cumplimiento del Plan Nacional sobre Drogas. “*

El Plan Nacional Sobre Drogas, aunque inicialmente tenía el propósito de abordar el problema de la heroína, prestaba atención de forma global al fenómeno de las drogodependencias<sup>14</sup>. Con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, y los correspondientes Planes Autonómicos que se desarrollaron en pocos años, comienza un nuevo periodo caracterizado por una creciente respuesta institucional con importantes dotaciones presupuestarias. Los medios empleados fueron aumentando progresivamente conjuntamente con el presupuesto invertido por la Administración Central y las Comunidades Autónomas, de tal forma que entre 1986 y 1991 se invirtieron más de 67.000 millones de pesetas<sup>15</sup> (algo más de 400 millones de euros) (Tabla 1).

**Tabla 2**

*Evolución de los recursos asistenciales en drogodependencias. Centros públicos y privados con subvención pública*

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Centros Ambulatorios	100	121	143	165	290	327
Comunidades Terapéuticas	41	58	55	61	62	69
Unidades de Desintoxicación	10	43	45	45	48	47
Centros de Metadona	9	18	22	46	70	82
Total	160	240	265	317	470	525

**Nota.** Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992.

Paralelamente al incremento del presupuesto invertido por la Administración General, y por las Comunidades Autónomas con el desarrollo de sus Planes Autonómicos, se fue creando una amplia red asistencial por todo el territorio nacional, que atendería globalmente el problema de las drogodependencias.

En 1991, seis años después de la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en toda la geografía española ya se contaba con un total de 525 recursos de atención a las drogodependencias, distribuidos entre 327 centros ambulatorios, 69 comunidades terapéuticas, 47 unidades de desintoxicación y 82 centros dispensadores de metadona<sup>16</sup> (Tabla 2).

El PNSD se ha instrumentalizado a través de la Estrategia Nacional sobre Drogas y de los Planes de Acción sobre Drogas. Durante la XX Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio de 1998, se aprobó la declaración en la que se pedía a los Estados miembros la elaboración de estrategias nacionales. Consecuentemente, tras quince años de vigencia del Plan Nacional y debido a los compromisos internacionales adquiridos por España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas elaboró un documento con las metas y objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de actuación<sup>17</sup>. Esta primera estrategia fue continuada, habiéndose elaborado hasta el momento dos Estrategias Nacionales:

- Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008<sup>17</sup>, aprobada por: Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el período 2000-2008.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016<sup>18</sup>, aprobada por: Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Con la primera evaluación<sup>19</sup> que se llevó a cabo de la Estrategia Nacional sobre Drogas, se constató la no consecución de los objetivos inicialmente propuestos, aspecto recogido por el propio documento. Fundamentado en esta primera evaluación, se formuló el primer Plan de Acción sobre Drogas<sup>20</sup>, que va a contener las acciones que se llevarán a cabo para la consecución de los objetivos marcados por la Estrategia Nacional. Hasta la fecha se han formulado tres Planes de Acción, con una vigencia de 4 años cada uno:

- Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008<sup>20</sup>.
- Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012<sup>21</sup>.

- Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016<sup>22</sup>, último elaborado.

### La atención a las Drogodependencias en el momento actual

La última Estrategia Nacional publicada corresponde al periodo 2009-2016, y dentro de la misma, su segundo plan. El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 recoge las actuaciones en materia de drogodependencias llevadas a cabo por la Administración Pública, llevándose a cabo a través de 36 acciones, para cumplir 14 Objetivos Generales, derivados de 6 ejes<sup>22</sup> (Figura 2).

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016		
36 acciones		
EJE	OBJETIVO GENERAL	N <sup>a</sup> ACCIONES
1. Coordinación	1. Coordinación Nacional.	2
2. Reducción de la demanda	2. Conciencia Social.	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	1
	5. Reducir el consumo.	5
	6. Reducir daños asociados al consumo.	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
	3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales.
10. Blanqueo de capitales.		3
4. Mejora del conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
5. Formación	13. Formación.	1
6. Coordinación internacional	14. Coordinación Internacional.	3

**Figura 2:** Organización del Plan de Acción sobre Drogas. Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

Íntimamente relacionada con la consecución de los Objetivos Generales de reducir daños asociados al consumo y la asistencia de calidad, tenemos el desarrollo de la actual red asistencial. España tiene consolidada una amplia red de atención a las drogodependencias, formada por una variedad de dispositivos públicos y/o privados con

subvención pública. Todos estos recursos se ajustan a una normativa y características comunes recogidas por el Plan Nacional sobre Drogas<sup>23</sup>:

- *“Gratuidad y universalidad.*
- *Accreditación. Los centros y programas están acreditados.*
- *Accesibilidad. Las puertas de entrada al mismo están situadas tanto en recursos no especializados como en recursos de la red específica de atención a las adicciones.*
- *Disponibilidad. En todas las CCAA existe una oferta de programas de reducción del daño, de deshabituación y de inserción social.*
- *Diversidad en la denominación y características de los centros y dispositivos.”*

Las intervenciones llevadas a cabo por estos recursos son monitorizadas, publicándose anualmente la memoria con los datos estadísticos de las actuaciones realizadas en el ámbito de las drogodependencias. La última memoria presentada por el Plan Nacional sobre Drogas es la correspondiente al año 2014<sup>23</sup>, de la que podemos extraer los siguientes datos:

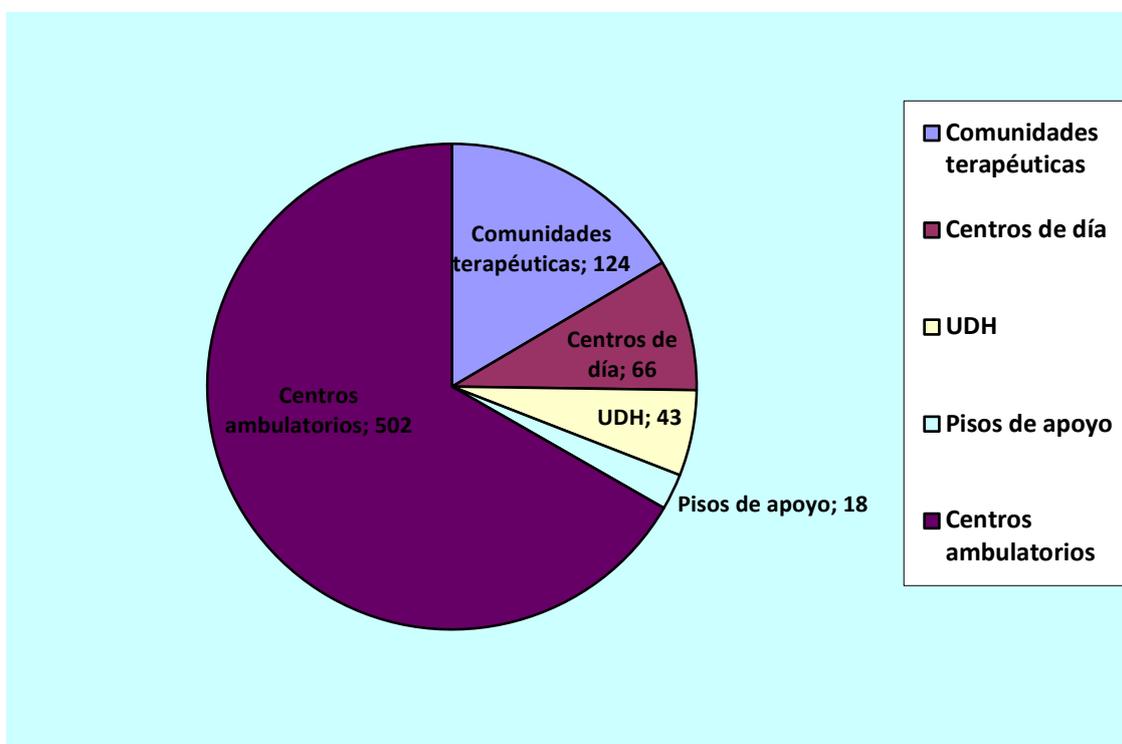
*“Los centros ambulatorios, que son la puerta de entrada al sistema, han atendido en 2014 un total 162.602 usuarios repartidos entre los 502 centros ambulatorios acreditados en España. En las 43 unidades de desintoxicación hospitalaria notificadas se atendieron a 3053 usuarios, asimismo, en otras unidades hospitalarias (atención psiquiátrica o patología dual) se ofertaron tratamientos a 259 personas drogodependientes repartidas en 32 unidades.*

*Las comunidades terapéuticas, con un total de 124 comunidades notificadas atendieron 10.814 usuarios. Se han notificado un total de 66 centros de día, donde han recibido atención 9969 usuarios. Los pisos de apoyo, una modalidad asistencial no muy extendida con sólo 18 recursos de este tipo en todo el territorio nacional, han notificado un total de 615 usuarios atendidos “.*

En la Figura 3 se puede ver representado gráficamente el peso en todo el territorio nacional, durante 2014, de cada una de las diferentes modalidades de recursos asistenciales.

Aunque difícilmente se puede precisar el gasto total en todas las acciones llevadas a cabo por la Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Administraciones locales, no cabe la menor duda de que se trata de una cantidad presupuestaria importante, el Plan Nacional sobre Drogas en su memoria 2014, consideró un gasto anual total de 333.418.146,09 euros<sup>23</sup>.

Sin entrar a valorar la eficacia o lo adecuado de la atención prestada en la actualidad, así como las posibles desigualdades entre diferentes comunidades autónomas, no podemos dudar que nos encontramos en una fase de creciente respuesta institucional al complejo y siempre cambiante, fenómeno de las drogodependencias.



**Figura 3:** Recursos atención drogodependencias (públicos o privados con subvención pública). España. 2014

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas. Memorias PNSD 2014.

**Tabla 3***Distribución de centros y usuarios atendidos por Comunidad Autónoma, 2014*

Comunidades y Ciudades Autónomas	Centros Atención Ambulatoria		Comunidades Terapéuticas		Unidades Desintoxicación Hospitalaria		Otras Unidades Hospitalarias		Centros de Día		Pisos de Apoyo al Tratamiento	
	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos
Andalucía	12	21075	23	1760	3	296	0	0	6	496	6	92
Aragón	15	4795	1	166	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	25	958	5	537	-	0	0	0	5	343	0	0
Baleares	29	8233	5	397	1	319	0	0	2	128	0	125
Canarias	32	12295	7	498	3	624	0	0	5	330	2	34
Cantabria	3	1520	1	198	1	0	0	0	1	31	0	0
Castilla y León	15	5680	11	863	1	224	0	0	6	840	0	0
Castilla-La Mancha	11	10234	11	458	0	0	6	81	1	104	1	63
Cataluña	60	-	20	736	11	-	5	-	0	0	0	0
Extremadura	17	2888	8	549	2	124	6	0	5	201	0	0
Galicia	27	17784	6	586	6	98	0	0	10	428	5	63
Madrid	33	22247	3	623	4	266	0	-	-	-	3	197
Murcia	12	5613	6	391	1	154	5	178	2	177	0	0
Navarra	11	1848	3	215	3	133	0	0	3	196	0	0
País Vasco	43	11782	7	2106	1	249	9	-	6	4704	0	0
La Rioja	6	1003	1	54	0	0	1	-	0	0	0	0
Valencia	39	33531	6	673	6	566	0	0	13	1991	1	41
Ceuta	2	754	0	4	0	-	0	-	0	0	0	0
Melilla	2	359	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	502	162.602	124	10814	43	3053	32	259	669	9969	18	615

**Nota.** Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas. Memorias PNSD 2014.

## Bibliografía

1. Comas D. La trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla-La Mancha [Internet]. Toledo: FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha; 2004 [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.od.jccm.es/portalNuevo/publicaciones.php?tipo=2>
2. Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional Sobre Drogas. Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, no 226, (20 de septiembre de 1985).
3. Comas D. El Proceso de Incorporación de las Drogas, sus Representaciones y Respuestas Sociales en España [Internet]. Teruel: Universidad de Teruel; 2001. [acceso 5 julio de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/Publicaciones.php>
4. Rodríguez M, Moreira M, Bustos T, Simon D. PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica: un organismo público para la asistencia psiquiátrica durante la dictadura de Franco (1939-1975). En: V Jornadas Internacionales de Historia de Psiquiatría y Salud Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra; 2015. p. 91-100. DOI: 10.13140/RG.2.1.3996.8480.
5. Torres M, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Álvarez C. Historia de las adicciones en la España contemporánea. Madrid: Socidrogalcohol; 2009.
6. Romani O. A tumba abierta. Autobiografía de un grifota. Barcelona: Anagrama; 1983.
7. Martín E. Psicología y Atención a La Drogodependencia en España: una visión histórica. PAP PSICOL. 2007;28(1):41-8.
8. Romani O, et al. Los Estudios sobre las Drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación. Barcelona: IGIA; 1995.
9. de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. More than thirty years of illicit drugs in Spain: a bitter story with some messages for the future. Rev Esp Salud Publica. 2006;80(5):505-20.
10. Sánchez Niubó A, Domingo-Salvany A, Gómez, J, Brugal MT. Estimación de la incidencia de consumo de drogas. Gac Sanit. 2005; 19(1) 98-9.

11. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *Am J Public Health*. 1995;85(1):102-5.
12. Ortí RM, Domingo-Salvany A, Muñoz A, Macfarlane D, Suelves JM, Antó JM. Mortality trends in a cohort of opiate addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol*. 1996; 25:545-53.
13. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
14. Gamella J. Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves Razón Pract*. 1997; 72:20-30.
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1991 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
16. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
17. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2000 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
18. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
19. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
20. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008 [Internet]. Madrid:

Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

21. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2009- 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2013 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2013- 2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>

# MATRONAS EN LA ANTIGÜEDAD: ANTIGUO EGIPTO (I)

María Jesús Bello Hernández<sup>1</sup>, Laura Rodríguez Frías<sup>1</sup>, Ana Adey Rodríguez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera especialista de salud mental. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife (España).

<sup>2</sup>Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife (España).

Correspondencia a: [susabhdez@gmail.com](mailto:susabhdez@gmail.com)

## Resumen

La profesión de matrona ha ido evolucionando a lo largo de la historia, adaptándose a las características de cada época y cultura. En el antiguo Egipto, existían documentos que hacían mención al procedimiento del parto, donde se incluía siempre la figura de la mujer partera. Teniendo en cuenta de que se trata de una de las profesiones más antiguas que existen, es importante conocer los acontecimientos que han marcado su historia. En concreto, la medicina del antiguo Egipto conformaba un **sistema sanitario muy avanzado** para la época y, por los papiros encontrados, especialmente los de Kahun (Lahun) o los de Ebers, sabemos que existían estudios y tratados sobre Ginecología y Obstetricia. Por tanto, esta época adquiere especial relevancia en la historia de la enfermería, especialmente, de las matronas.

**Palabras Clave:** matronas, antiguo Egipto, obstetricia.

## **Abstract**

### **Midwives in Antiquity. Ancient Egypt (I)**

The profession of midwife has evolved throughout history, adapting to the characteristics of each era and culture. In ancient Egypt, there were documents that referred to the birth procedure, which always included the figure of the midwife. Considering that it is one of the oldest professions that exist, it is important to know the events that have marked your history. Specifically, the medicine of ancient Egypt was a very advanced health system for the time and, for the papyri found, especially those of Kahun (Lahun) or those of Ebers, we knew that there were studies and medicines on Gynecology and Obstetrics. Therefore, this time acquires special relevance in the history of nursing, especially of midwives.

**Keywords:** midwives, ancient Egypt, obstetrics.

## Introducción

El concepto de matrona durante el antiguo Egipto viene dado por los papiros de la época. Uno de los escritos más antiguos que se conocen sobre la ginecología y obstetricia lo encontramos en el Papiro Lahun (también conocido como Kahun), que incluye una colección de papiros redactados en escritura hierática datados hacia el año 1800 a.C, durante la final dinastía XII del Imperio Medio. Su nombre deriva del poblado en el que fueron encontrados, Lahun (Egipto), en el año 1889, por el egiptólogo Flinders Petrie. En ellos, se redactan una serie de observaciones médicas y remedios que eran utilizados en el Antiguo Egipto para tratar problemas de ginecología y obstetricia, como el tratamiento de las enfermedades de la vagina y del útero, así como métodos para el diagnóstico del embarazo, la determinación del sexo del feto e incluso métodos anticonceptivos. Hay otras referencias a la ginecología y obstetricia que se hacen en los Papiros Ramesseum (1900-1700 a.C.), el Papiro de Erman (1450-1350 a.C.), el Papiro médico de Londres (1550-1295 a.C.) y el Papiro de Carlberg (1330-1070 a.C.).



Imagen 1. Parir en el Antiguo Egipto. Templo de Kom Ombo

Otro papiro importante que recoge cómo eran atendidos los partos es el Papiro de Ebers (1500 a.C., de la dinastía XVIII). Según consta en él, sabemos que los partos eran atendidos por mujeres experimentadas (matronas). Las parturientas adoptaban la posición más fisiológica para dar a luz, es decir, de cuclillas o de rodillas. Para ello, se

ayudaban de una “silla de partos” hecha de ladrillos de adobe y con un agujero central, que curiosamente también se utilizaba como retrete. Se han encontrado varias de ellas en las excavaciones realizadas en Egipto, por ejemplo, la que utilizaba la esposa del gobernante de Abydos, Arnessent, de la dinastía XII (1991-1790 a.C.). En cuanto al proceso del parto, se describe que se utilizaba una especie de venda en la zona abdominal para conseguir aumentar la presión en la zona y ayudar a la expulsión del feto, además del uso de supositorios vaginales para lubricar su salida. Como ya se ha hecho mención, todo esto era un trabajo que realizaban las matronas, aunque en algunas complicaciones podían intervenir los médicos especialistas en obstetricia <sup>1,2,3,4</sup>. Aunque el parto también se practicaba en el domicilio de la mujer (normalmente en un cobertizo externo a la parte habitable de la casa), se descubrió que existían unas habitaciones especiales públicas para ello, algo parecido a una clínica ginecológica de aquellos tiempos o “paridero público”. En ellos, era frecuente la representación de Bes, una deidad protectora egipcia que se encontraba en multitud de amuletos mágicos y en lugares en los que las mujeres y los niños necesitaban de su cuidado, asociado también con el amor y el placer sexual. Por otro lado, a la mujer tras el parto se le consideraba impura por haber estado en contacto con la sangre, por lo que no podía permanecer en su casa. Como consecuencia, debía quedarse en la “Glorieta para partos” o “Tienda de purificación”, que era una zona reservada (hecha con una estructura de palos, ramas y telas) situada en el jardín o el tejado de la vivienda. Allí tenía que permanecer desde que daba a luz hasta que terminara la “purificación”, que se consideraba entre 14 y 15 días después del alumbramiento <sup>5,6</sup>.

Los partos los clasificaban en normales (*Hotep*), difíciles (*Bened*) y prolongados (*Wedef*). El cordón era cortado con un cuchillo especial y se cree que la placenta se guardaba para utilizarla como tratamiento médico, aunque en ocasiones se momificaba junto con el cordón umbilical como parte del ajuar funerario, o incluso se enterraba en la puerta de la casa o era arrojada al Nilo para asegurar la supervivencia del recién nacido.

Se tiene constancia de que, cuando ocurrían desgarros, los suturaban. No tenían anestesia como la que conocemos actualmente, pero les suministraban cerveza o cremas de polvo de azafrán, humo de terebinto o pulverizado de mármol disuelto en vinagre. Por lo general, se calculaba las posibilidades de sobrevivir del recién nacido por

su expresión facial y la fuerza del llanto. En los casos que había dudas, se le administraba una dieta de leche que contenía un trocito de placenta; si vomitaba ellos interpretaban que el bebé tenía más posibilidades de morir que si no lo hacía <sup>4</sup>.

La lactancia se prolongaba hasta los tres años y, muchas veces, la podían realizar vecinas o familiares cercanos. Las familias más ricas, incluso, contrataban nodrizas. La leche materna era utilizada como “agua de protección” y se utilizaba incluso para curar resfriados, cólicos, quemaduras, infecciones oculares y para aumentar la potencia sexual. Como ya se sabe, no existía anestesia tal como la conocemos hoy en día y la analgesia en estos casos se paliaba con cerveza o con masajes de azafrán o vinagre. Además, realizaban ritos dedicados fundamentalmente a Min, dios de la fecundidad, Tueris, quien protegía a la madre y al niño en el momento del parto, y Hathor, diosa de la maternidad y la fecundidad <sup>7</sup>.

Siguiendo con el tema de la mitología egipcia, algunos personajes importantes en relación con la maternidad fueron también la diosa Opet y la diosa Isis. Opet, conocida como la diosa patrona de las comadronas y las nodrizas. Estaba representada por un cuerpo de hipopótamo, cabeza humana o de cocodrilo, y patas de león. Sobre la cabeza lleva un disco solar y cuernos liriformes. Bajo su manifestación animal se muestra como un hipopótamo hembra. Presente desde el Reino Antiguo, la diosa Opet puede ser el antecedente de Tueris. Mitológicamente fue la madre del rey, al que alimentaba con su leche. En la teología tebana se la relaciona con Hathor (a su vez identificada con Mut), interpretándose que esta diosa fue la que dio nacimiento a Osiris en el templo de Karnak, alumbrándole cuando se encontraba descansando. Bajo su aspecto funerario, fue una de las diosas protectoras de la necrópolis de Tebas y se encuentra en multitud de papiros funerarios del Reino Nuevo, gozando de un marcado culto popular y pasando a formar parte de los dioses mágicos guardianes del hogar. Curiosamente, en contra de lo que ocurre con el negativo hipopótamo macho, la hembra fue considerada una deidad benigna, relacionada con la fecundidad y la buena crianza de los niños. Por otra parte, está la Diosa Isis. Su nombre egipcio fue Ast que significa trono, representado por el jeroglífico que porta sobre su cabeza. Fue denominada "La Gran Maga", "Gran Diosa Madre", "Reina de los Dioses", "Fuerza Fecundadora de la Naturaleza", "Diosa de la Maternidad y del Nacimiento"<sup>8</sup>.

En otra instancia, se conoce que la mortalidad en el parto era muy alta, también influida por la edad precoz de las parturientas. Era común casar a las niñas con 14 años, pero existían uniones entre los 10 y 12 años. El matrimonio estaba unido a la primera menstruación y lo normal era que fuese con familiares para evitar la dispersión del patrimonio. Al no estar todavía desarrollada del todo era común que el tamaño de la cabeza del feto fuera superior al canal del parto lo que acababa con la muerte de la madre.



Imagen 2. Taburete de nacimiento.  
Templo de Sobek en Kom Ombo.

Para entender un poco más el contexto histórico, haremos mención a la composición social del antiguo Egipto. Por una parte, se encontraba la casta sacerdotal y militar, y por otro, la existencia de una nobleza urbana y otra campesina. La división del trabajo dio lugar a la especialización en las tareas laborales, lo que favoreció el surgimiento del artesanado. Esta división del trabajo fue aplicada a la medicina laica, dado que los

médicos se especializaban en el estudio de un solo tipo de enfermedades. La posición de la mujer era más elevada que en otros países orientales, disfrutando de cierta libertad y dignidad. Una de las pruebas es el tratamiento de que las "embarazadas no podían ser juzgadas ni condenadas hasta que no dieran a luz". Este tratamiento no sólo favorecía a la mujer, sino que iba encaminado a proteger la vida del niño. En consonancia con esta legislación, la ley estipulaba que los padres que dejaran morir a sus hijos tendrían que llevarlo atado al cuerpo durante tres días y tres noches.

Además, el hecho de que la mujer del faraón permaneciese a su lado durante las principales ceremonias denota menor desigualdad que en otras sociedades. Por otro lado, la ley era cruel en aspectos como la infidelidad femenina; castigaba a la infiel desfigurando su cara mediante la mutilación de la nariz. También se especificaba que los ancianos debían ser cuidados y alimentados por sus hijas, no por sus hijos. La mujer también debía ocuparse de la higiene y mantenimiento del hogar, el cuidado de los miembros de la familia, la preparación de los alimentos, etc. Entre las tareas de la mujer egipcia destaca la de arreglarse y vestirse de acuerdo con la estética imperante y con su condición social<sup>9</sup>.

En definitiva, vemos que los médicos de la época no intervenían casi nunca en los partos, por lo que esto era trabajo de las matronas, una profesión femenina reconocida. La palabra egipcia *msi*, "dar a luz" solía ir seguida del jeroglífico de una mujer en cuclillas pariendo. Los grabados y pinturas de Luxor describen gráficamente las situaciones de los partos reales. En uno de ellos se aprecia cómo se produce el parto de una reina: sentada sobre una silla y teniendo a su alrededor cuatro comadronas. En otro, se muestra a otra reina agachándose, ayudada por cinco mujeres, para dar a luz. En ninguna de las representaciones de partos que se han conservado aparecen dioses masculinos, sino que las mujeres son siempre asistidas por mujeres o, en determinados casos, por las propias diosas. Los médicos empíricos o laicos se ocupaban de tratar la parte natural de la enfermedad y hay que incluirlos en el ámbito de la vida cotidiana. Se especializaban en partes concretas del cuerpo humano y estudiaban un tipo de enfermedad de forma monográfica, porque creían que era la mejor manera de adquirir y dominar el conocimiento médico. Solían atender en viviendas particulares, a domicilio, o en sus propias casas <sup>2, 9, 10</sup>.

En la civilización egipcia, tanto el médico como la comadrona, eran profesiones libres, al igual que la de veterinario que también existía. Gozaban de gran prestigio y de la estima de sus conciudadanos. Por estas circunstancias se piensa que la enseñanza de estos profesionales estaba basada en la experiencia práctica que se iba adquiriendo al estar junto a otra persona más experimentada. Esto debió permanecer así hasta bien entrada la Edad Media. Hay que destacar, además, que las matronas estaban organizadas en corporaciones cuyo poder de decisión y principios éticos como la preservación de la vida fueron reconocidos en las escrituras bíblicas <sup>3,10, 11</sup>.

### **Bibliografía.**

1. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Med Clin Condes 2014; 25 (6): 866-873.
2. Diez E, Casteleiro A. Origen y evolución de la matronería. Nuberos Científica. 2015; 15 (2).
3. Manrique M, Fernández A, Echevarría P, Figuerol M, Teixidó J, Moreno P. Historia de la Profesión de matrona. Ag Inf. 2014; 69 (18): 26-28.
4. Ramos A, Mata D. Gestación y nacimientos en el antiguo Egipto. Rev Obstet Ginecol 2002; 62 (2).
5. Hernández JM, Moya A. Historia del cuidado enfermero: Enfermeros, practicantes y matronas. Madrid: Círculo Rojo; 2018.
6. Lugones B, Ramírez B. El parto y diferentes posiciones a través de la ciencia, historia y cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012; 38 (1): 134-145.
7. Juaneda M. La lactancia en el antiguo Egipto. Madrid: Alderaban; 2014.
8. Gómez T. Diccionario de los dioses y mitos del Antiguo Egipto. Barcelona: Océano Ámbar; 2004.
9. Urruela J. Egipto faraónico. Política, economía y sociedad. 2 ed. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca; 2012.

10. Towler J. Comadronas en la historia y en la sociedad. edición española. Barcelona: Masson; 1997.
11. Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Uruguay: Ediciones Trilce; 2002.

# MISCELÁNEA

## Síndrome metabólico. Una revisión bibliográfica.

Ofelia María Guedes-Hernández<sup>1</sup>, Juan José Suárez-Sánchez<sup>2</sup>, Carlos Galván-Marrero<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Grado Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

<sup>2</sup>Grado de Doctor. Profesor asociado a tiempo parcial en el Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

<sup>3</sup>Profesor de Prácticas en la Zona Básica de Salud de Ingenio en Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

Correspondencia a: [juanjosuasa@gmail.com](mailto:juanjosuasa@gmail.com)

### Resumen

Actualmente, los profesionales de la salud se han encontrado con que el porcentaje de enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus tipo 2 está aumentando considerablemente. Asimismo, existe una relación directamente proporcional entre determinados factores y estas patologías. Estos factores son genéticos y/o ambientales asociados al estilo de vida, y son los siguientes: la obesidad (perímetro abdominal aumentado), hipertensión, hipertrigliceridemia, aumento del nivel de glucemia en ayunas y descenso del HDL. Cuando existe un conjunto de al menos 3 de estos factores se le denomina "Síndrome metabólico" y todo apunta a que la existencia de este, al cabo del tiempo, terminará desencadenando enfermedades cardiovasculares y/o diabetes tipo 2, entre otros. Así pues, el hecho de prevenir la obesidad, diabetes e hipertensión manteniendo un estilo de vida activo, podría prevenir a su vez la aparición del "Síndrome metabólico".

**Palabras claves:** "Síndrome metabólico", "obesidad", "enfermedades cardiovasculares", "diabetes mellitus".

## **Abstract**

### **"Metabolic syndrome". A bibliographic review**

Nowadays, health professionals have found that the percentage of cardiovascular diseases and Diabetes Mellitus type 2 is increasing considerably. Likewise, a directly proportional relation exists between certain factors and these pathologies. These factors are genetic and/or environmental partners in the style of life and are the following ones: obesity (increased abdominal perimeter), hypertension, hypertriglyceridemia, increased fasting blood glucose level and decreased HDL. When there is a set of at least 3 of these factors is called "Metabolic Syndrome ", and everything points to the fact that the existence of it, eventually, will end up triggering cardiovascular diseases and / or type 2 diabetes, among others. Therefore, the fact of forestall obesity, diabetes and hypertension by maintaining an active lifestyle could prevent the appearance of the "Metabolic Syndrome".

**Keywords:** "Metabolic syndrome ", "obesity ", "cardiovascular diseases", "diabetes mellitus".

### **Síndrome Metabólico: Antecedentes Históricos y actualidad.**

Inicialmente, el término "Síndrome metabólico" (SM) fue conocido como Síndrome X por Gerald Reaven, en el año 1988<sup>1,2</sup>. Este síndrome hace referencia a una serie de factores de riesgo de origen metabólico, que incrementan la probabilidad de que se produzca una Diabetes Mellitus (DM) o una enfermedad cardiovascular. Así, durante más de una década se identificó a este síndrome como resistencia a la insulina, pero finalmente se aceptó que no son lo mismo<sup>1,2,3</sup>.

Tras la definición de Gerald Reaven, los componentes del SM han sido modificados según diferentes guías y consensos, debido al impacto que ha dado en la salud pública. De acuerdo al *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP III)*, la definición recomendada por la I Guía Brasileña de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Metabólico, implica la presencia de alteraciones en 3 de los 5 factores de riesgo, tales como **obesidad abdominal**: CA>102 cm para hombres y >88 cm para mujeres; **niveles de triglicéridos** (TGL)  $\geq$  150mg/dl; **niveles de colesterol HDL** < 40 mg/dl para hombres y < 50mg/dl para mujeres, **presión arterial** (PA)  $\geq$  130/85 mmHg y aumento de niveles de **glucemia** en ayunas  $\geq$  110mg/dl. Así, configurarían el diagnóstico de SM independiente de la presencia de glucemia<sup>4</sup>. Seguidamente, la prevalencia del SM ha presentado considerables variaciones entre unas comunidades autónomas y otras. Los motivos de este desajuste de prevalencias pueden deberse a las distintas definiciones utilizadas, al rango de edad de la población estudiada o a la distancia temporal, dado el continuo incremento de la obesidad y DM en el país<sup>3</sup>. En España se han realizado varios estudios sobre este síndrome, específicamente de base poblacional y población laboral entre otros. Pero actualmente se continúa con una carencia de información en muchas comunidades del país<sup>3</sup>.

Sin embargo, en base a un estudio realizado en la comunidad autónoma de Extremadura, con una participación de 2833 personas, se observó que la prevalencia del SM es del 33,6%. Que se enfrenta a una media de un 25% en el resto de las comunidades. Y es también muy superior a la media de Cáceres (19%), pero debemos tener en cuenta que esta última comunidad tiene a su vez una menor prevalencia de obesidad y sobrepeso<sup>3</sup>. Asimismo, la prevalencia es significativamente mayor en los hombres

(36,7%) que en las mujeres (30,9%). Pero este hecho se cumple hasta que las mujeres llegan al final de su etapa fértil (45-50 años), a partir de este periodo las mujeres son las que comienzan a liderar la prevalencia <sup>2,3,5</sup>.

Por otro lado, la carga económica para el servicio de salud, relacionada con el síndrome metabólico en pacientes con hipertensión se estimó en 1,9 millones de euros en España. Y se estima que para el 2020 aumente en un 179% esta cifra. Entre los componentes más importantes de los costos se incluyeron el tratamiento de la diabetes tipo 2 y los eventos cardiovasculares incidentes <sup>6</sup>.

Entonces, según la tendencia actual, la situación no va a ser sostenible a menos que se encuentre una cura mágica (situación poco probable), o se realicen esfuerzos mundiales/gubernamentales/sociales concertados para cambiar el estilo de vida que lo promueve. Entonces, esta epidemia no se originó repentinamente y por lo tanto, del mismo modo, no podrá ser controlada tan rápido como se desearía. Pero es posible un control, una disminución notable y una erradicación si existiese una voluntad social. Y de esta manera, al igual que en el control de otras epidemias, la educación de la población en relación con el peligro para la salud que conlleva este síndrome será un factor muy importante, primordial e imprescindible. Y, es más, a este punto de extensión es necesario comenzar a tomar medidas de concienciación intensas sobre la población. Ya que el aumento progresivo de la obesidad y resistencia a la insulina está aumentando gradualmente cada año. Por lo que es necesario comenzar a adoptar medidas desde todos los ámbitos <sup>7</sup>.

Ciertamente, hay algunos elementos en la causalidad del síndrome metabólico que no pueden ser cambiados, pero muchos son susceptibles de correcciones y reducciones <sup>7</sup>. Es por esto por lo que se considera importante la visualización entre la población de este SM. Ya que muchas personas lo padecen y otras muchas no son conscientes de ello. Y, es más, el fallo recae, en cierto modo, sobre el personal sanitario por no darle toda la importancia que realmente conlleva, dejando pasar por alto estilos de vida totalmente insalubres. Así como, no parándose a valorar si realmente el paciente que está sentado frente a ellos tiene un problema de síndrome metabólico o no.

Asimismo, existen multitud de intervenciones que se podrían llevar a cabo para mejorar estos niveles de SM. Entre ellos podríamos encontrar una mejor planificación urbana,

para fomentar el estilo de vida activo. Otra opción sería la restricción de la publicidad de comida insana en los medios de comunicación. Y revitalizando el estilo de vida más saludable que se solía llevar años atrás, promoviendo los alimentos pasados de moda como las hierbas saludables, en lugar de aderezar todo con aceite y azúcar. Estas opciones se encuentran entre las que se pueden considerar para mejorar la concienciación poblacional<sup>7,8</sup>. Además, sería interesante que se llevaran a cabo otras intervenciones a nivel social, para prevenir la aparición y la propagación de este síndrome<sup>8</sup>. Por ejemplo, se debería enseñar a los estudiantes en la educación secundaria y/o universitaria habilidades de cocina. Ya que sin una enseñanza sobre la preparación de alimentos saludables y a su vez agradables, la dependencia de la comida rápida no podrá ser controlada<sup>7,8</sup>. Asimismo, muchas empresas comerciales en los Estados Unidos han tenido la idea de colaborar en la enseñanza de parejas jóvenes sobre cocina. Y esto es un buen comienzo, pero las clases son caras y no ampliamente aceptadas por el momento<sup>8</sup>. Otra posibilidad podría ser que los gobiernos dejaran de subsidiar los alimentos no saludables (proyecto de ley de apoyo a la agricultura en los Estados Unidos), y pasar a subsidiar otro tipo de alimentos como el consumo de granos integrales. Y además, gravando snacks con alto contenido en calorías<sup>7,8</sup>. Asimismo, los planificadores de estrategias deben realizar estudios piloto para ver qué funciona y qué no, antes de comenzar cualquier cambio a gran escala. Por ejemplo, un acierto sería un aumento de la inversión para encontrar asistencia farmacéutica, mediante el desarrollo de medicamentos como la metformina. Y, además, de esta manera se favorecería la comprensión de la biología del síndrome aún mejor<sup>8</sup>.

Por otro lado, y más concretamente desde el ámbito sanitario, sería interesante que se intensificasen intervenciones en las consultas médicas y enfermeras de Atención Primaria. Con intenciones de formulación de preguntas necesarias para la detección a tiempo del riesgo de obesidad. Y, además, facilitar a su vez consejos básicos sobre alimentación y ejercicio físico<sup>8</sup>. También, se podrían llevar a cabo campañas periódicas de detección precoz de sobrepeso y obesidad. Ya que el cálculo del índice de masa corporal (IMC), a partir de la medición del peso y la altura, es el indicador más aceptado en la comunidad científica para reconocer si un sujeto presenta exceso de peso. Esto a su vez se podría relacionar con estrategias informativas y de ayuda para prevenir la

obesidad en aquellos grupos que sean más susceptibles de experimentar una rápida ganancia de peso: mujeres en situación de embarazo, lactancia y menopausia, individuos ante deshabitación tabáquica, toma de fármacos que incrementen el apetito, etc. Y en relación con las mujeres embarazadas se podría aprovechar para promover la lactancia materna en los centros de Atención Primaria<sup>8</sup>.

Finalmente, otra estrategia considerada podría ser la identificación y seguimiento de niños potencialmente en riesgo: obesidad en los padres, sobrepeso o bajo peso al nacimiento, hijos de madres diabéticas o fumadoras durante el embarazo, que hayan tomado medicamentos como glucocorticoides, antiepilépticos, antidepresivos y antipsicóticos, etc<sup>8</sup>. Y de esta manera, estos y otros conocimientos recientes sobre el metabolismo energético deben traducirse en una aplicación práctica sobre la humanidad<sup>7</sup>.

### **Revisión bibliográfica.**

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica desde el mes de septiembre del 2017 hasta enero del 2018 en diferentes bases de datos, tales como: *Tripdatabase, PubMed, Cuiden, Scielo y Cochrane plus*. Especialmente, la búsqueda fue dedicada al Síndrome Metabólico, definiciones existentes, prevalencia, prevención e impacto social. Para ello, se comenzó con una búsqueda previa de los descriptores adecuados, tanto en castellano (DECS) como en inglés (MESH), y haciendo uso del descriptor booleano AND y en menor medida OR. Asimismo, el único filtro usado para la revisión ha sido el de tiempo, centrándolo entre los años 2008-2018. Además, se han revisado artículos tanto en español, como en inglés y portugués. Se analizaron también las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión.

El desarrollo de la presente revisión bibliográfica se ha construido siguiendo la estrategia PICO, para determinar los componentes de la Pregunta de Investigación:

**Población/Problema/Situación:** Población con SM en Atención Primaria.

**Intervención:** Identificar estrategias para prevenir el SM.

**Comparación:** Personas que han querido interesarse por la intervención frente a los que no.

Outcomes / Resultados: Que conozcan los factores y hábitos que desencadenan el SM.

**Tabla 1: Descriptores empleados en castellano e inglés.**

DECS	MESH
SÍNDROME METABÓLICO	Metabolic Syndrome X
DIABETES MELLITUS	Diabetes Mellitus
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Cardiovascular Diseases
PREVALENCIA	Prevalence
PREVENCIÓN	Prevention
INTERVENCIÓN	Intervention
ATENCIÓN PRIMARIA	Primary Health Care

La búsqueda bibliográfica, se ha centrado en conocer los conceptos básicos para comprender la fisiopatología del síndrome metabólico, encaminándose posteriormente hacia las medidas y estrategias preventivas. En la Tabla 2 se detallan las estrategias de búsqueda específicas utilizadas en determinadas bases de datos y con el filtro del tiempo.

**Tabla 2: Estrategias de búsqueda.**

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS
TRIPDATABASE	<b>Metabolic syndrome X</b>	<b>2012-2018</b>
TRIPDATABASE	<b>Metabolic syndrome X AND prevention</b>	<b>2012-2018</b>
TRIPDATABASE	<b>Metabolic syndrome X AND interventions</b>	<b>2012-2018</b>
CUIDEN	<b>Metabolic syndrome X</b>	<b>2008-2018</b>
CUIDEN	<b>Metabolic syndrome X AND prevention</b>	<b>2008-2018</b>
CUIDEN	<b>Metabolic syndrome X AND interventions</b>	<b>2008-2018</b>
PUBMED	<b>Metabolic syndrome X</b>	<b>2008-2018</b>
PUBMED	<b>Metabolic syndrome X AND prevention</b>	<b>2008-2018</b>
PUBMED	<b>Metabolic syndrome X AND interventions</b>	<b>2008-2018</b>
SCIELO	<b>Metabolic syndrome X</b>	<b>2008-2018</b>
SCIELO	<b>Metabolic syndrome X AND prevention</b>	<b>2008-2018</b>
SCIELO	<b>Metabolic syndrome X AND interventions</b>	<b>2008-2018</b>

Por último, los criterios de inclusión empleados se basan en que los estudios tuviesen un grado mayor de recomendación, especialmente revisiones narrativas, sistemáticas, basadas en la evidencia o meta-análisis. No se realizó restricción en cuanto al ámbito geográfico de los estudios, ni distinción entre diferentes tipos de población, el sexo, etnia o la edad. Sin embargo, los criterios de exclusión para las revisiones seleccionadas fueron que el texto no estuviese completo libremente, que estuviese en otro idioma que no fuese español, inglés o portugués, aunque la inmensa mayoría son estudios publicados en inglés. Y que hubiesen sido publicados antes del 2008.

## Resultados

Se ha realizado un recuento total de artículos, donde se recogen las evidencias sobre el Síndrome Metabólico, su etiología, factores, y modos de prevenirlo. Cabe destacar, que no hay consenso claro entre autores, existiendo gran diversidad de definiciones usadas para el mismo término. De los artículos encontrados clasificamos que un 62% pertenecen a revisiones sistemáticas, un 33% a revisiones narrativas y un 5% a estrategias (Tabla 3).

**Tabla 3: Artículos encontrados**

<u>AUTOR/ES</u>	<u>TITULO</u>	<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>GRADO RECOMENDACIÓN</u>
Navarro Lechuga E., Vargas Moranth R.F., Alcocer Olaciregui A.E..	Grasa corporal total como posible indicador de síndrome metabólico en adultos	Revisión sistemática. Estudio transversal	<u>A</u>
Mora García G., Salgado Madrid G., Ruíz Díaz M., Ramos Clason E., Alario Bello A., Fortich Álvaro et al.	Concordancia entre cinco definiciones de síndrome metabólico.	Revisión sistemática. Estudio de corte transversal	<u>A</u>
<a href="#">Stover, L. Kelsberg, G. Safranek, S.</a>	Which patients with metabolic syndrome benefit from metformin?	Revisión sistemática. Estudio cohorte.	<u>A</u>
Barrera Sánchez, L.F. Ospina Díaz, J.M. Tejedor Bonilla, M.F.	Prevalencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios de Tunja, Boyacá, Colombia, 2014.	Revisión sistemática	<u>A</u>
Nupponen, M. Pahkala, K. Juonala, M. Magnussen,	Metabolic syndrome from adolescence to early adulthood:	Revisión sistemática.	<u>A</u>

C.G. Niinikoski, H. Rönnemaa, Simell, O.	Effect of infancy-onset dietary counseling of low-saturated-fat: The Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project (STRIP).	Ensayo aleatorizado.		
Lundqvist, S. Börjesson, M. Larsson, M.E.H. Hagberg, L. Cider, Å.	Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care.	Revisión sistemática. Estudio observacional longitudinal.		<u>A</u>
Rajabi, S. Mazloom, Z. Zamani, A. Tabatabaee, H.R.	Effect of Low Glycemic Index Diet Versus Metformin on Metabolic Syndrome.	Revisión sistemática. Estudio Cohorte.		<u>A</u>
Fernández-Bergés D., Félix-Redondo F.J., Lozano L, Pérez-Castán J.F., Sanz H., Cabrera De León Antonio et al.	Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS: Estudio HERMEX.	Revisión sistemática. Estudio de corte transversal		<u>B</u>
Lira Neto Garcia J.C, de Almeida X.D, Wicto Pereira B.J., Araújo Moura de M.F., Damasceno Coelho M.M, et al..	Prevalence of Metabolic Syndrome in individuals with Type 2 Diabetes Mellitus	Revisión sistemática. Estudio transversal		<u>B</u>
Scholze, J. Alegria, E. Ferri C, Langham, S. Steven, W. Jeffries, D.	Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model	Artículo de revisión	de	<u>B</u>
Saklayen, M.G	The global epidemic of the metabolic syndrome.	Artículo de revisión	de	<u>B</u>
Rodriguez Cruz, N. Martel Martín, G.	Síndrome metabólico en población laboral canaria (Estudio prospectivo en una Unidad Básica de Salud de Medicina del Trabajo).	Revisión sistemática. Estudio prospectivo.		<u>B</u>
Vicente-Herrero, M.T. López González, A.A. Ramírez-Iñiguez de la Torre, M.V. Capdevilla-García, L. Terradillos-García, M.J. Aguilar-Jiménez, E.	Parámetros de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y consumo de alcohol en población laboral.	Revisión sistemática. Estudio descriptivo transversal.		<u>B</u>
Ruano Nieto, C.I., Melo Pérez, J.D., Mogrovejo Freire, L., De la Paula Morales, K.R., Espinoza Romero, C.V	Prevalencia de síndrome metabólico y factores de riesgo asociados en jóvenes universitarios ecuatorianos.	Revisión sistemática		<u>B</u>
Trichopoulou, A. Costacou, T. Baemia, C. Trichopoulou, D	Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population.	Revisión sistemática		<u>B</u>
Saboya Patrícia P., Bodanese Luiz C.,	Síndrome metabólico y calidad de vida: una revisión sistemática.	Artículo de revisión	de	<u>C</u>

<b>Zimmermann P.R., Andréia da Silva G., Assumpção C.M., Londero F.</b>				
<b>Aecosan.</b>	<b>Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.</b>	Estrategia		<b><u>D</u></b>
<b>Andrés Pineda, C</b>	<b>Síndrome metabólico: definición, historia, criterios.</b>	Artículo de revisión	de	<b><u>D</u></b>
<b>Castelo Elías-Calles, L. Arnold Domínguez, Y. Trimiño Fleitas, A.A. de Armas Rodríguez, Y. Parla Sardiñas, J.</b>	<b>Epidemiología y prevención del síndrome metabólico.</b>	Artículo de revisión	de	<b><u>D</u></b>
<b>Al-Hamd, D. Vandana, R.</b>	<b>Metabolic syndrome in children and adolescents.</b>	Artículo de revisión	de	<b><u>D</u></b>
<b>Eduardo García-García, M.E. De la Llata-Romero, M. Kaufer-Horwitz, M. Tusié-Luna, M.T. Calzada-León, R. Vázquez-Velázquez, V. et al.</b>	<b>La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión.</b>	Artículo de revisión	de	<b><u>D</u></b>

## Discusión

Tras la definición de Gerald Reaven, la OMS en 1998 introdujo el SM a la práctica clínica. Este grupo enfatizó el papel central de la resistencia a la insulina (RI). Entonces, según los criterios de la OMS, para diagnosticar el SM, el paciente debe mostrar marcadores de RI, más dos factores de riesgo adicional, que incluyen: obesidad (medida por índice de masa corporal (IMC) y/o relación cintura-cadera), hipertensión, hipertrigliceridemia, nivel de colesterol HDL bajo y microalbuminuria<sup>9,10</sup>. Sin embargo, esto no fue visto de la misma forma para la ATP III (Programa Nacional de Educación en Colesterol-Panel de Tratamiento de Adultos III) e IDF (Federación Internacional de Diabetes) ya que estas consideran la presencia de obesidad abdominal como un factor imprescindible, cuyos puntos de corte varían internamente. Así, al tener en cuenta las definiciones, se pueden presentar discrepancias importantes, tanto del diagnóstico como del tratamiento y los cuidados pertinentes<sup>1</sup>. Entonces, entendiendo que el SM constituye un problema de salud evidente para la población, le sumamos que según el estudio DORICA, las Islas Canarias son junto con otras regiones de la península ibérica donde mayor prevalencia de obesidad, DM, hipertensión arterial y dislipemias vamos a encontrar en España; factores todos ellos para tener en cuenta en el SM. Entonces, es necesario lograr un

cambio en los hábitos de vida, pero es un procedimiento complejo. Sin embargo, desde un punto de partida para llevar a cabo este propósito, las dietas equilibradas y el ejercicio físico son los principales aspectos que se deben abordar para la prevención de la aparición de este SM<sup>11,12</sup>.

Así, según la autora Lina Fernanda Berrera Sánchez et al<sup>10</sup> y Dania Al-Hamad et al<sup>13</sup> la obesidad abdominal, parece ser el desencadenante más importante de la resistencia a la insulina. Lo cual convierte a los niños y adolescentes obesos en un grupo de riesgo para desarrollar SM. Por esta razón, se considera fundamental que en los servicios atención primaria se realicen mediciones antropométricas como parte de la rutina en la atención directa de los pacientes adolescentes e infantiles. Y de este modo, prevenir la obesidad y promover hábitos de vida saludables para un control de esta. Asimismo, según el estudio finlandés STRIP realizado por Mari Nupponen et al<sup>14</sup> se formó a padres y niños desde la infancia hasta los 20 años en una alimentación sana. Semestralmente los enfermeros asesoraban sobre el remplazo de grasas saturadas por insaturadas, reducir la ingesta de sal, aumentar la ingesta frutas, verduras, fibra y su calidad. Este hecho también lo defienden los autores Ignacio Ruano Nieto et al<sup>15</sup> y Dania Al-Hamad et al<sup>13</sup>. ya que engloban alimentación equilibrada en comer 5 piezas de fruta al día, aumentar la ingesta de fibra a partir de cereales no purificados que se relaciona de forma inversa con la insulinoresistencia. Además, disminuir el consumo de bebidas carbonatadas, ácidos grasos saturados y de ácidos grasos trans y aumentar tanto el consumo de ácidos grasos monoinsaturados como poliinsaturados. Seguidamente, en respuesta a este estudio STRIP<sup>14</sup> se observó cómo a largo plazo, los participantes tuvieron un menor riesgo de presión arterial. En cuanto a los triglicéridos, los niños tenían un menor riesgo de triglicéridos altos, mientras que no se encontró asociación en las niñas. En relación a la glucosa, se indicó que el efecto de la intervención fue diferente según la edad, el riesgo de hiperglucemias fue menor en los participantes de la intervención a los 18 años de edad. También tenían un límite de riesgo significativamente menor de tener una circunferencia de cintura alta. Por lo tanto, el efecto favorable de la intervención indica que la prevalencia de SM adolescente se puede reducir a través de la intervención dietética. Sin embargo, no existen ensayos de intervención a largo plazo que hayan probado específicamente la hipótesis de que una

reducción en la exposición al factor de riesgo en la niñez disminuye el riesgo de desenlaces cardiometabólicos en la edad adulta. Pero futuros seguimientos en los participantes de la intervención STRIP<sup>14</sup> mostrarán si el efecto de la intervención persiste en la adultez posterior.

Además, en la intervención STRIP<sup>14</sup> también se comenzó a la edad de 8 años con la prevención primaria del tabaquismo. Lo cual también es acertado según el estudio ARIC<sup>9</sup>, ya que este se relaciona con una mayor prevalencia de SM futuro. Asimismo, según Carlos Andrés Pineda et al<sup>9</sup> y Dania Al Hamad et al<sup>13</sup> el acondicionamiento cardiopulmonar tiene una asociación inversa con la incidencia de SM. Aunque no existe evidencia suficiente que respalde al sedentarismo como factor de riesgo independiente, pero es esencial interrogar sobre el nivel de actividad física, pues el sedentarismo favorece la aparición de otros factores de riesgo claros para el SM. Sin embargo, según un estudio sueco realizado por Stefan Lundqvist et al<sup>16</sup>, se realizó un seguimiento en atención primaria durante 6 meses a 444 pacientes de en edad comprendida entre 25-85 años. Así, los criterios de inclusión fueron ser físicamente inactivo y tener al menos un componente del SM. Se les indicó un patrón de actividad física prescrita. La actividad más frecuente fue la caminata de intensidad moderada, 30-45 min, 2-5 veces/semana. Los resultados a largo plazo fueron beneficiosos en un 83%. Donde hubo mejoras significativas en IMC, circunferencia abdominal, TA, glucosa plasmática en ayunas, triglicéridos, colesterol y LDL. Además, se mostró un aumento significativo en: salud general, vitalidad, función social, emocional y salud mental. Por lo que el tratamiento de actividad física prescrita tiene un potencial de convertirse en un método importante y beneficioso para salud de los pacientes sedentarios, con un mínimo esfuerzo por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, se necesita más investigación sobre el resultado de la estrategia.

Por otro lado, en base a un estudio realizado por Shirin Rajabi et al<sup>17</sup> en el que se comparó los efectos de la dieta de índice glucémico bajo con la administración de metformina en los componentes del síndrome. Se llevó a cabo con 51 adultos que padecían SM. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, uno de metformina y otro de dieta de bajo índice glucémico. El período de intervención fue de ocho semanas. Los participantes estudiados se compararon al inicio y al final del ensayo

con respecto a los siguientes factores: peso, presión arterial, circunferencia de la cintura, azúcar en sangre en ayunas y perfiles lipídicos (triglicéridos, colesterol total, LDL, colesterol, y HDL).

Los resultados reflejados en las mediciones antropométricas, azúcar en sangre en ayunas, perfiles lipídicos séricos y la relación lipoproteína (LDL/HDL) mostraron una disminución significativa después de la intervención en ambos grupos. La comparación de la diferencia entre los dos grupos no fue significativa, a excepción de la reducción media en glucosa plasmática en ayunas, que fue mayor en el grupo de metformina, aunque esto no fue clínicamente significativo<sup>17</sup>. En conclusión, este estudio respalda la suposición de que la dieta con un índice glucémico bajo y la metformina pueden afectar positivamente los componentes del síndrome metabólico<sup>17</sup>.

Del mismo modo, otro estudio, llevado a cabo por Liz Stover et al<sup>18</sup>., en pacientes con SM, la metformina 850 mg dos veces al día, reduce el riesgo absoluto de desarrollar una diabetes en aproximadamente un 20% durante un periodo de 3 años. Esta no reduce la incidencia en pacientes con menor riesgo de progresión. Sin embargo, la modificación del estilo de vida reduce el riesgo absoluto en todos los pacientes. Durante 10 años con una modificación del estilo de vida se reduce en un 34% el riesgo de desarrollar diabetes y en un 18% con la metformina en pacientes de alto riesgo. Por lo que quedó visible que una diabetes controlada con medicación es menos favorable que una tratada juntamente con modificaciones en el estilo de vida<sup>18</sup>.

Seguidamente, en base al autor Ignacio Ruano Nieto et al<sup>15</sup> con la evidencia actual, el estrés y las cargas horarias se puede considerar como un factor de riesgo cardiovascular y asociado con el SM. Esto es porque dan como consecuencia el consumo de comidas rápidas poco nutritivas, irregularidad en las horas de comida y la falta de tiempo para realizar ejercicio físico dando como resultado el desarrollo de sobrepeso, obesidad y los componentes del SM. Sin embargo, este es un criterio difícil de medir objetivamente, con elementos complejos, y por tanto difícil de incluir como criterio del SM.

Además, en base a la autora M<sup>ª</sup> Teófila Vicente-Herrero<sup>19</sup>, entre los efectos nocivos del alcohol se encuentra su repercusión sobre el sistema cardiovascular y, específicamente en el SM, junto con otros. En base a estudios, se ha establecido que independientemente del tipo de alcohol consumido, se produce una reducción del HDL,

incremento en las cifras de glucemia, de triglicéridos y de tensión arterial, siendo estos efectos más marcados si se añade presencia previa de sobrepeso u obesidad. Por lo cual, se evidencia que el consumo de alcohol encamina al desarrollo del SM. Aunque según la autora Antonia Trichopoulou et al<sup>20</sup>, la cual defiende el consumo de una dieta mediterránea, para una mayor adherencia a la dieta, menor mortalidad global, así como por enfermedad cardiovascular y cáncer. Esta se caracteriza por una regular ingesta de vino con las comidas. En definitiva, la prevención debe ser una estrategia prioritaria de salud pública que debe iniciarse en la infancia, continuarse a lo largo de la vida y tener la participación y comprometida del personal de salud junto con otros sectores de la sociedad. Vale la pena insistir que cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, mediano y largo plazo serán más importantes, evidentes y eficaces<sup>21</sup>.

Por lo cual en las consultas de enfermería de atención primaria se deberían llevar a cabo unos controles rutinarios más detallados. Además, estos deben ser realizados desde niños a ancianos, independientemente de la edad. Las intervenciones que serían recomendables realizar son las mediciones antropométricas de cintura y brazo, medición del IMC, TA, glucemia, peso. También, abordar el tema de la alimentación, ejercicio físico y tabaquismo. Ya que, en muchas ocasiones, al ver que los parámetros han resultado estar dentro de los valores normales pasamos por alto este último punto. Lo cual es un aspecto importante, ya que se podría dar el caso en que un paciente esté dentro de los parámetros normales pero su alimentación sea muy desequilibrada, o fume 40 cigarros al día. Por lo tanto, es importante realizarlo todo.

Actualmente, no en todas las consultas de enfermería se realizan estas mediciones antropométricas con la rigurosidad que se debería. En ocasiones, se pasa por alto las mediciones antropométricas en personas que no están establecidas con sobrepeso u obesidad. Por lo que estamos dejando un amplio margen de pacientes para que se encaminen a este fin. Y, por otro lado, en las consultas de pediatría se le da importancia a la alimentación y ejercicio físico pero los pliegues son unos parámetros que suelen quedarse atrás. Por lo tanto, está faltando una parte de la intervención de prevención. Y esta debe abarcar siempre todos los aspectos.

## Conclusiones

La prevalencia y perfil del SM no está globalizado de manera estandarizada, debido a las diferentes definiciones existentes, así como las intervenciones no se llevan a cabo tanto como debería. En Atención Primaria prevalecen otro tipo de enfermedades más concretas como son la hipertensión arterial, diabetes e incluso obesidad. Pero no se trata el síndrome metabólico en conjunto. De manera focalizada es necesario presentar al menos 3 alteraciones de los 5 factores de riesgo (circunferencia abdominal, TA, TG, HDL, glucemia). Sin embargo, en la fisiopatología del síndrome metabólico, la obesidad parece ser uno de los factores desencadenantes más importantes. Por lo que en la mayoría de las expresiones de síndrome metabólico ocurren en obesos.

Uno de los primeros datos fue aportado por la Encuesta Nutricional de Canarias, donde la prevalencia de SM encontrada fue del 24,4%. La prevalencia varía de unas poblaciones a otras debido principalmente al estilo de vida propia de cada comunidad. El aumento de los factores de riesgo, su control inadecuado y el incremento de los pacientes con cardiopatías crónicas auguran un papel clave de las estrategias preventivas y terapéuticas en el panorama nacional. Controlar la alimentación desde la infancia y la realización de ejercicio físico hará que los niños crezcan con un peso adecuado y por lo tanto disminuye considerablemente el riesgo de padecer SM.

## Bibliografía

1. Navarro Lechuga E, Vargas Moranth RF, Alcocer Olaciregui AE. Grasa corporal total como posible indicador de síndrome metabólico en adultos. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Dic 06]; 20(3): 198-207. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452016000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300006&lng=es).
2. Mora García G, Salgado Madrid G, Ruíz Díaz M, Ramos Clason E, Alario Bello A, Fortich Álvaro et al. Concordancia entre cinco definiciones de síndrome metabólico. Cartagena, Colombia. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Dic 06]; 86(3):301-311. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272012000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272012000300009&lng=es).

3. Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Lozano L, Pérez-Castán JF, Sanz H, Cabrera De León Antonio et al. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS: Estudio HERMEX. Gac Sanit [Internet]. 2011 [Citado 12 Marz 2018]; 25(6): 519-524. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv25n6/original12.pdf>
4. Saboya Patrícia P, Bodanese Luiz C, Zimmermann PR, Andréia da Silva G, Assumpção CM, Londero F. Síndrome metabólico y calidad de vida: una revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 06]; 24: e2848. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100615&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100615&lng=es).
5. Lira Neto Garcia JC, de Almeida XD, Wicto Pereira BJ, Araújo Moura de MF, Damasceno Coelho MM, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome in individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Abril [citado 06 Diciembre 2017]; 70(2): 265-270. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672017000200265&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000200265&lng=en).
6. Scholze J, Alegria E, Ferri C, Langham S, Steven W, Jeffries D. Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model. *BMC Public Health*. [Internet] 2010 [Citado 10 Marz 2018]; 10:529. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940918/pdf/1471-2458-10-529.pdf>
7. Saklayen MG. The global epidemic of the metabolic syndrome. *Curr Hypertens Rep*. [Internet] 2018. [Citado 08 Marz 2018]; 20: 12. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0812-z>
8. Aecosan. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Age Seg Española Alim. Madrid [Internet]. 2005. [Citado 12 Marz 2018]; Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
9. Andrés Pineda C. Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. *Colomb Med* [Internet]. 2008 [citado 26 Enero 2018]; 39(1): 96-106. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc08013>

10. Barrera Sánchez LF, Ospina Díaz JM, Tejedor Bonilla MF. Prevalencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios de Tunja, Boyacá, Colombia, 2014. *Investig Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2017 [citado 26 Enero 2018]; 19(1): 81-93. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/12552/14292>
11. Rodríguez Cruz N, Martel Martín G. Síndrome metabólico en población laboral canaria (Estudio prospectivo en una Unidad Básica de Salud de Medicina del Trabajo). *Rev Asoc Esp Med Trab* [Internet]. 2015 [citado el 11 Feb 2018]; 24(2): 54-91. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v24n2/original2.pdf>
12. Castelo Elías-Calles L, Arnold Domínguez Y, Trimiño Fleitas AA, de Armas Rodríguez Y, Parla Sardiñas J. Epidemiología y prevención del síndrome metabólico. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2012 [citado 11 Feb 2018]; 50(2): 250-256. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v50n2/hie14212.pdf>
13. Al-Hamd D, Vandana R. Metabolic syndrome in children and adolescents. *Transl Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 11 Feb 2018]. 17;6(4): 397-407. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2017.10.02>
14. Nupponen M, Pahkala K, Juonala M, Magnussen CG, Niinikoski H, Rönnemaa Simell O. Metabolic syndrome from adolescence to early adulthood: Effect of infancy-onset dietary counseling of low-saturated-fat: The Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project (STRIP). *American Heart Association* [Internet]. 2015 [citado 23 Feb 2018]. 131(7), 605-613. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010532>
15. Ruano Nieto CI, Melo Pérez JD, Mogrovejo Freire L, De la Paula Morales KR, Espinoza Romero CV. Prevalencia de síndrome metabólico y factores de riesgo asociados en jóvenes universitarios ecuatorianos. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [Citado 12 Dic 2017]; 31(4):1574-1581. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8371.pdf>
16. Lundqvist, S. Börjesson, M. Larsson, M.E.H. Hagberg, L. Cider, Å. Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. *Plos one* [Internet]. 2017 [Citado 23 Feb 2018]; 12(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175190>

17. Rajabi S, Mazloom Z, Zamani A, Tabatabaee HR. Effect of Low Glycemic Index Diet Versus Metformin on Metabolic Syndrome. *Int J Endocrinol Metab* [Internet]. 2015 [Citado 07 Marz 2018]; 13(4): e23091. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4648126/pdf/ijem-13-04-23091.pdf>
18. Stover L, Kelsberg G, Safranek S. Which patients with metabolic syndrome benefit from metformin? *Clinical Inquiries* [Internet] 2016 [Citado 07 Marz 2018]; 5(11):832-834. Disponible en: <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/56515/MetabolicSyndrome.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Vicente-Herrero M, López González AA, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV, Capdevilla-García L, Terradillos-García MJ, Aguilar-Jiménez E. Parámetros de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y consumo de alcohol en población laboral. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2015 [Citado 02 Ene 2018]; 62:161-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.01.002>
20. Trichopoulou A, Costacou T, Baemia C, Trichopoulou D. Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 [Citado 02 Ene 2018]; 348: 2599-608. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa025039>
21. Eduardo García-García ME, De la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Sal Pub Mex* [Internet]. 2008. [Citado 23 Feb 2018]; 50(6): 1-18. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2008.v50n6/530-547/es>

## 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<sup>o</sup>. 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 de este 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*.



