

Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ADAPATACIÓN DE LOS NIÑOS
QUEMADOS DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CON
TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS COMO COADYUVANTE**

LUZ ADRIANA CARO SANTOS DIANA

MARCELA CORTÉS CUESTA LAURA

MARCELA LARA GARCÍA ARSECIO

EDGARDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE MEDICINA

**ESPECIALIZACIÓN EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS Y
FARMACOLOGÍA VEGETAL**

MAYO 2017

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ADAPATACIÓN DE LOS NIÑOS
QUEMADOS DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CON
TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS COMO COADYUVANTE**

AUTORES:

LUZ ADRIANA CARO SANTOS

DIANA MARCELA CORTÉS CUESTA

LAURA MARCELA LARA GARCÍA

ARSECIO EDGARDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ASESORES:

PhD. LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO

Md. VICTOR HUGO FORERO SUPELANO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE MEDICINA

**ESPECIALIZACIÓN EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS Y
FARMACOLOGÍA VEGETAL**

MAYO 2017

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
PROBLEMATIZACIÓN.....	7
Formulación del problema	8
pregunta del problema	9
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	9
MARCO TEÓRICO	10
Adaptación en niño hospitalizado	13
Lactante	16
Niño de 1 a 3 años	16
Mas de 3 años	17
En edades escolares	17
Adolescente	17
fase de protesta	18
fase de desesperación	18
fase de negación	18
Modo fisiológico y físico de adaptación	19
Modo de adaptción del autoconcepto de grupo	19
Modo de adaptación de función de rol	19
Modo de adaptación de la interdependencia	19
Musicoterapia	26
flores de Bach	30
breve referencia del trauma térmico	33
fisiopatología del trauma térmico	33
alteraciones locales	34

etiología	34
zonas del área quemada	34
clasificación de las quemaduras	35
alteraciones generales o sistémicas	35
alteraciones hemodinámicas	35
respuesta fisiopatológica del paciente quemado	36
CONTEXTO	38
Unidad de cuidado intensivo	41
salas de cirugía	42
área de rehabilitación física	44
área de pediatría	44
área lúdica	46
tinas	47
estar de enfermería	48
oficina médicos	49
METODOLOGÍA	49
RESULTADOS	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	66
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76

INTRODUCCIÓN

Se conoce como trauma todo evento psíquico o físico que amenaza el bienestar del individuo, siendo el trauma térmico, junto con el trauma craneoencefálico grave y el politraumatismo, una de las situaciones de alta complejidad que afectan y amenazan la vida del sujeto de forma directa e importante. El trauma térmico en niños entraña una serie de agravantes que implica todo el contexto individual, familiar y social que a su vez juegan un papel primordial en el desarrollo del ciclo de la enfermedad y su recuperación . .

La unidad de quemados del hospital Simón Bolívar lleva más de 32 años manejando trauma térmico en adultos y niños, pero tan solo, hace 1 año y después de una donación, es que ha incorporado otro tipo de terapéuticas para el manejo del niño quemado. Este tipo de terapéuticas incluyen las esencias florales y la musicoterapia, ambas reconocidas por la organización mundial de la salud como elementos coadyuvantes en el proceso de salud.

La inquietud surge de la necesidad de documentar el proceso adaptativo del niño quemado durante su hospitalización en la institución, ya que, su condición como menor y desprovisto de la compañía permanente de sus padres, presenta un riesgo mayor de carecer de herramientas para enfrentar el estrés no solo fisiológico, sino, emocional.

Lo que se busca es describir la forma en la que los niños se adaptan a la hospitalización evaluando tres parámetros básicos prácticamente comunes a todos los grupos etáreos tales como son su capacidad de conciliar y mantener el sueño, la ingesta alimentaria y su capacidad para interactuar con los demás, sobre todo con el personal asistencial. Esta observación se desarrolla en los meses de febrero y marzo de 2017, permitiendo una descripción de la situación con la implementación de las terapéuticas alternativas o complementarias y otra sin ellas.

Es deber del personal asistencial en salud buscar y hacerse de herramientas que mejoren el desarrollo y en si, la progresión de salud a enfermedad del individuo; por tanto, se busca a través de la observación, describir la forma en la que las terapéuticas alternativas pudiesen ejercer impacto en las tres variables mencionadas. Para el presente trabajo de grado se

realiza una revisión exhaustiva de literatura existente que aporta las bases teóricas, tales como definiciones, marco legal y una breve referencia fisiopatológica del paciente quemado que conformar el pilar sobre el cual se construye la investigación .

PROBLEMATIZACIÓN

La Unidad de quemados del Hospital Simón Bolívar, reconocida como una de las más importantes del país, inició labores en el año de 1984. Según estadísticas de El Tiempo (1994 y 2014), en un principio se atendieron aproximadamente 318 pacientes y hacia el año 2013 esta cifra ascendió a 1.065 pacientes hospitalizados, sin contar los pacientes de atención ambulatoria.

Según información epidemiológica de la Unidad de Quemados, se atendieron aproximadamente entre los años 2000 a 2013 un total de 8753 pacientes, con una distribución por género de un 65% de hombres y un 35% de mujeres. Mientras las estadísticas de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de la Unidad de Quemados entre los años 2007 a 2013, registraron de aproximadamente 2023 adultos y 595 niños. Las anteriores cifras dan cuenta de un importante crecimiento de la población atendida y a su vez, vislumbra cómo las necesidades frente al tratamiento de pacientes quemados en Colombia se incrementan.

En muchas oportunidades los pacientes que son remitidos de otras instituciones, donde han sido tratados, no reciben el abordaje inicial idóneo, debido a que no hay especialistas médicos en el paciente quemado.

El trauma térmico es considerado el más agresivo dentro de todos los traumas por la respuesta inflamatoria instaurada y el consecuente compromiso sistémico que puede llegar comprometer en alto grado la vida de los pacientes.

Situaciones como éstas, sumadas al difícil acceso de los diferentes lugares del país, entorpecen y retrasan aún más el traslado del paciente quemado antes de llegar a un sitio, donde realmente puedan ofrecerle un manejo adecuado y oportuno. Por lo anterior, el paciente es trasladado en condiciones poco favorables, sin recibir el manejo idóneo inicial, clave para el pronóstico de su evolución y prevención de secuelas.

Esta realidad se puede asociar con el hecho que, Colombia, un país de aproximadamente 48 millones de habitantes, cuenta solo con 6 Unidades de quemados reconocidas en todo el territorio, ubicadas en Cali, Medellín, Manizales, Girardot, Bucaramanga y Bogotá. Siendo

ésta última la Unidad de quemados del Hospital Simón Bolívar la más grande con 53 camas disponibles para el manejo del paciente quemado.

En este contexto el paciente quemado, en gran porcentaje requiere de hospitalización para manejo médico quirúrgico del trauma térmico. Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del simón Bolívar están a cargo las 24 horas del personal médico y paramédico dispuesto para este fin, recibiendo visitas familiares en un lapso limitado, para adultos de 2 horas diarias y para pediátricos de 4 horas al día.

Es así como el paciente, con trauma térmico se ve enfrentado no solo a la injuria física, sino en muchas oportunidades a desplazamientos fuera de su comunidad y a la separación de su núcleo familiar que repercute en la ansiedad del paciente frente a su hospitalización.

En la actualidad el paciente quemado pediátrico, no recibe medicación para el manejo o control de la ansiedad generada por su condición de paciente con trauma térmico, sin embargo en la Unidad quemados del simón Bolívar se ha instaurado de manera permanente la estimulación por música terapia, cromoterapia, terapia de mándalas y escencias florales con el propósito de intervenir en la modulación de la ansiedad en el paciente quemado hospitalizado.

Aquí radica la importancia de conocer el alcance de estas terapéuticas como coadyuvantes en la adaptación al medio hospitalario del paciente quemado.

Formulación del problema:

Pregunta del problema

¿Cómo es el proceso de adaptación de los niños quemados del hospital Simón Bolívar con terapéuticas alternativas como coadyuvante?

JUSTIFICACIÓN

El trauma térmico es una entidad devastadora, tanto para el paciente como para su entorno social y económico. Durante mucho tiempo, el hombre ha intentado dar el mejor manejo médico posible, a quienes han sufrido trauma térmico, con el objeto de aumentar la sobrevida y disminuir las secuelas. Sin embargo aún estos objetivos no se han logrado.

Durante las últimas décadas, los avances científicos han llegado a la conclusión que el paciente quemado o con trauma térmico, es altamente complejo, ya que para lograr mejorar la sobrevida y disminuir las secuelas, es necesario una intervención multidisciplinaria especial por lo cual las terapéuticas alternativas son estrategias fundamentales para alcanzar estos objetivos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el proceso de adaptación de los niños hospitalizados en la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar en los que se usa como terapia coadyuvante las escencias florales y musicoterapia.

Objetivos específicos

Observar el proceso de adaptación a la hospitalización considerando como principales variables el patrón de sueño, aceptación de la vía oral e interacción con el personal asistencial, sin ser expuestos a terapéuticas alternativas

Observar el proceso de adaptación a la hospitalización considerando como principales variables el patrón de sueño, aceptación de la vía oral e interacción con el personal asistencial, expuestos a terapéuticas alternativas

Analizar a través de la observación directa el impacto de las terapéuticas alternativas como coadyuvante en el proceso de hospitalización de los niños quemados hospitalizados en el Simón Bolívar.

MARCO TEÓRICO

El punto central de esta investigación es sobre el uso de las terapias alternativas como coadyuvante en el proceso de adaptación de los niños quemados durante su estancia hospitalaria en la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar de Bogotá, se considera necesario hacer una descripción y reseña histórica sobre las terapéuticas alternativas, con el propósito de tener un conocimiento general de su origen y evolución y los antecedentes y alcances de las terapias específicas para el desarrollo de este estudio, las cuales son musicoterapia y esencias florales .

El termino de medicina alternativa se utiliza para describir terapéutica que no se incluye en el aprendizaje de la medicina convencional, es considerada como un conjunto de disciplinas terapéuticas y diagnosticas que existen fuera de las instituciones del sistema de salud convencional.

El uso actual de esta clase de medicina está muy extendido, tanto en el mundo industrial como en el preindustrial. “Parte del creciente uso de las terapias alternativas se debe a su reciente validación profesional, muchos textos de divulgación general justifican su uso, basándose en información académica no necesariamente de rigor científico”.¹

El antecedente histórico de donde se desprende la medicina alternativa referencia la revolución científica liderada por Galileo, en el siglo XVII, que introdujo cambios inconmensurables, tanto en la esfera intelectual como social. Así la medicina pronto sufrió los embates del pensamiento científico y poco a poco reconfiguró sus postulados y sus métodos de conocimiento. “Considerando como clave en la reforma de la profesión médica, la publicación del informe Flexner, en 1910, donde se estableció como objetivo principal hacer de la medicina una profesión científica”.²

Sin embargo, en el curso de las últimas décadas, han reaparecido en el sistema de salud nuevas terapias, en aras de la apertura mental y la tolerancia, así la mal llamada medicina occidental está tratando de ser integrada con disciplinas alternativas y complementarias, que son originarias de los países orientales pues éstos son pioneros y quienes cuentan con una larga tradición en la enseñanza de estas medicinas. Se puede decir por

¹ Peña, Adolfo-Paco, Ofelia. Medicina Alternativa: Intento de análisis. Universidad Mayor de San Marcos, 2007. p.87.

² Robles, José Narro. La Herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. Gaceta Médica México.2004

ello que hoy en día los países occidentales son más receptivos que en el pasado en cuanto al tratamiento con las medicinas alternativas y han empezado a buscarlas para mitigar los efectos adversos y la no respuesta de la medicina convencional, pues “la medicina alternativa no pretende sustituirla ya que su propósito es complementarla, permitiéndole al profesional de la salud tratar a la persona de forma holística ,cuerpo, mente y espíritu”.³

Teniendo en cuenta el alcance de la medicina alternativa en el tratamiento integral del paciente donde se abarca una serie de terapias y prácticas que difieren mucho de un país a otro y de una región a otra es natural que los términos de medicina alternativa, se utilicen para referirse a muchos tipos de atención de salud no convencional que contienen distintos grados de formación y eficacia, pero resulta como punto de convergencia en ellos que esta medicina ofrece muchos aspectos positivos y quienes la practican desempeñan una función importante en el tratamiento integral de quienes sufren enfermedades leves o crónicas o quizá incurables por la medicina convencional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1976 ha estado promoviendo este tipo de medicinas tradicionales, que han mostrado efectividad y seguridad en modelos de Atención Médica Primaria⁴.El uso de la medicina alternativa hoy en día está muy extendido; ya no es patrimonio de sociedades con historia cultural tradicional. Por ejemplo: “en una encuesta realizada en los Estados Unidos, un tercio de los encuestados refirió haber usado al menos una terapia no convencional en un periodo de doce meses. Asimismo, se ha calculado que el número de visitas a establecimientos de medicina alternativa, en los Estados Unidos, asciende a 425 millones, cifra que supera al número de visitas a los consultorios médicos convencionales (388 millones).”⁵

Es de señalar que la investigación científica también está dedicando recursos a la medicina alternativa, muestra de ello es que en el año de 1991 el Instituto Nacional de Salud Norteamericano (NIH) creó una oficina dedicada a la investigación de la llamada medicina complementaria; su finalidad, explorar sus prácticas curativas en el contexto riguroso de la ciencia. De esta manera podemos comprender la

³ Gavin, Mary L. Mayo 2013. Medicina Complementaria y Alternativa. TeensHealth. Artículo en línea. Disponible desde internet en: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/seguridad/alternative_medicine_esp.html#

⁴ Morón, Jardines. La Medicina tradicional en las universidades médicas. Revolución Cubana de Plantas Médicas. 1997.P 35-41

⁵ Eisenberg, David M. Uniconventional medicine in the United States – prevalece, costs, and patterns of use. The New England Journal of Medicine. 1993. P. 246-252

importancia de la medicina alternativa en nuestro medio fundamentada en una base científica y no solo en la forma empírica.

Un gran número de países, incluyendo Colombia, han venido generando reglamentación acerca de la práctica y normas de habilitación para este tipo de sistemas médicos, así abordando la inserción de la medicina alternativa en nuestro país, podemos decir que este avanza paralelamente con el desarrollo que ha tenido este tema en el mundo, pues se han ido incluyendo estas prácticas no convencionales en el manejo integral del paciente, ha sido incluida en algunas EPS en programas de atención sobretodo en paquetes complementarios (medicina prepagada). Así mismo, la legislación colombiana ha generado reglamentación acerca de aquellos profesionales que pueden brindar este servicio. La Ley del talento humano en Salud Ley 1164 de 2007⁶, define la medicina y terapias alternativas como “aquellas técnicas practicas,procedimientos,enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover ,prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde el pensamiento holístico. (Parágrafo - Artículo 19)

En relación con su ejercicio el Artículo 19 señala:

“los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado”.

Posterior a ello se ha dictado la Ley 1438 de 2011. Modifica la ley 100 de 1993, en su artículo 13 establece que: “Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos: ... Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud”. Resolución 1441 de 2013 (Ministerio de Protección Social). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, modificando al decreto 1011 de 2006. Esta resolución clasifica las diferentes consultas existentes en medicina alternativa

⁶ Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario oficial No. 46771. Colombia. 4 de octubre de 2007.

como son: homeopatía, Medicina Tradicional China, Acupuntura y procedimientos asociados, Naturopatía, Ayurveda y Neuralterapia. Y la Resolución 2003 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Adaptación en Niños Hospitalizados

En razón a que el propósito de este estudio está enfocado a describir la adaptación de los niños hospitalizados con el uso de terapias alternativas como son musicoterapia y las esencias florales de Bach, en ese sentido es imperioso entonces mencionar estudios de modelos de adaptación del niño enfermo en un ámbito hospitalario en relación a su interacción con el personal de salud, sus familiares y entorno.

Para brindar una atención de salud satisfactoria a los pacientes pediátricos, además de enfocarse el proceso de enfermedad y recuperación, es necesario evaluar muy bien aspectos multidimensionales, como los ámbitos personal, familiar, educativo, recreativo y social del paciente, incluyendo, además, el proceso de adaptabilidad a la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización.

Existen diversos estudios que demuestran que “cerca del 30% de los niños hospitalizados presentan síntomas ansiosos o depresivos durante la estadía en el centro hospitalario, los cuales son de carácter reversible siempre que el apoyo tanto familiar como del equipo de salud sea el adecuado”.⁷

Lo anterior permite determinar la gran importancia que manifiesta los padres para favorecer la mejoría del niño junto al trabajo realizado por el personal de salud para generar un ambiente y entorno propicio para la adaptación y aceptación al hospital por parte del pequeño.

Sin embargo existen limitaciones para el abordaje de pacientes pediátricos hospitalizados al no contar con estrategias adecuadas para su manejo, pues en estas etapas tempranas del desarrollo, cuando las enfermedades y desconcierto provocan miedo y temor, principalmente al dolor, a lo desconocido, a la separación de los padres, a la angustia de quedar solos, abandonados en un lugar que no es el habitual para ellos, sin la entrega de cariño, afecto y cuidados, lo cual perturba su proceso de adaptación y recuperación. En consecuencia el presente tema de investigación motiva a desarrollar y entregar nuevas estrategias basadas en terapéuticas alternativas como en todas las áreas del que hacer y que es parte esencial de la labor

⁷ Alfaro, Amanda. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Revista de Pediatría. Universidad Diego Portales. Chile. 2009.

del especialista en terapéuticas alternativas y farmacología vegetal, los cuales contribuyen a otorgar herramientas que ayuden a complementar una atención holística en el ser humano, que para este proyecto abarca el campo de la pediatría en Quemados, sin perder la filosofía Corpista positivista pero reconociendo también la filosofía vitalista.

Este tema de estudio es entonces relevante debido a que no sólo entrega una visión de las manifestaciones que presentan los pacientes pediátricos durante su hospitalización, sino que también permite entregar al personal de salud fundamentos basados en la evidencia en cuanto a cómo identificar los comportamientos de adaptación que manifiesten y las acciones a seguir frente a dicho comportamiento presentado por los niños durante su proceso de hospitalización.

Entiéndase “la hospitalización como un período de tiempo requerido para el restablecimiento de la salud óptima, no sólo física sino también psicológica, en el que es necesario permanecer recluido en un centro de salud, hospital o clínica, con el fin de recibir los tratamientos y cuidados adecuados”.⁸

En la infancia, la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la poca capacidad de asimilación de situaciones nuevas, la hospitalización acompañada de la enfermedad, genera cierto grado de alteración en la recuperación de los niños; según John Bowlby [⁹] esto “ha quedado demostrado desde tiempos remotos creándose conciencia de ello desde mediados del siglo XIX, cuando se observaba que la ausencia de estímulos positivos en neonatos desembocaba en una mayor tasa de mortalidad, debido principalmente a la separación de los padres y al trato poco afectivo entregado por el personal de salud hacia los niños”.

Según numerosos autores, existen diversos efectos a nivel conductual asociados a la hospitalización, en la tesis de Basiliu y Sepúlveda^[10] se hace referencia a Adams, Eiser y Graham quienes identifican los siguientes efectos de la hospitalización en niños: “llanto, balanceo, vómito, terrores nocturnos, apetito excesivo o disminuido, trastornos del sueño, aislamiento e inhibición social, depresión, agresividad o expresiones desmedidas de ira, conductas destructivas, rechazo hacia los padres, enuresis o encopresis, conductas de no cooperación, sumisión, dependencia extrema hacia adultos, ansiedad y temores excesivos, temor exagerado a los hospitales, personal médico y procedimientos, hipocondrías, miedo a

⁸ Ariza Olarte, Claudia. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Ed. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. P. 12-13

⁹ Bowlby, John. Los Cuidados Maternos y la salud Mental - Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires. Ed. Humanitas 4 Ed. 1982. P. 180

¹⁰ Basiliu, C - Sepúlveda, C. Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1993

la muerte, mutismo selectivo, reacciones fóbicas, tics, entre otros”.

El proceso de hospitalización según Juan Manuel Ortigosa [11] “conlleva múltiples elementos estresantes en un periodo de tiempo generalmente breve” pues se hace evidente que se genera un temor a los ambientes desconocidos y a personas con las que no existe una interacción permanente, como es el equipo de salud.

Según Luigi Meneghello [12] se puede manifestar que los cambios emocionales presentados en el niño durante la hospitalización o después de ella dependen de tres factores:

- “ - Su edad
- Su personalidad
- Su vivencia durante la internación en el hospital. La presencia de la madre disminuye la angustia que produce la enfermedad y la separación por la enfermedad.”

Existen diversas formas de adaptación al ambiente hospitalario, pero siempre influye en este aspecto la edad del paciente, debido a que es según la edad que tengan los niños cómo manifiestan su adaptación al ambiente o medio que los rodea. Generalmente los niños mayores presentan mayor temor a la realización de procedimientos, oponiéndose en muchas oportunidades a que éstos se lleven a cabo; sin embargo los niños menores, si bien manifiestan su temor y dolor a través del llanto, son de mejor manejo. Otro factor influyente y de mucha importancia son las experiencias previas de hospitalización que van a intervenir directamente en la percepción y predisposición del niño al proceso de enfermedad. Las experiencias pasadas influyen en cómo el niño afronta la hospitalización.

¹¹ Ortigosa, Juan Manuel - Mendez, Xavier. Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª Ed.). España: Nueva Madrid. 2000

¹² Meneghello, Luigi. Pediatría Práctica en diálogos. Buenos Aires. Ed. Panamericana.2001.P 1106

En relación con la significación de la enfermedad, su recuperación y la hospitalización en sí para el niño, basándose en las etapas del desarrollo, Luis Rodríguez ¹³ afirma, lo siguiente:

“Lactante: cambio de rutina y ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados”. Referido principalmente este punto al desapego de lo realmente importante o necesario para el lactante, como son el deseo de amamantamiento, el chupete, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente.

“Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta”. En esta etapa surge el temor a la separación definitiva de los padres, el pensamiento de que los padres se van para no volver, especialmente durante la noche, la desesperación por haber sido “abandonados” en un ambiente desconocido y con personas que no representan necesariamente la entrega de afecto y cariño.

“Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal”. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido.

“En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo”. Acá comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación

¹³ Rodríguez, Luis. 2009. Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Universidad de Castilla-La Mancha. Artículo Virtual. Disponible en: <https://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>

con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.

“**Adolescente:** se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla.” Sin duda alguna en esta etapa la separación de los seres queridos, si bien es importante no es fundamental, acá se conjugan una variedad de factores, como son la protección de partes íntimas, la dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, el temor a no ser comprendido, la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño.

Con lo anterior se puede vislumbrar que el proceso de enfermedad - hospitalización de un niño presenta un impacto que va desde lo más leve a los más grave, haciendo que sus temores y ansiedades vayan variando, traduciéndose en algunas oportunidades, casi al final de la hospitalizaciones, en formas de adaptación a la situación y mejor capacidad de tolerancia frente a experiencia futuras.

Luis Rodríguez¹⁴ manifiesta que las fases habituales por las que pasa el niño/a en su intento de adaptarse al proceso hospitalario como consecuencia de la separación de la madre y las carencias afectivas a las que está expuesto (descritas por Robertson), son:

Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.

Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como

¹⁴ Ibídem

una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

Fase de negación: el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos

Los antecedentes históricos de modelos de adaptación, indican que se publicó por primera vez en 1970, en un artículo titulado Adaptación: Un marco conceptual para enfermería según el modelo de Roy.

Según Roy¹⁵ adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o miembros de un grupo, son conscientes y eligen la integración del ser humano con su entorno”.

Con base en lo anterior Roy¹⁶ considera el ser humano como ser biopsicosocial, holístico de interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida: área fisiológica y física, área de autoimagen, área de dominio del rol y área de independencia.

Modo Fisiológico y Físico de Adaptación:

Son las formas en que responden las personas a los cambios fisicoquímicos del entorno para satisfacer sus necesidades fisiológicas en las que podemos mencionar están la oxigenación, nutrición, eliminación, sueño, actividad y protección. Es la manera en como el ser humano se adapta ante los cambios de su vida cotidiana.

Modo de Adaptación del Auto concepto del Grupo:

Se basa en los procesos psicológicos, espirituales y psicociales del ser humano, se centra en la necesidad de conocerme como persona y saber cuál es mi meta en el universo, se puede establecer desde el yo físico y el yo personal. Se observa sobre cómo me veo y me siento dentro de un grupo.

¹⁵ Roy, Callista. El modelo de adaptación de Callista Roy. Editorial Appleton. 1999. P 32.

¹⁶ Ibídem

Modo de Adaptación de Función de Rol:

Se mira cual es la función y posición de la persona dentro o fuera de la sociedad. Se establecen formas de comportamiento primarias, secundarias y terciarias gracias al comportamiento instrumental (comportamiento) y expresivo (sentimientos o gustos)

Modo de Adaptación a la Interdependencia:

Son las relaciones que se establecen entre los individuos que se producen al dar y recibir valores o sentimientos. En éste juegan el papel las personas más importantes y los sistemas de apoyo.

Ahora, es necesario estudiar aquellos aspectos que se ven más afectados con la difícil adaptación de los niños durante su estancia hospitalaria tal como el sueño y la alimentación. En la recuperación del estado de salud se conoce la importancia del sueño y mejora de la calidad de vida del ser humano en especial en la de los pacientes, pues de ello depende gran parte su adaptación y receptividad a los tratamientos que le sean suministrados, así teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo investigativo se estudian los elementos fundamentales para hacer más fácil su entendimiento.

Se puede definir el sueño como un “estado fisiológico necesario y reparador, normalmente periódico y reversible, caracterizado por una depresión de los sentidos, de la conciencia, de la motricidad espontánea, en el que la persona puede despertarse con estímulos sensoriales”¹⁷.

Fordham^[18] define el sueño de dos maneras: “En primer lugar como un estado de capacidad de respuesta reducida a los estímulos externos del cual puede salir una persona y en segundo lugar como una modificación cíclica y continua del nivel de conciencia”.

Pese a las diversas investigaciones sobre el sueño, hoy día no hay una definición unánimemente aceptada, dado que ha variado en su entendido de manera significativa; “históricamente se consideró como un estado de inconsciencia, recientemente se ha

¹⁷ Houssay, Bernardo. Fisiología Humana. 7a. Ed. El Ateneo. 2000.

¹⁸ Citado por: Ganong William. Fisiología Médica. Ed. El Manual moderno. 1990.

considerado como un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido”¹⁹. Lo que parece que está claro es que el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

El control del sueño no se halla confinado a una parte limitada del cerebro sino que una gran cantidad de sistemas neuroquímicos interactúan en su regulación, que una persona esté en estado de vigilia o duerma depende del balance entre impulsos procedentes de la corteza cerebral (pensamientos) de los receptores sensoriales periféricos (p ej sonidos o luz) y del sistema límbico (emociones).

Para las personas que padecen un proceso de enfermedad la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación patológica implica un gasto extra de energía, en muchas ocasiones altera el patrón del sueño. La mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por el proceso patológico y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas externas, los trastornos del sueño aparecen en la mayoría de población en general hospitalizada.

El sueño se desarrolla en diversas fases a saber;

- Sueño REM. (rapid eye movement) caracterizado por movimientos oculares rápidos.
- Sueño NREM, que carece de este tipo de movimientos.
“El sueño NREM, se conoce también como sueño de ondas lentas (en contraposición a las ondas alfa o beta de una persona despierta o alerta), se denomina sueño reparador y está asociado a un descenso del tono vascular periférico, y a una disminución de la presión sanguínea, frecuencia respiratoria y metabolismo basal.

¹⁹ Guyton A. Tratado de fisiología médica.8º Ed. Interamericana.1992.

El sueño REM: Se produce después de cada ciclo NREM (90 minutos después de iniciado el sueño), hay sueños vívidos, movimientos oculares rápidos, frecuencia cardíaca y respiratoria son fluctuantes, tensión arterial elevada o fluctuante y pérdida de tono muscular. Es la fase donde es más difícil despertar al sujeto, dura de 10 a 20 minutos. Durante esta fase la persona revisa los acontecimientos del día y procesa y almacena la información.”²⁰

El sueño tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos, Los niños tienen una mayor proporción de NREM IV durante la cual se excreta hormona de crecimiento, Durante el NREM se conserva energía y hay una mayor actividad de división celular. El sueño REM facilita el aprendizaje, la memoria y adaptación conductual, prepara la mente y aclara las emociones del día

La duración y calidad del sueño varía según la edad de la persona por las diferencias de necesidad de descanso en cada etapa del crecimiento:

“NEONATOS: Duermen una media de 16 horas.

LACTANTES: Duermen 8 a 10 horas nocturnas y varias siestas, predominio fase REM. El patrón nocturno lo adquieren hacia los 3-4 meses. Hacia los dos años, duerme toda la noche y hacen par de siestas durante el día, duerme una media de 12 horas diarias, la siestas empiezan a disminuir a los 3 años.

PREESCOLAR: Duermen 12 horas por la noche, a los cinco años ya no hacen siestas si no hay cultura de siestas en su entorno, les cuesta relajarse, puede tener problemas como terrores nocturnos, pesadillas y suelen despertarse por la noche. Necesitan un ritual para acostarse.

ESCOLARES: La cantidad de sueño varía en función de su actividad y estado de salud. Tienen ciclo de 90 minutos el del adulto. Pueden resistirse a irse a dormir por no ser conscientes de su cansancio o para sentirse independientes.

²⁰ Stora F. *Dormir bien es vivir mejor*. Salvat Editores. 1990.

ADOLESCENTES: duermen en un promedio de 8 -9 horas. El rápido crecimiento y estilo activo de vida puede causar cansancio”²¹.

Una vez identificados las características generales del sueño, pasaremos a citar diferentes estudios científicos que evalúan el sueño del paciente en el hospital, pues ello nos ayudará a comprender la situación real en la que se hallan los pacientes hospitalizados importancia que tiene en la recuperación del paciente; uno de ellos es el realizado en el hospital de la Universidad de Cumhuriyet en Turquía, en el que se trataba de evaluar y comparar la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados. “Se estudiaron por grupos de cincuenta pacientes de diferentes especialidades médicas y los compararon con grupos de control sano, concluyendo que el sueño de los pacientes hospitalizados puede no ser restaurador o reconstituyente, los profesionales de salud deben ser formados sobre la fisiología del sueño y deben proporcionar la intervención adecuada cuando sea necesaria”.²²

Otro estudio es el del Nuffield Institute for Health, Community Care Division, Leeds, England, “pone en evidencia que no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, se hacen muchas intervenciones durante la noche, se les despierta temprano, también se resalta las diferentes opiniones de las enfermeras y los pacientes sobre ciertos aspectos del cuidado de la persona hospitalizada en la noche. Promover un ambiente adecuado al sueño del paciente en el hospital es un desafío, aunque puede que aparentemente duerman, este sueño puede no ser restaurador o reconstituyente”.²³

Los resultados de otro estudio descriptivo realizado por la Universidad de Almería “recogen y enumeran los factores que repercuten negativamente en el sueño y el descanso en los pacientes ingresados en los Hospitales de esta ciudad, entre los que se destacan como más importantes: el ambiente hospitalario y la preocupación del paciente por la pérdida de salud. Los pacientes ingresados en el hospital sufren alteraciones del sueño, provocado por el tratamiento farmacológico, por su patología, por el entorno físico y familiar, por estar

²¹ Kozier Bárbara y otros . *Descanso y sueño. Enfermería Fundamental ,Conceptos ,procesos y práctica.*4º ed. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana;1993

²² Medina A y otros. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Ed. Enferm Glob. 2009

²³ Ibídem

obligados a compartir habitación con otra persona desconocida, o por el horario de su tratamiento que interfiere en el descanso”.²⁴

En otro estudio realizado en Brasil que analizaba los principales factores que interrumpen el patrón del sueño en pacientes hospitalizados se logró encontrar que “los que alteraban la calidad de sueño de los pacientes eran : despertar más temprano y acostarse más temprano de lo habitual así como las interrupciones nocturnas , de las cuales las más manifestadas por lo pacientes fueron la luz excesiva , curaciones, rutinas y cuidados de enfermería al propio paciente o al compañero de habitación , ruido en la unidad de hospitalización , la misma patología del paciente como dolor y fatiga , cama incomoda , temperatura de la habitación.”²⁵

En un estudio realizado en 1.997, en el Hospital Universitario de Cartagena, “se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. Estos resultados sugieren que, contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de adaptación, la alteración emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.”²⁶

Con lo anterior se vislumbra claramente que el patrón normal del sueño puede verse perturbado cuando la persona ingresa al hospital, pues el evento de estar en una unidad de hospitalización hace que esa persona no pueda concluir con éxito el descanso, situación que acarrea somnolencia diurna excesiva ,rendimiento cognitivo reducido , disminución de la función inmune, la cicatrización de heridas alterada, no obstante esta situación no es generalizada pues en ocasiones que no resultan ser muy comunes los pacientes logran concluir con éxito el descanso diario necesario a pesar que en un servicio de hospitalización los factores negativos repercuten e influyen en el estado del paciente,

²⁴ Ibídem

²⁵ Ibídem

²⁶ Pabón, Rosa. El niño Hospitalizado, su familia y el equipo de salud. Revista Unimar. Disponible en: www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/18/15

entre los cuales podemos destacar factores externos tales como (ruidos, luces, compañeros de habitación, el tratamiento farmacológico, por su patología, por el entorno físico y familiar, por estar obligados a compartir habitación con otra persona desconocida, o por el horario de su tratamiento que interfiere en el descanso) y como un factor interno la misma enfermedad.

En consecuencia, se considera fundamental supervisar la adaptación del paciente hospitalizado y generar un ambiente adecuado que ayude a menguar todos los efectos de los factores negativos que influyen en el sueño y por ende en la adaptación de los niños en este proceso, así el presente estudio utiliza terapéuticas alternativas que permitan plantear estrategias que contribuyan a la adaptación hospitalaria.

Para continuar hablando de los diferentes comportamientos que adoptan los niños al estar en un ambiente hospitalario, es importante conocer también la interacción del menor con sus familiares, entorno y personal de salud, pues como ya hemos mencionado el niño puede presentar dificultad para adaptarse a ese nuevo ambiente hospitalario ajeno al de su vida cotidiana, lo cual puede suponerle sensación de abandono, ansiedad, depresión, ansiosa, depresión u otro tipo de emociones que desencadenadas al estar en un servicio de hospitalización. Sin embargo, el niño tiene respuestas positivas y de mejor adaptación a la hospitalización cuando cuenta con la compañía permanente de algún familiar, sobretodo de la madre, pues ella logra fortalecer el vínculo afectivo, obteniendo así una adaptación más fácil al medio hospitalario.

De acuerdo con lo anterior un ejemplo de este actuar, en el hospital Los Ángeles de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, donde existe como política la permanencia de alguno de los familiares cercanos al niño durante el tiempo de hospitalización, durante el día y la noche, contribuyendo de esta manera a disminuir el temor del niño hacia el lugar, ante el personal y ante los procedimientos que le son extraños, haciendo eco a los beneficios que esta política brinda.²⁷

²⁷ Ibídem

Al denotar que el ambiente hospitalario de alguna manera resulta amenazante y extraño para el niño es preciso mencionar investigaciones que se enfocan en propuestas para la atención holística del niño hospitalizado, las cuales van más allá del trato físico y/o directo. Estas incluyen una atención que considera la parte psicología y emocional, así mismo el derecho de los padres a permanecer con sus hijos sin límites de horarios y el de proporcionar espacios para el juego, recreación, interacción con los demás pacientes hospitalizados, incluso el derecho a la escolarización.

Se observa de este modo la importancia de brindar una atención integral al niño y de no limitarlo como un ser pasivo cercado en una enfermedad o de sometimiento a una relación enfermero- paciente, la interacción del niño con su familia, personal de salud le permite ser un ser activo, pensante y participativo que le proporciona un contexto de mejor adaptación logrando una mejor calidad de estancia hospitalaria.

En el año de 1990 “The Convention on the Rights of the Child” Unicef, 1990, defendió el derecho a los niños a participar y expresar sus puntos de vista libremente en todos los asuntos, incluyendo pues, los asuntos relacionados con la salud.²⁸

Por lo anterior se considera que para el presente estudio se hace necesario valorar tres patrones en lo concerniente al proceso de adaptación del niño hospitalizado concentrados en patrón adaptativo del sueño, interacción personal y alimentación.

Musicoterapia

Al hablar de musicoterapia, se hace relación a la utilización de música con el objetivo de lograr bienestar en el organismo. Este bienestar puede ser de varios tipos, por ejemplo es utilizada para diseñar espacios sonoros tranquilos y relajantes en espacios cerrados o

²⁸ “Los estados partes, garantizaran al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez” (Oficina de Alto comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1990).

públicos, para propiciar el desarrollo cognoscitivo en los niños, para ayudar en el aprendizaje, con fines terapéuticos; entre otros, por su gran auge e importancia la musicoterapia como área de conocimiento y como terapéutica alternativa complementaria ha sido definida por diferentes teóricos y organizaciones, por ello se hace necesario traer sus conceptos a este estudio para especificar su alcance y contenido:

En el sentido estricto de la palabra la RAE [29] la ha definido como “el Empleo de la música con fines terapéuticos, por lo general psicológicos”.

Para Benenzon [30] la Musicoterapia

“es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido – ser humano- sonido; para utilizar el movimiento, el sonido y la música, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, para producir efectos terapéuticos psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y la sociedad”.

Para la World Federation of Music Therapy [31]:

“es el uso profesional de música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educativos y de todos los días con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, salud y el bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la terapia musical se basan en las normas profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos”.

La National Association For Music Therapy [32] la define como:

“el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es

²⁹ Diccionario Real Academia Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Q9SyD4O>

³⁰ Benenzon, Rolando O. Sonido, comunicación y terapia. Editorial Amarú, Salamanca

³¹ World Federation of Music Therapy WFMT. 2011

³² A Caer in Music therapy. Editado por La National Association For Music Therapy (NAMT).

Folleto

también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí mismo y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad”.

Así las cosas, a partir de los conceptos brindados, se considera que el abordaje y contenido musicoterapéutico brinda un espacio de incentivo e interacción a los pacientes, posibilitando el acceso a los contenidos del aparato psíquico, por canales que representan menos resistencia para la asimilación de los tratamientos médicos recibidos, pues la musicoterapia favorece la expresión de emociones, facilita el movimiento y apoya al paciente durante procedimientos dolorosos e invasivos, el paciente logra por tanto la motivación necesaria para afrontar su rehabilitación de forma positiva, adherir mejor al tratamiento y tener un espacio de libre expresión, tanto físico como emocional generando un estado de relajación que posibilita que el cuerpo físico se restablezca a través de una conjunción ideal entre la medicina tradicional y alternativa.

Los aspectos históricos de la Musicoterapia, indican que al mirar hacia atrás en el remoto pasado de la humanidad, es posible reconstruir la aparición de las artes así las más destacadas son la danza y el canto, pues tienen una relación estrecha con el cuerpo, esto se debe a que el organismo es ante todo una estructura rítmica, los latidos del corazón, la respiración incluso los movimientos como el caminar.

Los estudios antropológicos aseguran que la música ha acompañado al hombre desde el mismo momento en el que apareció la especie homo sapiens. Quizá las primeras manifestaciones musicales surgieron a partir de los gritos rimados que servían para dejar escapar las emociones primarias como la ira. Así mismo las melodías estuvieron asociadas a diversos ritos que ayudaban en las tareas rutinarias, como la caza, los eventos funerarios, los nacimientos, las cosechas, las celebraciones nupciales la curación entre muchos más.

La musicoterapia entendida como la curación por medio de la música, fue practicada por algunos chamanes, quienes relacionaron la danza y el canto con los rituales mágicos que

pretendían la curación del paciente. Estas terapias milenarias se basan en los mismos principios aceptados hoy en día en la musicoterapia: cánticos, susurros y estructuras rítmicas repetitivas para inducir estados de conciencia con fines catárticos o curativos.

Tanto los Egipcios como luego los griegos y romanos entendieron el efecto psicológico producido por las diferentes escalas y tonos musicales, para los filósofos de aquella época la música era tanto un arte como una ciencia; Pitágoras, “fue uno de esos estudiosos que relacionó la música con las matemáticas y también con el bienestar del cuerpo ya que aconsejaba tocar un instrumento musical o cantar para vencer las emociones de la ira, el miedo, el desasosiego”³³. Aristóteles por su parte “asoció los estado anímicos como el dolor, la cólera, la bondad, la embriaguez, la paz o meditación e incluso la sabiduría a los diversos modos de la música Griega, donde la altura de los sonidos de cada ritmo y las escalas tenían su propia consonancia con el estado de salud”.³⁴

Lo mismo sucedió con otras culturas como la jaenesa, la china o la hindú. En esta última se siente fuertemente la relación entre la música y la medicina, por ejemplo “es muy común que los hindúes emitan sonidos varias veces al día en fracciones inferiores de cuarto de tono, a fin de desarrollar las facultades mentales y místicas; estos cánticos corresponden a tres emociones básicas, la alegría, la solemnidad y la tristeza”.³⁵

Con el advenimiento del mundo cristiano la música siguió ocupando un lugar destacado, tanto en los cánticos religiosos como en la instrucción impartida por a los sacerdotes y nobles. “Tal fue su importancia para la iglesia que la música desempeñó un papel importante en la evangelización del nuevo mundo”³⁶

³³ Sáez, Daniel Martínez, Pitágoras de Samos. La música como perfección: el Universo como armonía, Revista de Sinfonía Virtual. España.

³⁴ Azcárate, Patricio · Obras de Aristóteles. Madrid tomo 3. 1873. P 171-172

³⁵ Schneider, Marius. El origen musical de los animales-símbolos en la mitología y la escultura antiguas: ensayo histórico-etnográfico sobre la subestructura totemística y megalítica de las altas culturas y su supervivencia en el folklore español. Colección El Árbol del Paraíso 12. 1ª ed., 2ª imp. Madrid: Ediciones Siruela.1998

³⁶ Rendón, Germán Eliecer. La Música como un medio para evangelizar. Universidad Católica de Risaralda. 2008. Disponible en:
<http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/441/completo.pdf?sequence=1>

La primera obra de musicoterapia fue escrita en España por el monje Antonio José Rodríguez en 1744, en ella considera a la música como un medio capaz de modificar el estado de ánimo de las personas y le atribuye efectos anestésicos y la posibilidad de influir sobre ciertos fluidos del cuerpo. Luego vinieron obras médicas donde se aseguraba que la música influía positivamente en los enfermos, sólo que a las explicaciones tradicionales anteriormente mencionadas, se sumaron las interpretaciones de la física moderna. Pero fue el movimiento romántico el que ayudó a que la musicoterapia se convirtiera en una disciplina coherente (el romanticismo aboga por la importancia de los sentimientos).³⁷

La musicoterapia moderna tomó fuerza en Estados Unidos, donde a principio del siglo XX se adoptó la práctica de colocar música en los hospitales³⁸. Hay que aclarar que esta tendencia se vio fortalecida por la intervención del fonógrafo. Hoy en día el uso de la música como terapia tiene carácter científico. Y a partir de los años cincuenta su uso se ha extendido.

A partir de todas estas tradiciones, se ha sistematizado el estudio de los efectos psicológicos y orgánicos de la música y se ha reconocido a la musicoterapia como vertiente terapéutico de valor concreto.

Así las cosas, de la breve línea histórica se puede concluir que la musicoterapia ha pasado por estados mágicos, religiosos, filosóficos y científicos, aunque nunca se ha dudado de los efectos que la música produce en las personas y en la sociedad.

En el tratamiento específico a los niños hospitalizados, la musicoterapia puede ayudar a expresar sus miedos, liberar tensiones y aumentar la autoestima. Estando más alegres y optimistas, puede que el niño acepte mejor su estado y la supere con mayor facilidad. La aplicación de esta disciplina puede beneficiar al niño hospitalizado.

Son múltiples las investigaciones que demuestran los beneficios que tiene la Musicoterapia

³⁷ Betés, Del Toro. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid. Ediciones Morata 2000, Pág 30

³⁸ Ibídem

en el caso de niños hospitalizados. Por ejemplo, Correa y Guedelha³⁹, detallan en su trabajo una investigación realizada en la Unidad de Internación Pediátrica del Hospital das Clínicas da Universidade Estadual Paulista, en Brasil. Allí se realizó un estudio para identificar cómo percibían los profesionales sanitarios el uso de la música como terapia en esta Unidad. Tras las diversas sesiones de Musicoterapia, todos los profesionales afirmaban que la música beneficiaba a los niños. También Ortega, Esteban, Estevez y Alonso⁴⁰ explican los beneficios de este arte en la pediatría cardiaca y en los neonatos. Afirman que en las unidades de cuidados intensivos la musicoterapia es fundamental para el proceso de curación de los niños. Es como un juego que les da normalidad en esos momentos de su vida en los que también los adultos pueden participar. A través de esta disciplina se abren canales de comunicación, no solo en las unidades de pediatría cardiaca, también en los neonatos. Afirmaron que los datos del estudio mostraron que la música tenía “un efecto beneficioso para los niños el cual se reflejaba en todas las variables registradas: tasa cardiaca, tasa respiratoria, adquisición de peso, días en el hospital, etc.”.

Flores de Bach

Las flores de Bach son una serie de esencias naturales que se utilizan para tratar diversas situaciones emocionales, como miedos, soledad, desesperación, estrés y depresión. Se llaman Flores de Bach, a la serie de 38 esencias naturales extraídas de flores silvestres de la región de Gales, en Gran Bretaña, cuyas propiedades curativas fueron descubiertas por el médico galés Edward Bach entre los años 1926 a 1934.

Edward Bach nos legó un sistema de diagnóstico y tratamiento de los estados emocionales, mentales y características más generales de la personalidad. Las esencias florales son elaboradas mediante solarización o cocción, cuya acción no se basa en las propiedades químicas activas de los elementos que componen cada planta, sino en la transmisión de un patrón de información que se almacena en el agua.

³⁹ Correa, I. y Guedelha, D. The use of music in the search for humanized hospital care. Investigación y Educación en Enfermería. 2009. P 46-53.

⁴⁰ Ortega, E. Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. European Journal of Education and Psychology. 2015. P 145-168.

El Dr. Bach [41], comprobó, a lo largo de su trayectoria como médico, que gran parte de las enfermedades que presentaban sus pacientes tenían estrecha vinculación con la personalidad de cada uno de ellos. De esta manera, se interesó por hallar la raíz de los conflictos como el camino más certero para recuperar la armonía general y, en consecuencia, colaborar con la salud mental y física

Según Bach, “el criterio de curación de la enfermedad no debe ser la eliminación de síntomas, sino el cambio de perspectivas del sujeto. De este modo, tratando los temores, preocupaciones, inquietudes y demás, las personas se verán libres de la enfermedad (...) y se restablecerá la armonía entre alma y mente”⁴²

Lo anterior debido a que define la enfermedad como un desequilibrio emocional que se produce en el campo energético del ser vivo pues según él, “el miedo, el odio, el orgullo, la crueldad, la inestabilidad, la falta de autoestima, etc., son las únicas y auténticas enfermedades, y la persistencia de estos sentimientos erróneos produce en el cuerpo el desequilibrio que origina la enfermedad física”. Si este desequilibrio continúa por cierto tiempo sin tratamiento, se produce la enfermedad en el cuerpo físico. Si bien la concepción en que se basan los principios terapéuticos de las flores de Bach ya cuenta con casi 90 años es hasta las últimas diez décadas que se alcanzaron el prestigio y la difusión a nivel mundial.⁴³

Así, las terapias están enfocadas al equilibrar la mente del hombre con la naturaleza. Las esencias florales calman y equilibran la mente y las emociones, le permite tener conciencia al individuo de los patrones de su alma, dándole a conocer nuevas posibilidades de creatividad y crecimiento emocional y físico.

El sufrimiento se origina de la ruptura entre la armonía de la persona y esa fuerza universal y se genera un desequilibrio entre la mente y el cuerpo. Según el Doctor

⁴¹ Bach, Edwar. Obras completas. Escritos florales. Buenos Aires: Continente, 1999

⁴² Carranza A. Flores de Bach. Barcelona: Obelisco, 1992

⁴³ Ibídem

Edwar Bach, las emociones desequilibradas, pueden clasificarse para su estudio en siete grupos de Flores de Bach, así:

- Inseguridad
- Temor
- Falta de interés por el presente
- Vulnerabilidad ante las ideas e influencias ajenas
- Desaliento y desesperación
- Soledad
- Preocupación excesiva por el bienestar de los demás.⁴⁴

Se trata de recuperar el equilibrio perdido entre la persona y el “ser superior” y entre el cuerpo y la mente.

Las esencias florares funcionan así; en el momento en que se preparan las esencias florales, el patrón de energía específico de cada flor se transfiere al extracto. Este patrón único de energía tiene la capacidad de afectar la energía de la persona que toma la esencia.

Cualquier persona puede tomar las flores de Bach. Puede ser utilizado por cualquier especialidad dentro de la medicina ya que no presenta contraindicaciones ni efectos secundarios, no se contrapone a otros medicamentos o terapias. Se han encontrado magníficos resultados en personas de cualquier edad, incluyendo bebés en edad de lactancia, niños, personas en edad avanzada y recién nacidos. Tal es la importancia de las flores de Bach, que inclusive La Organización Mundial de la Salud reconoció la terapia floral como una de las formas de medicina alternativa en 1976.⁴⁵

En la actualidad este sistema de curación está ampliamente difundido y prácticamente todos los países cuentan con elaboradores e investigadores propios, de forma que han ido

⁴⁴ Bonet D. Flores para el bienestar. Esencias de Bach para trabajar con ánimo. Cuerpo y mente. 2005.P. 159

⁴⁵ Carolo, Cristina. La terapia Floral. Instituto Argentino de Flores de Bach - Escuela de Técnicas Psico- Homeopáticas. Disponible en: <http://www.institutobach.com.ar/floresdebach/floresdebach1.htm>

surgiendo diferentes sistemas florales como el de Australia o el de California. De los 38 remedios originales de Bach, en los últimos años se ha pasado a unos 2.500.⁴⁶

En lo que respecta al uso de las Flores de Bach para atenuar los efectos negativos que genera la estancia hospitalaria para los pacientes, se hace necesario destacar los estudios que apuntan a demostrar la efectividad en su uso, en uno de los aspectos que a menudo se encuentran más alterados como lo es el sueño, pues el insomnio es un patrón repetitivo que empeora el cuadro clínico del paciente, como conclusión de dichas investigaciones se tiene que “la terapia floral brinda un 100% de efectividad en la recuperación de los pacientes con insomnio que se encuentran hospitalizados”⁴⁷

Breve referencia clínica del trauma térmico.

Fisiopatología del trauma térmico

La fisiopatología de la lesión por quemadura, está dada por un conjunto de alteraciones en la hemodinámica del paciente, donde se abarcan todos los sistemas del organismo y se traducen en conjunto de signos y síntomas, que van presentando estos pacientes desde el primer día de injuria, pasando por una serie de etapas donde un adecuado conocimiento de dicha fisiopatología, hace que el manejo de estos sea más efectivo.

Las alteraciones que aparecen en estos pacientes se pueden dividir en locales y generales. (Kirschbaum,1987 y Coiffman F,2004.)

Alteraciones locales.

Las locales, hacen referencia a las lesiones hístico necróticas características de acuerdo con la profundidad, localización y extensión, así como la posible etiología.

⁴⁶ De La Sen, Javier. Terapia Florar. Disponible en: <http://javierdelasen.com/terapias/terapia-florar/>

⁴⁷ Torres M., Hector y otros. Terapia floral de Bach al paciente en rehabilitación integral con insomnio en centro especializado ambulatorio. Convención Salud. 2015. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/1002>

Etiología

Las quemaduras son producidas por agentes químicos, físicos o biológicos que pueden ocasionar una lesión térmica, la cual según el tiempo de exposición, intensidad y agente dan origen a una gran variedad de lesiones en piel, que pueden comprometer desde las capas más externas hasta la totalidad de las capas dérmicas e incluso pueden llegar a comprometer tejidos y órganos más profundos. (Santos C, 2004 y Duran H et al, 2004)

Zonas del área quemada proceso

Se han descrito localmente las zonas de Jackson en 1947, que incluyen la primera zona de coagulación, donde sucede el punto máximo de injuria, caracterizada por la pérdida irreversible del tejido debido a la coagulación de las proteínas constituyentes, seguida de la zona de estasis, quizás la más importante debido a que esta es la zona recuperable, ya que se caracteriza por disminución de perfusión tisular, perfusión que puede ser mejorada con reanimación adecuada y medicación que garantice la protección de dicha zona y por último la zona hiperemia, que como su nombre lo indica se encuentra con perfusión aumentada.. Estas tres zonas constituyen entonces la puerta de entrada a una respuesta inmunológica generada por el organismo agredido.

Fotografía Zonas de quemadura según Jackson

Fuente: tomada Unida de Quemados Hospital Simon Bolivar.

Clasificación de las quemaduras

Las quemaduras pueden comprometer una o varias capas de la piel, según este compromiso las podemos clasificar de la siguiente manera.

Primer grado: Destrucción de la epidermis, área que

mada muy eritematosa , no exudativa , muy dolorosa , tiene una curación espontánea al 4 o 5 día sin secuelas

Segundo grado: puede ser superficial y profunda.

Superficial: destrucción de la epidermis y la dermis más superficial. Sí hay flictenas. Al retirarlas su base es Roja brillante Exceso de exudado Conserva folículos pilosebáceos es muy dolorosa (hiperestesia), la curación puede ser Espontánea entre 7-10 días

Profundas: Destrucción de la epidermis más la dermis, Sí hay flictenas. Al retirarlas su base es: Blanca o gris Menor exudado No conserva folículos pilosebáceos. No hay dolor (hipoestesia) Tratamiento quirúrgico y Sí secuelas

Tercer grado: Destrucción de todo el espesor de la piel y zonas profundas, Negruzca Vasos sanguíneos trombosados, Pérdida de sensibilidad y anestesia, Tratamiento quirúrgico Secuelas importantes (R , Piriz Campos, Pag 1126)

Alteraciones generales o sistémicas

Las lesiones por quemaduras puedan dar como resultados cascadas de respuesta inflamatoria, que van desde la respuesta local, para casos de quemaduras superficiales y poco extensas, hasta respuestas sistémicas instauradas rápidamente que pueden llegar a comprometer la vida del paciente.

Las generales son las que involucran la repercusión que tiene este trauma sobre el resto de la economía, teniendo en cuenta todos los factores antes mencionados y que puede afectar uno o varios sistemas, hasta acarrear la muerte del paciente.

Esta se puede dividir en:

Alteraciones hemodinámicas

Estas son alteraciones de la integridad de la microcirculación, alteración de la membrana celular, aumento de presión osmótica en el tejido quemado, alteraciones metabólicas, alteraciones respiratorias, alteraciones renales, Insuficiencia renal aguda, alteraciones hematológicas serie roja: hemólisis extravascular, serie blanca: leucocitosis con neutrofilia, Plaquetas: trombocitopenia, trombocitos y alteraciones inmunológicas entre otras.

Respuesta fisiopatológica del paciente quemado

La respuesta inflamatoria sistémica en el paciente quemado está entonces sujeta a su extensión y profundidad, sin embargo, el terreno biológico del paciente juega un papel importante en el desarrollo de dicha respuesta, para lo cual es sumamente importante pensar en modular la respuesta inflamatoria y así no incurrir en una desordenada, confusa y agresiva respuesta inmunológica, que puede ir en detrimento de la evolución clínica del paciente.

Para entender dicho proceso debemos iniciar un recorrido fisiológico por los órganos, células y tejidos más vulnerados en esta patología, La piel entonces es considerada una cubierta protectora, un órgano complejo de

interacciones celulares con el medio, y una puerta de entrada de cientos de señales y mensajes mediados por respuesta celulares, química y humorales. (Francisco Bracho, 2005, p:17)

Por tratarse del órgano protector y comunicador por excelencia, cualquier tipo de pérdida de integridad de la misma, dará como resultado infinidad de respuestas internas y sistémicas, que comunican a todos los órganos y células, dando lugar así a una respuesta psico neuro inmuno endocrinológica.

Al entrar en contacto con agentes térmicos, se da origen a diversas respuestas. En primera instancia se instaura la hipertermia, que produce un incremento en la permeabilidad vascular, con la consecuente extravasación del fluido intravascular hacia el intersticio, buscando producir una respuesta inflamatoria local controlada, que ayude a la reparación de tejido tisular dañado; pero cuando la injuria supera las expectativas del sistema inmunológico, la respuesta suele ser agresiva y desordenada. Desde el punto de vista histológico, justo debajo de la membrana basal encontramos la matriz extracelular, órgano ubicuario, principal gestor de dichas respuestas, debido a su capacidad de transmitir información desde el exterior hacia el interior de la célula y viceversa.

La matriz viviente está formada entonces por tres niveles, que son el nivel extra celular, el nivel intracelular y el nivel intranuclear, todos comunicados entre sí para la recepción y formación de respuesta, al presentarse cualquier tipo de lesión en piel observamos que dicha matriz está directamente afectada, junto con sus estructuras y traducción de señales. Según LA IAH,2007, pág 2

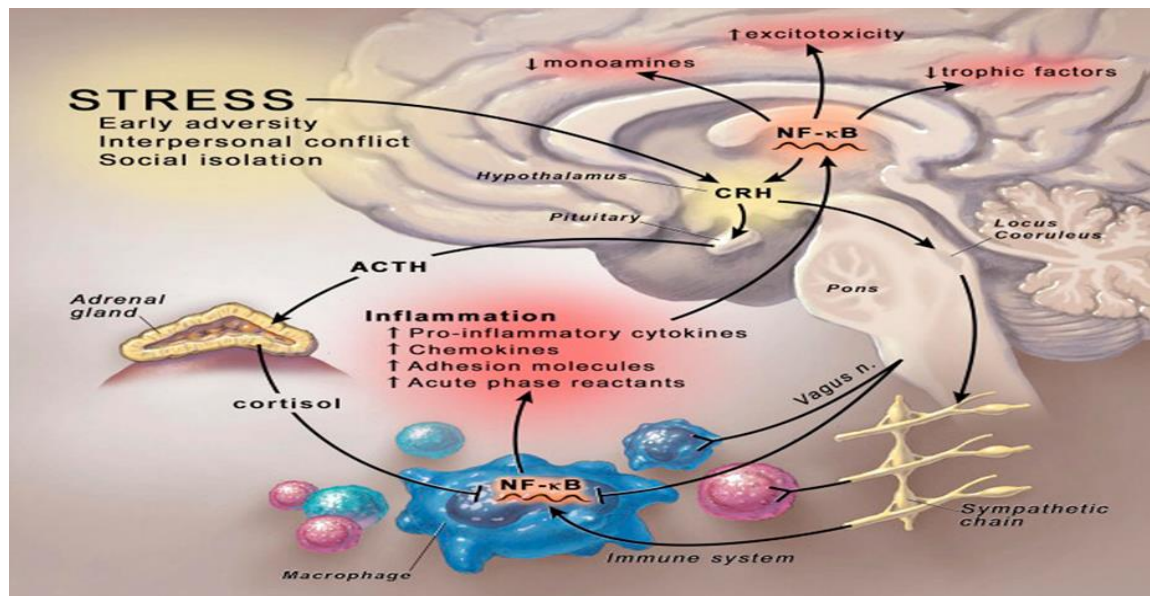


Ilustración 3 proceso eje hipotálamo hipófisis suprarrenal. Fuente :elsevier.es/es-revista-psiQUIATRIA-biologia-46-sumario-vol-17-num-02-13008365

El stress al cual se ve sometido el paciente quemado, activa el eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, el cual inicia con la producción de Factor liberador de cortico tropa por el hipotálamo, que actúa en la hipófisis, provocando a su vez la secreción de ACTH e incide en las glándulas suprarrenales, dando lugar a la producción de glucocorticoides, el más importante el cortisol, quien facilita la excreción de agua, y el mantenimiento de la presión arterial, afectando procesos infecciosos y produciendo una degradación de proteínas intracelulares, así mismo induce una acción hipoglucemiante, cuya persistencia conlleva a un agotamiento suprarrenal, con el consecuente hipercatabolismo, imposibilitándose así, para su auto reparación o defensa. (Llorente, J. 1998)

Todas estas acciones realizadas simultáneamente, creando sinergismo y procurando la estimulación de la respuesta inmunológica, llevan a un ciclo de estimulación positiva con una rigidez en la respuesta inmunológica, que se traduce en una respuesta inflamatoria sistémica, sepsis, shock séptico, síndrome de disfunción multi orgánica y muerte en el paciente quemado.

Las quemaduras mayores, usualmente se acompañan de complicaciones que pueden afectar cualquier órgano de la economía. El trastorno circulatorio en fase de reanimación y en fase de sepsis, es una catástrofe que influye en toda la fisiología del paciente.

Responsables de estas complicaciones, entre otros, son aquellos mediadores farmacológicos de respuesta inflamatoria liberados a la circulación. Algunos de estos son útiles para la homeostasis circulatoria, defensas del huésped y cicatrización de la herida. Sin embargo, en algún punto de la evolución de la quemadura pueden contribuir al desarrollo de fallo multiorgánico (FMO). (Santos C, 2004, Duran H, 2004) El aspecto más crucial en el manejo temprano del quemado, es el inicio rápido de la reposición de volumen de fluidos, con sales suficientes para mantener una perfusión adecuada a órganos vitales. Muchas fórmulas de reanimación del quemado han probado ser clínicamente efectivas. Todas las fórmulas de reanimación sirven sólo como guía. La respuesta a la fluido terapia y la tolerancia fisiológica del paciente es lo más importante. El régimen adecuado de reanimación, es aquel que administra la mínima cantidad de líquidos, para mantener perfusión en órganos vitales. (Santos C, 2004, Valdés S, 2007)

La reanimación inadecuada produce daños a los pulmones, riñones y lecho vascular mesentérico; así mismo la sobrecarga de líquido puede producir edema pulmonar o cerebral indeseados.

Ya entrados en el contexto de la complejidad del trauma térmico, contemplamos que el paciente quemado per se, presenta grandes complicaciones, pero generalmente se presenta con sus antecedente patológico, lo cual hace aún mayor la complejidad en su manejo. Por esta razón el médico especialista en Caumatología debe ser no solo experto en la fisiopatología de la quemadura, sino tener un alto conocimiento de las patologías crónicas, con las cuales puede cursar el paciente junto con su trauma térmico.

Y si bien se logran superar algunas complicaciones de tipo fisiopatológico, sus cambios metabólicos suelen ser más persistentes en el tiempo, y así dificultar aún más la reparación tisular, para lo cual requiere del manejo conjunto con el especialista en Cirugía plástica, encargado finalmente de la recuperación de la piel a través de los diversos métodos y cubrimientos quirúrgicos o de la cirugía reconstructiva

Por todo lo anterior, también es importante el compromiso psicológico y social, haciendo que este tipo de paciente, el paciente con trauma térmico, deba ser abordado de manera holística, teniendo en cuenta las posibilidades de su rehabilitación y re inserción a su actividad social, como un ciudadano útil.

CONTEXTO



Ilustración: Hospital Simón Bolívar Bogotá

Fuente: Archivo periodístico Hospital Simón Bolívar

El Hospital Simón Bolívar es un hospital del Distrito Capital que se encuentra ubicado al norte de la ciudad. Es un hospital de Tercer nivel de atención, lo que significa que todas las atenciones que se prestan son del tipo de especialidades y sub especialidades.

La Unidad de Quemados se encuentra inmersa dentro del Hospital Simón Bolívar, el cual pertenece a la Red Norte del Distrito.

Se encuentra localizado en la región nororiental siendo la institución hospitalaria del distrito más grande de la localidad de Usaquén; ubicado en la Carrera séptima con calle ciento sesenta y cinco.

La avenida séptima se extiende hasta la región suroriental de la ciudad, permitiendo acceso desde el sur de la ciudad y por ende de otras regiones del país que pueden acceder por esta vía, por otra parte su cercanía con la Avenida 170 y Autopista norte, le permite el acceso a todos los habitantes de la región norte, tanto de la ciudad como del departamento y el país, haciendo de la ubicación del Hospital Simón Bolívar un privilegio para acceder a los servicios ofertados por la Unidad de Quemados.



Ilustración Ingreso a la Unidad de Quemados HSB

Tomada de: Fuente propia de los investigadores.

La Unidad de Quemados se encuentra localizada en el séptimo y cuarto piso de la institución contando con diferentes áreas de servicio.

Al ingresar al séptimo piso por los ascensores, a primera vista se observa una cortina de agua con una imagen marina de dos delfines y en el techo un mándala blanco, cuyo objetivo es mitigar visual y mentalmente el dolor del paciente causado por su patología.

El Séptimo piso se encuentra dividido en dos alas, una oriental y otra occidental, separadas por la zona de manejo de alimentos.



Ilustración Cortina de Agua de Bienvenida

Tomada de: fuente propia de los investigadores.

En esta área del servicio, se encuentran otras áreas separadas estratégicamente de acuerdo a las funciones que se desarrollan en el servicio.

Unidad de cuidado intensivo



Ilustración Puerta de ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo.

Tomada de: Fuente propia de los investigadores.

Allí se localizan la Unidad de Cuidados intensivos, exclusiva para paciente quemados, contando con 10 camas, habilitadas para UCI, cada una provista por ventiladores mecánicos y monitorización, según las necesidades del paciente.

La unidad cuenta con médico general durante las mañanas y con especialista las 24 horas del día.

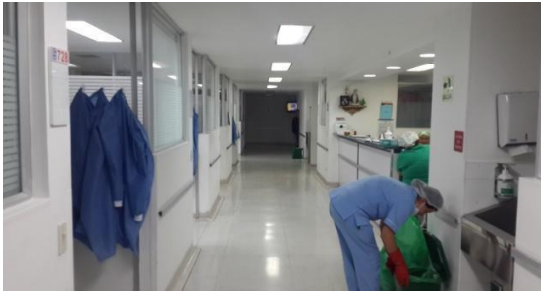


Ilustración 1. Unidad de Cuidado Intensivo, 2. Actividad rutinaria en la Unidad de Cuidado Intensivo. DR Federico Fernández, Md General Janeth Durand

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Salas de cirugía

En este mismo piso, se encuentran 2 salas de cirugía estratégicamente ubicadas, para poder reaccionar rápidamente en caso que se necesite alguna intervención de emergencia o el traslado de un paciente en salas que requiere manejo por UCI. Una de las salas de cirugía cuenta con máquina de anestesia para procedimientos que se requieran con anestesia general y la otra donde se realizan suturas en cara u otros procedimientos menores, por el equipo de cirujanos plásticos y que no requieren de anestesia general.



Ilustración Ingreso a Salas De Cirugía

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Dentro de la planta de personal del hospital, para el servicio de quemados, se cuenta con 9 cirujanos plásticos, encargados de realizar limpiezas quirúrgicas, escarectomias, injertación y reconstrucción del paciente quemado.

Contigua a las salas de cirugía, se encuentra el área de recuperación.

Hacia la zona occidental del séptimo piso se inicia un proyecto arquitectónico con bases en medicina holística teniendo en cuenta las cromoterapia, la música terapia y terapia de mandálas. A esta zona es donde llegan los pacientes antes de ser llevados a salas de cirugía.

La tonalidad del área es

hay plasmada una imagen
y un mandala.

verde y en el techo

natural del cielo



Ilustración Pasillo occidental, iluminación de techo azul.

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

El objetivo de este diseño geométrico es transmitir estabilidad y equilibrio. De esta manera, se puede recuperar la armonía innata y la creatividad. El color de este mandala es blanco el cual surge de la combinación o visión simultánea de todos los colores. Es el símbolo por excelencia de la pureza y la alegría. En la cosmología hindú representa el ascenso hacia la luz originaria.

La cromoterapia tiene su base científica en la influencia de los campos magnéticos emitidos por las radiaciones lumínicas, lo cual ha demostrado que mejora algunos cuadros clínicos. En este caso la luz verde emite fotones que intervienen de manera activa en las enfermedades por sequedad extrema tal como sucede con el paciente quemado. El color verde es el símbolo de la esperanza, naturaleza, equilibrio, crecimiento, juventud, constancia, vida, voluntad, curación, belleza, simpatía, integridad, bienestar, prestigio, purificación y regeneración.

Área de rehabilitación física

En esta misma ala se encuentra el aula de rehabilitación, dotado con diferentes máquinas, como caminadoras, bicicletas, escaleras, también provisto por una cortina de agua que ayuda a la relajación durante la actividad física.

Las ventanas están provistas por películas protectoras de rayos UV con imágenes de delfines, con el fin de proveer con esta apariencia una sensación de tranquilidad y frescura que ayuda a concentrar en el paciente la energía positiva requerida para la adherencia al tratamiento a pesar de las incomodidades y el dolor.

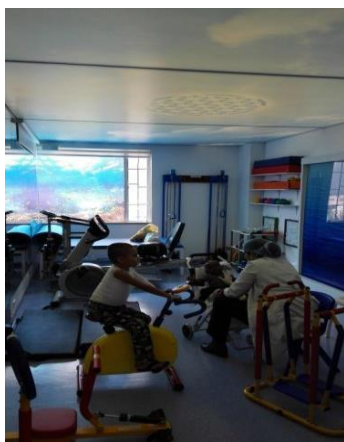


Ilustración: Área de rehabilitación Física

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Área de pediatría

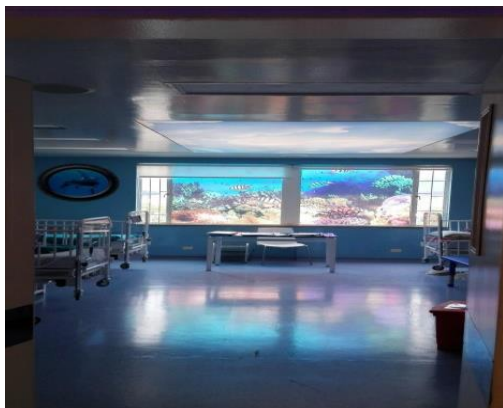


Ilustración. Habitación de Pediatría

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

El pabellón de pediatría cuenta con 13 camas, 11 cunas, para niños más grandes repartidos en tres alcobas, 5 cunas en la primer alcoba 6 cunas en la segunda alcoba y una tercer alcoba con 2 camas semi grandes, todas ellas con paredes azules, películas de protección en las ventanas con imágenes alusivas a medios marinos y agua. En los techos mandalas blancos y en las paredes multitudinarios juegos interactivos para que los niños puedan recrearse durante la estancia en la unidad de quemados.

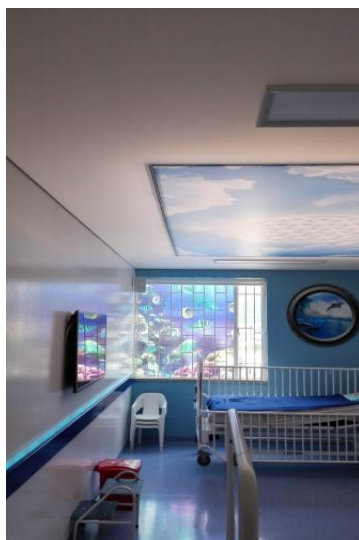
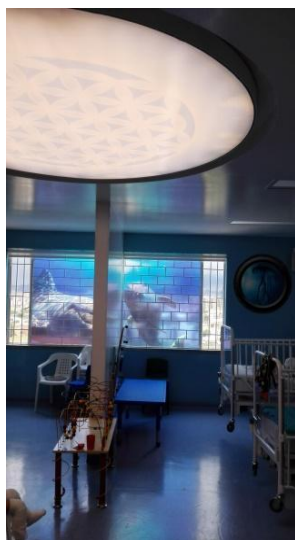




Ilustración Fotografías arriba a la izquierda, habitaciones de pediatría, arriba a la derecha, juegos empotrados en pared, abajo, fuente de agua luminosa en las habitaciones de pediatría.

Tomada de: Fuente propia de los investigadores.

Área lúdica

En el área de pediatría hay un área lúdica, dotada con mesas, silla, equipo multimedia, juguetes, juegos, donde se desarrollan actividades lúdicas y el plan de aulas escolares hospitalarias “sana que sana”



Ilustración Área Lúdica, Beiba María Castro enfermera encargada del cuidado y lúdica de los niños hospitalizados. Tomada de: Fuente propia de los investigadores.

Hay un pasillo hasta la zona sur el cual está iluminado por una tenue luz azul correspondiente en cromoterapia, a la sanación por humedad, donde a través de la intensidad lumínica, se pretende mejorar los fluidos y la recuperación intersticial intracelular de la reanimación hídrica al paciente, sumado a que también crea sentimientos de paz, tranquilidad, relajación, serenidad, seguridad, bondad y lealtad.



Ilustración Pasillo occidental con vista al estar de Enfermería, luces de teco azules y verdes. Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Tinas

El servicio de quemados cuenta con tinas de baño en acero inoxidable, especiales para pacientes quemados, las cuales tienen decoraciones alusivas a profundidades marinas, con baldosas en tonos azules y con mandalas blancos en el techo justo encima de ellas. La zona de curaciones de pediatría, tiene ventanas con películas alusivas al tema marino. La camilla en la cual se realizan las curaciones está frente a una pared que cuenta con un juego mecánico interactivo, para que los niños puedan de alguna manera, sobrellevar el doloroso episodio de la curación.

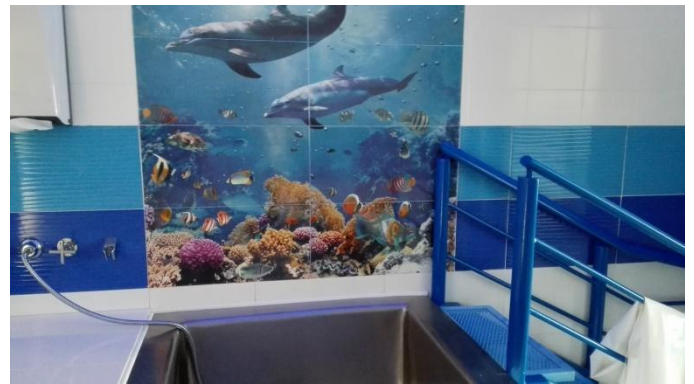


Ilustración Área de baño y Tinas de Pediatría
Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Estar enfermería

Al salir de la tina de curaciones se encuentra la zona de estar de enfermería, donde hay un ventanal que permite observar la panorámica de la ciudad. Allí se encuentran escritorios y sillas donde el personal de enfermería lleva a cabo sus actividades escritas, al igual que hay una sala de televisión para los pacientes que deseen interactuar con otros.



Ilustración Estar de enfermería, juego de luces Azules y verdes.

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Oficina médicos generales (pecera)

Se encuentra igualmente un área de trabajo médico con elementos de oficina y computadores para las actividades propias, decorada también con una cortina de agua y un madala color amarillo, por excelencia, el color del sol, de la intuición y de la iluminación, atributo del Dios Apolo, de la generosidad y del intelecto ofreciendo al personal médico sensaciones de alegría, confianza, intuición, constancia, crecimiento, sabiduría, liberación, espíritu emprendedor y fantasía.



Ilustración Oficina Médicos generales (pecera)

Tomada de: Fuente propia de los investigadores

Para el servicio de los pacientes permanentemente se encuentran dos médicos generales, un pediatra, 2 jefes de enfermeras, 4 auxiliares de enfermería para pediatría y 3 auxiliares de enfermería para adultos.

METODOLOGIA

La investigación tiene como herramienta principal el método científico, con el cual, soporta y demuestra las hipótesis, logrando afirmar que el método científico es uno solo, sin embargo, de acuerdo a las características propias del objeto de estudio y los resultados que se pretenden obtener, existen diversas formas de identificar su aplicación en un estudio de investigación. Para el presente trabajo de investigación se determinó la elaboración de un estudio observacional, entendiendo con ello que en el proceso investigativo no se controla los pacientes que tendrán exposición a un determinado tratamiento o intervención y que además se desarrolla en la práctica clínica habitual, por lo tanto, el investigador toma el rol de observador y descriptor de lo que sucede en un tiempo determinado.

Diseño: dentro de los estudios observacionales descriptivos encontramos estudios poblacionales y correlacionales que buscan comparar diferentes grupos durante un periodo de tiempo, midiendo dos o mas variables o en la misma población en diferentes periodos de tiempo que fue el que se llevó a cabo. La utilidad de este estudio se basa en conocer el comportamiento de variables medibles tales como sueño, ingesta alimentaria e interacción con el personal asistencial para obtener un aproximado del proceso de adaptación en el paciente pediátrico en la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar.

Muestra: Población Lugar y tiempo

En el primer grupo se tomaron todos las pacientes pediátricos que ingresaron y se hospitalizaron en la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar en el mes de febrero, dichos pacientes debían permanecer por mas de 5 días en el área de hospitalización sin exposición a musicoterapia y esencias florales.

El segundo grupo corresponde a todos los pacientes pediátricos que ingresaron y se hospitalizaron en la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar en el mes de marzo, dichos pacientes debían permanecer mas de 5 días en el área de hospitalización expuestos a musicoterapia y recibiendo esencias florales orales y en atomizador. Se excluyeron los pacientes que recibieron medicación psiquiátrica.

Las variables que se tomaron en ambos grupos fueron sueño, medido de la siguiente forma, conciliación, reconciliación y mantenimiento, siendo descrito en las notas de enfermería, para lo cual se atribuye un valor numérico entre 1 y 3, siendo 1 que el paciente logra conciliar el sueño pero no se despierta, no logra reconciliarlo o no lo mantiene, que se expresa en las notas de las auxiliares de enfermería como paciente irritable quien no duerme durante la noche; se da valor de 2 a el paciente que logra conciliar el sueño y reconciliarlo de forma rápida, pero se despierta varias veces en la noche, es decir el mantenimiento es irregular; y se atribuye valor de 3 cuando el paciente logra conciliar, reconciliar y mantener el sueño.

En cuanto a la ingesta alimentaria se atribuyeron los mismos valores de 1 a 3 divididos en cada una de las comidas principales del día (desayuno, almuerzo y cena), otorgando 1 si ingería una sola de las 3 comidas, 2 si ingería 2 y 3 si lograba ingerir las tres comidas, cabe anotar que los pacientes reciben dos refrigerios entre comidas y que si el paciente consumía estos refrigerios pero no las comidas principales se otorgaba valor de 1. Se obtuvo la información nuevamente de las notas de enfermería donde se registra a través de 5 círculos las comidas dadas a lo largo de la jornada incluyendo los refrigerios. Hay prohibición estricta de ingreso de alimentos a la institución, pero es imposible hacer un seguimiento confiable a cada paciente y familiar que ingresa, se desconoce a cabalidad la ingesta de otros productos, por tanto solo se tienen en cuenta estas comidas que son registradas en las notas de enfermería.

La tercer variable a tomar fue la interacción del paciente en especial con el personal asistencial, este parámetro fue el mas difícil de evaluar y atribuir categoría numérica, tendiendo en cuenta tres parámetros; primero sueño, si el paciente obtenía una puntuación en la variable sueño menor de 2, se disminuía el valor numérico de interacción, al igual que en ingesta alimentaria, si el paciente obtenía un valor menor a 2, la variable interacción también se veía afectada; por último, se atribuye valor a la interacción en general con otros niños, familiares pero en especial con el personal asistencial haciendo seguimiento de notas de enfermería, notas de psicología y actitud del paciente en el momento que el personal

asistencial lo asiste. No se tuvo en cuenta el momento de la curación, ya que, es un momento de importante dolor y el paciente siempre expresa ansiedad y llanto al realizarse el cambio de vendajes.

Qué periodo de tiempo abarca la investigación?

El periodo en el que se llevó a cabo la investigación fue de 9 meses comprendiendo los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2016 y enero, febrero, marzo y abril de 2017.

Cómo realizó la inclusión de los pacientes o las unidades de observación?

La muestra se obtuvo al excluir los pacientes con criterios de exclusión tales como medicación farmacológica psiquiátrica que en el mes de marzo fueron 2 pacientes, en febrero ninguno. También se excluyeron los pacientes que ingresaron en el mes de enero y que continuaban en el mes de febrero, seleccionando solo los pacientes que ingresaron este mes para muestra; se realizó igual en marzo, los pacientes que se encontraban desde febrero fueron excluidos, solo se incluyeron en la muestra los pacientes ingresados en marzo. Se obtuvieron en total 16 pacientes pediátricos como muestra, no se apreciaron variables tales como grupo étnico, agente de quemadura, entre otras, por lo tanto la población muestra es diversa.

En la unidad de quemados del hospital Simón Bolívar se manejan esencias florales y musicoterapia como coadyuvantes en el manejo del paciente quemado. Las esencias florales son prescritas de forma individual según las necesidades de cada paciente, aunque, se cuenta con esencias de rescate y curación que son en general para todos.

Teniendo en cuenta la angustia extrema, el trauma vivido, el miedo (pánico) el dolor, la nostalgia y la añoranza de sus padres y familia, la limpieza de heridas, la pérdida de energía, etc

CASTAÑO DULCE, ESTRELLA DE BELEN, EPILOBIO, ALAMO TEMBLÓN, HELIANTEMO E IMPACIENCIA (en curación), MADRESELVA (recién llegados), MANZANO SILVESTRE, OLIVO.

Aparte de estas mezclas “genéricas” el resto de flores que se dan a los niños contienen flores personalizadas. Es decir que se elaboran de acuerdo a las características y necesidades específicas de cada niño, teniendo en cuenta también, su entorno familiar.

Lo anterior es posible gracias al trabajo realizado conjuntamente con el servicio de psicología del piso, quien hace una evaluación detallada del paciente, identificando sus características y necesidades personales. De acuerdo con este estudio, el servicio de psicología determina quién requiere un apoyo adicional con las Flores de Bach, informa a la consultora y esta evalúa las flores más convenientes y elabora la mezcla personalizada.

PINO (para la culpa que muchos padecen)

CASTAÑO BANCO (pensadera que no deja en paz)
MIMULO miedos

AULAGA, profunda tristeza

CASTAÑO ROJO (muy preocupado pOr su familia o por una mascota, etc)

En el 2016, se inició el uso de dos flores australianas, “Bush Flowers” que tratan directamente quemaduras, su aplicación es local. Se sugiere utilizarlas en gel. Iniciamos con Mulla Mulla y luego se le añadió Spinifex.

Los medicamentos pueden ser suministrados por personal de enfermería, según las indicaciones dadas por el médico tratante.

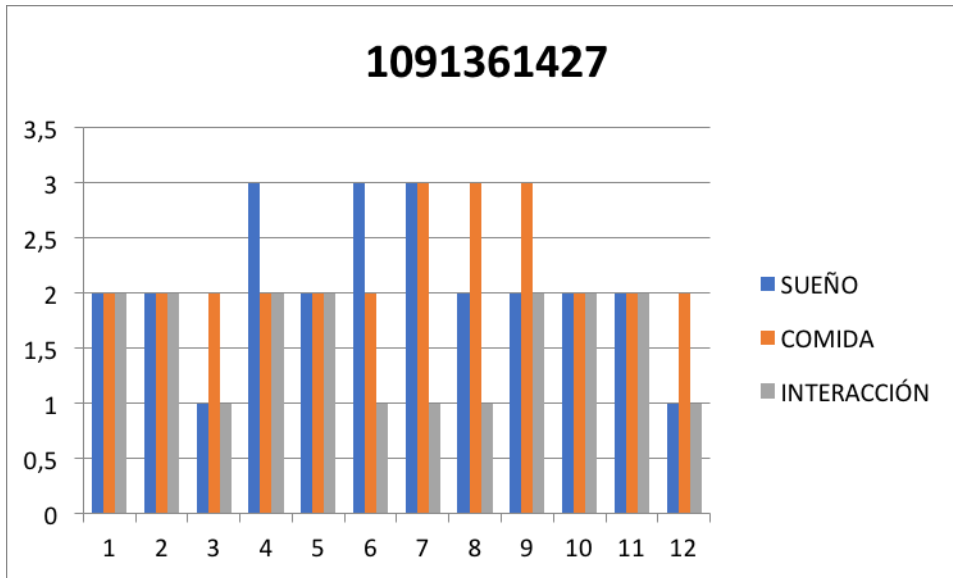
Gracias a una donación el hospital Simòn Bolívar en la unidad de quemados cuenta con un sistema de sonido integrado manejado desde una consola; incialmente se programaba música bajo la teoría de frecuencias, todo donado por la misma persona. Posteriormente la universidad Juan N Corpas por cortesía del dr. Luis Gabriel Piñeros dona a la unidad tres composiciones realizadas con base en la teoría de acordes musicales en compañía del

profesor Moises Herrera, composiciones elaboradas para diferentes momentos del día, estas se programaban de la siguiente forma:

1. Despertar: acordes quintas justas y octavas. Se programa en las mañanas durante una hora.
2. Compartir: rítmico infantil, momento de encuentro, acorde tercera mayor, intervalo narrativo. Se programa durante una hora mientras los niños se encuentran con sus papás.
3. Descansar: elaborada en acorde tercera menor, es el mas íntimo y no es rítmico. Se programa en la noche antes de dormir de 7:30 a 08:00 pm.

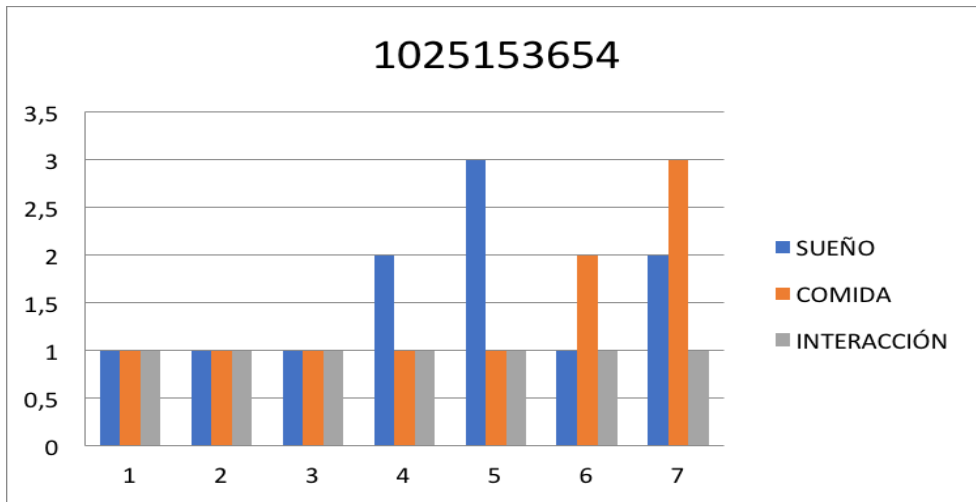
RESULTADOS

Grafica N. 1 febrero



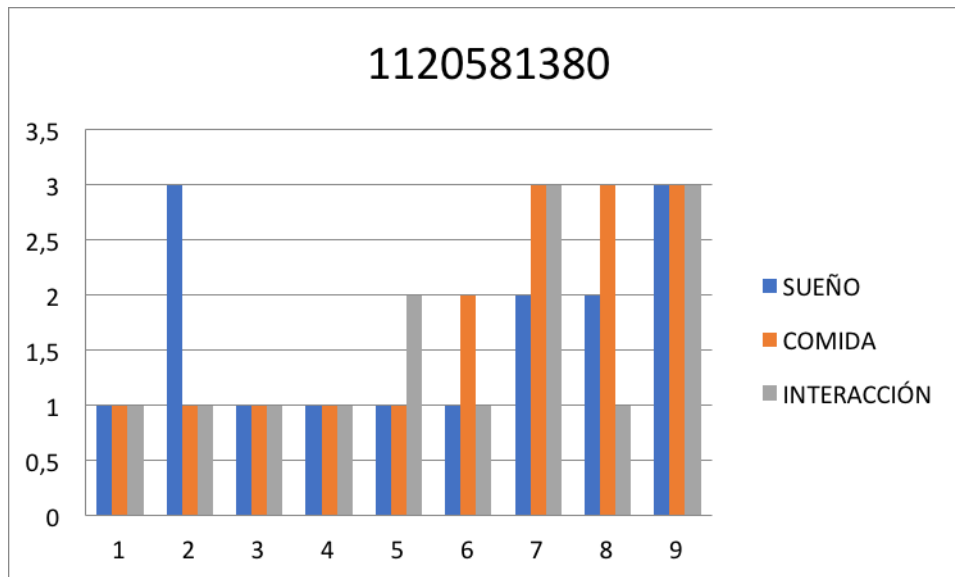
El paciente con identificación 1091361427 hospitalizado durante 12 días de hospitalización , mantienen desde su ingreso una adaptación en nivel medio , con logros superiores en sueño para los días 3,6 y 7 y alcanza máxima de ingesta alimentaria los días 7, 8 y 9, en cuanto a la interacción personal se mantuvo en medios a bajos durante toda la hospitalización .

Grafica N. 2 febrero



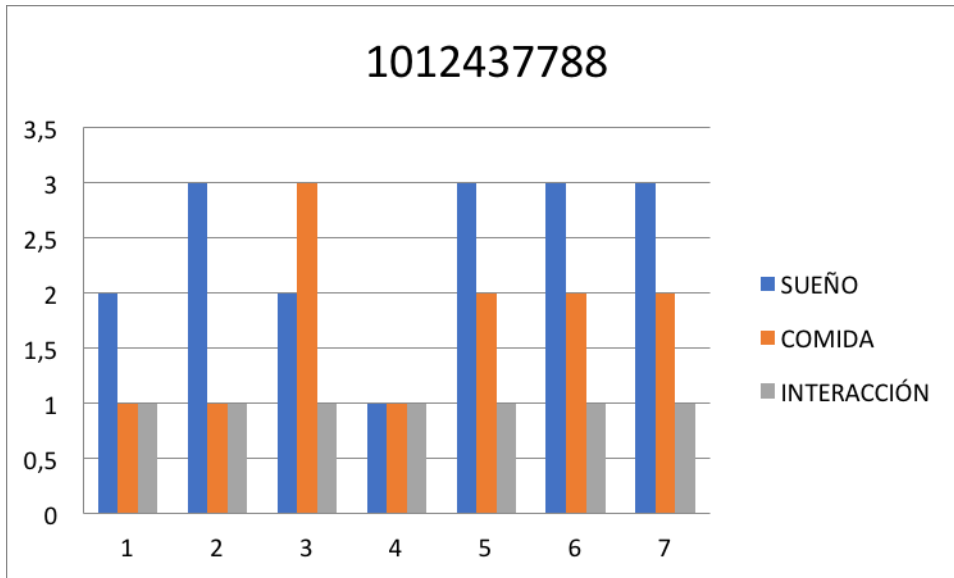
El paciente con identificación 1025153654 hospitalizado por 7 días presenta niveles de adaptabilidad inferiores bajos los tres primeros días , con ascenso hacia el día 4 y máxima en sueño el día 5 , cayendo nuevamente a niveles bajos a partir del día 6 y nivel medio hasta su egreso, con respecto a la interacción se mantuvo en niveles inferiores toda la hospitalización , para el patrón de ingesta alimentaria , se observa adaptación media a superior el día 6 .

Grafica N. 3 febrero



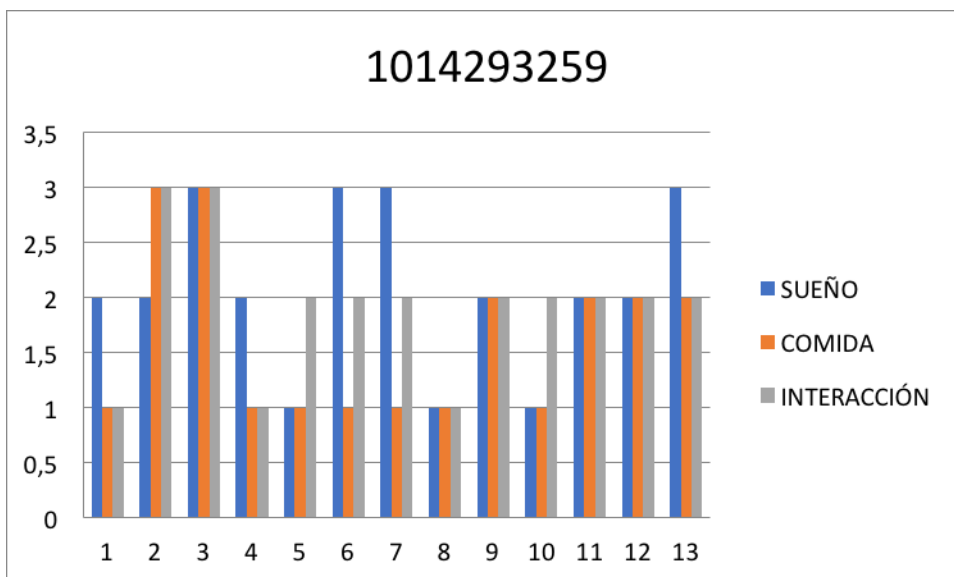
Paciente con identificación 1120581380 con estancia hospitalaria de 9 días, presenta niveles de adaptación inferiores bajos en el primer día de ingreso ,el día dos buen patron del sueño pero cae nuevamente ea niveles bajos el día 3 malteniendose asi hasta el día 5 , donde presenta niveles medios en interaccion , , el día 6 solo mantiene nivel medio en ingesta alomentaria ,hacia el día 7 tiene una adapatacion media a superiro en los tres patrones evaluados ,y lo gra adaptacion completa el día 9 .

Grafica N. 4 febrero



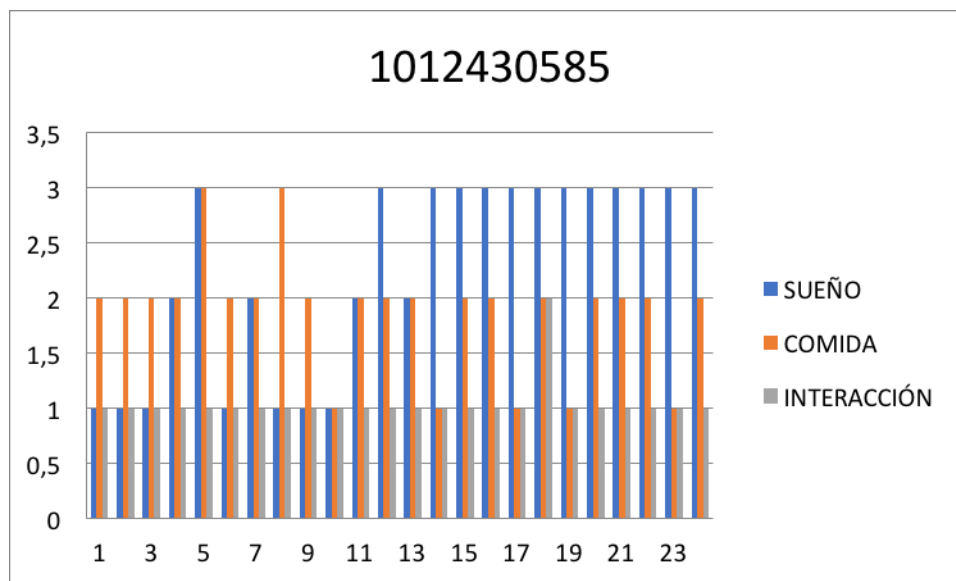
Paciente con identificación 1012437788, con 7 días de hospitalización presenta niveles de adaptabilidad inferiores bajos en interacción e ingesta alimentaria y medios en patron de sueño ,el día solo el patron de sueño se mantiene en nivel superior , para el día 3 ,el patron de sueño desceinte ligeramente a niveles medios , ingesta se mantinee en superior ,pero interaccion personal se encuentra en niveles inferiores durante toda la hospitalizacion , a partir del día 5 mantienen buen patron de sueño e ingesta aliementyaria

Grafica N. 5 febrero



Paciente con identificación 1014293259 con 13 días de hospitalización , presenta nivel de adaptación inferior en ingesta alimentaria e interacción personal el día de su ingreso , conservando buen patron del sueño , día 2 alcanza niveles medio y superior en las tres areas aevaluadas , se mantiene así el día 3 ,pero para el día 4 cae a niveles medios e inferiores en los tres parametros , el día 5 logra nivel medio en interacción mantiene sueño y ingesta en inferiores , el día 6 , mantiene buen patron de sueño , niveles de interacción medio pero ingesta en inferiores ,el día siete se comporta indentico al anterior , para el día 8 cae a niveles inferiores en los tres parametyros observados ,, el día nueve logra niveles de adaptacion medios en los tres parámetros , el día 10 cae en patrón de sueño e ingesta alimentaria , a partir del día 11 logra sostenerse en niveles medios y altos hasta su egreso .

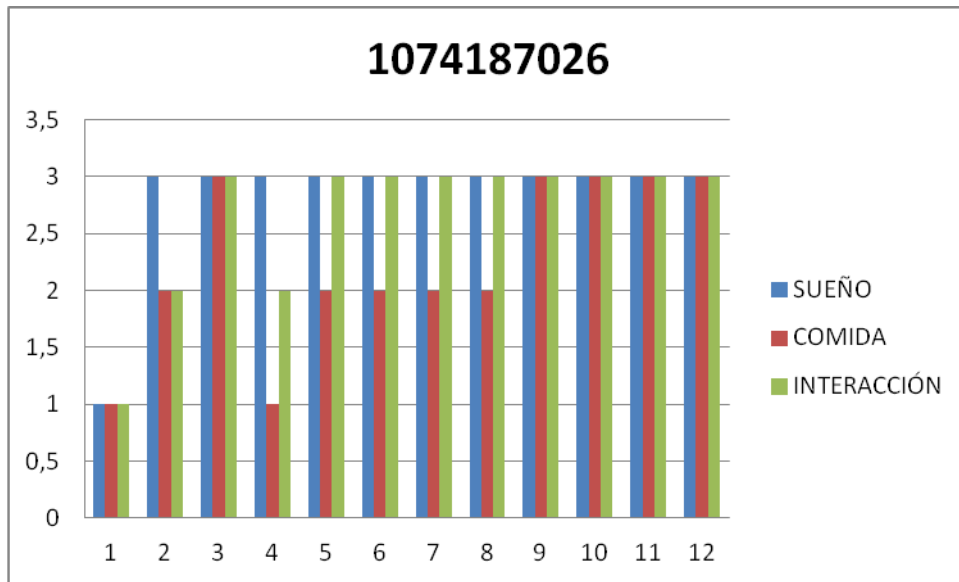
Grafica N. 6 febrero



Paciente con identificación 1012430585 con 23 días de hospitalización mantiene niveles inferiores bajos medios a bajas los primeros 4 días de hospitalización en los tres parámetros valorados ,a partir de l día 5 se observa cambio favorable solo en el patron de sueño que alcanza pico máximo ,pero continua a partir del día 6 hasta el día 10 en media bajos , solo la ingesta permanece en niveles medios ,a partir del día 11 se logran niveles medios tanto en ingesta como en patrón de sueño sin embargo la interacción personal continua baja y permanece así hasta su egreso, así mismo la ingesta se mantiene en niveles

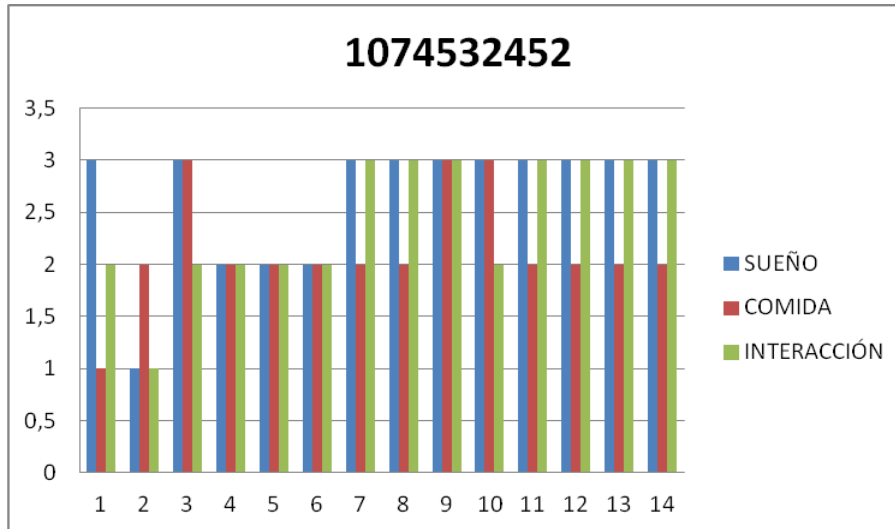
medios a partir del día 11 de manera casi permanente hasta su egreso y en cuanto al patrón del sueño a partir del día 13 se logra mantener buen patrón de sueño hasta su egreso cuanto a la adaptabilidad en la variable sueño se observa logra nivel superior hacia el día 14.

Grafica N. 1 marzo



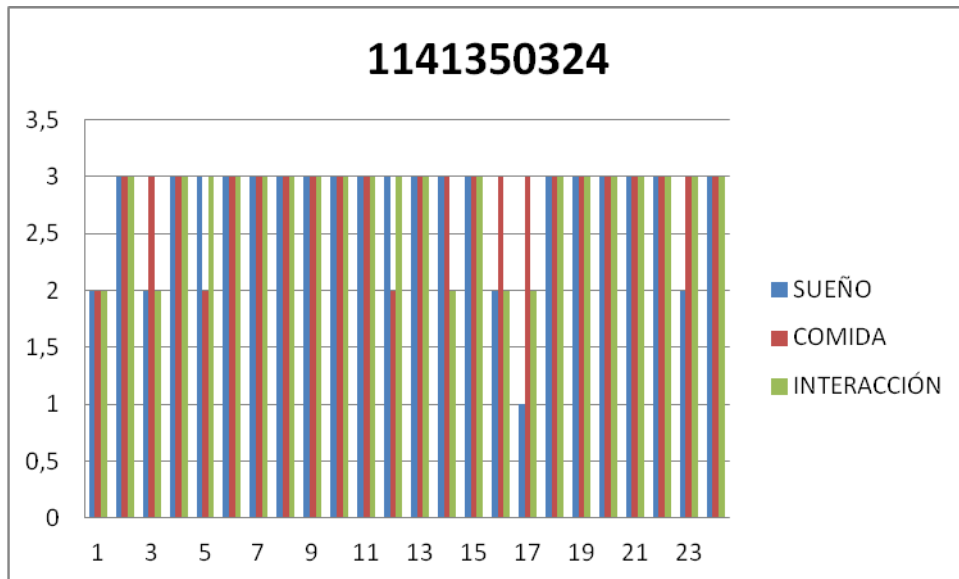
Paciente quien al ingreso presenta un puntaje bajo en las tres variables evaluadas. Durante el segundo al octavo día se observa un puntaje medio en lo concerniente con ingesta alimentaria y un puntaje alto para sueño e interacción, logrando un puntaje alto hacia el día noveno hasta el día 12 fin de su hospitalización.

Grafica N. 2 marzo



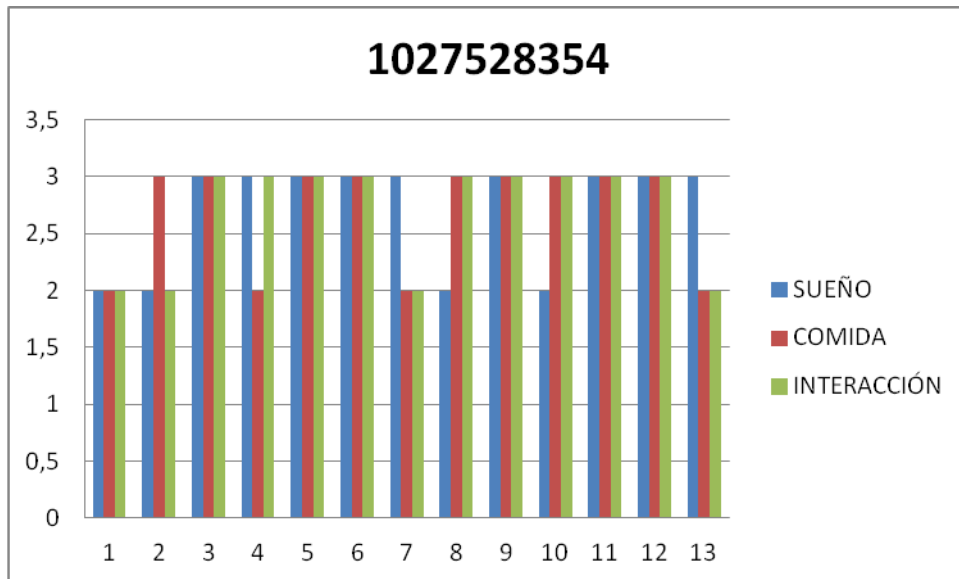
Para el paciente con identificación 1074532452 se observa al ingreso un puntaje bajo en comida, medio para interacción y alto para sueño, al segundo día hay un puntaje bajo en sueño e interacción y un puntaje medio en comida. Hacia el día tercero se observa un puntaje medio para interacción para interacción con un puntaje alto para sueño y comida. Desde el día 4 al día 14 el paciente presenta un puntaje medio en relación con ingesta y alto en sueño e interacción que se mantiene hasta el final.

Grafica N. 3 marzo



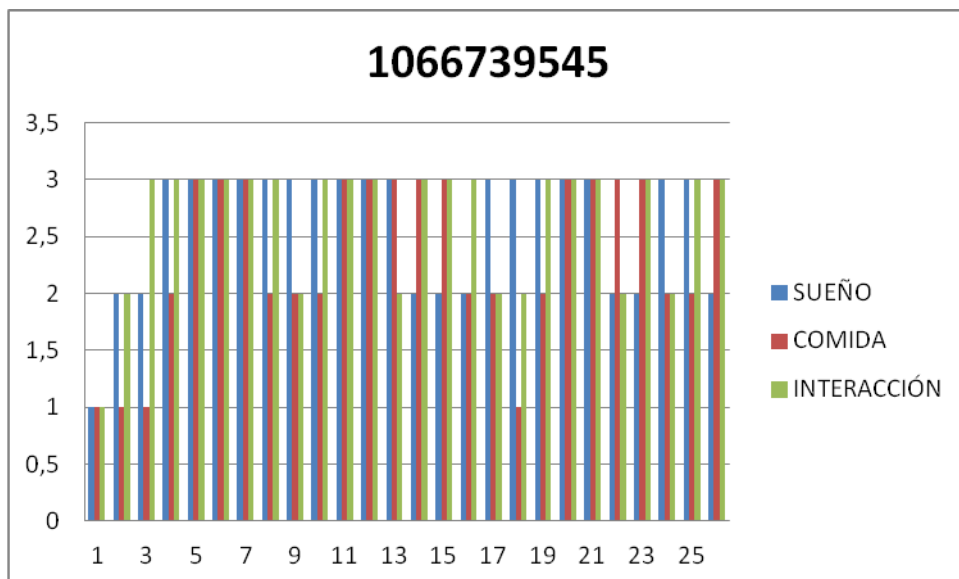
Paciente quien desde el ingreso mantiene un puntaje medio, fluctuando especialmente en los días 14 a 17 donde obtiene los puntajes mas bajos en relación con sueño, se logra estabilidad posterior observando una tendencia a mantenerse en puntaje medio – alto.

Grafica N. 4 marzo



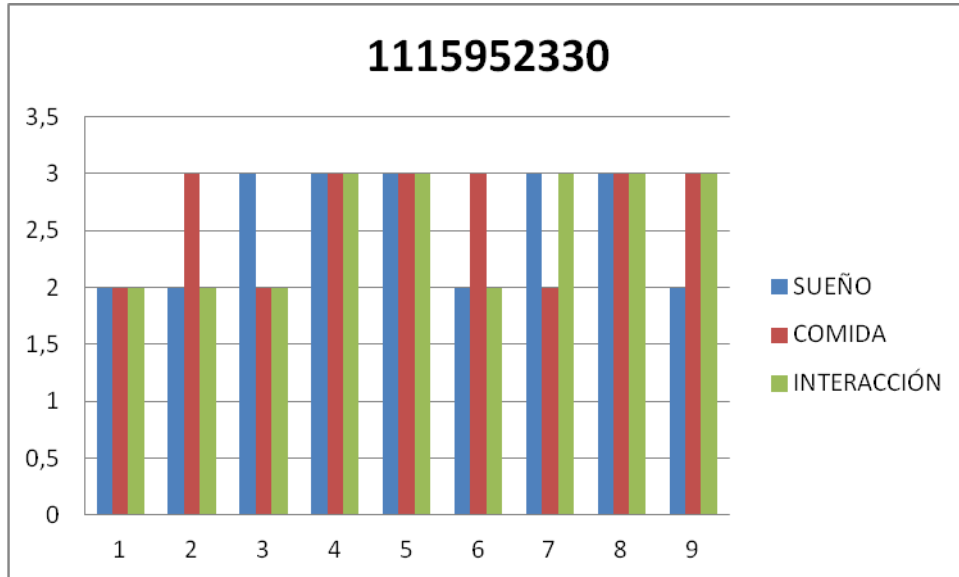
Se observa desde el ingreso puntaje medio con fluctuaciones a lo largo de la hospitalización pero nunca cae a puntajes bajos, por el contrario se observan puntajes altos desde el tercer día de hospitalización aunque no son constantes.

Grafica N. 5 marzo



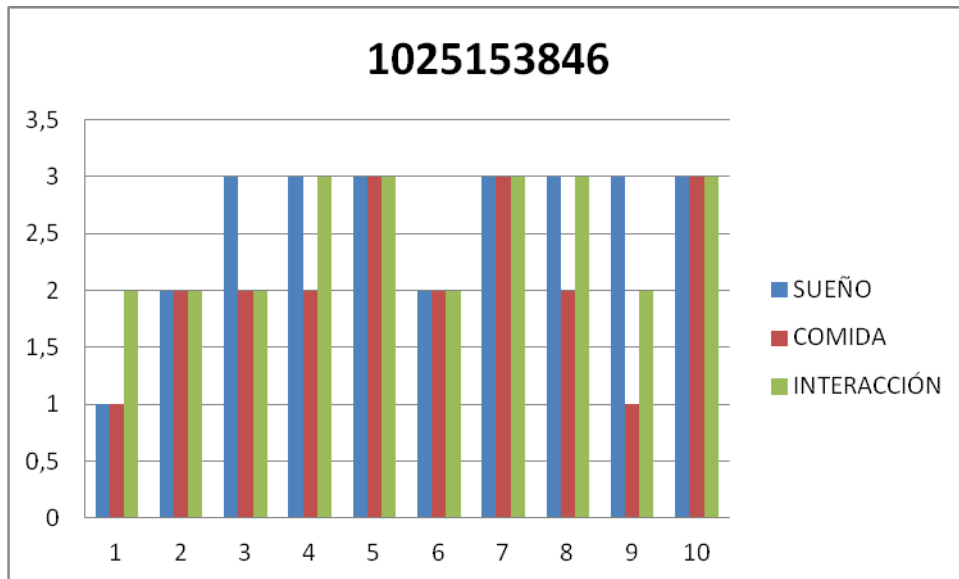
Paciente ingresa con puntaje bajo en todas las variables, se observa aumento progresivo hacia niveles medio en relación con comida y alto en relación con sueño e interacción. El patrón que mas fluctua a lo largo de los 26 días de hospitalización en la ingesta de alimento, los demás muestran tendencia a mantenerse altos.

Grafica N. 6 marzo



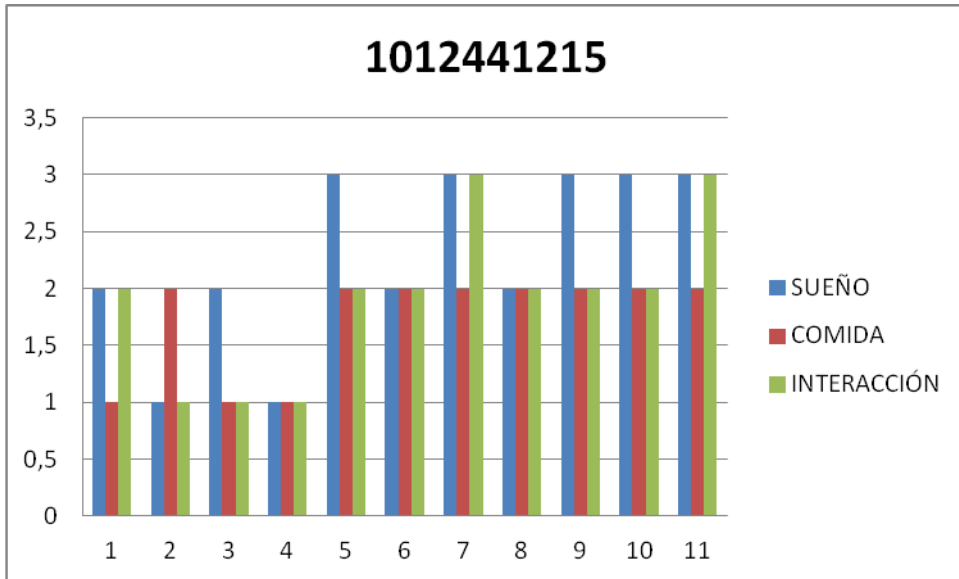
Paciente quien desde su ingreso muestra puntaje intermedio, en los días 4 y 5 muestra puntajes altos en todas las variables, posteriormente fluctua pero no cae a niveles bajos.

Grafica N. 7 marzo



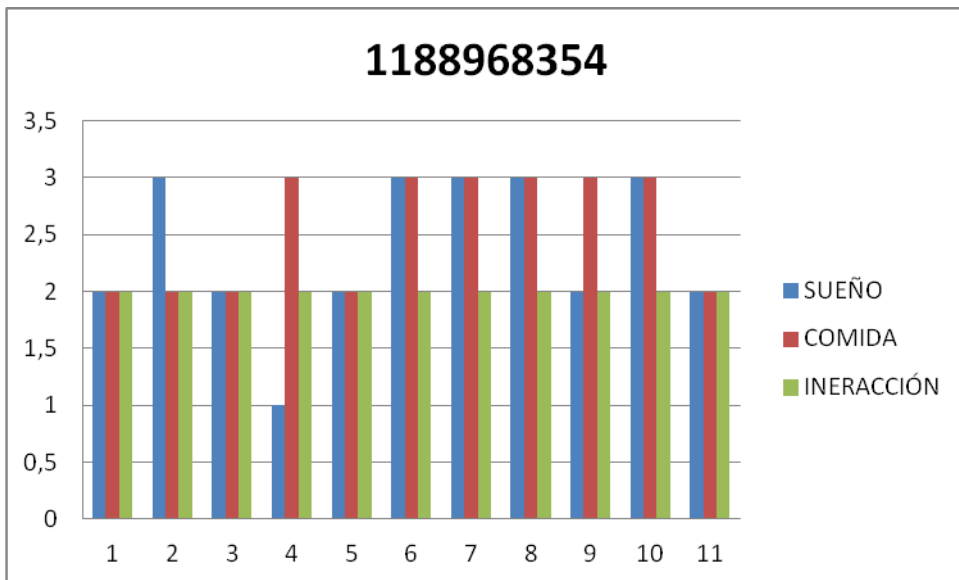
Paciente ingresa con puntaje bajo en relación con sueño y comida, puntaje medio en interacción; durante su hospitalización mantiene puntaje alto en relación con sueño y alto y medio en interacción. El patrón que mas fluctua es la ingesta alimentaria la cual, vuelve a caer a niveles bajos el día 9, terminando con puntajes altos en las 3 variables.

Grafica N. 8 marzo



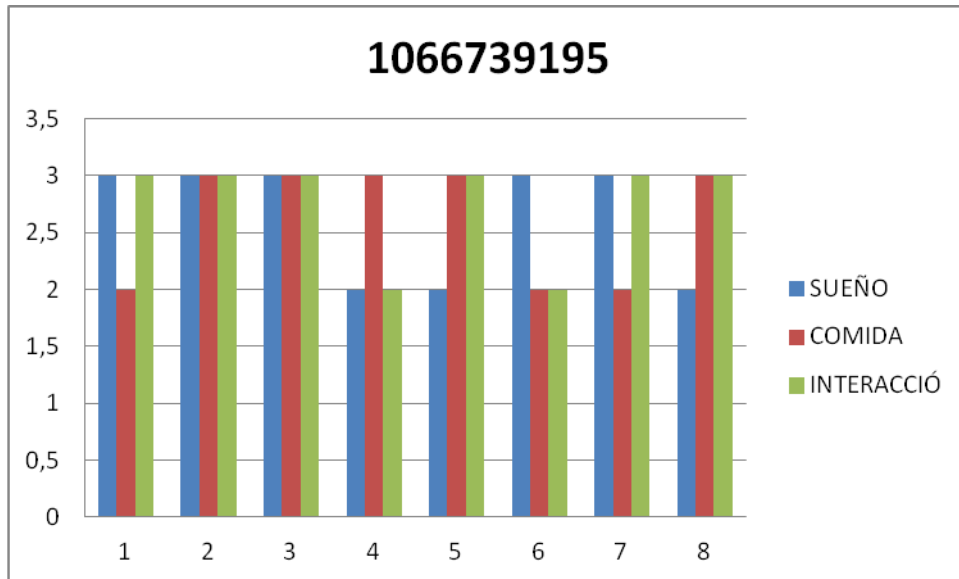
Paciente ingresa con puntaje bajo en alimentación y medios en sueño e interacción; presenta caída de las tres variables evaluadas en el 4to día de hospitalización, posteriormente hay un aumento progresivo manteniendo puntajes medios altos en sueño e interacción. La ingesta permanece posterior al día cuarto en puntaje medio hasta el egreso.

Grafica N. 9 marzo



Paciente ingresa con puntajes medios en variables evaluadas, observando relativa estabilidad a lo largo de la hospitalización en niveles medios. Se observa caída a niveles bajos en el cuarto día de hospitalización. Interacción se mantiene en niveles medios a lo largo de toda la hospitalización.

Grafica N. 10 marzo

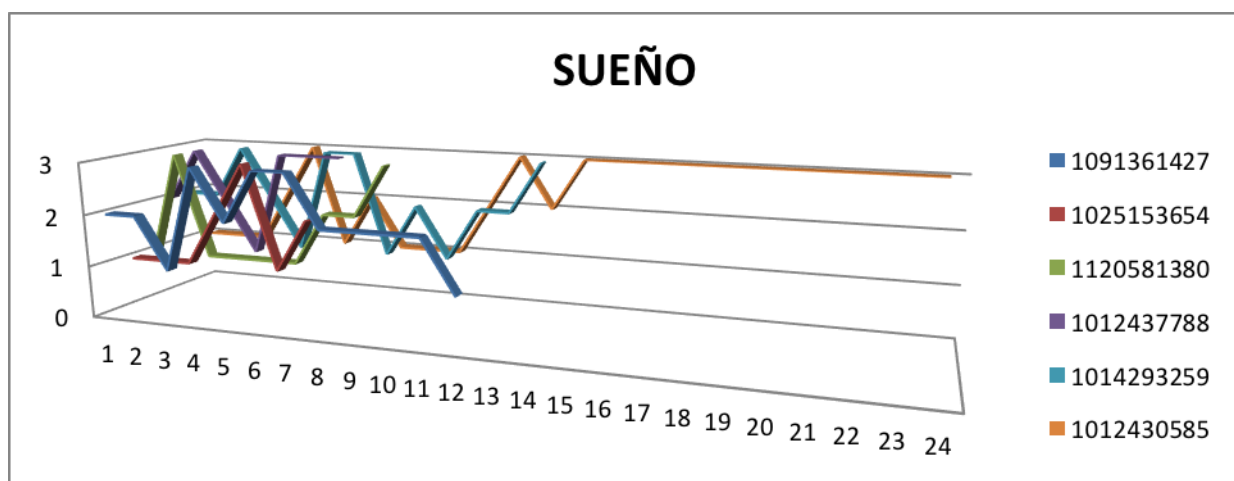


Se observan puntajes altos al ingreso en sueño e interacción y puntaje medio en comida, los cuales fluctúan a lo largo de la hospitalización, pero la variable interacción permanece con puntaje alto en 6 de los 8 días de hospitalización. ninguna de las tres variables cae a puntajes bajos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

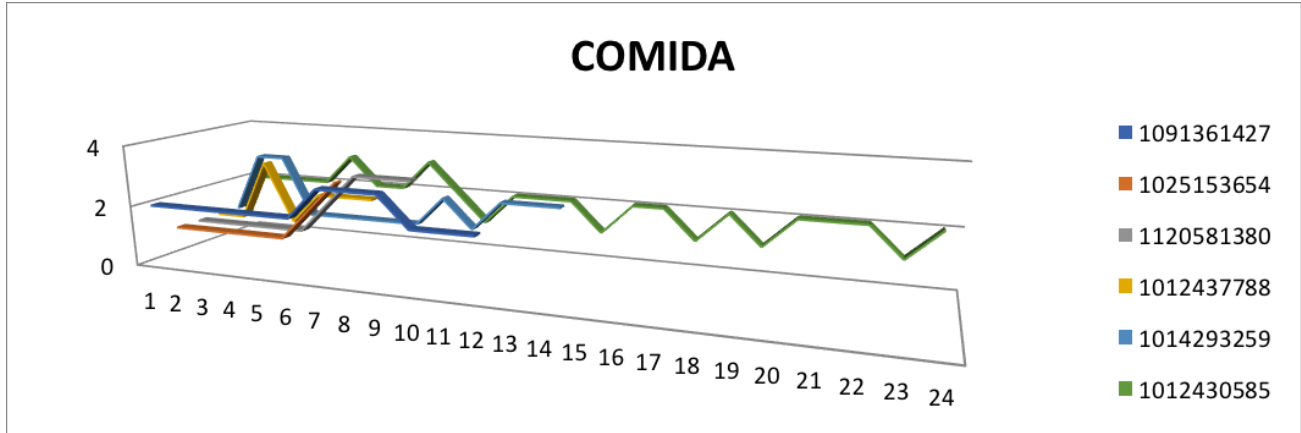
Durante el mes de Febrero los pacientes no fueron expuestos a terapéuticas alternativas, dentro del presente grupo se incluyeron niños entre los 10 meses y 10 años , con extensiones de quemaduras entre el 9% y el 30% de superficie corporal quemada .

Gráfica 1. Sueño mes de febrero 2017



Se observó, que al ingreso 2 niños obtuvieron en patrón del sueño puntajes medios, mientras 4 de los niños hospitalizados en su primer día, no lograron un adecuado patrón del sueño, el día tres niños alcanzan puntaje superior en patrón de sueño, uno se mantiene en media desde su ingreso y uno se encuentra en proceso de ascenso en adaptación, entre los días 4 y 5 3 paciente caen a niveles bajos, uno permanece de medio a superior y dos más logran patrón de sueño superior, entre los días 6 y 7 4 de los niños presentan pobre adaptación en patrón de sueño y dos de los niños logra mantenerse con patrones de sueño adecuados. Para los días 8 y 9 tres niños se encuentran en la franja media pero inferior, y 2 niños se encuentran con adecuado patrón de sueño. A partir del día 10 los niños observados no logran un adecuado patrón del sueño manteniéndose en la franja media, a partir del día 14 de hospitalización 2 niños presentan mejoría de patrón de sueño, solo un niño con estancia prolongada logra a partir del día 15 una conciliación del sueño adecuada.

Gráfica 2. Ingesta alimentaria mes de febrero

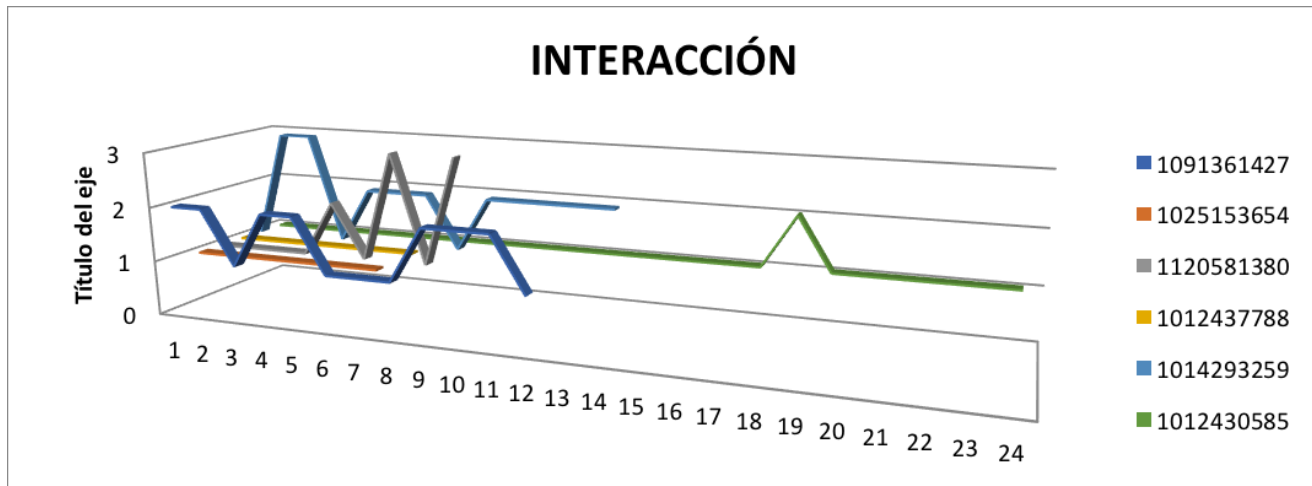


En la presente gráfica se observa un rango de aceptación de ingesta de alimentos en niveles inferiores en 4 niños y 2 niños en la franja media lo cual se mantiene durante los tres primeros días, entre el día 4 y 5 3 pacientes logran presentar buena aceptación de la alimentación, sin embargo para otros tres pacientes el nivel logrado continua siendo muy bajo.

Los días 5 a 7, nuevamente 4 de los pacientes caen a niveles bajos en la aceptación de la alimentación, tan solo 2 niños alcanzan un nivel medio a superior sin ser completamente alto.

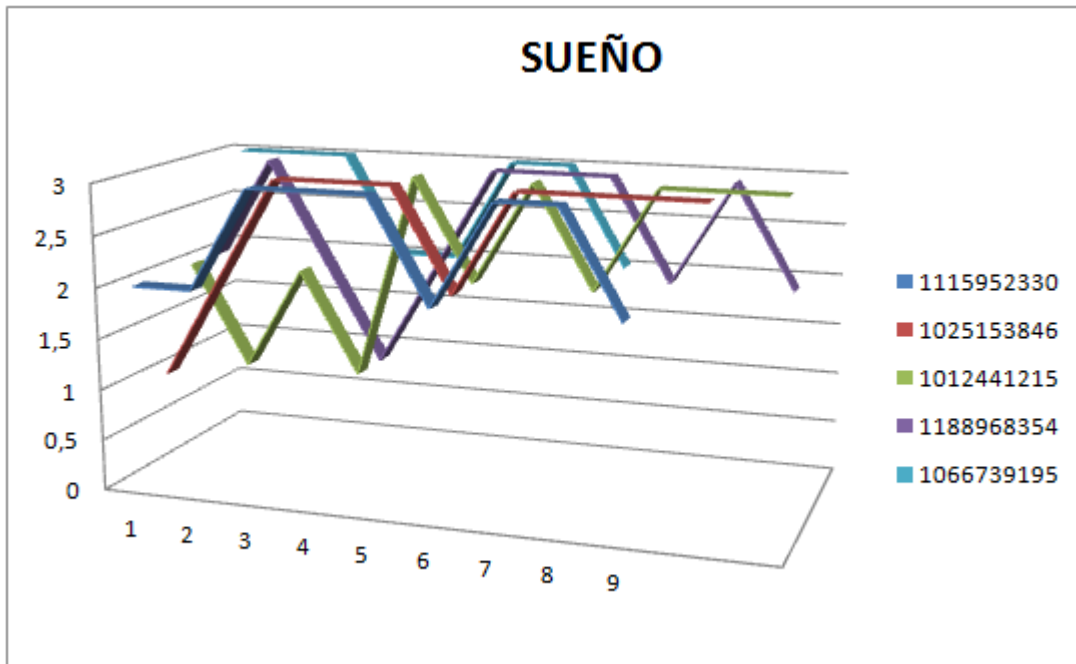
Entre los días 8 a 9 los pacientes logran mantener aceptación de la alimentación principalmente en niveles medio y alto, a partir del día 12, los 2 pacientes que continúan hospitalizados logran mantener una aceptación de ingesta alimenticia en niveles medios con fluctuaciones interdiarias.

Gráfica 3. Interacción mes de febrero

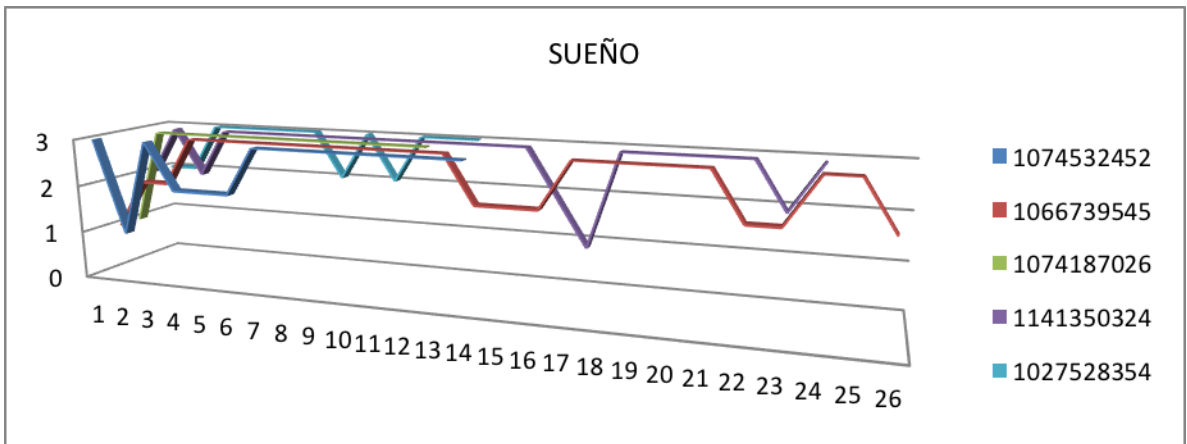


Con respecto a la interacción personal, observamos que los pacientes inician su hospitalización con el nivel más bajo en cuanto a relaciones interpersonales se refiere tan solo un paciente ingresa cercano a nivel medio entre los días 2 a 5 se mantiene en la misma situación 4 niños, los otros 2 logran mejorar sus relaciones interpersonales uno de ellos hasta alcanzar niveles superiores, otro nivel medio bajo, entre los días 5 a 8, nuevamente se mantiene la tendencia hacia niveles inferiores, en 5 de los paciente, solo uno logro una mejoría en sus relaciones interpersonales a partir del día 9 4 de los niños continúan hospitalizados mantiene tendencia entre niveles medios, el paciente que continua hospitalizado mas alla del dia 14, presenta un tendencia a tener pobre relaciones interpersonales durante toda la estancia hospitalaria.

Gráfica 4. Sueño mes de marzo grupo A



Gráfica 5. Sueño mes de marzo grupo B



Se tomaron los casos que se podían incluir en el estudio, las edades para este grupo de paciente se encontró entre los 9 meses y 8 años, con superficie total de quemaduras entre 5% y 25 % , para el análisis se tuvo en cuenta la siguiente clasificación

Un grupo expuesto a musicoterapia y escencias florales, durante aproximadamente 11 días y un grupo cuya exposición supero los 12 días.

En Grupo B se tuvieron 5 pacientes , durante la recolección de datos en los cuales se tuvo en cuenta la calidad del sueño en los niños observamos que tres de los paciente al ingreso tuvieron el mínimo puntaje en la calidad del sueño, 1 niño inicio su hospitalización sin trastorno del sueño y 1 un niño obtuvo un comportamiento del sueño intermedio.

El día 2 la totalidad de los niños presentaron mal patrón del sueño con el mínimo puntaje.

El día tres 2 paciente lograron el máximo puntaje con un adecuado patrón de sueño, 3 de estos pacientes continúan en proceso adaptativo, con mejoría en los procesos adaptativos , sin tener el mínimo puntaje

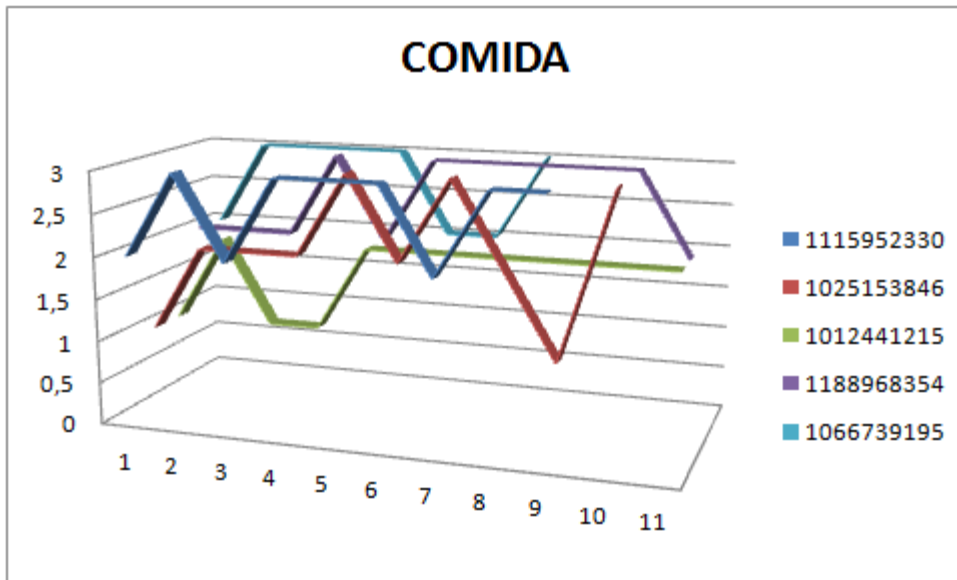
El día cuatro 3 pacientes logran el puntaje máximo en patrón de sueño, los otros dos continúan en proceso de adaptación.

Día cuatro 4 de los 2 paciente logran meseta en el puntaje del patrón del sueño los restantes continúan en adaptación

Día 5 4 pacientes alcanzan el puntaje máximo y uno continua con en adaptación sin llegar al mínimo.

A partir del día 6 los pacientes en su totalidad logran una calidad de sueño óptima durante la hospitalización sin requerir medicamentos alopáticos para lograr este efecto.

Gráfica 6. Ingesta mes de marzo grupo A



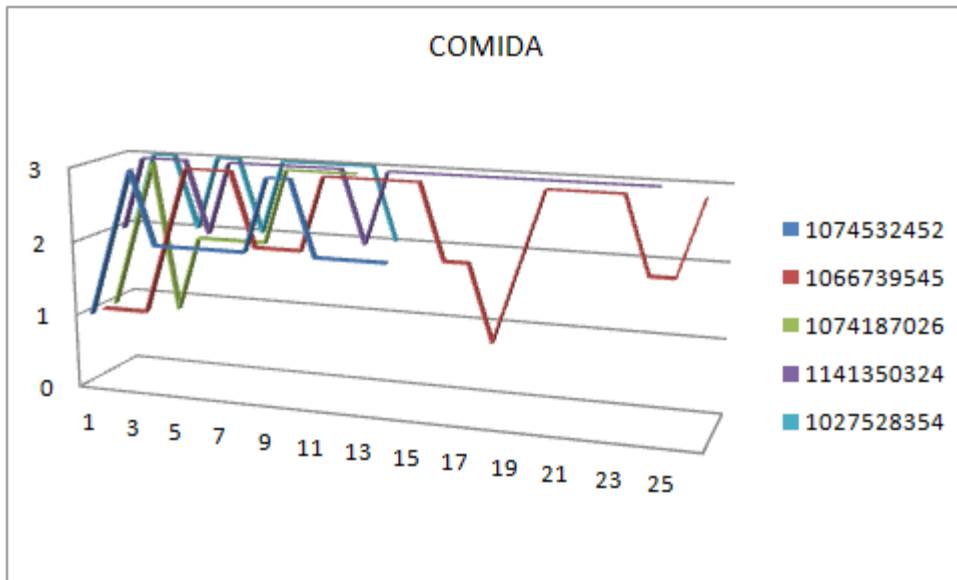
En la recolección de datos en donde se tuvo en cuenta la aceptación a la ingesta vía oral, al ingreso de su hospitalización se observó que el 100% de los niños tuvieron un puntaje bajo medio.

Hacia el día 3 se puede observar que los cinco niños se mantuvieron en un puntaje medio.

Entre los días 4 y 5 cuatro niños aceptaron en su totalidad las tres comidas diarias y solo 1 obtiene un puntaje bajo que lo mantiene durante su estancia hospitalaria.

Hacia los días 6 y 11 4 niños tuvieron fluctuaciones entre un puntaje alto y medio.

Gráfica 7. Ingesta mes de marzo grupo B



En el grupo B se observa

En el primer día tres niños un iniciaron en un bajo y dos un puntaje medio.

Entre los días 2 y 3 de observa cuatro niños con un puntaje alto y solo un niño obtiene un puntaje bajo.

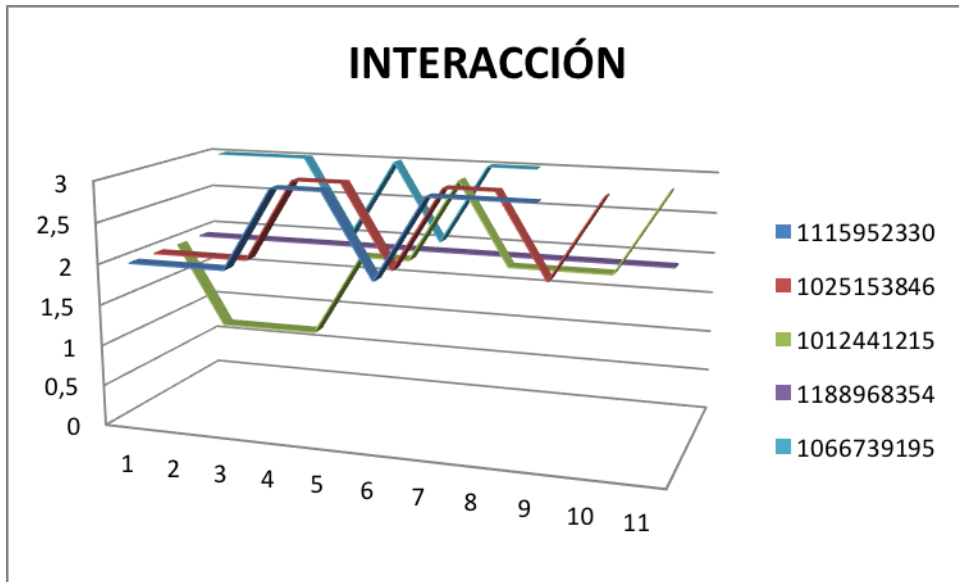
Hacia los días 4 y 5 tres niños obtuvieron un puntaje alto y solo dos niños un puntaje bajo

Los días 6 y 7 tres niños obtuvieron un puntaje alto y solo dos un puntaje media.

Entre los días 8 y 9 cuatro niños obtuvieron un puntaje alto y solo uno un puntaje medio

Hacia los días 10 y 11 los cinco niños obtienen un puntaje alto aceptando las tres comidas, con sus fluctuaciones.

Gráfica 8. Interacción mes de marzo grupo A



En la recolección de datos orientados hacia la interacción de los niños se observó que en el grupo A

En el primer día de hospitalización 4 niños obtuvieron un puntaje medio y solo uno un puntaje alto.

Entre los días 2 y 3 un niño obtiene un puntaje bajo tres niños un puntaje medio y solo uno continúa con un puntaje alto.

Hacia los días 4 y 5 un niño inicia su elevación hacia un puntaje medio solo dos niños se mantienen en un puntaje medio dos con puntaje cuatro niños obtuvieron un porcentaje alto.

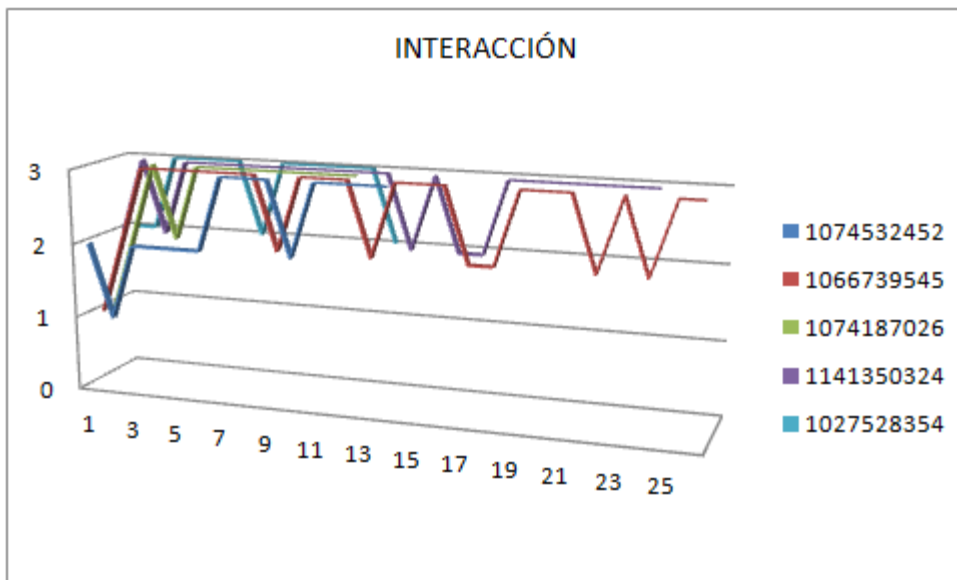
El día 6 la totalidad de los niños se encuentran en un puntaje medio

El día 7 dos niños continúan en un puntaje medio y tres niños con un puntaje alto

Entre los días 8 y 9 tres niños con puntaje medio, dos niños con puntaje alto.

Hacia el día 10 y 11 de hospitalización uno niño con puntaje medio dos con puntaje alto.

Gráfica 9. Interacción mes de marzo grupo B



En la grafica B se observo que los niños en su primer día de hospitalización un niño obtuvo un puntaje bajo tres un puntaje medio y uno un puntaje alto

Hacia los días 3, 4, 5 tres de los niños tuvieron un puntaje alto y solo uno obtuvo un puntaje medio

Hacia los días 6 y 7 se observo que los 5 niños obtienen un puntaje alto y que se mantiene una fluctuación entre medio y alta durante el resto de su hospitalización.

DISCUSIÓN

Haciendo un análisis general de esta investigación, se evidencia que el tratamiento con Terapia Floral y Musicoterapia como coadyuvantes, en la adaptación de los niños hospitalizados, en la Unidad de quemados del Hospital Simón Bolívar de Bogotá, aportó resultados positivos con respecto a los patrones de sueño, alimentación e interacción con personal médico y para-medico, que se alteran con respecto a la estancia hospitalaria . En las gráficas que anteceden se observa que con el uso continuo de estas terapéuticas alternativas, durante el tiempo de hospitalización se logró la regularidad en los patrones de adaptación mencionados .

No obstante se presentan variaciones asociadas a procedimientos propios del manejo de la quemadura (curaciones , procedimiento quirúrgico, procesos infecciosos), ya que se observa un patrón fluctuante de disminución en los niveles de adaptación apreciados en los patrones estudiados, compatible con el ciclo de curaciones y baño de los pacientes.

Con respecto a los tiempos en los que se logra la adaptación al medio hospitalario, representado en este estudio en patrones de sueño, alimentación e interacción personal, se evidencia que los primeros patrones en restablecerse son alimentación e interacción personal , lo cuales se logran entre los días dos y tres de hospitalización , sin embargo el patrón del sueño se regulariza alrededor de los días cuatro y cinco .

Las mayor fluctuación se encontró en las gráfica de alimentación, la cual se relacionan directamente con los gustos y preferencias individuales y costumbres regionales , sin embargo se mantiene en niveles medio a superior .

En general posterior al tercer y cuarto día no se observan valores por debajo de la media en las tres áreas evaluadas.

En las gráficas analizadas en el mes de febrero, cuando los pacientes no estuvieron bajo influencia de esencias florales y musicoterapia, nos muestra fluctuaciones constantes principalmente en la variable patrón de sueño donde los pacientes objetos de estudio se mantienen entre niveles muy bajos y en algunas ocasiones en niveles superiores; solo se aprecia el logro de adaptación en la variable de sueño a partir del día 14. En conclusión, para esta variable, los niños permanecen en niveles medios y bajos durante la hospitalización.

En cuanto a la ingesta de alimentos, el nivel de aceptación inicia su ascenso hacia el día quinto, manteniéndose en la mayoría de los pacientes en donde se alcanza la media.

Por otra parte, la interacción personal se convirtió en la variable de mas difícil adaptación permaneciendo en casi su totalidad de la hospitalización en niveles bajos. Se infiere a través de la observación que la muestra poblacional expuesta a esencias florales y musicoterapia, mantiene niveles medios y altos en las variables objeto de estudio en menor tiempo; mientras que en los pacientes no expuestos, los valores numéricos atribuidos a las variables fluctúan mas logrando niveles bajos a lo largo de la hospitalización.

CONCLUSIONES

En conclusión, este estudio nos permite demostrar que:

- Se observa que los resultados en las variables analizadas no son iguales cuando los paciente son expuestos a terapéuticas alternativas que cuando no lo son .
- Que los paciente expuestos a terapéuticas alternativas, logran niveles de adaptación medios a superiores en los patrones estudiados. .
- Los pacientes expuestos a terapéuticas alternativas muestran menor fluctuación en los patrones de sueño e interacción personal a lo largo del tiempo de hospitalización
- Independiente del estado emocional al ingreso , los niños del grupo con terapéuticas alternativas , logran la adaptación hospitalaria entre el tercer y quinto día
- Las esencias florales y la musicoterapia tienen un impacto de mejoría sobre los patrones de adaptación como sueño, interacción personal y alimentación en los pacientes objeto de estudio.
- El tiempo de adaptación fue menor en el grupo de niños que recibieron terapéuticas alternativas .
- Los pacientes sin aplicación de terapéuticas alternativas tienen un comportamiento de adaptación al medio hospitalario similar a los hallazgos teóricos previos en le presente trabajo de grado.
- El presente estudio descriptivo , sugiere hipótesis que requieren de mayor estudio y rigor científico.

BIBLIOGRAFIA

Peña, Adolfo-Paco, Ofelia. Medicina Alternativa: Intento de análisis. Universidad Mayor de San Marcos, 2007.

Robles, José Narro. La Herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. Gaceta Médica México. 2004

Gavin, Mary L. Mayo 2013. Medicina Complementaria y Alternativa. TeensHealth. Artículo en línea. Disponible desde internet en: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/seguridad/alternative_medicine_esp.html#

Morón, Jardines. La Medicina tradicional en las universidades médicas. Revolución Cubana de Plantas Médicas. 1997

Eisenberg, David M. Uniconventional medicine in the United States – prevalence, costs, and patterns of use. The New England Journal of Medicine. 1993.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario oficial No. 46771. Colombia. 4 de octubre de 2007.

Alfaro, Amanda. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Revista de Pediatría. Universidad Diego Portales. Chile. 2009.

Ariza Olarte, Claudia. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Ed. Pontificia Universidad Javeriana. 2008.

Bowbly, John. Los Cuidados Maternos y la salud Mental - Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires. Ed. Humanitas 4 Ed. 1982.

Basilui, C - Sepúlveda, C. Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1993

Ortigosa, Juan Manuel - Mendez, Xavier. Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª Ed.). España: Nueva Madrid. 2000

Meneghello, Luigi. Pediatría Práctica en diálogos. Buenos Aires. Ed. Panamericana.2001.

Rodríguez, Luis. 2009. Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Universidad de Castilla-La Mancha. Artículo Virtual. Disponible en: <https://www.uclm.es/variros/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>

Roy, Callista. El modelo de adaptación de Callista Roy. Editorial Appleton. 1999

Guyton A. Tratado de fisiología médica.8º Ed. Interamericana.1992.

Stora F. *Dormir bien es vivir mejor*. Salvat Editores. 1990.

Kozier Bárbara y otros . *Descanso y sueño. Enfermería Fundamental ,Conceptos ,procesos y práctica*.4º ed. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana;1993

Medina A y otros. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Ed. Enferm Glob. 2009

Pabón, Rosa. El niño Hospitalizado, su familia y el equipo de salud. Revista Unimar. Disponible en: www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/18/15

Diccionario Real Academia Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Q9SyD4O>

- Benenzon, Rolando O. *Sonido, comunicación y terapia*. Editorial Amarú, Salamanca Word Federation of Music Therapy WFMT. 2011
- A Caer in Music therapy. Editado por La National Association For Music Therapy (NAMT). Folleto
- Sáez, Daniel Martínez, Pitágoras de Samos. *La música como perfección: el Universo como armonía*, Revista de Sinfonía Virtual. España.
- Azcárate, Patricio · *Obras de Aristóteles*. Madrid tomo 3. 1873.
- Schneider, Marius. *El origen musical de los animales-símbolos en la mitología y la escultura antiguas: ensayo histórico-etnográfico sobre la subestructura totemística y megalítica de las altas culturas y su supervivencia en el folklore español*. Colección El Árbol del Paraíso 12. 1ª ed., 2ª imp. Madrid: Ediciones Siruela.1998
- Rendón, Germán Eliecer. *La Música como un medio para evangelizar*. Universidad Católica de Risaralda.
2008. Disponible en:
<http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/441/completo.pdf?sequence=1>
- Betés, Del Toro. *Fundamentos de Musicoterapia*.Madrid. Ediciones Morata 2000.
- Correa, I. y Guedelha, D. *The use of music in the search for humanized hospital care*. Investigación y Educación en Enfermería. 2009
- Ortega, E. *Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales*. European Journal of Education and Psychology. 2015.
- Bach, Edwar. *Obras completas. Escritos florales*. Buenos Aires: Continente, 1999
- Carranza A. *Flores de Bach*. Barcelona: Obelisco, 1992

Bonet D. Flores para el bienestar. Esencias de Bach para trabajar con ánimo. Cuerpo y mente. 2005.

Carolo, Cristina. La terapia Floral. Instituto Argentino de Flores de Bach - Escuela de Técnicas Psico- Homeopáticas. Disponible en: <http://www.institutobach.com.ar/floresdebach/floresdebach1.htm>

De La Sen, Javier. Terapia Florar. Disponible en: <http://javierdelasen.com/terapias/terapia-florar/>

Torres M., Hector y otros. Terapia floral de Bach al paciente en rehabilitación integral con insomnio en centro especializado ambulatorio. Convención Salud. 2015. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/1002>

Kirschbaum S. Tratado Integral de las Quemaduras. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1987.

Santos, C. Guía básica para el manejo del paciente quemado. Rev. Unidad de quemados Pearl F. Ort. Hospital de Dr. Luis Aybar. Santo Domingo. 2004

Fotografías Zonas de quemadura según Jackson Fuente: tomada Unida de Quemados Hspospital Simon Bolivar

Piriz, Campo R. ¿Qué necesitamos saber sobre las quemaduras?. Ed. Revista Rol de Enfermería, Esp. Paciente con quemaduras. ISSN0210-5020. Vol. 37. 2014

Bracho, Francisco. La respuesta inmunológica de las quemaduras. Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica. 2005. P-17. Disponible en: http://www.medicrit.com/Revista/v2n2_05/MEDICRITv2n2_05quemaduras.pdf

International Academy for Homotoxicology. La matriz: histológica y fisiológica. 2007.
Artículo disponible en : <http://www.iah-online.com/cms/docs/doc30767.pdf>