

ESTUDIO DE LA INTERVENCIÓN NIC 1520: REIKI EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

Autora: Carolina Fernández Martínez

Tutores: Óscar Pajares González-Gallego / Beatriz Martín Blanco

Unidad Docente: Hospital Universitario La Paz

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Trastorno de ansiedad

Datos epidemiológicos

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha crecido cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal.¹

Según la encuesta para el Atlas de Salud Mental de la OMS 2014, se estima que los gobiernos invierten por término medio un 3% de sus presupuestos sanitarios en salud mental², pese a que los estudios dicen que por cada euro invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad se rinde cuatro veces más en mejora de la salud y la capacidad de trabajo (OMS).¹

Según el proyecto ESEMeD-España, un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% en los últimos doce meses. El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor. Después, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia.³

Además, un estudio publicado en 2012, compara la situación de la salud mental en España en los años 2006 y 2010, revelando que en 2010 se ha producido un aumento considerable en el porcentaje de pacientes con depresión aguda (19,4%), ansiedad (8,4%), trastornos somatoformes (7,3%) y desórdenes por el abusos de alcohol (4,6%).⁴

Se estima que un 22% de la población sufre episodios de ansiedad.⁵ Según la encuesta National Comorbidity Survey, una de cada cuatro personas presenta síntomas de un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, existiendo una prevalencia del doble en las mujeres que en los hombres y además los trastornos de ansiedad también muestran una prevalencia elevada en ancianos y en niños.⁶

Cuando un problema de salud mental se manifiesta, suele haber un impacto negativo en el entorno del enfermo y en su vida diaria, y si esta persona afectada se encuentra en un ámbito precario que no cumple con las necesidades básicas de la

vida, la exclusión social aumenta de manera considerable, lo que provoca un empeoramiento de la enfermedad y dificulta el acceso a la asistencia y al tratamiento de la misma.^{7,8}

La Declaración emitida por el Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad⁹, subraya la prevalencia de estos trastornos en todas las naciones y que existen diferencias culturales en la presentación de los síntomas. Estas distinciones, según explica Kirmayer, se debe a que “la propia psiquiatría es una institución cultural”¹⁰ lo que implica que la evaluación acerca de qué o por qué un comportamiento determinado se puede considerar como un síntoma, depende del bagaje etnocultural de los profesionales.¹⁰

Definición de Ansiedad

La ansiedad es una respuesta natural y una adaptación de advertencia necesaria en el ser humano.⁶ Sin embargo, esta puede convertirse en patología cuando es excesiva e incontrolable. No requiere ningún estímulo específico externo y se manifiesta con una amplia gama de síntomas físicos y afectivos así como cambios del comportamiento y la cognición.^{11,12}

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero en ellas están implicados diferentes factores, tanto biológicos (alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico)¹³⁻¹⁷ como ambientales (influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida)^{17,18} y psicosociales (situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos). Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad del individuo.⁶

Precisamente, parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad.¹⁹ Además, es muy común la comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo.^{15,20}

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) también define ansiedad como “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma”.²¹

Spielberger estableció la distinción entre dos tipos de ansiedad. La ansiedad rasgo se define como la predisposición personal a sentirse ansioso en situaciones muy diversas y la ansiedad estado como la respuesta de ansiedad ante estímulos amenazantes.^{6,22}

Clasificación

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona puede ser diagnosticado como un trastorno de ansiedad. Estos parámetros están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS; en la que los trastornos neuróticos -ansiedad- se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatoformes).
- DSM-V (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA). La DSM-IV-TR, versión anterior a DSM-V, enumera doce trastornos de ansiedad.^{23,24} Así mismo, lo primero que llama la atención al revisar la versión quinta de los trastornos de ansiedad es que actualmente trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por estrés agudo y trastornos postraumáticos, ya no están en el capítulo de los trastornos de ansiedad (como en el DSM-IV). Estos han pasado a ser categorías independientes (junto a trastornos disociativos y trastornos afines por síntomas somáticos). Sin embargo, se mantiene un orden secuencial de los capítulos que refleja las relaciones existentes entre ellos.²³

Entre los trastornos de ansiedad DSM-V se encuentran:²⁵⁻²⁸

- T. Ansiedad de separación.
- T. Mutismo selectivo.
- T. Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- T. Ansiedad social.
- T. Ansiedad generalizada.
- T. Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- T. Ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.
- Otros trastornos específicos de ansiedad.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

* Ver Anexo 1. Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de Ansiedad recogidos en el DSM-V.

Tratamiento

La pregunta más frecuente entre los pacientes con trastorno de ansiedad es si esta puede curarse. Hoy en día, si se diagnostican correctamente y se tratan de una forma apropiada pueden controlarse y, en algunos casos, resolverse de forma definitiva. De todos modos, la respuesta al tratamiento y la evolución depende del tipo de trastorno y del control de los factores de riesgo. Así, las formas agudas de ansiedad pueden tener

una evolución excelente, mientras que otras más crónicas son más difíciles de tratar y, a menudo, requieren una terapia más prolongada.⁶

El tratamiento más utilizado para disminuir la ansiedad es el farmacológico, que debe establecerse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolépticos siguiendo los protocolos y guías de práctica clínica. El uso de estos psicofármacos tiene el inconveniente de producir efectos adversos como son ataxia, hipotonía muscular, somnolencia, depresión respiratoria, etc. Y a largo plazo producen efectos tales como tolerancia, abusos, síndrome de abstinencia y dependencia.^{29,30} Todo ello, puede suponer una mala adherencia al tratamiento. Por ejemplo, de una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, el 36.9% de personas tenían como tratamiento para la ansiedad, medicamentos antipsicóticos de segunda generación como la quetiapina, la cual se retiró durante los estudios.³¹

Entre otras técnicas para disminuir la ansiedad la más importante en cuanto a validez es la relajación, ya que no produce efectos adversos y disminuye la ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada

La aparición de la ansiedad generalizada se suele producir antes de los 25 años y la incidencia en los hombres es la mitad que en las mujeres. La evolución es fluctuante y a menudo muy debilitante. En los países occidentales, la tasa de prevalencia anual es de aproximadamente el 3% y los síntomas de ansiedad pueden estar asociados a trastornos físicos o psíquicos.³²

El Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG (o sus siglas en inglés GAD) se caracteriza por un estado más o menos constante de excesiva preocupación y ansiedad, con síntomas como mala calidad del sueño, tensión muscular, irritabilidad, y cansancio.^{33,34} Este trastorno es relativamente común, con una prevalencia total del 5,7%, y una prevalencia anual del 3,1%.³⁵ Se asocia además con sufrimiento y deterioro funcional, así como con una alta repercusión económica para la sociedad.³⁶ Además, TAG se asocia con un alto riesgo de comorbilidad, en el cual la depresión es el diagnóstico secundario más común.³⁷ Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno como traumas³⁸, la sensibilidad emocional innata³⁹, procesos disfuncionales interpersonales⁴⁰, así como el estilo de personalidad inseguro.⁴¹

Aunque el tratamiento farmacológico ha mostrado ser eficaz para el manejo de TAG⁴², la psicoterapia por lo general es preferida tanto por pacientes como por facultativos sobre la medicación⁴⁰. Además, podría ser valiosa la evaluación de formas alternativas de tratamiento para TAG, ya que algunos pacientes prefieren la medicina alternativa y complementaria (CAM) a intervenciones convencionales o lo usan junto a tratamientos de primera línea.⁴³⁻⁴⁶

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y las benzodiazepinas son los fármacos de primera elección. La principal ventaja de los primeros es

que son efectivos para controlar la sintomatología del TAG, se pueden utilizar por tiempo prolongado y no muestran tolerancia ni peligro de abuso. Por otro lado, la de las benzodiacepinas es que actúan rápidamente sobre la sintomatología del TAG y la remisión de los síntomas se presenta generalmente dentro de la primera hora después de haber tomado el medicamento.⁴⁷

1.2. Técnicas de relajación

La relajación no sólo es una de las técnicas más utilizadas en salud mental, sino que forma parte del acervo cultural propio de la historia de la humanidad. La mayor parte de estas técnicas estructuradas también son aplicadas en la actualidad tanto en la práctica profesional como en la investigación científica y se basan principalmente en la relajación muscular progresiva (RMP)⁴⁸ y el entrenamiento autógeno (EA)⁴⁹. Ambas se complementan, ya que se centran, respectivamente en dos de las principales funciones de la relajación: el descenso en el tono muscular, en lo que se refiere a la RMP y la sugestión y control mental en el EA.

La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica.⁵⁰

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta.

Técnicas utilizadas

En este apartado vamos a centrarnos en dos procedimientos utilizados en los grupos de relajación de los centros de salud mental (CSM):

*A. Relajación muscular progresiva*⁵¹

La relajación de Jacobson nos permite aprender a tensar y después soltar o relajar de manera secuencial varios grupos de músculos a la vez, de forma que el paciente pueda prestar atención a las sensaciones asociadas, y consiga reducir la tensión muscular cuando quiera hacerlo en su vida cotidiana⁶.

A pesar de que en el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la RMP son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en ejercicios implicados. Una de las mejores adaptaciones y, sin duda una de las más utilizadas, es la que realizaron Bernstein y Borkovec.⁵¹

Las principales partes del cuerpo que están implicadas en los diferentes modos de RMP son las siguientes: relajación de dieciséis grupos musculares y relajación de estos en cuatro (consistente en el mismo procedimiento que el anterior pero uniendo en un

movimiento los brazos dominante y no dominante, piernas y pies dominante y no dominante y los músculos de la cara y cuello)⁵.

En un estudio pre-post se llevaron a cabo talleres de técnicas de relajación muscular. Entre sus conclusiones, se deriva que son estrategias útiles para trastornos psíquicos en la reducción de la ansiedad en atención especializada. Además son más eficaces en pacientes con ansiedad que no tomaban medicación (en ellos el descenso de ansiedad era significativo con una $p < 0,036$).⁶

B. *Mindfulness*

Es una antigua práctica budista que se lleva realizando en este contexto desde hace más de 2.500 años. Es la esencia de la meditación y su concepto nació en el contexto de un camino que buscaba enfrentar y superar el sufrimiento humano.⁵²

Etimológicamente, el término inglés *mindfulness* es una traducción proveniente del término pali *sati* y del término sánscrito *smṛti*. La palabra no tiene una traducción exacta en español, aunque algunos autores lo han traducido como presencia, atención o consciencia plena.⁵³

La atención plena significa permanecer de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar. Lo que permite desarrollar mayor consciencia, claridad y aceptación de la realidad.⁵³

Jon Kabat- Zinn introdujo en los años 70, la práctica de *mindfulness* dentro del modelo médico en Occidente. Fundó la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts donde introducía a los pacientes a esta práctica para el tratamiento de problemas físicos y psicológicos, dolor crónico y otros síntomas asociados al estrés.⁵⁴

Otros autores también han definido el *mindfulness*.

- Para Hanh, consiste en “mantener la propia consciencia en contacto con la realidad presente”. Además comenta que posee dos componentes: concentración (*Samadhi* en sánscrito) y comprensión profunda (*Prajña* en sánscrito).⁵⁵
- Según Bishop et al “es una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”.⁵⁶
- Cardaciotto opina que “es la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas”.⁵⁷

Los componentes básicos de *mindfulness* son: la atención en el momento presente^{56,58,59}, la intención⁵⁹, la apertura a la experiencia o “mente de principiante”⁵⁶, la aceptación⁶⁰ y la eliminación del apego.⁶¹

De hecho, Nyanaponika determina que “al contrario de lo que se piensa, la meditación no es una técnica de relajación (...) En la meditación, sí se promueve la distensión muscular, pero no se busca desconectar de la claridad de la mente.”⁶²

El primer trabajo de *mindfulness* se publicó en 1975, pero es a partir de 2002 cuando se despierta un gran interés por parte de investigadores y clínicos. Lo que se conoce hasta ahora resulta positivo y anima a seguir esta línea de investigaciones.⁶³ Aunque hay autores que no están de acuerdo con la incorporación de estas técnicas, pues consideran que la meditación es un método carente de fundamento científico.⁶⁴

En último lugar, cabe destacar el programa de Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena (MBSR) desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn.⁵³ Con su aplicación se han obtenido resultados favorables en pacientes con ansiedad y ataques de pánico con o sin agorafobia⁶⁵ comprobándose además, que la mejora se mantiene en el tiempo.⁶⁶ También se ha justificado que ayuda a reducir las rumiaciones típicas en pacientes con ansiedad y depresión.⁶⁷

1.3. Terapias complementarias. Medicina integrativa

En los últimos años, se están desarrollando muchas terapias complementarias en los servicios de salud mental para ayudar al paciente tanto hospitalizado como ambulatorio. Sus beneficios se basan en aliviar el dolor, la ansiedad y el estrés, y todos los efectos secundarios derivados de cualquier enfermedad o tratamiento en la que el paciente tiene mucho sufrimiento, ya sea emocional, psicológico o espiritual. Este tipo de terapias mejora el estado de ánimo, produce sensación de placer y promueve la expresión de sentimientos. Además, aumenta la energía y la fuerza.^{69,70}

Definiciones

La OMS explica que la medicina integrativa engloba la medicina convencional y la medicina natural, para poner a disposición del paciente todos los instrumentos posibles para su curación, aceptando que ambas mejoran su calidad de vida y supervivencia.

Este tipo de medicina atiende los aspectos globales del individuo: fisiológicos, psicológicos, nutricionales y sociales.⁷¹ Se trata de un enfoque del que se tienen pruebas de evidencia científica de calidad, seguridad y eficacia^{69,71} y permite abordar pacientes con enfermedades crónicas que hasta ese momento recibían un tratamiento meramente paliativo, en vez de curativo. El abordaje integral potencia los resultados enormemente.⁷¹

Los términos “medicina complementaria”, “medicina tradicional” y “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado. “Complementaria” es un término calificativo que lleva implícito la idea de ampliar, enriquecer, integrar, mejorar, completar aquellos medios que ya se tienen.⁷²

Ámbito internacional

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 señala el rumbo de este abordaje terapéutico para el próximo decenio. Así se ayudará a las autoridades

sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes.^{69,73}

El Congreso de Estados Unidos creó en 1992 la Oficina de Medicina Alternativa adscrita a los Institutos Nacionales de Salud que posteriormente pasó a ser el NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), facilitando la evaluación formal y clasificación de tratamientos alternativos y complementarios. También examinó la integración de esta disciplina a los currículos de las escuelas de medicina y enfermería. Al mismo tiempo la Casa Blanca estableció una Comisión sobre Política en Medicina Alternativa y Complementaria, encargada de desarrollar recomendaciones legislativas y administrativas para maximizar los beneficios de la MCA para el público en general.^{69,74} Según recientes investigaciones indican que el 55% de los encuestados creen que las terapias complementarias CAM usadas en combinación con los tratamientos convencionales mejora la salud total, y el 1,1% de los 31.000 participantes informaron que habían usado Reiki.⁷⁵

Por otra parte, la Unión Europea, el 29 de mayo de 1997, aprobó una Resolución del Parlamento Europeo, en la que se pide a la Comisión comprometerse en un proceso de reconocimiento de las medicinas no convencionales, llevar a cabo un estudio exhaustivo sobre la inocuidad, la eficacia, el ámbito de aplicación y el carácter complementario o alternativo de cada medicina no convencional, y favorecer el desarrollo de programas de investigación en este ámbito.⁷⁶

Por último, en España el Ministerio de Sanidad realizó en 2011 el primer informe sobre terapias naturales. El documento identifica y analiza 139 técnicas en el ámbito de las terapias naturales.⁷⁷ Para su ordenamiento se utilizó una modificación de la clasificación en cinco áreas del NCCAM mencionado anteriormente:

- Sistemas integrales o completos (homeopatía, medicina naturista, naturopatía, medicina tradicional china, acupuntura, ayurveda).
- Prácticas biológicas (fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas).
- Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, drenaje linfático, reflexología, shiatsu, sotai, aromaterapia).
- Técnicas de la mente y el cuerpo (yoga, meditación, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y otras).
- Técnicas sobre la base de la energía, terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas. (Chi-Kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos).^{70,75,77-81}

Planteamiento y utilización

Según la presentación del primer estudio sobre el uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España, el 23,6% de la población española, es decir 10.590.161

personas (uno de cada cuatro españoles), ha utilizado alguna vez las terapias naturales. Y en concreto Reiki es la décima terapia natural más utilizada entre la población española, con un 8,4%, por detrás de yoga, acupuntura y Tai Chi, entre otros.⁸² * Ver Anexo 2.

El estudio sobre el impacto científico en los artículos sobre aplicaciones terapéuticas de las prácticas orientales cuerpo-mente realizado en España, refiere que la lenta y reciente integración de este tipo de terapias en la medicina convencional y las interpretaciones tradicionales de los efectos que estas tienen sobre la salud, desde paradigmas que no siempre siguen un método científico, pueden ser causa de desconocimiento y reticencia a integrarlas tanto en la práctica clínica como en las publicaciones científicas. Entre sus conclusiones indica que se ha constatado un aumento progresivo de las publicaciones en el área biomédica, sobre todo en las universidades de EE.UU., India y China con una marcada concentración en las áreas de medicina interna, salud mental y oncología, lo que respalda su interés científico.⁸³

Aunque términos diferentes han sido utilizados para referirse a las terapias bioenergéticas como “alternativas”, “complementarias” e “integrativas”, el NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health), agencia de salud del gobierno de Estados Unidos, generalmente usa el término “estrategia de salud complementaria.” Esta agencia también clasifica Reiki como una medicina y una terapia bioenergética.^{84,85}

Terapias complementarias/naturales y enfermería

El creciente interés de los profesionales de enfermería por la incorporación de las llamadas terapias complementarias a los conocimientos adquiridos en la formación de sus carreras profesionales, haciendo suya la idea de una medicina integrativa tanto a la hora de afrontar problemas relacionados con la salud, como para conseguir mejores niveles de bienestar, es relatado en diversos artículos.⁸⁶ Y es que, como podemos observar, la enfermería es una profesión en constante evolución. Los continuos avances teórico-prácticos la obligan a desarrollar estrategias y adaptar criterios que le permitan integrar, paulatinamente, dichos avances en el ejercicio diario.⁸⁷

Y es que este ímpetu para la investigación en occidente se debe a un resurgimiento de interés público en algunas de estas modalidades, como el tacto terapéutico y el Reiki. En conjunto estas llamadas terapias de biocampo por el NCCAM, comenzaron a ser más extensamente enseñadas y usadas por enfermeras estadounidenses en muchas clínicas y hospitales comenzando en los años setenta. Simultáneamente, la demanda de los pacientes y la utilización de estas modalidades fuera de la medicina convencional han incitado a los científicos y clínicos a examinar más de cerca este tipo de técnicas y sus efectos.⁷⁸

Las diferentes corrientes de pensamiento de la disciplina enfermera nos describen escuelas con modelos conceptuales en los cuales, las terapias naturales, pueden integrarse, ya que poseen en común una visión de valores humanistas como por ejemplo, el concepto de “cuidado” (caring) frente a la persona en cambio y en interacción continua con su entorno.

Las teorizadoras de la Escuela del Caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados de las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura. Sin ir más lejos el diagnóstico perturbación del campo de energía, base de la aplicación de la NIC: 1520 Reiki, es heredero de modelos teóricos muy potentes dentro de la enfermería como han sido los trabajos de Jean Watson y de Martha Rogers.

La ciencia de Martha Rogers se fundamentó en multitud de disciplinas para así crear la Teoría del ser humano unitario. Está planteada en la ideología oriental, basada en los principios que hablan de que el hombre y el medio ambiente son campos de energía en interacción continua y la práctica de enfermería debe fortalecer el campo de la energía humana para maximizar la salud.⁸⁷ Estos orígenes se encuentran en las propuestas y en los datos estadísticos de Nightingale⁸⁸, quien ubica al ser humano dentro del marco del mundo natural.

El trabajo de Jean Watson está basado en el cuidado humano y la teoría del cuidado transpersonal que promueve patrones de auto-sanación y modalidades avanzadas de curación, las cuáles no son invasivas y potencian la totalidad, comodidad, auto-sanación y bienestar.⁸⁷

La Asociación Americana de Colegios de Enfermería,⁸⁸ la American Hospital Association⁸⁹ y el Instituto de Medicina⁹⁰ hacen un llamamiento para capacitar a todas las enfermeras para el uso de estrategias innovadoras que les sirvan para manejar el estrés/ansiedad de manera efectiva y mejorar la condiciones de trabajo con la finalidad de crear una cultura de enfermería en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.⁹¹ En este sentido, los terapeutas afirman tener un medio de trabajo menos estresante y que, al incluirse Reiki entre los cuidados de enfermería, se ha hecho posible su desarrollo de manera controlada y segura.^{81,91}

Según la enfermera especialista en salud mental Hume, el intento de integrar la medicina complementaria y la práctica psiquiátrica tradicional es a menudo un desafío. Este acercamiento requiere creatividad y buena voluntad para ir más allá. La amplia gama de tratamientos, las condiciones de los pacientes psiquiátricos y los diferentes niveles de experiencia de los profesionales hace difícil estandarizar este tipo de cuidado integrado. Sin embargo, en un futuro no muy lejano, ambas disciplinas se ejercerán de manera conjunta en la asistencia sanitaria en salud mental.⁹²

Kathi Kemper afirma que cada vez hay más enfermeras interesadas en este tipo de técnicas, ya que aportan beneficios tanto a nivel mental, espiritual, emocional y físico. Un entrenamiento en este tipo de técnicas como la meditación, puede reducir los niveles de estrés y síndrome de burnout mejorando los resultados de salud e indirectamente la calidad del trabajo en equipo.⁹³

*Campo de energía humano*⁹⁴

Las terapias de biocampo como Reiki, determinan que el cuerpo tiene un campo de energía alrededor y que su interior, es sensible a varias formas de curación.^{78,79,95-100} Este paradigma sirve como una fundación principal filosófica para el trabajo ener-

gético de las terapias complementarias.⁷⁵ Algunos autores modernos han sugerido que estas hipótesis son similares a la teoría antigua del yoga (Chaoul 2010; Kumar 2008).^{12,95,96,97} Esto encuentra algunas semejanzas a los pensamientos que se relacionan con la naturaleza del universo y el conocimiento que surge del trabajo en el campo de física cuántica (Capra 2000; Carrol 2012), donde el nivel más ínfimo de la materia es al mismo tiempo energía. Así con la fórmula moderna de Albert Einstein ($E=mc^2$) se prueba científicamente que materia y energía son convertibles e intercambiables, es decir, “la energía ni se crea ni se destruye, sólo se transforma.”^{101,102}

La medicina de la energía trata con campos energéticos que pueden medirse (por ejemplo los rayos láser) y otros que no pueden medirse (por ejemplo los tratamientos de biocampo, la acupuntura, Reiki etc.).¹⁰³ De esta manera, las terapias de biocampo deben su nombre porque los profesionales tocan el campo de energía de los pacientes y se cree que este efecto ocurre por la aplicación de energía para restaurar, activar y equilibrar los trastornos existentes mediante técnicas manuales. Así, el concepto fundamental es que la enfermedad y la afección surgen de los desajustes del campo de energía vital de cada individuo.^{104,105} Por ello se cree que la curación y el bienestar implican la integración del campo energético humano y una conexión entre “cuerpo-mente-espíritu”.^{75,106-108}

El Dr. James L. Oschman dice que la medicina energética implica el entender cómo el cuerpo crea y responde a los campos eléctricos, magnéticos y electromagnéticos incluyendo la luz y el sonido, así como otras formas de energía, como el calor, la presión, la energía química y elástica y la gravedad. Sus estudios están dirigidos a conocer cómo el cuerpo produce estas diferentes clases de energía y cómo pueden ser aplicadas para obtener efectos beneficiosos. Trabajar con esta energía es lo que constituye la base fundamental de una terapia de Reiki, partiendo de la idea de que esta puede ser transmitida de un cuerpo a otro y migrarla por diferencia de potencial de las zonas de mayor a menor cantidad, pudiendo equilibrar todas y conseguir, si no la curación, al menos el bienestar y/o la mejoría de los síntomas de la enfermedad.¹⁰⁵ * *Ver anexo 3.*

Según la profesora de psicología Sangeeta Singg, de la Universidad Angelo State en Texas, hay un campo invisible de energía que rodea todos los seres vivos llamado *biofield* o campo de energía humano. Tal y como nosotros no vemos el campo electromagnético alrededor de un imán, el campo de energía de los seres vivos es invisible al ojo humano.⁸⁴ Una suposición que es la base de la orientación filosófica de Reiki y que es compatible con el paradigma Oriental, es decir, con la creencia de que un flujo regular de fuerza energética vital es necesaria para realinear, recargar, y reequilibrar los campos de energía humanos necesarios para crear condiciones óptimas para el sistema de curación natural del cuerpo humano.^{75,106-112} Todas estas perspectivas podemos hallarlas dentro de la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA¹¹³ donde encontramos el diagnóstico perturbación del campo de energía que está en referencia a la alteración de este campo de energía humano. En la bibliografía también está presente la intervención NIC: 1520 Reiki¹¹⁴ en relación a este diagnóstico enfermero que explicamos posteriormente.

1.4. Reiki

Evolución histórica del Reiki. Definición

Entender Reiki requiere un conocimiento de las tradiciones de sanación de los pueblos indígenas que precedieron y que aún coexisten con el modelo biomédico occidental. Reiki es una palabra japonesa¹¹⁵ donde *Rei* significa universal o sin límites y *Ki*, energía vital individual que rodea y fluye en todos los organismos vivos¹¹⁶. Muchas culturas y religiones hablan sobre ella a través de nombres diversos: es el *chi* de los chinos, el *prana* de los hindúes, la *energía bioplasmática* que estudian los rusos, *ka* para los egipcios, *mana* para los Kaunas (Hawai)^{78,117,118}. Esta energía es inherente en todas las formas de vida y le otorga al cuerpo el propio poder innato para curarse (Niell-Anderson y Ameling, 2001)¹¹⁹. Así queda establecido como un proceso de encuentro entre dos energías (universal y física) y ocurre tras un proceso de sintonización o iniciación realizado por un maestro capacitado.⁸⁴

Reiki funciona para equilibrar el campo vibracional del cuerpo y la mente aunque no hay un acuerdo teórico en cómo funciona o una comprensión básica de su mecanismo de acción. Sin embargo los científicos están empezando a explorar el potencial que los campos bioelectromagnéticos tienen en los procesos psicológicos, estableciendo una conexión que puede proporcionar eventualmente apoyo teórico para Reiki y otro tipo de terapias de toque.¹²⁰

Las primeras informaciones que se tienen de esta técnica curativa son conocidas por los Sutras, textos védicos de la India (escritos en sánscrito, la lengua antigua de la India) y El Tíbet en el siglo I o II A.C.^{75,118,121} Posteriormente se ha transmitido por tradición oral hasta el siglo XIX. A partir de ese siglo la historia del Reiki nace de las revelaciones del maestro Mikao Usui (1865-1926) y comienza en el siglo XIX en Kyoto donde lo desarrolla en Japón, llegando también al mundo occidental.^{81,84,115,116}

Chakras

Desde los tiempos de la medicina china, tibetana e india (ayurveda), existen técnicas milenarias que nos enseñan que en una persona sana, la energía atraviesa libremente el cuerpo físico fluyendo por “caminos” denominados chakras, meridianos energéticos o nadis. Esa fuerza energética nutre nuestros órganos y células, y regula las funciones vitales. Cuando se bloquea y se interrumpe la circulación de esa energía ocurre una disfunción en los órganos y tejidos de nuestro cuerpo que causa la enfermedad. Por medio de la técnica Reiki, se equilibran los siete chakras principales o centros de fuerza sutil de energía, localizados entre la base de la columna y la parte superior de la cabeza.^{115,116}

La iniciación⁸⁴ es una activación de los chakras que son centros energéticos superiores. La palabra chakra significa “rueda” en sánscrito, el idioma hindú antiguo. Esto se debe a que estos centros energéticos principales están en actividad en todo momento a pesar de que no tengamos conciencia de ello, haciendo que nuestra vibración y frecuencia aumenten y se transformen.^{115,122}

Cada chakra se corresponde con las glándulas endocrinas principales del organismo. El método funciona a través de la interrelación entre ambas partes y cualquier desequilibrio en alguna de ellas perturbaría al sistema glandular y al sistema nervioso que le corresponde. Estos pueden ser estimulados por ciertas prácticas psicocorporales.^{121,122}

Existen siete chakras principales: el coccígeo o base “raíz” (*Muladhara*), el prostático o uterino o hara (*Svabhishana*), el umbilical o plexo solar (*Manipura*), el cardíaco (*Anahata*), el laríngeo (*Vishuddha*), el frontal (*Ajna*) y el coronal (*Sahasrara*).^{115,116}

Mapa y relación entre chakras y emociones humanas

Las emociones controlan no sólo la salud mental, sino también el estado físico del cuerpo. Así lo indica una investigación realizada en Finlandia con 773 voluntarios de Finlandia, Suecia y Taiwán, quienes fueron enfrentados a catorce emociones, como la ira, el miedo, el asco, la felicidad, la tristeza o la sorpresa. Los voluntarios debían colorear las zonas del cuerpo en las que reportaban sentir cada emoción y debían usar el rojo para las de mayor sensación y el azul para las de menor actividad.

La mayoría de los participantes (73%) coincidieron en las zonas coloreadas creando mapas de sensaciones corporales. A su vez, los representantes de los distintos países describieron sensaciones similares.

El estudio revela que los diferentes estados emocionales se asocian con una respuesta somática. Estas sensaciones corporales se activan según los sentimientos, por lo que son topográficamente distintas y culturalmente universales ya que se da en todas las personas y de la misma manera. En resumen, podrían ser la base de nuestras experiencias emocionales conscientes para poder abordarlas desde otra perspectiva.¹²³ * Ver Anexo 4.

Tratamiento de Reiki

Un tratamiento típico y completo de Reiki incluye la colocación de las manos del terapeuta, con las palmas ligeramente ahuecadas, sobre el cuerpo de la persona totalmente vestida, sentada en una silla o tumbada en una camilla, siguiendo un patrón secuencial en dirección craneocaudal en doce posiciones principales que incluyen la cabeza, la frente, la cara ventral y dorsal del tronco (que corresponde con los órganos principales, los sistemas linfático y endocrino del cuerpo humano) así como las piernas y pies de la persona, coincidiendo en gran parte con las posiciones de los chakras explicadas en el apartado anterior. Las manos se colocan sobre el cuerpo entre 3 y 5 minutos en cada posición y el flujo de energía fluye según las necesidades de la persona que lo recibe. Para la aplicación de la técnica se recomienda un ambiente tranquilo que favorezca la relajación.^{115,124} * Ver Anexo 5.

Reiki puede ser aplicado tanto localmente como a distancia. Es una energía inofensiva, sin efectos secundarios ni contraindicaciones y compatible con cualquier tipo de terapia o tratamiento.⁸⁴ Durante y después de la sesión, los pacientes informan haber experimentado sensaciones de calor, paz, relajación, bienestar y seguridad que parecen disminuir el dolor y aumentar la conciencia.^{12,79,120,122} Estas sesiones pueden ser tan

largas como sea necesario, aunque normalmente la duración de una sesión suele estar entre 45 y 90 minutos.^{12,79,84,124,125}

En cuanto al número de sesiones de tratamiento recomendado, podemos apreciar que en los resultados del estudio de J. Shamini, el número total fue estadísticamente significativo en comparación con el número de resultados psicológicos positivos obtenidos ($r=0.321$, $p=0.019$), sugiriendo la posibilidad de una dosis-efecto de respuesta en los resultados. Por ello, se recomienda llevar a cabo entre tres y cuatro sesiones para una correcta aplicación y apreciación de primeros resultados.⁷⁸

Cómo actúa Reiki. Beneficios

Desde esta premisa de la autorregulación, Reiki puede reequilibrar el biocampo y de esa manera fortalecer la capacidad del cuerpo para sanarse y aumentar la resistencia sistémica al estrés. Como se ha dicho con anterioridad la reducción de la ansiedad es un “efecto secundario” y por lo tanto la relajación inducida estimularía la autosanación y la capacidad del sistema nervioso autónomo para recuperar el tono muscular en reposo. Los defensores del Reiki apuntan que esto puede conducir a la mejora del funcionamiento del sistema inmune y el aumento en la producción de endorfinas.^{104,122,124,126-128}

Reiki es experimentado de manera diferente por pacientes distintos. Las sensaciones más comunes durante las sesiones son calor, cosquilleo o frescor seguido de una sensación de relajación general.^{84,115} Según los resultados obtenidos en distintos estudios se ha observado que acelera la curación, disminuye el dolor, alivia los síntomas físicos, disminuye el estrés y la ansiedad, puede ser útil para tratar el insomnio y la fatiga, facilita la expresión de emociones almacenadas e induce la relajación.^{103,129-134}

El “Primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las Terapias Naturales en España” (2008) nos informa de los beneficios afectivos y emocionales de este tipo de terapias como el aumento de la comprensión y de la aceptación hacia uno mismo; el aporte de paz, energía, tranquilidad, equilibrio y relajación y un cambio en el estilo de vida.⁸²

Reiki en la práctica clínica

La utilización de Reiki como terapia ha despertado intriga e interés y parece que comienza a tener soporte y apoyo por todos los públicos. En algunos hospitales se está incluyendo esta terapia en sus planes de cuidado y tratamiento.¹³⁵

Según Miles, hasta 2003 en EE.UU. y en Europa, ya existían un buen número de hospitales¹³⁶, residencias de personas mayores, centros sanitarios, tanto públicos como privados, que ofertaban Reiki en su cartera de servicios para los pacientes, para el personal o para ambos tanto en forma de tratamiento como de enseñanza.¹²⁴ Además hay información acerca de su utilización en diferentes tipos de centros: medicina general, centros para enfermos VIH/SIDA¹⁴²⁻¹⁴⁵, centros oncológicos, centros psiquiátricos^{126,137}, centros quirúrgicos¹³⁸, centros geriátricos, pediatría^{139,140}, rehabilitación¹⁴¹, obstetricia y ginecología, neonatos, cuidados paliativos, enfermos trasplantados¹⁴⁶, trastornos neurodegenerativos y muchos otros problemas de salud como los coro-

narios^{128,147} y programas comunitarios. Las posibilidades debido a su bajo coste y su facilidad para la aplicación son muy grandes, ya que es posible combinar el autotrata-
miento con cuidados médicos, psicológicos o psiquiátricos adecuados para mejorar los
problemas emocionales, de manejo de dolor y ansiedad.^{124,130,134, 148-152}

Es significativo reseñar que ha habido una mezcla de resultados en la literatura
sobre los beneficios de Reiki. Y es que aunque haya un interés creciente entre los
investigadores para examinar su eficacia, es necesaria la realización de estudios bien
diseñados y controlados, para evitar las limitaciones metodológicas para que así sea
aceptado dentro del sistema de asistencia médica establecido.^{78,79,84,97,126,127,134}

En la revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados basados en terapias de
biocampo realizada por Richard Hammerschlag, se obtienen resultados en cinco ar-
tículos basados en la técnica Reiki de veintidós artículos revisados. La eficacia de estas
terapias de biocampo basada en ensayos clínicos aleatorizados de calidad más alta fue
evaluada después de la exclusión de diez pruebas con la escala de Jadad, (también co-
nocida como puntuación de Jadad o sistema de puntuación de calidad de Oxford). De
las dieciocho pruebas restantes, doce (siete tacto terapéutico, tres qigong, una Reiki y
una Healing Touch) muestran al menos un resultado primario con resultados de trata-
miento estadísticamente significativos beneficiosos.^{109,126, 134,153-155}

Existen varios artículos publicados entre 2007 y 2014 que realizaron revisiones
sistemáticas de las prácticas clínicas que usaban la terapia reiki.^{12,79,104,118,127}

Según Singg, un número creciente de sanitarios de todo el mundo ha comenzado
a integrar las terapias bioenergéticas como Reiki, tacto terapéutico, técnica craneosa-
cral, y Qi Gong en los programas de cuidado de sus pacientes.⁸⁴

También Shasimi y Paul, profesionales del departamento de psiquiatría de la Uni-
versidad de California (San Diego) y del Departamento de investigación para la preven-
ción y control de cáncer de dicha universidad, en su estudio realizado refieren que las
terapias de biocampo muestran una fuerte evidencia en la reducción de la intensidad
del dolor de pacientes hospitalizados con cáncer. Además demuestran una moderada
evidencia en la reducción de los síntomas negativos de comportamiento en diagnóstico
de demencia, así como en la reducción de ansiedad para pacientes hospitalizados.⁷⁸

Reiki y salud mental. Un acercamiento al trastorno de ansiedad

En los últimos años en muchos hospitales de todo el mundo se han llevado a cabo
investigaciones sugerentes relativas a la eficacia de la técnica Reiki en lo relacionado
con la salud mental. Se ha demostrado la eficacia en problemas de ansiedad del tras-
torno por estrés postraumático, ansiedad y depresión¹⁵⁶. Respecto a esta última, los
hallazgos muestran que Reiki puede ser tan efectiva como en el tratamiento de los sín-
tomas ansiosos.¹⁵⁷ Y, en una revisión Cochrane se puede confirmar la utilidad de esta
técnica en trastornos de ansiedad y depresión.¹²

Hay varias investigaciones que nos muestran los beneficios del Reiki en los pacientes
de salud mental.^{120,158,159} Por ejemplo, Shore encontró que esta técnica causaba reduc-

ciones significativas en la sintomatología depresiva y de estrés en su estudio de ensayo y control. Estas conclusiones se mantuvieron al año de seguimiento de los pacientes.¹²⁶

En el estudio realizado por Elaine L. Bukowsky, se seleccionaron estudiantes de la Universidad Stockton en Galloway (EE.UU.) para aplicar autotratamiento tras ser iniciados en el primer nivel de Reiki. Este estudio apoya la hipótesis de que el efecto calmante del mismo puede ser aumentado a través del autotratamiento. Así es usado para reducir la tensión, la ansiedad, los trastornos del sueño y el dolor promoviendo también el bienestar y mejorando la calidad de vida.¹⁶⁰

Por otro lado, tres estudios realizados con personas ancianas muestran de nuevo una reducción significativa de todos los síntomas mencionados anteriormente.^{122,161,162} En concreto uno de ellos, el estudio de Richeson, estima que uno de cada cinco adultos ancianos presenta un trastorno mental significativo siendo la depresión y la ansiedad los más comunes. Entre un 10 a 15% de las personas mayores están en tratamiento por ansiedad. En el estudio utilizaron la Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-15), la escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A) y la escala Faces Pain Scale (FPS) para dolor. Aplicaron sesiones de Reiki de 45 minutos semanales durante ocho semanas consecutivas y en los resultados, se indica la disminución significativa de la ansiedad (HAM-A ; $p < 0,001$), depresión (GDS-15; $p < 0,001$) y dolor (FPS; $p < 0,001$) comparado con el grupo control.¹²²

En el ensayo clínico realizado en la UCI del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete a 256 pacientes divididos en dos grupos (grupo intervención y placebo), según los resultados, se puede afirmar que Reiki disminuye la agitación de los pacientes, se objetiva una disminución de días de ventilación mecánica, días de estancia, menor dosis de fármacos sedantes y una discreta disminución del fracaso en el grupo de intervención. Por lo que se recomienda en la práctica diaria enfermera como terapia complementaria para el control de la agitación.¹⁶³

Según otro estudio realizado en un hospital de Bijapur, Karnataka (India), las percepciones de los médicos de medicina alternativa en desórdenes psiquiátricos e intervenciones psiquiátricas eran generalmente positivas. Opinan que estas intervenciones deberían ser dirigidas por cambios curriculares en la educación de estas disciplinas promoviendo oportunidades para el trabajo multidisciplinar.¹⁶⁴

No deja de ser curioso, como afirma W.M. Yu de la Universidad de Hong Kong, que debido a los resultados positivos del Reiki en pacientes depresivos, se aconseja realizar el tratamiento por enfermeras como una terapia coadyuvante sobre este tipo de pacientes y se recomienda revisar los resultados y establecer una base de evidencia científica para la utilización de la intervención en la práctica enfermera.¹⁶⁵

Entre las conclusiones mencionadas por S. Singg, en el primer estudio experimental que comparó Reiki con la relajación muscular progresiva y el placebo y donde se examinó la eficacia de Reiki para el control emocional, la personalidad, y cambios espirituales de pacientes enfermos crónicos, esta terapia es una modalidad eficaz para la reducción de dolor, la depresión y el estado de ansiedad. Además, facilita cambios deseables en la personalidad de los pacientes, quienes relatan una disminución de la

ansiedad como rasgo, el fortalecimiento del amor propio y un mayor sentimiento de control interno. También, la creencia en su autocontrol se vuelve más realista.⁸⁴

Así pues, existe evidencia para apoyar que Reiki facilita la relajación, mejora la depresión¹⁶⁶, la fatiga y la ansiedad^{167,168}, promueve la sensación de bienestar y la reducción del dolor^{131,169,170}. En un artículo realizado por profesoras asociadas de la escuela de enfermería de la Universidad de Texas Houston Health Science Center¹⁶⁶, se muestra el diseño de un estudio de medidas repetidas en sujetos sanos para conocer posibles correlaciones biológicas, tras la aplicación de treinta minutos de Reiki. Entre los resultados más destacados se observó una reducción significativa de la ansiedad, medido a través del Inventario de Ansiedad de Rasgo y estado de Spielberger (STAI) ($t(22) = 2,45$; $p = 0,02$), comparando antes y después de las medidas; podemos encontrar una disminución significativa de la presión arterial sistólica (PAS), $F(2, 44) = 6,60$, $P < 0,01$, y que los niveles de inmunoglobulina A se elevaron considerablemente en la saliva $t(19) = 2,33$, $P = 0,03$.^{12,118,166}

Entre los resultados del artículo publicado por el psicólogo clínico del instituto Samuelli (USA), Salvatore Libretto, sobre un programa de tratamiento integrativo en el síndrome de estrés post-traumático (PTSD) en militares (incluyendo modalidades como acupuntura, masaje, Reiki, reflexología y yoga) se hallan reducciones significativas de los síntomas PTSD (PTSD Checklist-Military version; $p < .001$), ansiedad (Beck Anxiety Inventory; $p < .001$), y depresión (Beck Depression Inventory II; $p < .001$) de pre a post tratamiento. El análisis de resultados al año indica mejoría estable en los beneficios de tratamiento para estos resultados principales con el tiempo. Los análisis también sugieren que las sesiones de terapias complementarias puedan tener un impacto sobre la eficacia de tratamiento tradicional, la adherencia del paciente al tratamiento, seguimiento, y el número de sesiones requeridas. Concluye que existen mejorías estadísticas clínicamente significativas en la depresión y en la ansiedad tanto de pacientes, terapeutas, y familiares.¹⁷¹

En 2011, Bowden encontró que los participantes (estudiantes de universidad) con alta ansiedad, depresión o ambos que recibieron Reiki, mostraron una mejora progresiva del estado de ánimo general y un aumento de esa mejoría significativa tras cinco semanas de seguimiento, mientras que el grupo control no obtuvo cambios. Utilizaron como método de medida la subescala de ansiedad DASS.¹⁷²

Por último en la revisión sistemática sobre el efecto de la terapia Reiki en dolor y ansiedad en adultos, realizada por Susan Thrane y Susan M. Cohen en la escuela de enfermería de la Universidad de Pittsburgh se encuentran estudios que eligen la escala de STAI (Spielberger State Anxiety Inventory) para medir la ansiedad.^{79,173,174}

Reiki entre personal sanitario de salud mental

Las investigaciones en la literatura muestran cómo el Reiki además de beneficiar a los pacientes de salud mental, también atribuye elementos de cuidado entre el personal sanitario, tanto en facultativos como entre personal de enfermería.^{149-152,175.}

Cuneo enseñó el primer nivel de Reiki a las enfermeras para evaluar la educación, el entrenamiento y la práctica en el manejo del estrés laboral. Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa en la escala PSS (Cohen's Perceived Stress Scale).¹⁵⁰

Plodek también llevó a cabo un pequeño estudio (n=22) evaluando la efectividad de los tratamientos diarios de Reiki para reducir los niveles de estrés entre las enfermeras. Los datos cualitativos procedentes de los grupos de estudio mostraron un descenso en los niveles de estrés, una disminución en los síntomas físicos preexistentes, así como un aumento en la relajación.¹⁵¹

En el estudio realizado por Raingruber y Robinson, se evaluaron los beneficios de la institución de programas de autocuidado en los lugares de trabajo de enfermería, incluyendo actividades como yoga, Tai Chi, clases de meditación y sesiones de Reiki. Los resultados de sus investigaciones sugieren que los hospitales dispuestos a invertir en programas de autocuidado para enfermería, pueden ayudar a anticipar sus beneficios en los pacientes.¹⁵²

La investigación de Kemper confirmó en 2011 que muchas enfermeras experimentaban altos niveles de tensión relacionados con el trabajo. Muchas ya tenían la experiencia personal con este tipo de técnicas y las prácticas más comúnmente usadas para manejar la tensión incluían la meditación enfocada en respiración consciente y el tacto terapéutico. Así se vio que en la mayor parte de ellas estas prácticas tuvieron ventajas espirituales, emocionales, y mentales así como físicas.⁹³

Díaz-Rodríguez en su artículo dirigido en el Hospital Universitario San Cecilio en Granada, analizó los efectos inmediatos de Reiki en 21 profesionales sanitarios que experimentaron *burnout* midiendo las variaciones del ritmo cardiaco, la temperatura corporal, el flujo de saliva y los niveles de cortisol. El diseño cruzado del estudio consistió en dos sesiones de treinta minutos semanales con participantes que desconocían la intervención que estaban recibiendo (Reiki o placebo Reiki). Se determinó que la técnica Reiki tenía efectos en el sistema nervioso parasimpático y de este modo promovía la relajación, la reducción de estrés emocional y la mejoría de la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud mental, dando lugar a un sentimiento de autorrealización personal.¹⁷⁵

Como se indica en el artículo de Glenda Watson Natale, (una enfermera holística graduada por la Universidad de Southeastern Louisiana), Reiki y otras modalidades de terapias energéticas son incluidas en el ámbito de la práctica de enfermería en muchos estados y se podría utilizar para el tratamiento del estrés, la fatiga, y el síndrome de *burnout*.⁹⁷

Anne Vitale, en su estudio cualitativo fenomenológico realizado en la Universidad de Florida Atlantic, trataba de explorar las experiencias vividas por enfermeras que se realizaban tratamiento de Reiki para su autocuidado. Las entrevistas personales a once enfermeras revelaron categorías que incluían la importancia del uso de esta técnica para el manejo del estrés diario, la autocuración y la espiritualidad. La misma investigación halló que una mejora en el sentimiento de conexión consigo mismo y con los

demás participantes del estudio, puede disminuir el sentimiento de despersonalización, uno de los factores para medir el *burnout*.⁷⁵

En este estudio realizado por un grupo de profesionales médicos y enfermeras doctorados en psicología, psicoterapia, enfermería docente e investigación, se analiza la tendencia que presentan los profesionales que trabajan en clínicas de salud mental de padecer alto riesgo de *burnout*. El *burnout* es un problema que provoca agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización y satisfacción personal. El objetivo de este estudio era determinar si treinta minutos semanales de Reiki durante seis semanas consecutivas podían reducir todos estos síntomas en el personal sanitario que trabaja en salud mental. Para ello se utilizó un diseño cruzado explorando la eficacia de Reiki frente a falso Reiki. La muestra de sujetos fue seleccionada aleatoriamente y se utilizaron dos instrumentos de medida de resultados: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) y Measure Your Medical Outcome Profile Version 2 (MYMOP-2). Las conclusiones demuestran que la terapia Reiki era estadísticamente significativa comparada con el placebo para reducir el *burnout* y el agotamiento ($p=0.011$) y que también era efectivo para reducir la despersonalización ($p < 0.001$).¹⁷⁶

1.5. Diagnósticos de enfermería relacionados

Tal y como mencionábamos anteriormente, todas estas perspectivas se hallan codificadas dentro de la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA^{113,177} donde encontramos tanto el diagnóstico enfermero de ansiedad, como el diagnóstico enfermero perturbación del campo de energía. También está presente la intervención NIC: 1520 Reiki.¹¹⁴ Todos ellos relacionados con el objetivo de este estudio de investigación.

Ansiedad como diagnóstico enfermero.

- Código NANDA: 00146. Ansiedad.^{113,177,178} Perteneciente al dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase 2: afrontamiento.
- Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
- Características definitorias:
- Conductuales: Agitación. Movimientos extraños. Insomnio. Inquietud.
- Afectivas: Irritabilidad. Angustia. Nerviosismo. Temor.
- Fisiológicas: Voz temblorosa. Temblor de manos. Aumento de la respiración. Urgencia urinaria. Aumento del pulso. Dilatación pupilar. Dolor abdominal. Trastorno del sueño. Aumento de la transpiración. Anorexia. Diarrea. Sequedad bucal. Náuseas. Frecuencia urinaria.

- Cognitivas: Confusión. Preocupación. Olvido. Deterioro de la atención. Tendencia a culpar a otros. Dificultad de concentración. Disminución de la habilidad para: solucionar problemas y aprender.
- Factores relacionados: Amenaza de muerte. Amenaza al autoconcepto. Estrés. Amenaza de cambio en: el rol, el estado de salud, el entorno y la situación económica.

Resultados esperados.¹⁷⁹

1. *Autocontrol de la ansiedad. Código NOC: 1402.*

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Autocontrol.

Escala: Nunca manifestado a constantemente manifestado.

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada.

2. *Superación de problemas. Código NOC: 1302.*

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Adaptación psicosocial.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.

Definición: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Intervenciones de enfermería.¹¹⁴

1. *Escucha activa 4920.*

Definición: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

Disponer un ambiente no amenazador.

Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con él fomentando su seguridad.

Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.

Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

Evitar posibles situaciones emocionalmente intensas.

Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.

Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.

2. *Disminución de la ansiedad 5820.*

Definición: Minimizar la aprensión, temor o malestar relacionado con una fuente identificada de peligro anticipada.

Actividades:

Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro.

Definir claramente las expectativas de conducta.

Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante.

Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Permanecer con él/ella, para darle seguridad.

Dar órdenes simples.

Escuchar atentamente.

3. *Técnica de relajación 5880.*

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades:

Mantener contacto visual.

Sentarse y hablar con paciente.

Favorecer una respiración lenta y profunda.

Reafirmar al paciente en su seguridad personal.

Permanecer con el paciente.

Utilizar distracción si procede.

Administrar medicación ansiolítica si procede.

Instruir sobre métodos que disminuyan la ansiedad.

4. *Terapia de relajación simple 6040.*

Definición: Utilización de técnicas para favorecer e inducir la relajación con el propósito de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Actividades:

Considerar disposición, habilidad, experiencias pasadas y contraindicaciones, antes de seleccionar una estrategia de relajación específica.

Dar instrucciones para: relajarse y dejar que pasen las sensaciones y asumir una posición confortable con ropa cómoda y ojos cerrados.

Utilizar un tono de voz bajo, con palabras lentas y velocidad.

5. *Otras intervenciones a considerar.*

5240 Asesoramiento

5380 Potenciación de la seguridad

5270 Apoyo emocional

5340 Presencia
5460 Contacto
5900 Distracción
5230 Aumentar el afrontamiento
7560 Facilitar visitas
7040 Apoyo al cuidador principal
1520 Reiki

Diagnostico perturbación del campo de energía NANDA¹¹³

Los diagnósticos de enfermería NANDA están en el ámbito independiente del rol de la enfermera. Con intervenciones autónomas que permiten identificar el problema e iniciar las acciones para su resolución, sin necesidad de ayuda de un facultativo, y obteniendo resultados deseados.¹⁷⁸

Podemos encontrar el Diagnóstico enfermero 00050 Perturbación del campo de energía, dentro del Dominio 4: Actividad-reposo y de la clase 3: Equilibrio de la energía.

Definición. Perturbación del Campo de energía (00050): Desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que resulta en una falta de armonía del cuerpo, la mente o el espíritu.

Características definitorias: la percepción de cambios en los patrones de flujo de la energía como: cambio de temperatura (calor, frío), cambios visuales (color, imagen), alteración del campo (vacío, en agujas, agujero, bombeado), movimiento (ondas, con estremecimientos, fluídos, agujas, denso), sonidos (tonos, palabras).

Factores relacionados:

- Factores de maduración: Relacionados con dificultades o crisis de desarrollo relacionadas con la edad.
 - o Crisis de desarrollo relacionado con la edad.
 - o Dificultades de desarrollo relacionadas con la edad.
- Factores situacionales: (personales, ambientales) relacionados con:
 - o Ansiedad, temor, duelo, dolor.
- Factores fisiopatológicos: Relacionados con la reducción de la velocidad o el bloqueo de flujo de energía secundarios a: enfermedad, lesión o embarazo.
- Factores relacionados con el tratamiento:
 - o Quimioterapia.
 - o Inmovilidad.
 - o Parto y parto.
 - o Experiencia preoperatoria.

Actualmente en la última edición de la NANDA 2015-2017, se plasma entre sus observaciones que el diagnóstico perturbación del campo de energía se ha retirado por no contar con la evidencia suficiente y continúa en proceso de estudio, está pendiente de nuevo desarrollo y validación. La literatura relacionada con este diagnóstico ofrece soporte sobre intervenciones más que sobre el problema en sí mismo.¹⁷⁷

Intervención NIC 1520: Reiki¹¹⁴

Definición: utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y símbolos para canalizar la fuerza vital universal, con el fin de recargar, realinear, y reequilibrar el campo de energía del ser humano.

Actividades:

- Crear un ambiente tranquilo y cómodo.
- Utilizar aromas o música suave para crear una atmósfera adecuada.
- Lavarse las manos.
- Preguntar sobre los motivos de consulta, si presenta dolor en alguna parte o si padece una enfermedad concreta.
- Permitir que el paciente que va a recibir Reiki se siente cómodamente o se tumben en una camilla de masaje, totalmente vestido y en decúbito supino.
- Limitar cualquier distracción innecesaria.
- Relajar la mente y realizar varias respiraciones profundas para concentrarse.
- Recordar que es el Reiki quien hace el trabajo, no es el profesional.
- Seguir una serie de posiciones específicas de las manos: sobre los ojos, sobre las orejas, una mano en la frente y otra en la parte alta de la cabeza, manos bajo la cabeza, sobre el cuello, parte alta del tórax, abdomen superior, abdomen inferior, muslos (de uno en uno), rodillas (de una en una), parte inferior de las piernas, tobillos, pies, plantas de los pies, hacer que el paciente se gire a una posición de decúbito prono, hombros, cintura, zona lumbar, parte posterior de las piernas y parte anterior de las piernas.
- Trazar los símbolos de Reiki.
- Permitir que la intuición guíe los movimientos para la colocación de las manos en/a la parte del cuerpo que más requiera la curación.
- Permanecer en cada zona durante 5-15 minutos, o hasta que la energía se perciba que fluye más despacio o que la intuición diga que es el momento de cambiar la posición de las manos.
- Pedir permiso específico antes de la sesión para actuar sobre los órganos sexuales, o las partes del cuerpo que se pudieran considerar inapropiadas, si está indicado.
- Mover las manos de una en una para mantener el contacto de forma continua.
- Observar la respuesta de relajación del paciente y cualquier cambio relacionado.

Otras intervenciones NIC relacionadas con terapias complementarias.

- 1320 Acupresión.
- 1460 Relajación muscular progresiva.
- 1630 Aromaterapia.
- 4330 Terapia artística.
- 4390 Terapia ambiental.
- 4400 Musicoterapia.
- 4430 Terapia con juegos.
- 4860 Terapia de reminiscencia.
- 5320 Humor.
- 5465 Tacto terapéutico.
- 5920 Hipnosis.
- 4320 Terapia asistida con animales.
- 5330 Gestión del humor.
- 6000 Imaginación simple dirigida.
- 6040 Terapia de relajación.
- 5960 Facilitar la meditación.

2. JUSTIFICACIÓN

La expansión de los servicios de salud mental contribuirá a lograr una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.»⁸

Como parte inicial de mi justificación, enfatizar en que la atención y cuidado adecuados de los pacientes de salud mental es necesaria para que tengan una óptima recuperación o mejoría de sintomatología. Está ya estudiado que los pacientes y familiares, tras el diagnóstico de la patología mental, tienen un largo camino que recorrer y no siempre cuentan con el apoyo social o modelos de conducta a seguir. La gran incidencia de personas que se ven afectadas cada año por un trastorno de ansiedad, hace que cualquier avance en este terreno, sea un gran beneficio para el paciente, así como para la familia. Esto hace esencial el hecho de examinar la efectividad de las intervenciones utilizadas por el personal de salud mental para el cuidado y manejo de los pacientes y familiares con el fin de ayudar de la mejor manera posible.

En los últimos años se están desarrollando muchas terapias complementarias en los servicios de salud mental para ayudar al paciente tanto hospitalizado como ambulatorio, las más frecuentes son: meditación, *mindfulness*, arteterapia, aromaterapia, acupuntura, cromoterapia, hidroterapia, homeopatía, Reiki, risoterapia... Todas ellas persiguen el

mismo fin: ayudar al paciente a llevar la enfermedad de forma diferente, y tratar otras dimensiones humanas además de la fisiológica. Intentar aliviar el dolor psicológico y el sufrimiento para así poder mejorar su calidad de vida y su estado de ánimo ante cualquier patología, enfermedad o circunstancia. Estas terapias actúan junto a la medicina convencional, tratan de complementarla para así mejorar el estado del paciente.

La utilización de Reiki como terapia coadyuvante ha despertado intriga e interés y parece que comienza a tener soporte y apoyo por todos los públicos.

En varios hospitales nacionales e internacionales se está incluyendo esta terapia en sus planes de cuidado y tratamiento y se han llevado a cabo investigaciones sugerentes relativas a la eficacia de la técnica Reiki en lo relacionado con la salud mental. Se ha demostrado la eficacia en problemas de ansiedad del trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión. Además existe evidencia para apoyar que el Reiki facilita la relajación, la reducción del dolor y la ansiedad, mejora la fatiga y la depresión y promueve la sensación de bienestar.

Las investigaciones en la literatura muestran cómo Reiki además de beneficiar a los pacientes de salud mental, también atribuye elementos de cuidado entre el personal sanitario de todo el mundo.

Hay que destacar que la enfermería se encuentra en un lugar privilegiado a la hora de poder desarrollar esta intervención, y he aprovechado a la hora de realizar el proyecto la posibilidad de llevarlo a cabo en el ámbito de centros de salud mental, ya que permite aplicar esta intervención en una fase no aguda de su patología y observar la continuidad de la intervención.

En este proyecto se pretende continuar investigando sobre la efectividad de la terapia e intervención enfermera NIC 1520: Reiki, como terapia complementaria al tratamiento habitual y especialmente con pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad, para comprobar si puede mejorar su sintomatología ansiosa y disminuir el impacto del trastorno en su vida.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad derivados a programas de relajación en los centros de salud mental pertenecientes al Hospital La Paz que participan en una intervención complementaria a su tratamiento habitual, como es la técnica Reiki aplicada por parte de la enfermera especialista en salud mental tendrán mejor control de su sintomatología ansiosa que los pacientes que sólo reciben una hora semanal de práctica guiada en técnicas de relajación.

Objetivos generales y específicos

En los objetivos generales y específicos desarrollados a partir de mi hipótesis principal, debo expresar en datos cuantificables las mejoras que pretendo obtener con dicha intervención, revisando para ello diferente bibliografía existente sobre los efectos de

este tipo de técnicas y su influencia en la sintomatología de los pacientes diagnosticados en los servicios de salud mental. Sin embargo, a la hora de buscar bibliografía al respecto, los porcentajes de consecución en los cuales se basan diferentes test de cribado tienen discrepancias entre sí, ya que están diseñados sobre grupos de población, áreas geográficas y socioculturales distintas. Por ello, voy a basar mi objetivo de mejora en los datos recogidos en la escala de STAI que obtuvo sus datos en base a una muestra representativa de 28 pacientes de Madrid.

De esta manera, mis objetivos generales y específicos son los siguientes:

Objetivo general:

- Analizar los efectos de aplicación por parte de la enfermera especialista en salud mental de una intervención enfermera NIC 1520: Reiki (grupo A), en pacientes derivados a programas de relajación en CSM de Fuencarral y Tetuán con diagnóstico previo de trastorno de ansiedad, respecto a aquellos pacientes que en las mismas condiciones de diagnóstico y derivación a grupos de relajación no se les aplique la misma intervención (grupo B).

Objetivos específicos:

- Comparar los resultados obtenidos en los pacientes del grupo A respecto a los del grupo B en los cambios de su sintomatología ansiosa.
- Reducir los niveles de ansiedad o la sintomatología ansiosa que puede aparecer en los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad que realizan seguimiento habitual en su CSM de zona.
- Relacionar variables sociodemográficas con la evolución y manejo de su sintomatología tras la aplicación de la técnica Reiki como intervención de enfermería.

Consideraciones éticas

Se solicitó el permiso tanto al Comité Ético de Investigación Clínica como al Instituto de Investigación del hospital Universitario La Paz “idiPAZ”. * *Ver Anexo 6*

El equipo investigador, para el diseño del estudio y su posterior análisis ha tenido en cuenta y se compromete a cumplir la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del usuario permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación entre otros y se han seguido las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, que asegurará la confidencialidad de los datos de los pacientes y la ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica.

Así mismo se ha considerado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado.

Se respetará en su totalidad el Código Deontológico de la Enfermería Española.

METODOLOGÍA

Para poder conseguir dichos objetivos se planteó la realización de un estudio de investigación cuantitativa basado en un ensayo clínico experimental aleatorizado (Simple). Su finalidad analítica consistió en evaluar la hipótesis de la presunta relación causa efecto entre la aplicación o no de la intervención NIC 1520: Reiki efectuada por parte de la enfermera especialista en salud mental a pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad derivados a programas de relajación en los CSM pertenecientes al H. la Paz y la mejoría de su sintomatología.

Por la definición anteriormente expuesta ya se entiende que un ensayo clínico sólo puede ser *analítico* en cuanto a su finalidad, *longitudinal* en lo referente a su secuencia temporal, *prospectivo* en su relación con la cronología de los hechos, y por último *experimental*.

Sujetos:

La población diana se definió como todos aquellos pacientes diagnosticados de trastorno de Ansiedad (DSM-V) y diagnóstico enfermero de Ansiedad en los centros de salud mental de Fuencarral y Tetuán y derivados a grupos de relajación programada semestralmente que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los responsables del estudio para la experimentación con la intervención enfermera NIC 1520: Reiki y la realización de la intervención relajación en los CSM Fuencarral y CSM Tetuán fueron tanto la enfermera residente en salud mental como sus supervisores: la tutora de especialidad en salud mental ubicada en el CSM Tetuán y los co-investigadores del proyecto ubicados en el CSM Fuencarral.

El tamaño muestral necesario para llevar a cabo este estudio, buscando un nivel de confianza del 95% y de margen de error del <5%, nos dio un N=28 Pacientes: 14 en grupo experimental y 14 en el control.

Los criterios establecidos para ambos grupos fueron los siguientes:

— Criterios de Inclusión:

- o Ser mayor de 18 años.
- o Haber experimentado sintomatología ansiosa persistente durante los últimos tres meses o más.
- o Pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (según criterios DSM-V o con diagnóstico enfermero NANDA Ansiedad) y derivados a consulta de enfermería en CSM Fuencarral y Tetuán.
- o Capaz de entender y dar su consentimiento informado por escrito. Capacidad para comprender y hablar bien el idioma castellano.
- o Niveles significativos de distrés y discapacidad relacionados con la ansiedad.

— Criterios de Exclusión:

- o Discapacidad intelectual o deterioro cognitivo.
- o Insuficiente conocimiento del idioma para entender y poder participar en la intervención.
- o Enfermedad mental grave en estado agudo en el momento actual que impida la participación en el estudio.
- o Abuso de sustancias en los últimos 6 meses.
- o Ideación autolítica activa en el momento actual.
- o Aquellos participantes incluidos en el grupo A o experimental que han aceptado participar en el estudio, pero que no asistan a ninguna sesión.

Diseño:

— Se realizó un ensayo clínico aleatorizado simple a dos grupos.

— El proceso inicial de aleatorización simple se llevó a cabo por orden de su derivación de psiquiatra/psicólogo habitual en la consulta de CSM de zona a la consulta de enfermería de salud mental de su CSM de zona, desde donde, mediante la elaboración de un listado telefónico, se contactó con los participantes en el estudio y se realizó el proceso de aleatorización simple de la muestra dividida en dos grupos (grupo A, Reiki y grupo B, relajación), con los que se aplicaron las intervenciones descritas en uno u otro mediante una cita en consulta individual con cada uno de los pacientes incluidos en la muestra. El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que la selección de la muestra fue intencionada puesto que todos los sujetos a estudio debían cumplir unas características comunes o, lo que es lo mismo, los mismos criterios de inclusión. A su vez, se realizó mediante un diseño de muestreo consecutivo, captando a todo individuo de la población accesible que cumpla los criterios de selección durante el período de reclutamiento fijado para el estudio.

Las variables que se recogieron en el estudio por su posible influencia fueron las siguientes:

— Variables Independientes:

- o Realización de la intervención NIC 1520: Reiki y de las técnicas de relajación en pacientes diagnosticados de trastorno de Ansiedad (DSM-V) y diagnóstico enfermero de Ansiedad en los centros de salud mental de Fuencarral y Tetuán. Ambas se definen como variables cualitativas nominales.

— Variables Dependientes:

- o Nivel de ansiedad: Puntuación de la escala STAI, definida como variable cuantitativa discreta. Es la variable principal del estudio.

— Variables sociodemográficas:

- o Edad. Variable cuantitativa continua ordinal.
- o Sexo: masculino/femenino. Variable dicotómica nominal.

- o Diagnóstico previo ansiedad (si presenta): Trastorno por ansiedad de separación/ Pánico/ Agorafobia/ Ansiedad social/ Ansiedad generalizada/ Ansiedad inducida por sustancias o medicamentos/ Fobia específica/ Ansiedad no especificada/ Otros. Variable cualitativa nominal.
- o Estado civil: Soltero/ Casado/ Separado/ Divorciado/ Viudo. Variable cualitativa nominal.
- o Convivencia: Padres/ Pareja/ Pareja e hijos/ Hijos/ Pareja e hijos y uno o ambos padres/ Solo/ Amigos/ Instituciones o pensiones/ Otras formas de convivencia. Variable cualitativa nominal.
- o Situación laboral: Estudia/ Trabaja/ Desempleado o en paro/ No trabaja por afectación/ Incapacidad laboral concedida/ Jubilado por edad/ Otros. Variable cualitativa nominal.
- o Nivel de estudios: Sin estudios/ Primaria/ Secundaria/ Estudios universitarios/ Ciclos formativos/ No contesta. Variable cualitativa nominal.

Instrumentos de evaluación:

- Los datos sociodemográficos y clínicos del paciente fueron recogidos en un documento elaborado AD HOC. * *Ver Anexo 7*
- El instrumento de recolección de datos que se empleó para el estudio de la sintomatología ansiosa fue el “Inventario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) que permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad / Estado) y como rasgo latente (Ansiedad / Rasgo). Consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente y veinte afirmaciones para que indiquen cómo se sienten en un momento dado. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 0 a una máxima de 60 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 0 a 3. En la escala Ansiedad-Estado son: 0-Nada, 1-Algo, 2-Bastante, 3-Mucho, y en la escala Ansiedad-Rasgo son: 0-Casi nunca, 1- Algunas veces, 2- Frecuentemente, a menudo y 3-Casi siempre, con una confiabilidad entre el 0.73 y 0.86, siendo pues una escala validada.
- La terapia de relajación y la intervención Reiki la ha realizado la enfermera residente en salud mental desplazándose para ello tanto al CSM Tetuán como a Fuencarral siendo supervisada por la tutora de especialidad en salud mental ubicada en el CSM Tetuán y los co-investigadores del proyecto ubicados en el CSM Fuencarral. La Dra. Laura Gotor, responsable del CSM Tetuán, y el Dr. Víctor Rivelles, responsable del CSM Fuencarral han dado el visto bueno para llevar a cabo dicho estudio en la práctica clínica con los usuarios y para el uso de las instalaciones y recursos materiales de ambos centros.
- El procedimiento fue el siguiente: primero se realizaron dos grupos compuestos por un total de 14 personas cada uno, comenzando con ambos el 27 de febrero de 2017 y finalizando a mediados de Abril de 2017.

- El grupo de ensayo (grupo A) recibió 4 sesiones de Reiki, con una frecuencia semanal y de manera individual, por la enfermera residente en salud mental con una duración de 45 a 60 minutos siguiendo las actividades de enfermería de la intervención NIC 1520.
- El grupo control (grupo B) realizó 4 sesiones de relajación, con una frecuencia semanal y de manera individual, según el modelo de Jacobson (relajación con tensión) y el programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* MBSR de Jon Kabat Zinn, utilizado habitualmente durante los procesos de formación de la enfermera residente en salud mental en el H.U. La Paz, con una duración de 45 a 60 minutos. Realizado tanto por la enfermera residente en salud mental en el CSM Tetuán, como por la enfermera coinvestigadora M. Carmen Dompablo, enfermera de CSM Fuencarral.
- El lugar de la realización fue en el propio centro de trabajo en una sala habilitada para ello. Insonorizada o al menos lo más silenciosa posible, con una temperatura agradable, luz tenue, el asiento cómodo para que el paciente estuviera lo más a gusto posible, con la posibilidad de realizarlo tumbado en camilla y/o colchoneta; la vestimenta del paciente era cómoda.
- Para ello hubo un compromiso de confidencialidad y consentimiento informado para cada uno de los participantes y una fotocopia del STAI que fue entregada antes de la primera y después de la cuarta sesión a cada uno de los participantes tanto en grupo de ensayo (Reiki) como grupo control (relajación). * Ver Anexo 8

Análisis:

El análisis y la interpretación de la información recogida fueron efectuados con el paquete informático SPSS para Windows y epidat por los investigadores.

Cronograma de realización:

	Febrero-Marzo 2016	Abril-Agosto 2016	Septiembre- Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero-Abril 2017	Abril-Mayo 2017
Planteamiento del tema						
Revisión bibliográfica e inicio						
Planteamiento del n° de grupos y personas por categorías						
Solicitud de evaluación (IDIPAZ)						
Realización de los grupos						
Análisis de los resultados						

*Fuente de elaboración propia

- Febrero y Marzo 2016: Planteamiento del tema del presente proyecto.
- Abril-Agosto 2016: Revisión bibliográfica e inicio del proyecto (Introducción, marco teórico, justificación, objetivos esperados).
- Septiembre 2016: Planteamiento del número de grupos a realizar y el número de personas de cada grupo en base a unas categorías previamente establecidas.
- Diciembre 2016: Solicitud de evaluación del proyecto de investigación por la comisión de investigación de IDIPAZ.
- Enero-Abril 2017: Realización de los grupos.
- Abril-Mayo de 2017: Análisis de los resultados.

4. RESULTADOS

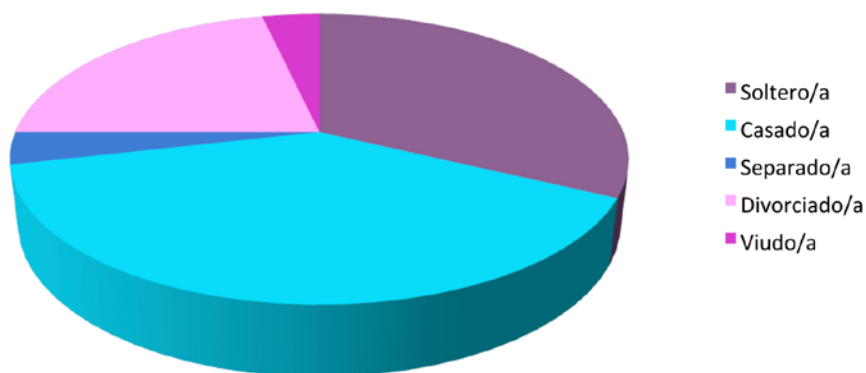
Comparación Reiki y relajación

La edad media en los dos grupos de investigación es relativamente similar: 53 años para el grupo Reiki y 50 para el grupo Relajación.

También cabe considerar que en ambos, el género femenino es mayoritario: 79% en el grupo Reiki (una de ellas embarazada) y 86% en el grupo Relajación.

Por otro lado, en cuanto al estado civil, sobresalen el matrimonio y la soltería: grupo Reiki (43 y 29%) y grupo Relajación (36% en ambos). Sin embargo, los individuos mayoritariamente tienen hijos y conviven con ellos en el primer grupo (50%), mientras que en el segundo mayoritariamente viven solos (43%).

Gráfico 1. Estado civil



*Fuente de elaboración propia

Respecto al diagnóstico previo, podemos remarcar que casi la totalidad de los pacientes fueron derivados a la consulta de enfermería por trastorno de ansiedad generalizada, otros tipos de trastorno o sintomatología sin diagnosticar: grupo Reiki, un 72% y grupo relajación, un 93%.

Gráfico 2. Diagnóstico previo Grupo Reiki

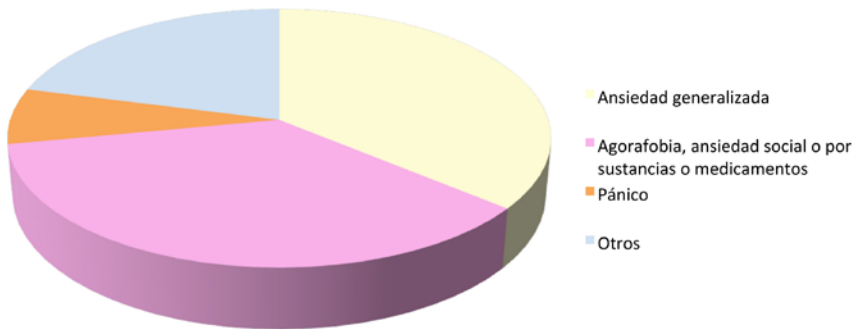
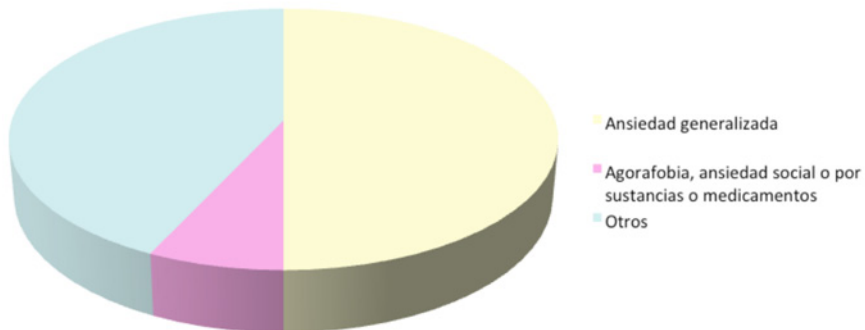


Gráfico 3. Diagnóstico previo Grupo Relajación



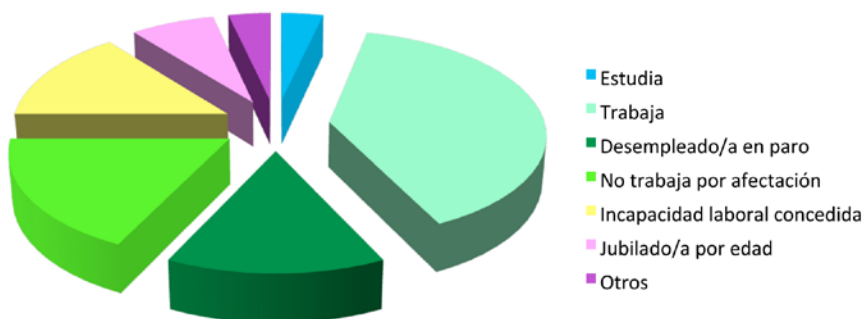
**Fuente de elaboración propia*

En ambos grupos, los pacientes presentaban estudios superiores a primaria: un 93% en el caso de Reiki y un 100% en Relajación. De ellos, un 57 y un 29%, respectivamente, habían cursado estudios universitarios.

Situación laboral				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudia	1	3,6	3,6	3,6
Trabaja	11	39,3	39,3	42,9
Desempleado/a en paro	4	14,3	14,3	57,1
No trabaja por afectación	5	17,9	17,9	75,0
Incapacidad laboral concedida	4	14,3	14,3	89,3
Jubilado/a por edad	2	7,1	7,1	96,4
Otros	1	3,6	3,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

*Fuente de elaboración propia

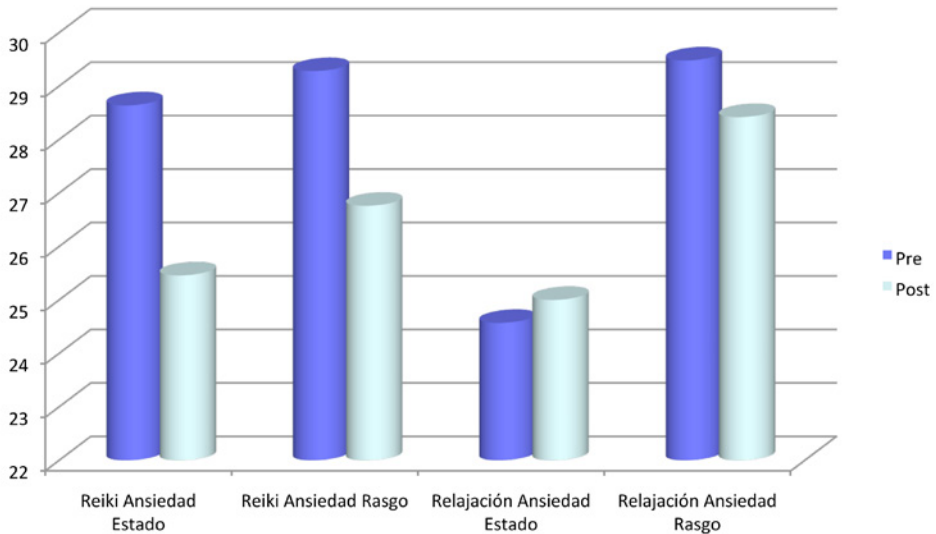
Gráfico 4. Situación Laboral



*Fuente de elaboración propia

En cuanto a los valores medios de la ansiedad como estado, vemos reflejado un descenso del 5,3% (3,18 puntos en la escala STAI) en el grupo Reiki, mientras que en el grupo Relajación aparece un aumento del 0,7% (0,43 puntos en la escala STAI).

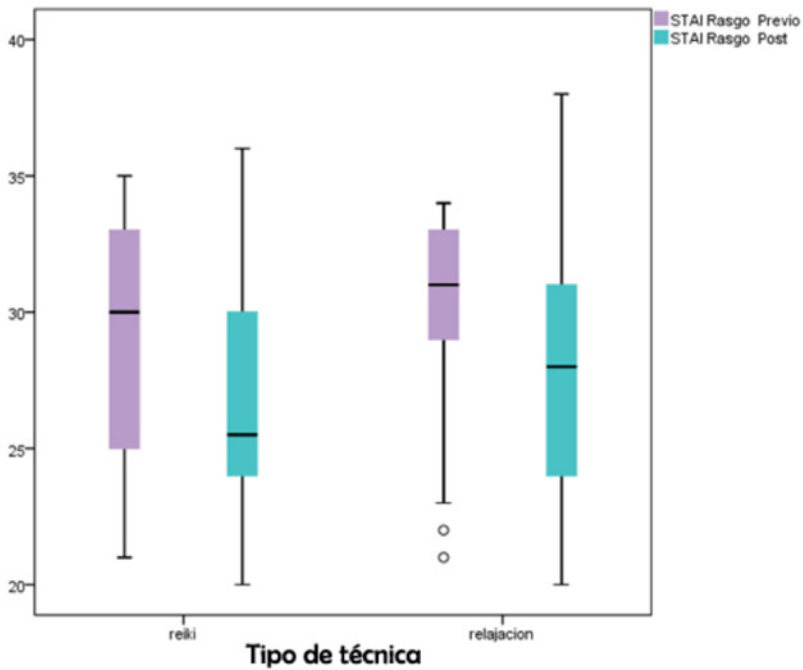
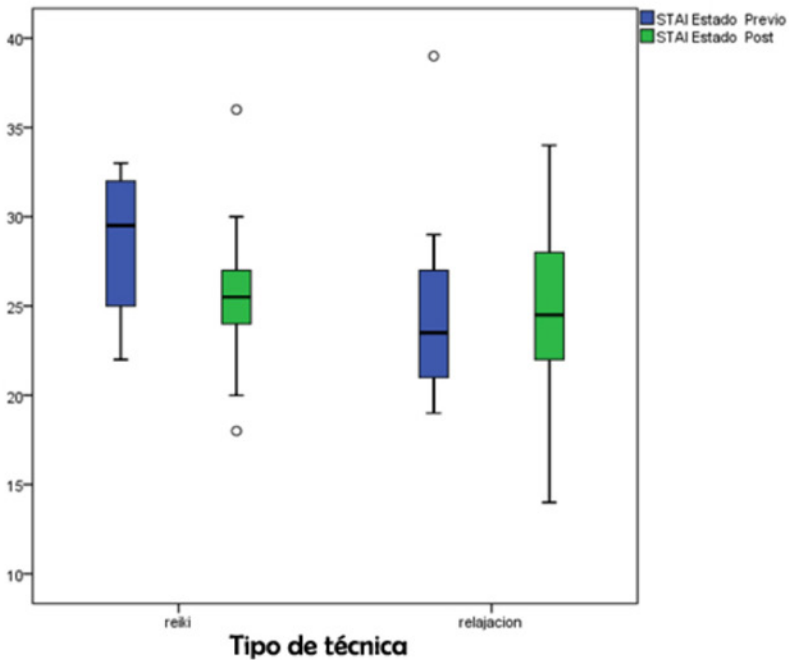
Por otro lado, se genera un descenso en ambos grupos respecto a los valores medios de la ansiedad como rasgo: un 4,2% (2,52 puntos en la escala STAI) para el grupo Reiki y un 1,8% (1,06 puntos en la escala STAI) para el grupo Relajación.

Gráfico 5. Evolución escala

*Fuente de elaboración propia

Estadísticas										
		Edad	STAI Estado Reiki Previo	STAI Rasgo Reiki Previo	STAI Estado Reiki Post	STAI Rasgo Reiki Post	STAI Estado Relajación Previo	STAI Rasgo Relajación Previo	STAI Estado Relajación Post	STAI Rasgo Relajación Post
N	Válido	28	14	14	14	14	14	14	14	14
	Perdidos	0	14	14	14	14	14	14	14	14
Media		52,11	28,6429	29,2857	25,5714	26,8571	24,5714	29,4286	25,0000	28,4286
Mediana		52,50	29,5000	30,0000	25,5000	25,5000	23,5000	31,0000	24,5000	28,0000
Moda		58	29,00 ^a	33,00	27,00	24,00	21,00	31,00 ^a	20,00 ^a	24,00 ^a
Desviación estándar		12,659	3,79488	4,59814	4,43265	4,72077	5,09471	4,30946	5,29150	5,94480
Varianza		160,247	14,401	21,143	19,648	22,286	25,956	18,571	28,000	35,341
Rango		53	11,00	14,00	18,00	16,00	20,00	13,00	20,00	18,00
Percentiles 100		81,00	33,0000	35,0000	36,0000	36,0000	39,0000	34,0000	34,0000	38,0000

*Fuente de elaboración propia



*Fuente de elaboración propia

Podemos observar que existe una mayor variabilidad en el grupo control (relajación) en los resultados del inventario STAI tanto en ansiedad estado como rasgo, lo que se refleja en una desviación estándar de más de cinco puntos sobre la media.

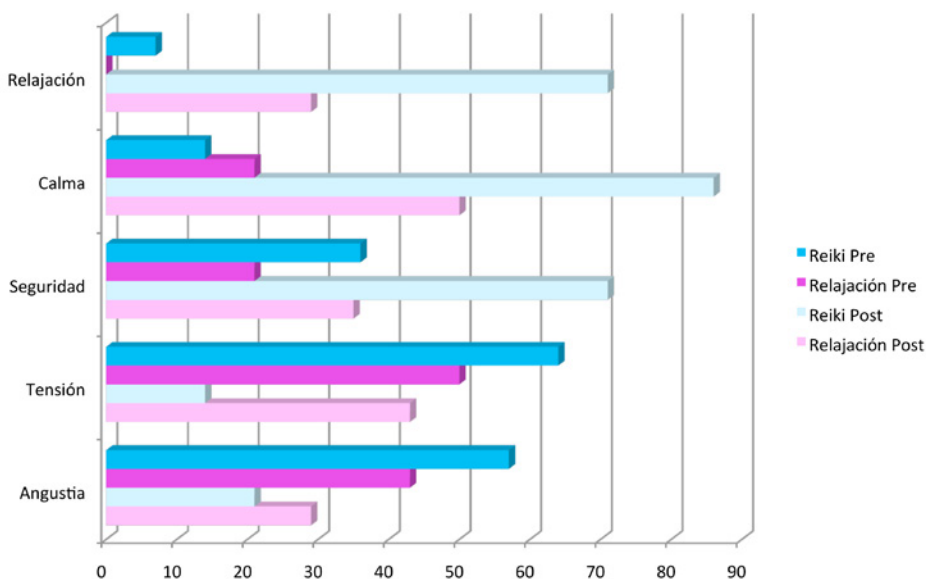
Case Summaries							
	Tipo de Técnica	Mean	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum	N
STAI Estado Previo	reiki	28,6429	3,79488	29,5000	22,00	33,00	14
	relajación	24,5714	5,09471	23,5000	19,00	39,00	14
	Total	26,6071	4,87123	26,0000	19,00	39,00	28
STAI Estado Post	reiki	25,5714	4,43265	25,5000	18,00	36,00	14
	relajación	25,0000	5,29150	24,5000	14,00	34,00	14
	Total	25,2857	4,79859	25,0000	14,00	36,00	28
STAI Rasgo Previo	reiki	29,2857	4,59814	30,0000	21,00	35,00	14
	relajación	29,4286	4,30946	31,0000	21,00	34,00	14
	Total	29,3571	4,37344	30,5000	21,00	35,00	28
STAI Rasgo Post	reiki	26,8571	4,72077	25,5000	20,00	36,00	14
	relajación	28,4286	5,94480	28,0000	20,00	38,00	14
	Total	27,6429	5,32787	26,5000	20,00	38,00	28

**Fuente de elaboración propia*

Analizando algunas de las variables del valor ansiedad como estado, podemos concluir que en ambos grupos se ha producido un aumento de la sensación de calma, seguridad y relajación, además de un descenso de la tensión y angustia tras la aplicación de las dos intervenciones. Sin embargo, podemos destacar que los porcentajes de incremento o reducción de todos ellos son mayores en el grupo Reiki que en el de Relajación:

- o Calma: Grupo Reiki (+72%) y grupo relajación (+29%).
- o Seguridad: Grupo Reiki (+35%) y grupo relajación (+14%).
- o Tensión: Grupo Reiki (-50%) y grupo relajación (-7%).
- o Angustia: Grupo Reiki (-36%) y grupo relajación (-14%).
- o Relajación: Grupo Reiki (+64%) y grupo relajación (+29%).

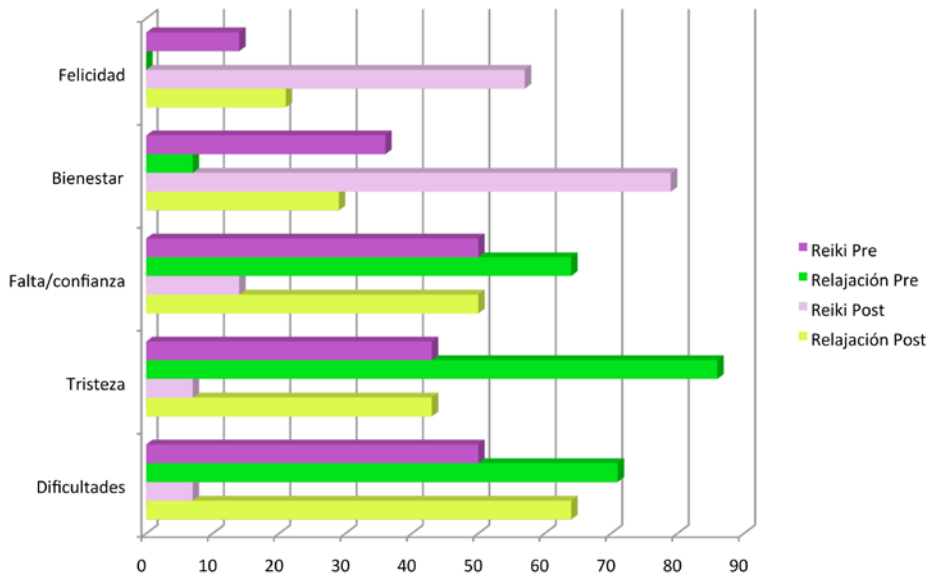
Gráfico 6. Evolución ítems Ansiedad Estado



*Fuente de elaboración propia

Estudiando otras variables del valor ansiedad como rasgo, podemos resumir que en ambos grupos se ha producido un aumento de la sensación de bienestar y felicidad, además de un descenso de la percepción de poseer dificultades, falta de confianza y tristeza. Nuevamente, salvo un ítem, podemos darnos cuenta de que los porcentajes de incremento o reducción de todos ellos son mayores en el grupo Reiki que en el de Relajación:

- o Bienestar: Grupo Reiki (+43%) y grupo relajación (+22%).
- o Percepción de dificultades: Grupo Reiki (-43%) y grupo relajación (-7%).
- o Tristeza: Grupo Reiki (-36%) y grupo relajación (-43%).
- o Falta de confianza: Grupo Reiki (-14%) y grupo relajación (-14%).
- o Felicidad: Grupo Reiki (+43%) y grupo relajación (+21%).

Gráfico 7. Evolución ítems Ansiedad Rasgo

*Fuente de elaboración propia

Por último, debemos destacar que los valores medios iniciales de ansiedad como rasgo y como estado del grupo Relajación partían con registros ligeramente más negativos que los del grupo Reiki. A pesar de todo ello, la diferencia de mejoría entre ambos es claramente visible en el grupo Reiki.

5. DISCUSIÓN

Las cuestiones relacionadas con la sintomatología ansiosa y el diagnóstico de trastorno de ansiedad constituyen un parámetro importante en las escalas que miden la calidad de vida de los pacientes derivados a salud mental. Tanto es así que expertos de la talla de Sangeeta Singg, profesora de Psicología de la Universidad de San Angelo (Estados Unidos) ya han comenzado a destacar el enriquecimiento que las terapias bioenergéticas, entre ellas el Reiki, pueden aportar a la práctica médica.

Entre las conclusiones mencionadas en su estudio experimental (2015) debemos destacar que se realizó una comparación entre Reiki con la relajación muscular progresiva, la no intervención y el placebo (falso Reiki) mediante una evaluación por la escala STAI y que se examinó su eficacia para la reducción del estado de ansiedad entre otras variables que sirvieron como base para la realización de este estudio. Todos los pacientes del grupo Reiki recibieron diez sesiones, de media hora, dos veces por semana y a los tres meses fueron contactados para realizar un seguimiento de los cambios que se hubieran producido tras el post-test. En nuestro caso, debido a la brevedad del

tiempo de investigación, se creó un formato reducido de cuatro sesiones semanales (recomendación encontrada en la bibliografía para la obtención de resultados mínimos) y sin seguimiento posterior. No obstante, a pesar de todo ello, los efectos obtenidos sobre la salud de los pacientes también fueron positivos.

En el año 2001, las profesoras asociadas de la escuela de enfermería de la Universidad de Texas Houston, D.W. Wardell y J. Engebretson, registraron datos que reflejaban una reducción de hasta tres puntos en el valor total de ansiedad en la escala STAI tras la aplicación de Reiki (sólo en grupo de intervención ya que carece de grupo control). Los mismos registros fueron obtenidos por la investigadora P. J. Potter en su estudio de 2007.

Measurement	Before		After	
	M	SD	M	SD
State Anxiety	31.96	9.73	27.17	6.26
Cortisol	0.684	0.364	0.586	0.371
IgA	22.19	17.57	35.51	27.30

*Fuente Engebretson J, Wardell DW. *Energy-Based Modalities*. Nurs Clin North Am. 2007; 42(2):243-59.

Resultado que se ha repetido durante el actual proyecto de investigación junto a un considerable descenso del porcentaje de pacientes que presentaban una puntuación superior a la media inicial en los valores de ansiedad estado (media de 28,64 puntos sobre 60) y ansiedad rasgo (media de 29,28 puntos sobre 60) en la escala STAI. Es decir, en su inicio este porcentaje era de un 64% de pacientes en el valor ansiedad estado y de un 57% en la ansiedad rasgo. Tras su finalización, ambos porcentajes descendieron hasta el 14% y el 29% respectivamente.

Pero si seguimos comparando nuestros resultados con respecto a otros estudios que utilizan la escala STAI como método de medición, debemos reparar en el trabajo llevado a cabo por A.T. Vitale y P.C. O'Connor en 2006, en el que señalaron notables caídas de los niveles de ansiedad tras la aplicación de Reiki. Un factor que queda reflejado de nuevo en nuestro proyecto de investigación en el que, por ejemplo, los síntomas de tensión y angustia de los pacientes se reducen tras someterles a las sesiones de Reiki: de un 79% de los pacientes que manifestó sentirse bastante o muy preocupado al inicio del estudio pasó a un 21 y de un 57% que declaró tener bastante o mucha angustia, se transformó en un 29%.

En cuanto a otros estudios que utilizaron instrumentos de medida diferentes a la escala STAI, encontramos variables estadísticamente significativas. Por ejemplo, en el análisis realizado por Nancy E. Richeson en el año 2010, se hizo uso de la escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A). En él, se aplicaron sesiones de Reiki de 45 minutos semanales durante ocho semanas consecutivas y en los resultados, se apreció una disminución significativa de la ansiedad (HAM-A; $p < 0,001$), así como de otros ítems como depresión (GDS-15; $p < 0,001$) y dolor (FPS; $p < 0,001$) comparado con el grupo control. Trasladando estos datos a nuestro propio trabajo, como ya hemos señalado, realizamos una sesión semanal durante cuatro semanas y también registramos valores

que nos hacen concluir que la ansiedad se vio reducida: al inicio, pudimos constatar una alta agitación (79% de los pacientes); al término, este valor se redujo un 43%. Por último, pudimos corroborar la dificultad para reclutar a los pacientes que participaron en nuestro estudio, sobre todo en el campo de la relajación, con una muestra de 14 pacientes en grupo Reiki y otros 14 en grupo control en dos meses. Un hecho que también percibió P. J. Potter en su estudio de 2007 donde prolongó este período durante quince meses para obtener una muestra de 32 sujetos.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se distinguen diferentes limitaciones en el reclutamiento (al ser un programa de cuatro semanas, hay riesgo de abandonos) y algunos sesgos que son:

Sesgo de falseamiento cuando de forma premeditada o inconsciente los participantes dan respuestas falsas o incompletas a preguntas consideradas íntimas o traumáticas.

Sesgo de respuesta en los test auto-administrados.

Sesgo de selección derivada de la forma de reclutar a los pacientes, en este caso, no probabilística, limitada a un periodo de tiempo, lo que hizo que los resultados estuviesen sujetos a los criterios de inclusión.

7. RECOMENDACIONES SOBRE FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La realización de este proyecto deja una línea de investigación abierta, ya que expone la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y la necesidad de posibles líneas de actuación a seguir para resolverlos, así como la clara necesidad de mejorar los protocolos existentes en la cartera de servicios de nuestros centros de salud mental.

Además, a través de este estudio se pretenden crear nuevas vías con las que dar a conocer la importancia de las terapias complementarias como métodos coadyuvantes a los tratamientos convencionales, así como incorporar la metodología necesaria para continuar investigando en este campo y prevenir la aparición de recaídas.

También nos gustaría que los futuros investigadores controlaran y tomaran en consideración el efecto potencial que este tipo de técnicas poseen al establecerse una interacción con los pacientes. En este sentido, la intervención NIC 1520: Reiki parece haber reflejado beneficios en los sujetos de este estudio. Animamos a continuar experimentando en este sentido en futuros análisis, seleccionando para ello una mayor muestra inicial en ambos grupos para conseguir una significación estadística más potente.

Por último, con el fin de combatir la renuncia de los participantes, sugerimos una posible estrategia de investigación: enseñar Reiki de primer nivel a los sujetos y hacerles practicar la técnica con ellos mismos, evitando así una posible dependencia entre el terapeuta y el paciente. A pesar de todo ello, seguimos sugiriendo la combinación de este tipo de sesiones con tratamientos semanales o periódicos dirigidos por profesionales sanitarios formados en Reiki. De esta manera, quizá sería probable descubrir si la modalidad de autotratamiento produce o no una disminución mayor de la sintomatología ansiosa que una o dos sesiones semanales.

8. CONCLUSIONES

La hipotética eficacia sanitaria de la intervención NIC1520: Reiki en el tratamiento de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad queda demostrada a través de la realización del presente estudio. Prueba de ello son las siguientes conclusiones que verifican que los objetivos establecidos se han cumplido:

- La intervención NIC1520: Reiki es una modalidad efectiva para la reducción de la ansiedad: 12 de 14 pacientes (86%) reduce considerablemente sus valores de ansiedad estado y rasgo.
- Además, facilita cambios en el estado de ánimo de los pacientes: mejora en los niveles de calma, relajación, descanso y felicidad, entre otros y mejoras en su comportamiento, disminuyendo el impacto del trastorno en su vida diaria.
- A través de los plazos establecidos para esta investigación, se concluye que Reiki genera cambios más notables y significativos que la relajación en los pacientes con trastornos de ansiedad.

Con todo ello, podemos reseñar que la relación entre los trastornos de ansiedad y la aplicación de la intervención NIC 1520: Reiki sí parece proporcionar una serie de resultados beneficiosos estadísticamente significativos para los pacientes. No obstante, cabe mencionar que esta terapia complementaria sigue siendo una de las grandes olvidadas dentro del ámbito de la salud mental, a sabiendas de que esta requiere un mayor cuidado e índice de calidad proporcionadas desde nuestra especialidad sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores de proyecto y especialidad, Óscar Pajares González-Gallego y Beatriz Martín Blanco por su implicación durante todo el proceso de investigación, así como la revisión del manuscrito.

A los profesionales del centro de salud mental “Fuencarral” y “Tetuán” por su colaboración, en especial a M. Carmen Dompablo y a Pilar Rojas.

A la Dra. Laura Gotor, responsable del CSM Tetuán, y el Dr. Víctor Rivelles, responsable del CSM Fuencarral por haber dado el visto bueno para llevar a cabo este estudio en sus instalaciones.

A Olga San Martín Ruiz, supervisora de la Unidad de Agudos del H.U. La Paz, y a mis compañeras de residencia, por todos los buenos momentos que hemos pasado, y por hacer los difíciles, algo más llevaderos.

A mis amigos y a mi familia, especialmente a Carlos Largo por ser mi compañero de vida, por la confianza depositada y por su constante apoyo, sin el cual, hoy no estaría terminando esta especialidad.

Y a Alicia Carrasco, mi maestra de Reiki, por haberme enseñado una nueva herramienta sanitaria con la que espero seguir investigando en un futuro no muy lejano.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Chisholm D, Kim Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:415-24.
2. WHO. Mental health ATLAS 2014. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf [citado 3 de agosto de 2016]
3. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y grupo ESEMeD España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.
4. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur. Journal of Public Health* 2012; 1-5.
5. Cabello Lázaro R, Brugada Mir M, Aparicio Valero C, Mas MD, Vila Doménech J. Experimentar la relajación: una técnica para disminuir la ansiedad. *Rol*. 2007; 25(2): 38-40.
6. Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enferm Global* 2012;11(2):39-53.
7. Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (cibersam). Plan estratégico 2014-2016. Disponible en: http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf [citado el 3 de agosto de 2016]
8. ONU. Objetivos de desarrollo sostenible: 17 objetivos para transformar nuestro mundo. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/submit/> [citado el 10 de agosto de 2016]
9. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier T, Nutt Y, Kirmayer DJ, Lepine LJ, et al. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(13):47-55.
10. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(13): 22-68.
11. Diccionario de medicina Océano Mosby. 4ª ed. Barcelona: Editorial Océano; 2004. p.83
12. Joyce J, Herbison GP. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 4. Art. No.: CD006833.
13. Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clin J Oncol Nurs*. 2006; 10(3): 319-22.

14. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2006; 368:2156-66.
15. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder. Sheffield: University of Sheffield/London. National Collaborating Centre for Primary Care. 2004; pg.14.
16. Gratacòs M, Nadal M, Martín-Santos R, Pujana MA, Gago J, Peral B et al. A Polymorphic Genomic Duplication on Human Chromosome 15 Is a Susceptibility Factor for Panic and Phobic Disorders. *Cell*. 2001; Vol. 106:367-379.
17. Hetttema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(10):1568-78.
18. Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006; 16:101-108.
19. Gross C, Hen R. The development origins of anxiety. *Nat Rev Neurosci*. 2005; 5:545-552.
20. Battaglia M, Ogliari A. Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005; 29:169-179.
21. Lunney M, Cavedish R, et al. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2010-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
22. Echeburúa E. Evaluación y tratamiento el trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicol Conductual*. 1993; 233-254.
23. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
24. OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
25. Tortella-Feliu, M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom*. 2014; 110: 62-69.
26. Craske, MG. The R-doc initiative: Science and practice. *Depression and Anxiety*. 2012, 29: 253-256. doi:10.1002/da.21930
27. APA (American Psychiatric Association) DSM-5, Diagnostic Criteria. Anxiety Disorders. 2013.
28. Juan Maass V. Los trastornos ansiosos en el DSM-5. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2014; 52 (Supl1): 50-54. Disponible en: http://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf [citado el 13 de agosto de 2016]
29. Pacheco Yáñez L, Medrano Albéniz J. Psicofarmacología aplicada en atención primaria. Barcelona: Glosa; 2007.
30. Aragüés M, Fernández Esteban I, Jiménez Arriero MA, et al. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Revisión 2010. Direc-

- ción General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
31. Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Secondgeneration antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010, Issue 12. [DOI: 10.1002/14651858.CD008120]
 32. WHO. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. 2009. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf [citado el 17 de agosto de 2016]
 33. Jonsson K. and Kjellgren A. Promising effects of treatment with flotation-REST (restricted environmental stimulation technique) as an intervention for generalized anxiety disorder (GAD): a randomized controlled pilot trial. *BMC Complement Altern Med.* 2016; 16:108.
 34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5^a ed. Washington: APA; 2013.
 35. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Publ Health.* 2008; 29:115-29.
 36. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet.* 2006; 368:2156-66.
 37. Grant BF, Hasin D, Stinson F, Dawson D, June WR, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2005; 35:1747-59.
 38. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg R, Turk C, Mennin D, editors. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice.* New York: Guilford Press; 2004. p. 77-108.
 39. Rothbart MK. Temperament, development, and personality. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007; 16:207-12.
 40. Newman MG, Erickson TM. Generalized anxiety disorder. In: Beck JG, editor. *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment.* Washington: American Psychological Association; 2010. p. 235-59.
 41. Bowlby J. *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation.* New York: Basic Books; 1973.
 42. Baldwin DS, Polkinghorn C. Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychoph.* 2005; 8:293-302.
 43. Bystritsky A, Hovav S, Sherbourne C, Stein MB, Rose RD, Campbell-Sills L, et al. Use of complementary and alternative medicine in a large sample of anxiety patients. *Psychosomatics.* 2012; 53:266-72.
 44. Hayes-Skelton SA, Roemer L. A Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Ther.* 2013 December; 42(4).

45. Hoge EA. et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clin Psychiatry*. 2013 August; 74(8):786-792.
46. Millstein DJ, Orsillo SM, Hayes-Skelton SA, Roemer L. Interpersonal Problems, Mindfulness and Therapy Outcome in an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Ther*. 2015 November; 44(6): 491-501.
47. GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Agencia Laín Entralgo y Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+resumida.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220399613699&ssbinary=true> [citado el 1 de septiembre de 2016]
48. Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
49. Schultz JH. El entrenamiento autógeno: autorrelajación concentrativa. Barcelona: Ed. Científico-médica; 1980.
50. Bernstein DA. Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Ed. DDB; 1999.
51. Ruibal O. Respira unos minutos: ejercicios sencillos de relajación. Barcelona: Ed. Inde; 2001.
52. Nataraja S. The Blissful Mind. Málaga: Odeon; 2016.
53. Kabat-Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana. Paidós Iberica; 2009.
54. Moñivas A, García-Diex G, García de Silva R. Mindfulness (Atención Plena): Concepto y Teoría. *Portularia*. 2012; XII:83-89.
55. Hanh TN. Las claves del Zen, guía para la práctica del Zen. Madrid: Artes Gráficas Cofas; 1974.
56. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004; 11(3):230-241.
57. Cardaciotto LA. Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance. Universidad de Drexel; 2005.
58. Safran JD, Muran JC. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2005.
59. Shapiro SL, Carlson L, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006; 62(3):373-386.
60. Hayes SC, Jacobson NC, Follette VM, Dougher MJ. Content, context and the types of psychological acceptance. In: *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press; 1994; 13-32.
61. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. New York: Piadkus; 1990.

62. Nyanaponika T. El poder de la atención mental. Madrid: Jaguar; 2004.
63. Pérez MA, Botella L. Conciencia Plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*. 2006; XVII(66/67):77-120.
64. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1):95-100.
65. Rod K. Observing the Effects of Mindfulness-Based Meditation on Anxiety and Depression in Chronic Pain Patients. *Int J Psychol Behav Sci*. 2015; 5(4): 143-147.
66. Griffin KH, Johnson JR, Kitzmann JP, Kolste AK, Dusek JA. Outcomes of a Multimodal Resilience Training Program in an Outpatient Integrative Medicine Clinic. *J Altern Complement Med*. 2015 Oct; 21(10):628-37.
67. Chen KW et al. Meditative Therapies for Reducing Anxiety: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Depress Anxiety*. 2012 July; 29(7): 545-562.
68. Hoge EA, et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clin Psychiatry*. 2013 August ; 74(8):786-792.
69. Teixidor I, Freixa M, Pont E. La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud. 1ª ed. Barcelona: Obra social fundación “La Caixa”. 2009; 1:135.
70. López Ruiz J. Integración de las terapias complementarias en el currículo enfermero. *Nursing*. 2008; 26(3):58-63.
71. WHO. Definición medicina complementaria e integrativa. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> [citado el 30 de septiembre de 2016]
72. Peña A, Paco O. Medicina alternativa: intento de análisis. *An. Fac. med.* 2007; vol.68 (1):87-96.
73. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf
<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html> [citado el 17 de agosto de 2016]
74. Gordon JS. The White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy and the future of Healthcare. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2004; 10(5):20-24. Disponible en: http://www.whccamp.hhs.gov/finalreport_pdf.html http://www.whccamp.hhs.gov/pdfs/fr2002_document.pdf [citado el 3 de agosto de 2016]
75. Vitale A. Nurses' lived experience of Reiki for self-care. *Holist Nurs Pract*. 2009 May-Jun; 23(3):129-41.
76. Ahern N. Medicina integrativa en Europa. Monográfico. *Humanitas, Humanidades Médicas. Medicinas alternativas y complementarias* 2003; 1(2):141-146.
77. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Nota resumen informe terapias

- naturales; 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf> [citado el 1 de Octubre de 2016]
78. Jain S, Mills PJ. Biofield Therapies: Helpful or Full of Hype? A Best Evidence Synthesis. *Int. J. Behav. Med.* 2010; 17:1-16.
 79. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs.* 2014 Dec; 15(4):897-908.
 80. Demir M, Can G, Kelam A, Aydiner A. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015; 16(12), 4859-4862.
 81. Díaz-Zorita Calleja T, Martín Losada L, Marín López L. Aplicación de la terapia Reiki en el cuidado de pacientes con perturbación del campo de energía. *Metas Enferm.* 2015; 18(1):49-53.
 82. Observatorio de las terapias naturales. Presentación del primer estudio sobre el uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España. Mayo 2008. Disponible en: http://www.rnoweb.com/data/5_SintesisTN.pdf [citado el 1 de octubre de 2016]
 83. Torres-Casadó G, Villamón M, Bolaños-Pizarro M, Aleixandre-Benavent R. Impacto científico en los artículos sobre aplicaciones terapéuticas de las prácticas orientales cuerpo-mente (2006-2010). *Rev. Esp. Doc. Cient.* 2014; 37(2).
 84. Singg S. Use of Reiki as a biofield therapy: An adjunct to conventional medical care. *Clin Case Rep Rev.* 2015; 1(3): 54-60.
 85. National Center of Complementary and Integrative Health. Disponible en: <http://www.nccih.nih.gov/health>.
<https://nccih.nih.gov/node/6951> [citado el 6 de octubre de 2016]
 86. Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* mayo-jun. 2013; 21(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf [citado el 10 de octubre de 2016]
 87. Marriner-Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2007.
 88. Association of Colleges of Nursing. Nursing shortage fact sheets 2005. Disponible en: http://www.aacn.nche.edu/Media/Fact_Sheets/ursfact.htm. [citado el 10 de octubre de 2016]
 89. American Hospital Association. The hospital workforce shortage: immediate and future. *Trendwatch.* 2001; 3(2):1-8.
 90. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
 91. Casillas L. La profesión ante las terapias complementarias. *Metas Enferm* 2012; 15(2):3.

92. K. Hume. The Use of Complementary and Alternative Medical Care in a Psychiatric Nursing Practice. *The Tennessee Nurse*. 2015; 4.
93. Kemper et al. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011, 11:26. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/26> [citado el 13 de octubre de 2016]
94. Pueyo Bergua ME. Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: El campo de energía humano. *Medicina Naturista*. 2014; Vol. 8(2): 12-18.
95. Chaoul MA, Cohen L. Rethinking Yoga and the application of Yoga in modern medicine. *Crosscurrents*. 2010; 60(2):144-167.
96. Kumar A. *Super Science of Yoga*. New Delhi, India: Standard Publishers; 2008.
97. Natale, GW. Reconnecting to Nursing Through Reiki. *Creative Nursing*. 2010; 16(4): 171-176.
98. Hossu M, Rupert R. Quantum events of biophoton emission associated with complementary and alternative therapies: A descriptive pilot study. *J Altern Complement Med*. 2006; 12(2):119-24.
99. Kumar R, Kurup P. Changes in the isoprenoid pathway with transcendental meditation and Reiki healing practices in seizure disorder. *Neurology of India*. 2003; 51(2):10-28.
100. Rubik B. The biofield hypothesis: its biophysical basis and role in medicine. *J Altern Complement Med*. 2002; 8(6):703-17.
101. Capra F. *The Tao of Physics*. 4ª Edición. Berkeley, California, USA: Shambhala Publications; 2000.
102. Carrol S. *The particle at the end of the universe: How the hunt for the Higgs Boson leads us to the edge of a new world*. Penguin Group. 2012.
103. Engebretson J, Wardell DW. Energy-Based Modalities. *Nurs Clin North Am*. 2007; 42(2):243-59.
104. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*. 2008 Jun; 62(6):947-54.
105. Oschman JL. *La ciencia y el reiki. Medicina energética, la base científica*. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000.
106. Miles P. Reiki vibrational healing. *Advances*. 2003; 19(3):47-54.
107. Keegan L. *Healing With Complementary and Alternative Therapies*. Albany, NY: Delmar; 2001:249-266.
108. Gerber R. *A Practical Guide to Vibrational Medicine*. New York: Harper Collins; 2000:119-172.
109. Hammerschlag R, Marx BL, Aickin M. Nontouch biofield therapy: a systematic review of human randomized controlled trials reporting use of only nonphysical contact treatment. *J Altern Complement Med*. 2014; 20(12):881-92.

110. Movaffaghi Z, Farsi M. Biofield therapies: biophysical basis and biological regulations? *Complement Ther Clin Pract.* 2009; 15:35-37.
111. Rubik B. Measurement of the human biofield. In: Freeman, ed. *Mosby's Complementary and Alternative Medicine: A Research Based Approach.* St. Louis: Mosby/Elsevier; 2009:555-573.
112. Ives J, Jonas W. Energy medicine. In: Micozzi M, ed. *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, 4^a ed. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2010:130-142.
113. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-14.* Madrid: Ed. Elsevier; 2013.
114. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 6^a edición Barcelona: Elsevier; 2013.
115. De Carli J. *Reiki Universal: Usui, tibetano, kahuna y Osho.* 27^a edición. Editorial Edaf; 2014.
116. Puche MJ, Blanch M. *Reiki.* Madrid: Editorial Oberon; 2015.
117. Trepper TS, Strozier A, Carpenter JE, Hecker LL. *Introduction to Alternative and Complementary Therapies.* Taylor and Francis; 2013.
118. Vitale A. An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract.* 2007; 21:167-179.
119. Nield-Anderson L, Ameling A.J. Reiki. A complementary therapy for nursing practice. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2001 Apr; 39(4):42-9.
120. LaTorre MA. The use of Reiki in psychotherapy. *Perspect Psychiatr Care.* 2005; 41(4):184-187.
121. Freitag VL, De Andrade A, Badke MR. El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm Global.* 2015; 38:335-345.
122. Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Res Gerontol Nurs.* 2010 Jul; 3(3):187-99.
123. Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK. Bodily maps of emotions. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2014 Jan; 111(2):646-51.
124. Miles P, True G. Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Altern Ther Health Med.* 2003 Mar; 9(2):62-72.
125. Nield-Anderson L, Ameling A. The empowering nature of Reiki as a complementary therapy. *Holist Nurs Pract.* 2000; 14(3):21-9.
126. Shore AG. Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Altern Ther Health Med.* 2004 May; 10(3):42-8.
127. VanderVaart S, Gijzen V, de Wildt S, Koren G. A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. *J Altern Complement Med.* 2009; 15(11):1157-69.

128. Friedman RSC, Burg MM, Miles P, Lee F, Lampert R. Effects of Reiki on Autonomic Activity Early After Acute Coronary Syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 56(12):995-6.
129. Chu DA. Tai Chi, Qi Gong and Reiki. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2004; 15(4):773-81.
130. Rubik B, Brooks AJ, Schwartz GE. In vitro effect of Reiki treatment on bacterial cultures: Role of experimental context and practitioner well-being. *J Altern Complement Med*. 2006 Jan; 12(1):7-13.
131. Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Nov; 26(5):990-7.
132. Miles P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. *Altern Ther Health Med*. 2003 Mar; 9(2):36.
133. Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Feb; 12(1):113-20.
134. Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: a preliminary study. *J Altern Complement Med*. 2004 Dec; 10(6):1077-81.
135. Berger L, Tavares M, Berger B. A Canadian experience of integrating complementary therapy in a hospital palliative care unit. *J Palliat Med*. 2013; 16(10):1294-98.
136. Gulla J, Singer AJ. Use of alternative therapies among emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2000 Mar; 35(3):226-8.
137. Robinson J, Biley FC, Dolk H. Toque terapéutico para los trastornos de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
[citado el 18 de octubre de 2016]
138. Purnell MJ. Commentary on “Breast Biopsy and Distress: Feasibility of Testing a Reiki Intervention”. *J Holist Nurs*. 2007 Dec; 25(4):249-51.
139. Landier W, Tse AM. Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs*. 2010 Dec; 25(6): 566–579.
140. Shakeel M, Little SA, Bruce J, Ah-See KW. Use of complementary and alternative medicine in pediatric otolaryngology patients attending a tertiary hospital in the UK. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(11):1725-30.
141. Ko GD, Berbrayer D. Complementary and alternative medicine: Canadian physiatrists’ attitudes and behavior. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 May; 81(5):662-7.

142. Miles P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. *Altern Ther Health Med.* 2003 Mar; 9(2):36.
143. Mehl-Madrona L, Renfrew NM, Mainguy B. Qualitative Assessment of the Impact of Implementing Reiki Training in a Supported Residence for People Older Than 50 Years with HIV/AIDS. *Perm J.* 2011; 15(3):43-50.
144. Kirksey KM, Goodroad BK, Kempainen JK, Holzemer WL, Bunch EH, Corless IB, et al. Complementary Therapy Use in Persons with HIV/AIDS. *J Holist Nurs.* 2002; 20(3):264-78.
145. Hines ME. Commentary on “Biopsychosocial Benefits of Spirituality in Adults Aging With HIV: Implications for Nursing Practice and Research”: New Challenges for Providing Spiritual Care in Aging Patients With HIV. *J Holist Nurs.* 2008; 26(2):126-7.
146. Rexilius SJ, Mundt C, Erickson MM, Agrawal S. Therapeutic effects of massage therapy and handling touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. *Oncol Nurs Forum.* 2002 Apr; 29(3):E35-E44.
147. MacIntyre B, Hamilton J, Fricke T, Ma W, Mehle S, Michel M. The efficacy of healing touch in coronary artery bypass surgery recovery: a randomized clinical trial. *Altern Ther Health Med.* 2008 Jul; 14(4):24-32.
148. Baldwin A, Rand W, Schwartz G. Does practicing Reiki alter the electromagnetic field of heart and hands of practitioners? *BMC Complement Altern Med.* 2012; 12(1):56.
149. Brathovde A. A pilot study: Reiki for self-care of nurses and healthcare providers. *Holistic Nursing.* 2006; 20(2):95-101.
150. Cuneo CL, Curtis-Cooper MR, Drew CS, Naoum-Heffernan C, Sherman T, Walz K, et al. The effect of reiki on work-related stress of the registered nurse. *J Holist Nurs.* 2011; 29(1): 33-43.
151. Plodek JL. The effects of daily Usui Ryoho Reiki self-treatment on the perceived stress of staff nurses. *Dissertation Abstract International*, 72(07), 164B. (UMI 3454127) Potter, P. & Decker, G. M. (2003). What are the distinctions between Reiki and Therapeutic Touch? *Clin J Oncol Nurs.* 2011; 7(1):1-3.
152. Raingruber B, Robinson C. The effectiveness of tai chi, yoga, meditation, and reiki healing sessions in promoting health and enhancing problem solving abilities of registered nurses. *Issues Ment Health Nurs.* 2007; 28:1141-1155.
153. vanderVaart S, Berger H, Tam C, et al. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2011; 1:e000021.
154. Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2008; 14:1115-1122.
155. Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomised controlled single-blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. *Brain Res Bull.* 2010; 81:66-72.

156. Rand WL. Reiki in Hospitals. 2014. Disponible en: http://www.centerforreikiresearch.org/Articles_ReikiInHosp.aspx. [citado el 18 de octubre de 2016]
157. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(2):289-94.
158. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating complementary therapies into community mental health practice: An exploration. *J Altern Complement Med*. 2005; 11(3):569-574.
159. Kelley WD Jr. The effectiveness of Reiki as a complement to traditional mental health services. *Dissertation Abstract International*. 2009; 70(08), 56B. (UMI 3371250)
160. Bukowski EL. The use of self-Reiki for stress reduction and relaxation. *J Integr Med*. 2015 Sep; 13(5):336-40.
161. Meland B. Effects of reiki on pain and anxiety in the elderly diagnosed with dementia: a series of case reports. *Alternative therapies*. 2009; Vol 15(4):56-57.
162. Meeks T, Wetherell J, Irwin M, Redwine L, Jeste D. Complementary and alternative treatments for late-life depression, anxiety, and sleep disturbance: A review of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:1461-1471.
163. Saiz-Vinuesa MD, Rodríguez-Moreno E, Carrilero-López C, García Vitoria J, Garrido-Moya D, Claramonte-Monedero R, et al. Efectividad de aplicación de reiki para disminuir el fracaso en el destete ventilatorio. *Enferm Intensiva*. Vol 27:3.
164. Holikatti PC, Kar N. Views of Practitioners of Alternative Medicine toward Psychiatric Illness and Psychiatric Care: A Study from Solapur, India. *Education for Health*. 2015; 28(1):87-91.
165. Yu WM. Application of reiki on depression in nursing: a literature review. *Eur Psychiatry*. 2013; 28, Supplement 1.
166. Wardell DW, Engebretson. J Biological correlates of Reiki Touch healing. *J Adv Nurs*. 2001; 33:439-445.
167. Witte D, Dundes L. Harnessing life energy or wishful thinking? Reiki, placebo Reiki, meditation, and music. *Altern Complement Ther*. 2001; 7:304-309.
168. Thornton L. A study of Reiki, an energy field treatment, using Roger's science. *Rogerian Nurs Sci News*. 1996; 8:14-15.
169. Wirth DP, Brenlan DR, Levine RJ, Rodriguez CM. The effect of complementary healing therapy on postoperative pain after surgical removal of impacted third molar teeth. *Complement Ther Med*. 1993; 1:133-138.
170. Brewitt B, Vittetoe T, Hartwell B. The efficacy of Reiki hands-on healing: improvements in spleen and nervous system function as qualified by electrodermal screening. *Alternative Therapies*. 1997; 3:4.

171. Libretto S, Gordon S, Hilton L, Lee C, Zhang W, McConnell K. Evaluation of an Integrative PTSD Treatment Program. *J Altern Complement Med*. May 2014, 20(5): A11-A11. doi:10.1089/acm.2014.5025.abstract.
172. Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomized controlled single-blind trial of the efficacy of Reiki at benefitting mood and well-being. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011; 381862:1-8.
173. Potter, PJ. Breast biopsy and distress: Feasibility of testing a Reiki intervention. *J Holist Nurs*. 2007; 25(4):238-248.
174. Vitale AT, O'Connor PC. The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: A quasi-experimental pilot study. *Holistic Nursing Practice*. 2006; 20(6):263-272.
175. Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Fernández de las Peñas C, García-Lafuente F, García-Royo C, Tomas-Rojas I. Immediate effects of Reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biol Res Nurs*. 2011; 13(4):376-382.
176. Rosada RM, Rubik B, Mainguy B, Plummer J, Mehl-Madrona L. Reiki Reduces Burnout Among Community Mental Health Clinicians. *J Altern Complement Med*. 2015; 21(8):489-95.
177. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
178. Rigol A, Ugalde M. *Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental*. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 2000; 171-189.
179. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de resultados de enfermería*. 3ª ed. Madrid: Harcourt-Mosby; 2004.

ANEXOS

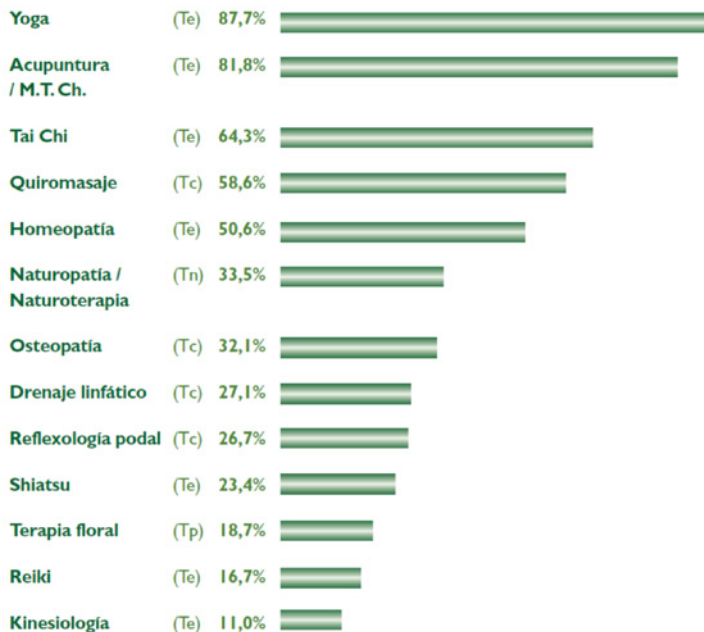
ANEXO 1. *Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de Ansiedad recogidos en el DSM-V. (Fuente de elaboración propia)*

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, Entorno natural, sangre-heridas-inyecciones, situacional, otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que pueden ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno de angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA Generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
TA inducida por sustancias/ medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o de ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante delirium.
TA debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia y ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica	No se dan exclusivamente durante delirium.
Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.
TA no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios de diagnósticos por falta de información (e. g. en urgencias).	

ANEXO 2. Terapias más conocidas por los españoles.



Fuente: Observatorio de las terapias naturales. Presentación del primer estudio sobre el uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España. Mayo 2008.

ANEXO 3. Área de extensión del campo de energía humano.

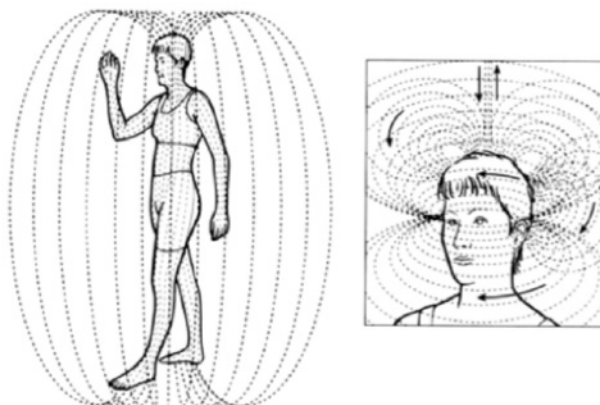
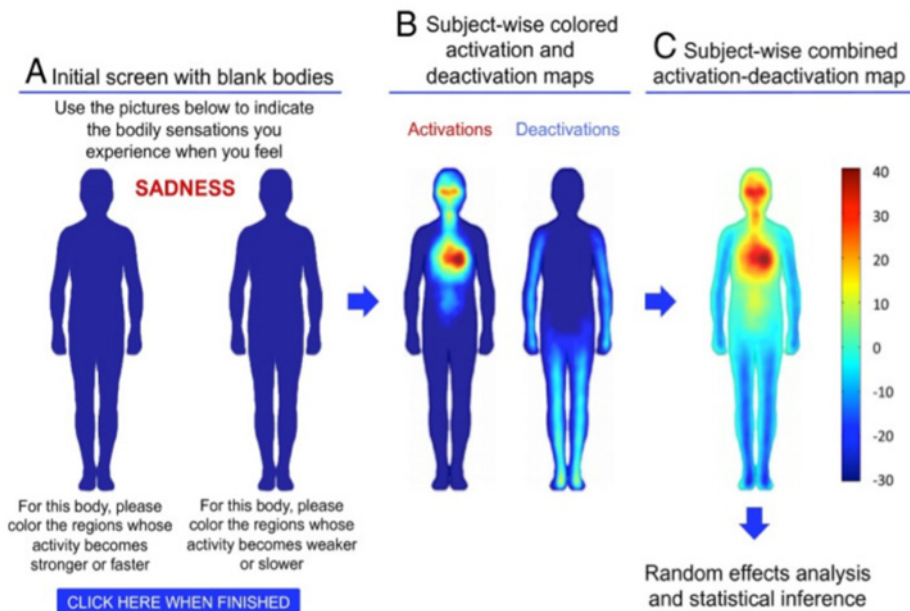
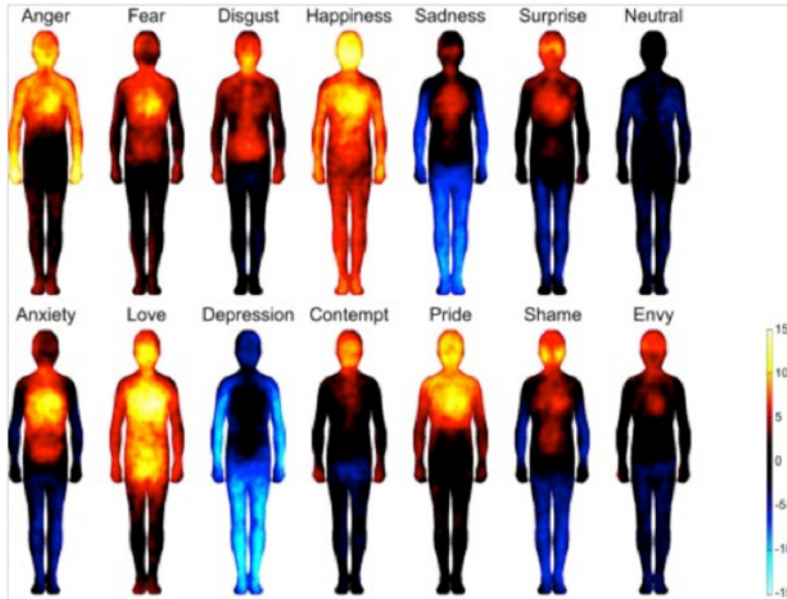


FIGURE 2. ■ Human biofield as it extends outside the body. Reprinted from *Energy Medicine: The Scientific Basis* (©2000), with permission from Elsevier Limited (J. L. Oschman, Polarity, therapeutic touch, magnet therapy, and related methods, p. 77).

Fuente: *Energy Medicine: The Scientific Basis* (2000)

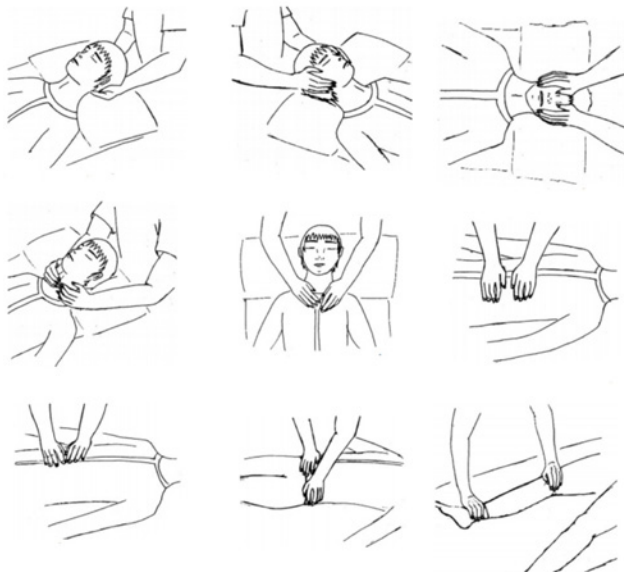
ANEXO 4. *Mapa y relación entre chakras y emociones humanas.*



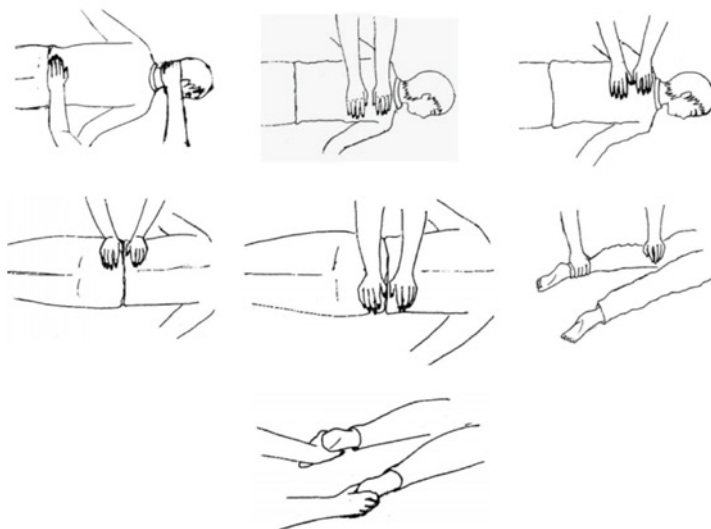
*Fuente: Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK. Bodily maps of emotions. Proc Natl Acad Sci USA. 2014 Jan; 111(2):646-51.

ANEXO 5. Posiciones de las manos durante una sesión de Reiki.

TRATAMIENTO EN CARA ANTERIOR



TRATAMIENTO EN CARA POSTERIOR



Fuente: Manual de Reiki II. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay. Alicia Carrasco y Ricardo Rowland.

ANEXO 6. *Aprobación Comité de Ética de la Investigación Clínica y de IdiPAZ.*

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS**

D^a Almudena Castro Conde, Presidenta del Comité de Ética Investigación con medicamentos del
Hospital Universitario La Paz

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice el estudio titulado **“ESTUDIO DE LA INTERVENCIÓN NIC 1520: REIKI EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD”**, Versión 3.0 de 27 de febrero de 2017, Hoja de Información al Paciente/Consentimiento Informado: Versión 3.0 de 27 de febrero de 2017, código HULP: 4781,

y considera que teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Centro de Salud Mental Fuencarral por el investigador Oscar Pajares González Gallego, Enfermero de dicho Centro, como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 28 de febrero de 2017

Firmado:
D^a Almudena Castro Conde



Hospital Universitario La Paz
Paseo de La Castellana, 261
Edificio Escuela de Enfermería, 4ª Planta
28046 - Madrid

Comisión de Investigación IdiPAZ

Informe Proyecto de Investigación

Madrid, 16 de diciembre de 2016

La Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz - IdiPAZ ha examinado el proyecto de investigación titulado:

“Estudio de la intervención NIC 1520: Reiki en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad”.

Investigador Principal: Oscar Pajares González Gallego. Servicio de Psiquiatría

El Proyecto de Investigación cumple los requisitos metodológicos necesarios y es viable en todos sus términos, por todo ello la Comisión de Investigación lo ha considerado adecuado y ha decidido su aprobación para ser presentado en el CEIC.

Fdo.: Francisco Arnalich Fernández
Presidente Comisión de Investigación IdiPAZ

Fdo.: Inmaculada Ibañez de Cáceres
Secretaria Comisión de Investigación IdiPAZ

ANEXO 7. Hoja de datos sociodemográficos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DEL PARTICIPANTE:

Para cubrir este apartado marque con una X la opción que considere más acorde con su situación. En caso de seleccionar la opción de respuesta “otros” en alguna pregunta explique su respuesta. Si una pregunta es de respuesta múltiple, marque con una X todas las opciones con las que se identifique.

1. Edad _____

2. Teléfono de contacto:

3. Sexo

Femenino

Masculino

4. Diagnóstico previo Ansiedad (si presenta)

Trastorno por ansiedad de separación.

Pánico.

Agorafobia.

Tr. Ansiedad social.

Tr. Ansiedad generalizada.

Tr. Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.

Fobia específica.

Trastorno de ansiedad no especificado

Otros.

5. Estado Civil:

Soltero/a

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

6. Convivencia

Padres

Pareja

Pareja e hijos

Hijos

Pareja e hijos y uno o ambos padres

Solo

Amigos

Instituciones/ pensiones

Otras formas de convivencia

7. Ocupación/situación laboral (respuesta múltiple)

Estudia

Trabaja

Desempleado/a en paro

No trabaja por afectación

Incapacidad laboral concedida

Jubilado/a por edad

Otros

8. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado?

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Estudios universitarios

Ciclos formativos

No contesta

ANEXO 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO E INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI).**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO**

Título del Proyecto de Investigación: “Estudio de la intervención NIC 1520: Reiki en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad”

Promotor: Oscar Pajares González Gallego

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR



FECHA:

FECHA:

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi Nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan. No puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan los desengaños. No puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Pienso sobre preocupaciones actuales y me agito	0	1	2	3