

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 12, No. 1 enero - abril 2013



Indexado en: base de datos CUIDEN (Granada, España),
Medigraphic, Literatura Biomédica: <http://medigraphic.com/enfermerianeurologica>

**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

Enfermería Neurológica



CONSEJO

Dr. Julio Sotelo
Presidente Emérito

EDITOR

MRN. Rocio Valdez Labastida

FUNDADORA DE LA REVISTA

Hortensia Loza Vidal

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL

Miguel Ángel Celis López
Ricardo Colin Piana
Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Araceli Sánchez Ramos
Ma. Guadalupe Nava Galán

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Graphimedic, S. A. de C. V.

Comité Editorial

Magdalena Castillo Pérez
(INNN)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

Dora Lucia Gavira Noreña
(Colombia)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Severino Rubio Domínguez
(ENEO-UNAM)

Irene Quiza Tomich
(INNN)

Rosa A. Zárate
(ENEO-UNAM)

Lasty Balseiro Almarío
(ENEO-UNAM)

Klara Stensing
(Suecia)


Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Mtra. Sandra Hernández Corral
(Instituto Nacional de Rehabilitación)

Alejandro Belmont Molina
(ENEO-UNAM)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2013, presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la enfermera: Ma. Guadalupe Nava Galán en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama, 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito. Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP. subdireccionenfermeriainnm@yahoo.com.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 1. E-mail emyc@medigraphic.com

Indizada y compilada en  literatura biomédica www.medigraphic.com/enfermerianeurológica

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

Experiencia compartida de dos institutos de salud en una red de investigación en enfermería 4
Sandra Sonalí Olvera Arregola, Alicia Hernández Cantoral

Artículos originales

Deterioro cognitivo en ancianos diabéticos hospitalizados en medicina interna en un hospital de segundo nivel de atención en México, Distrito Federal 5
María de los Ángeles Adareli Coronel Cbacón, Beatriz Carmona Mejía, Gandby Ponce Gómez

Intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos 10
Rogelio Pablo Vázquez, Ma. Guadalupe Nava Galán, Maritza García Núñez

Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica 18
Gabriela Serna Oviedo, Sofía Cheverría Rivera

Estudio de caso

Alteración en la circulación de líquido cefalorraquídeo relacionada a neoplasia de alto grado (xantastrocitoma) 27
Claudia Torres Muñoz, Rogelio Trejo Martínez, Olga Hernández Cruz, Yadira Bravo Castrejón, Mirna Desales Ramos, Ma. del Carmen Cruz Gómez, Beatriz Camacho Castrillo, Lorena Padilla Torres, Gabriela Velasco Hernández, Leticia Rosales Sánchez, Ma. Guadalupe Nava Galán

Práctica diaria

La importancia de la terapia ocupacional a través del cuidado en pacientes psiquiátricos 34
María Saldago Quijano, Guadalupe Espinosa Sánchez

Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica 40
Ma. Guadalupe Nava Galán

Ensayo

Breves aspectos de la enfermería según Flores Nightingale 45
María Elena Rodríguez Raso, Sandra Hernández Corral

Filosofía, cronicidad y calidad de vida 48
Julio Hernández Falcón, Adela Alba Leonel

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENTS

Editorial

- Experience shared two National Institutes of Health in a network of nursing research 4
Sandra Sonalí Olvera Arregola, Alicia Hernández Cantoral

Original articles

- Cognitive impairment in diabetic elderly hospitalized in internal medicine in a hospital for a second level of care in Mexico, Distrito Federal 5
María de los Ángeles Adareli Coronel Chacón, Beatriz Carmona Mejía, Gandhy Ponce Gómez
- Educational intervention to relatives about physical contention in neurological patients, neurosurgical and neuropsychiatric 10
Rogelio Pablo Vázquez, Ma. Guadalupe Nava Galán, Maritza García Núñez
- Music therapy: an alternative of treatment for the anxiety of the personnel of psychiatric infirmary 18
Gabriela Serna Oviedo, Sofía Cbeverría Rivera

Case Study

- Altered cerebrospinal fluid circulation related high-grade neoplasia (xanthoastrocytoma) 27
Claudia Torres Muñoz, Rogelio Trejo Martínez, Olga Hernández Cruz, Yadira Bravo Castrejón, Mirna Desales Ramos, Ma. del Carmen Cruz Gómez, Beatriz Camacho Castrillo, Lorena Padilla Torres, Gabriela Velazco Hernández, Leticia Rosales Sánchez, Ma. Guadalupe Nava Galán

Daily practices

- The importance of occupational therapy by taking care 34
María Saldago Quijano, Guadalupe Espinosa Sánchez
- Discharge plan continuity of care in neurological nursing consultancy 40
Ma. Guadalupe Nava Galán

Assay

- Brief aspects of nursing as Florence Nightingale 45
María Elena Rodríguez Raso, Sandra Hernández Corral
- Philosophy, chronicity and quality of life 48
Julio Hernández Falcón, Adela Alba Leonel

Experiencia compartida de dos institutos nacionales de salud en una red de investigación en enfermería

Experience shared two National Institutes of Health in a network of nursing research

Sandra Sonalí Olvera Arreola, Alicia Hernández Cantoral***

La sociedad ha cambiado y con ella la forma de organizarnos. En un mundo globalizado donde la tecnología y los sistemas informáticos son piezas clave para la evolución, es imperante que como profesionales de enfermería establezcamos mecanismos basados en redes que potencialicen el conocimiento, la experiencia y la innovación para atender los problemas relacionados con la salud. Las redes de investigación pueden ser espacios de interacción para producir transformaciones conjuntamente sin perder identidad por parte de cada integrante; pero de manera sustancial, son espacios para validar y actualizar la producción de conocimiento mediante diferentes mecanismos. En este sentido, una red de investigación se refiere al grupo o comunidad científica de profesionales, de enfermería en este caso, donde la participación de cada uno de sus integrantes es el hilo que entreteje el entramado de la profesión; si uno de estos hilos se afloja o revienta, estaremos observando una estructura frágil y sin forma. Precisamente, éste es el objetivo primordial de una red: afianzar la enfermería como disciplina para generar nuevas alternativas científicas, tecnológicas y humanas dirigidas a proporcionar cuidados seguros y de calidad de una forma integral a la persona que presenta alteración en alguna de sus necesidades básicas de salud.

En este contexto, el Instituto Nacional de Cardiología (INC) y el Instituto Nacional de Pediatría (INP) han participado en investigaciones multicéntricas como integrantes de la Red de Investigación en Enfermería ENEO-UNAM, Institutos e instituciones de salud, obteniendo productos publicados en revistas de enfermería acreditadas, que han aportado resultados significativos a problemas en común de la práctica diaria. Hasta el momento la Red de Investigación en Enfermería ENEO/UNAM mantiene estrecha colaboración con la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia para el desarrollo de un proyecto internacional de suma relevancia para la seguridad

del paciente, relacionado con los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos.

Por otra parte, se observa claramente cómo ha ido madurando la coordinación de los encuentros académicos anuales organizados por esta Red; el eco de su convocatoria ha llegado a diferentes zonas geográficas del país, la respuesta se refleja en la participación de numerosas investigaciones, incluso se logró por el Centro de Investigación Materno Infantil Gen (CIMIGen), el premio SILANES que consistió en un estímulo económico al mejor trabajo concluido y al que está en fase de protocolo en el 6° Encuentro de la Red. El trabajo en Red además de socializar los problemas comunes de las instituciones participantes y buscar soluciones a éstos, también permite el fortalecimiento del proceso de investigación, ya que la capacitación continua y el alto compromiso de cada uno de sus integrantes permiten el logro de objetivos particulares y grupales. Por ello es importante mencionar que, como parte de las estrategias de fortalecimiento y desarrollo de la investigación, la coordinación de la Red siempre ha tomado en cuenta al grupo para participar en actividades académicas impartidas por distinguidos profesores en el ámbito nacional e internacional. Asimismo, a partir del año 2012, por primera vez un integrante de la Red forma parte del Comité de Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este bienio la Red estará representada por el INC.

Evidentemente, el pertenecer a una Red de Investigación en Enfermería da mayor peso al trabajo realizado en conjunto; sin embargo, no se debe perder de vista que la construcción, el desarrollo, la compartición tanto de conocimientos como de experiencias, dentro y fuera del grupo, es el objetivo final. El reto está en mantener una comunicación eficaz y una distribución equitativa de responsabilidades para facilitar un ambiente de solidaridad y afecto que fomente el trabajo en equipo.

* *Maestra en Enfermería en Administración del Cuidado, Instituto Nacional de Cardiología.*

** *Maestra en Enfermería en Administración del Cuidado, Instituto Nacional de Pediatría.*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Deterioro cognitivo en ancianos diabéticos hospitalizados en medicina interna en un hospital de segundo nivel de atención en México, Distrito Federal

María de los Ángeles Adareli Coronel Chacón, Beatriz Carmona Mejía,** Gandhi Ponce Gómez****

RESUMEN

Introducción: La OMS estima que a nivel mundial existen 250 millones de personas con diabetes, de las cuales, en México, por cada 100,000 corresponden 372, con una mayor prevalencia en ancianos, lo que incrementa por dos veces el riesgo de deterioro cognitivo (DC) después de seis años de evolución. El profesional de enfermería tiene como una de sus funciones asistir a la persona y a su familiar para afrontar estas alteraciones de la salud y así prevenir un daño mayor. **Métodos:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y prospectivo, con muestra por conveniencia: 100 diabéticos hospitalizados, mayores de 65 años, a quienes se aplicaron las escalas: Mini-Mental de Folstein (MMSE) y el cuestionario de polifarmacia. La tabulación fue a través de SPSS 19.0. **Resultados:** El 39% de la población tiene entre 66 y 70 años; predominaron las mujeres en un 65%; el 90% tiene más de seis años de evolución con diabetes; 51% presentó polifarmacia. El 81% obtuvo un nivel de deterioro cognitivo, mientras que el 19% muestra un nivel de cognición normal. El 43% obtuvo un nivel leve de deterioro cognitivo y el 22% un nivel moderado; el 19% tuvo un nivel normal de cognición y el 16% muestra un nivel grave de deterioro cognitivo. **Discusión:** El 79% tiene una evolución de más de seis años. El 81% de la población padece deterioro cognitivo, lo cual está relacionado con diabetes y alto riesgo de demencia. La diabetes mellitus tipo 2 agrava condiciones que se asocian con la dependencia funcional, como lo es el deterioro cognitivo. Esta investigación pretende ser una base para desarrollar intervenciones de enfermería enfocadas a valorar el estado cognitivo de los ancianos diabéticos hospitalizados y para elevar la calidad de vida con la participación del cuidador primario.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, diabetes mellitus tipo 2, ancianos.

Cognitive impairment in diabetic elderly hospitalized in internal medicine in a hospital for a second level of care in Mexico, Distrito Federal

ABSTRACT

Introduction: The WHO estimates that globally there are 250 million people with diabetics, which in México are per 100,000 372 with a higher prevalence in elderly in Mexico, diabetes mellitus type 2 (DMT2) the leading cause of mortality increase by two times the risk of cognitive impairment after six years of the evolution. The nurse is one of his duties and individual and assist individuals and their family in adapting to the changes in health and prevention of further damage. **Methods:** The study is quantitative, descriptive, observational and prospective, with convenience sample: 100 people with diabetes hospitalized, over 65 years old, which scales were applied: Folstein Mini-Mental (MMSE) and the questionnaire of polypharmacy. The tabulation was via SPSS 19.0. **Results:** The 39% of the population is between 66 and 70 years, women

* *Lic. en Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.*

** *Prof. Carrera Asoc. C. Def., Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.*

*** *Prof. Carrera Asoc. C. Def., Unidad de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*

Correspondencia: María de los Ángeles Adareli Coronel Chacón. Calle Felipe Obregón Núm. 19, Col. Paraje San Juan, Delegación Iztapalapa, 09830, México, D.F. Teléfono: 55 1820 3287

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

predominated in 65%, 90% have more than six years of disease onset, 51% had polypharmacy. The 81% obtained a level of cognitive impairment while 19% have a level of normal cognition. The 43% had a mild level of cognitive impairment, 22% had moderate, 19% had a normal cognition and 16% have a severe level of cognitive impairment. **Discussion:** The 79% has evolved over six years, and therefore cognitive changes. With regard to cognitive impairment, 81% of the population has cognitive impairment is related to diabetes and high risk of dementia. Diabetes mellitus type 2 leads to agravate conditions that are associated with functional dependence as the cognitive impairment. This research seeks to develop a basis for nursing interventions aimed to assess the cognitive status of elderly hospitalized diabetics, to improve the quality of life with the participation of primary caregiver.

Key words: Cognitive impairment, diabetes mellitus type II, elderly.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes e importancia

En México, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), mientras la población general crece 1.7% anual, la población de adultos mayores se incrementa 2.5%, elevándose de esta manera las enfermedades cronicodegenerativas. En México, la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es la primera causa de morbimortalidad debido a sus complicaciones. Esta enfermedad ocasiona alteraciones estructurales bioquímicas de los vasos sanguíneos, por lo que incrementa por dos veces el riesgo de que el paciente tenga deterioro cognitivo, principalmente después de seis años de evolución de la enfermedad.¹

El deterioro cognitivo (DC) es una disminución de las capacidades mentales referentes a la adquisición, organización, retención y uso del conocimiento. La influencia de la diabetes mellitus tipo 2 en el DC ha sido estudiada desde 1922; existe evidencia desde hace tres décadas de esta correlación. En la práctica hospitalaria diaria este factor no es evaluado en forma sistemática por los profesionales de la salud, lo cual agrava el problema de los pacientes, disminuyendo su calidad de vida.²

Enfermedades cronicodegenerativas como la diabetes mellitus producen daño a órganos y sistemas del cuerpo humano durante su transcurso, pero esta enfermedad, en específico, origina complicaciones que afectan ojos, riñones, corazón y extremidades inferiores en quien la padece; este tipo de complicaciones son las que mayormente han sido investigadas; sin embargo, existen otras que han recibido poca atención, que pueden aparecer por la hiperglucemia crónica o por la comorbilidad que tienen con la hipertensión arterial, y que además repercuten de manera significativa en el sistema nervioso central (SNC) por las alteraciones estructurales y bioquímicas en los vasos sanguíneos, provocando, en consecuencia, el deterioro o la declinación de las funciones cognitivas.³

Los trastornos cognitivos vinculados con el envejecimiento se han convertido en un problema importante de salud. En el ámbito nacional, los trabajos realizados con respecto al deterioro cognitivo han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 4.2 a 19.6%.^{4,5} El DC constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia.⁶

Como se ha visto, tanto los padecimientos crónicos como el deterioro cognitivo han sido asociados con el envejecimiento; no obstante, otras investigaciones realizadas por diversos autores señalan una asociación existente entre la diabetes mellitus y el deterioro cognitivo, como la realizada por Hassing, donde se concluyó que los pacientes con diabetes mostraron una importante declinación cognitiva, no así los pacientes con hipertensión sin diabetes. Sin embargo, el deterioro mayor se detectó en los portadores de ambas patologías. En este estudio se hace referencia a que los cambios cognitivos se perciben más fácilmente en pacientes ancianos con diabetes mellitus después de seis años, en comparación con los no portadores.⁷

Canazaro y otros autores realizaron un estudio a 254 ancianos mayores de 60 años, con el objetivo de evaluar los déficits cognitivos; los resultados mostraron una diferencia significativa en el desempeño de los ancianos con diabetes tipo 2 en comparación con el grupo control, ya que los diabéticos mostraron mayor deterioro cognitivo.⁸

MÉTODOS

El diseño del estudio es cuantitativo, descriptivo, observacional y prospectivo, con el objeto de identificar el nivel de deterioro cognitivo en pacientes ancianos diabéticos hospitalizados en medicina interna, en una unidad de segundo nivel de atención de México, Distrito Federal. La muestra se seleccionó por conveniencia; se incluyeron 100 pacientes diabéticos mayores de 65 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en una unidad de segundo nivel de atención, a quienes se aplicaron, a través de observación e interrogatorio directo, la escala Mini-Mental de Folstein (MMSE), la cual evalúa la función cognitiva, y el cuestio-

nario de polifarmacia, que determina el estado de salud y polifarmacia, ambos validados por consenso de expertos. Existe un alto porcentaje de deterioro cognitivo en pacientes ancianos diabéticos hospitalizados en medicina interna de una unidad de segundo nivel de atención.

Los resultados fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 19.0, con estadística descriptiva. Ya organizados los datos, se mostraron gráficamente y se calcularon cantidades representativas del conjunto o medidas de resumen que los describen, así como medidas de resumen y de dispersión para la descripción de la población.

RESULTADOS

El 39% tiene entre 66 y 70 años; predominaron las mujeres en un 65%; el 55% de la población tiene un nivel de escolaridad de primaria completa o incompleta; se encuentra casada(o) el 60%; el 46% vive con sus hijos; el 84% se dedica al hogar; 94% tiene un ingreso económico mensual de 30 o menos salarios mínimos diarios (\$1,784.00 o menos); el 90% tiene más de seis años de evolución con diabetes; 78% se controla con medicamentos; 51% presentó polifarmacia; el 76% de los pacientes considera su estado de salud regular y el 21% malo.

El 81% obtuvo un nivel de deterioro cognitivo, mientras que el 19% tiene un nivel de cognición normal (Figura 1). El 43% obtuvo un nivel leve de deterioro cognitivo, el 22% tiene nivel moderado, el 19% tuvo un nivel normal de cognición y el 16% un nivel grave de deterioro cognitivo (Figura 2).

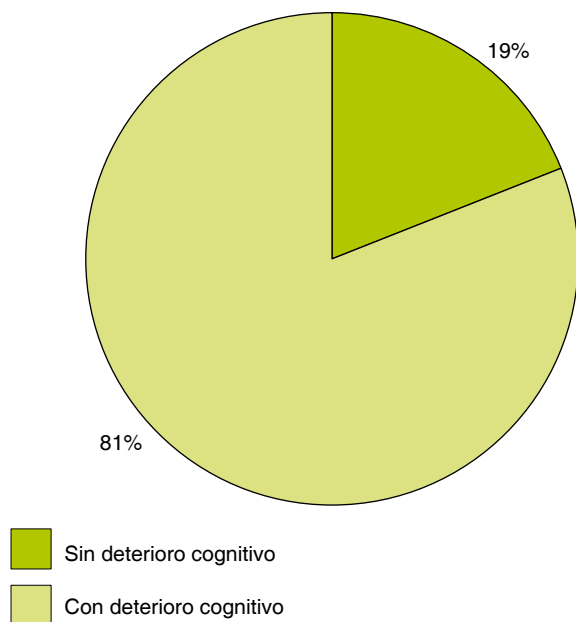


Figura 1. Deterioro cognitivo.

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se encontró que el 39% de los pacientes se ubica en el rango de 66 a 70 años, el 31% en el de 60 a 65 años, el 20% corresponde al de 71 a 75 años y el 8% restante a 80 años y más, encontrando una similitud con el estudio de Mejía A y su grupo, en el que la mayoría de los sujetos se ubicó en el rango de 65 a 74 años y sólo una pequeña porción es mayor de 76 años;³ por su parte, Casanova S concluyó que la prevalencia de deterioro cognitivo es elevada en la ancianidad.⁴

En el estudio realizado por Petersen R y colaboradores se demostró que la prevalencia de deterioro cognitivo decrece con altos niveles de educación. En relación con los años de escolaridad, más de la mitad de la población observada se ubicó en el rango de 0 a 5 años de estudios, lo que coincide con el estudio de Mejía A,³ en el que del total de la muestra, el 70% fue analfabeta o tenía menos de cinco años de escolaridad. Habrá que considerar, además, que en los individuos con niveles más altos de educación se favorece el desarrollo cerebral, el crecimiento dendrítico y la circulación cerebral; también ejecutan mejor las pruebas, retrasando el diagnóstico de deterioro cognitivo.⁹

En el presente estudio, el 69% de los pacientes no recibe ayuda económica, lo que también concuerda con los resultados de Canazaro M, donde el 86% de la población tampoco recibe ayuda económica alguna.⁸

Aunado a esto, podemos considerar el costo anual de la persona con diabetes mellitus tipo 2 que presenta complicaciones microvasculares y macrovasculares, y que va de 6,860.00 a 14,525.00 de pesos mexicanos. La mayoría de la población no cuenta con ingresos para solventar estos costos, lo cual se ha corroborado en la presente investigación, ya que el 94% de la población estudiada tiene un ingreso mensual de 30 salarios mínimos diarios (\$1,794.00) o menos, lo que se traduce en un verdadero problema.¹⁰

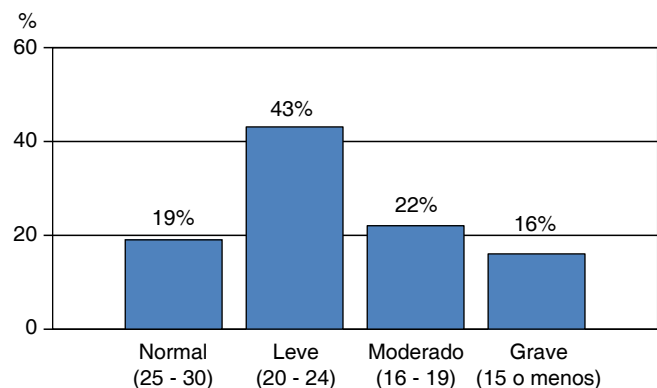


Figura 2. Nivel de deterioro cognitivo.

Tocante al tiempo de evolución, se encontró que el 25% de la población tiene un promedio de evolución de la enfermedad de 11 a 15 años, 17% de 16 a 20 años, el 15% de 6 a 10 y de 26 a 30, 13% de 21 a 25, 9% tiene 30 o más años de evolución, lo cual es grave. Hassing L, en su estudio "Deterioro cognitivo en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensos", concluyó que los cambios cognitivos se perciben más fácilmente en pacientes ancianos con DMT2 después de seis años de evolución de la enfermedad, en comparación con los no portadores.⁷

Cabe destacar que los resultados más relevantes radican en que el 81% de la población tiene deterioro cognitivo y tan sólo el 19% un nivel de cognición normal; estos datos son consistentes con otros estudios a largo plazo en los que también se utilizó el miniexamen del estado mental (MMSE) para evaluar la función cognitiva en ancianos, que afirman que el aumento en el deterioro cognitivo se relaciona con la diabetes y un alto riesgo de demencia, por lo que se menciona a la diabetes como factor de riesgo en los déficits cognitivos, además de que se ha podido comprobar, en el estudio de Pamplona sobre epidemiología de las demencias, que las personas con hipertensión arterial o diabetes muestran un rendimiento inferior en el examen Mini-Mental de Folstein.¹⁰

En el presente estudio se concluyó que el 43% de los pacientes tienen nivel leve de deterioro cognitivo, el 22% nivel moderado, el 19% un nivel normal de cognición y el 16% nivel grave de DC. Comparando los resultados con otros estudios en los que se aplicó la misma escala, se obtuvieron resultados similares, como en el de Ávila¹¹ y León,¹² en el que predominó el DC leve y el resto tuvo un comportamiento similar. En el estudio realizado por Nelson G y su grupo, de acuerdo al grado de severidad del DC, según los resultados de la escala de Hughes se encontró que del total de la población que tuvo DC el 62.9% obtuvo grado de severidad leve, 18.5% una severidad moderada y otro 18.5% una máxima severidad del daño de las funciones corticales superiores.¹³ La DMT2 puede agravar condiciones que se asocian con la dependencia funcional como lo es el deterioro cognitivo, la depresión, los trastornos en la comunicación, en la marcha e incontinencia urinaria, entre otras alteraciones.¹² Estos pacientes son más propensos a presentar defectos en los procesos cognitivos, especialmente aquellos que no toman las precauciones para su salud y están asociados a cambios isquémicos subcorticales y a la atrofia cerebral progresiva, lo que se pudo observar en el estudio, ya que el porcentaje de pacientes con DC es muy alto.⁸

El panorama es sombrío en cuanto al DC en los ancianos, ya que conduce a que el individuo en edades avanzadas se torne cada vez más vulnerable y tienda a contar con menos probabilidades de recuperación. Estas alteraciones implican

una disminución en la capacidad de abstracción, síntesis y generalización del pensamiento; la disminución de la velocidad en las tareas intelectuales, así como en la exactitud y la eficacia, afectan la calidad de vida del individuo.

CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo no es evaluado de forma sistemática en los pacientes diabéticos hospitalizados, por lo que este proyecto dio las pautas para que se llevaran a cabo evaluaciones en el HGR N° 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México, Distrito Federal, para detectar el grado de deterioro y de esta manera realizar intervenciones enfermeras específicas como: manejo de la hiperglucemia, manejo de la medicación, alimentación, apoyo emocional, enseñanza: actividad/ejercicio prescrito, entrenamiento de la memoria, estimulación cognitiva, facilitar el aprendizaje y mejorar la perfusión cerebral.¹⁴

Los resultados permiten reflexionar sobre la necesidad de contar con datos fidedignos de los factores que intervienen en el estado cognitivo y funcional del adulto mayor. Esta información nos permite realizar análisis que ayudan a mejorar la atención de enfermería de acuerdo con las condiciones prevalentes en los sistemas de salud mexicanos, a fin de que quienes toman las decisiones elijan las mejores estrategias y diseñen mejores programas para beneficio del adulto mayor.

1. En la muestra de sujetos mayores de 65 años, los resultados de las pruebas verifican la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que las personas diabéticas presentan un alto porcentaje de deterioro cognitivo.
2. El deterioro cognitivo es una condición importante en la población de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.
3. La diabetes mellitus tipo 2 puede agravar condiciones que se asocian con la dependencia funcional, como lo es el deterioro cognitivo.
4. Dada la complejidad de la atención del paciente anciano diabético hospitalizado con deterioro cognitivo, el tratamiento hacia éste debe estar basado en una atención multidisciplinaria, para evitar que evolucione a un nivel más severo como la demencia.
5. Las intervenciones de enfermería pueden retardar el proceso de deterioro cognitivo y mejorar la memoria en los ancianos diabéticos. Hoy disponemos de medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, que pueden mejorar la memoria en ancianos con deterioro cognitivo.
6. Esta investigación sirve de base para generalizar el uso de instrumentos establecidos para explorar la esfera

cognitiva del anciano diabético y detectar el deterioro cognitivo, fundamentada en evidencia científica y utilización de conceptos y teorías ya establecidos, desarrollando intervenciones de enfermería al anciano diabético con deterioro cognitivo, hospitalizado de acuerdo con la NIC (*Nursing Interventions Classification*), a través de la valoración, el diagnóstico, la planeación y la ejecución en la que se incluya.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2008. Datos de la encuesta Nacional de Salud (Apartado referente a las Enfermedades Crónicas Degenerativas a nivel Nacional). México: INEGI; 2008.
2. Gutiérrez M. Teorías del desarrollo cognitivo. España: McGraw Hill; 2005. pp. 10-66.
3. Mejía A, Jaimes A, Villa D, Ruiz A, Gutiérrez R. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Revista de Salud Pública México*. 2007; 49 supl 4: 5475-5481.
4. Casanova C. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17 (4): 309-315.
5. Koivisto K, Reinikainen K, Haninen T, Vanhanen M, Helkala EL, Mykkanen L et al. Prevalence of age-associated memory impairment in a randomly selected population from eastern Finland. *Neurology*. 1995; 45 (4): 741-747.
6. Petersen R, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris J, Rabins P et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2001; 58: 1985-1992.
7. Hassing L, Scott M, Sven E, Stig B, Pedersen L. Comorbid type 2 diabetes mellitus and hypertension exacerbates cognitive decline: evidence from a longitudinal study. *Age and Ageing*. 2004; 33: 355.
8. Canazaro de M, Fernández L, Cunhas S, Lima A. El deterioro cognitivo en pacientes ancianos con diabetes mellitus tipo 2 y la identificación de formas de prevención. *Rev Neuropsicológica*. 2010; 10 (2): 29-42.
9. Ham C, Gutiérrez R. Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Rev Sal Pub*. 2007; 49 (4): 433-435.
10. Noxpanco P. Influencia de la salud-competencia familiar en el autocuidado y nivel de conocimientos del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la Clínica Brimex [Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006. pp. 1-30.
11. Ávila O, Vázquez M, Gutiérrez M. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencia*. 2007; 42 (4): 43.
12. León A, Milián S, Camacho C, Arévalo C, Escartín C. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 47 (3): 277-284.
13. Gómez V, Bonnin R, Molina, Yáñez F, González Z. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med*. 2003; 42 (1): 12-17.
14. Heather HT. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier, España; 2010. pp. 155-177.

Intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos

Rogelio Pablo Vázquez,* María Guadalupe Nava Galán,** Maritza García Núñez ***

RESUMEN

Introducción: La contención física es el último recurso terapéutico para garantizar la seguridad del paciente. El enfermo de afecciones neurológicas suele presentar cuadros de agitación psicomotriz, deterioro neuronal, delirium causado por fármacos, anestesia o traumatismo quirúrgico, así como cuadros agudos de esquizofrenia, psicosis u otros padecimientos psiquiátricos. La seguridad del paciente corre riesgo debido a que puede retirarse las sondas, autoagredirse, caerse y otras situaciones, por lo que es necesario aplicar la contención física para su seguridad. La interacción con el familiar es de gran importancia si el familiar está adecuadamente informado, porque puede notificar al profesional de enfermería sobre los riesgos a que está expuesta la persona sujeta por causa de la contención física. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos adquiridos sobre contención física por los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos a través de la intervención educativa del profesional de enfermería. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, analítico, exploratorio, prospectivo y transversal; la muestra es a conveniencia y se utilizó un *instrumento* con 20 reactivos dicotómicos. **Resultados:** Se recolectaron 40 cuestionarios. La edad fluctúa entre 18 y 82 años; hubo mayor frecuencia del género femenino y mayor afluencia en el Servicio de Neurología; los enfermos recibían visita de sus hijos con más frecuencia y prevaleció la escolaridad de secundaria entre los visitantes; el 67.5% de las personas fueron informadas sobre la contención física, pero sólo 17.5% recibió informes de un profesional de enfermería. En el 50% de las personas se vigila que los enfermos no se jalen las sondas o catéteres y 47% eleva barandales al retirarse; en el 52.5% se solicitó ayuda al profesional de enfermería. **Conclusiones:** Es necesario implementar estrategias de intervención educativa de acuerdo a la escolaridad del derechohabiente, sin distinción de género que permita capacitar al familiar para garantizar la seguridad del enfermo y disminuir la frecuencia de eventos adversos.

Palabras clave: Intervención educativa, contención física, seguridad del enfermo.

Educational intervention to relatives about physical contention in neurological patients, neurosurgical and neuropsychiatric

ABSTRACT

Introduction: The physical contention it is the last therapeutic resource to guarantee patient safety. The neurological patient usually presents psychomotor agitation episodes, neuronal deterioration, delirium caused by drugs, anesthesia or surgical trauma, as well as acute episodes of schizophrenia, psychosis or other psychiatric diseases. The patient safety is at risk, because can retire its probes, induce self-harm, to have falls and other situations, so it is necessary to apply the physical contention for his

* *Estudiante de pregrado. Laboratorio de Investigación en Enfermería.*

** *Coordinadora de Investigación. Laboratorio de Investigación en Enfermería.*

*** *Lic. en Enfermería. Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.*

*Correspondencia: Rogelio Pablo Vázquez, Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, Delegación Tlalpan, 14269, México, D.F.
E-mail: rpablov@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

safety. The interaction with the relatives it is very important, if the relatives are properly informed, because they can notify to the nurse the risks about the physical contention in the patient. **Objective:** Evaluate the knowledge about physical contention in the relatives of patients neurological and neurosurgical and neuropsychiatric through the educational intervention from the nursing professional. **Methodology:** It is a quantitative study, analytic, exploratory, prospective and transversal; was a convenience sample and was used an *instrument* with 20 dichotomous questions. **Results:** Were collected 40 questionnaires. The age fluctuates between 18 and 82 years; there were more frequently of female gender; more visitors in the Neurology Service; the patients received visit for their sons and daughters with major frequency and prevailed the secondary education between the visitors; 67.5% of the people were informed about the physical contention, but only 17.5% received information from nursing professionals. In the 50% of people monitors to the patient for do not pulls its probes and catheters; 47% they elevate the guard rails when retire; 52.5% asking for help to nurse. **Conclusions:** Is necessary to implement educational intervention strategies according to educational level of the user, without distinction of gender, allowing training family to ensure patient safety and decrease the frequency of adverse events.

Key words: Educational intervention, physical contention, patient safety.

INTRODUCCIÓN-ANTECEDENTES

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, en el primer semestre del año 2011 se reportan como principales causas de ingreso hospitalario la epilepsia, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias diversas, Parkinson y tumores benignos meníngeos, mencionados en orden de importancia. Dos de los padecimientos más diagnosticados en el área de consulta externa son la enfermedad cerebral vascular y la epilepsia. El mayor número de ingresos hospitalarios durante el primer trimestre de 2011 corresponde al Servicio de Neurocirugía (64.8%), correspondiendo a Neurología el 23.5% y a Neuropsiquiatría el 11.7%.¹

Las características conductuales del paciente neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico implican riesgos para sí mismo y en ocasiones para los demás, por lo que la contención se hace necesaria. De acuerdo a un reporte sobre eventos adversos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en el periodo comprendido entre noviembre de 2010 y octubre de 2011, la mayoría de los riesgos corresponde a caídas y las subsecuentes lesiones que éstas causan, seguido por lesiones debidas a otras causas y autolesiones y, por último, al autorretiro de sondas y otros recursos invasivos utilizados por razones terapéuticas.²

La mayoría de estos eventos son prevenibles por medio de la contención física; sin embargo, la participación de los familiares contribuye en la seguridad de los enfermos y juega un papel importante en la prevención, también en la ocurrencia de los incidentes.

La convivencia entre el enfermo y su familiar durante las actividades de apoyo puede reducir considerablemente los riesgos; sólo es necesario brindar capacitación. Un familiar bien capacitado acerca de la contención física, sus indicaciones y cuidados, se vuelve un importante apoyo en la prevención de eventos adversos y propicia la disminución de riesgos.

Objetivo general

Evaluar los conocimientos adquiridos sobre contención física por los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos a través de la intervención educativa del profesional de enfermería.

Objetivos específicos

- Concientizar al familiar sobre la importancia de la contención física para favorecer la seguridad del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico.
- Relacionar la capacitación sobre contención física recibida por el familiar y la frecuencia de eventos adversos ocurridos a los enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

Hipótesis

- La intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos es benéfica para el paciente.

MARCO TEÓRICO

El neuroquirúrgico requiere de un abordaje para el tratamiento (Medline Plus, 2010:1) del enfermo neurológico que cursa con padecimientos del cerebro, médula espinal y sistema nervioso periférico, y el neuropsiquiátrico presenta una patología orgánica de base, lo que repercute en un padecimiento psiquiátrico. Esta situación expone a la persona a riesgos por agitación psicomotriz, deterioro neuronal, delirium causado por fármacos, anestesia o traumatismo quirúrgico, así como cuadros agudos de esquizofrenia, psicosis u otros padecimientos. Los riesgos que corren las personas con las enfermedades antes mencionadas durante

un periodo de agitación son: caídas por tratar de incorporarse de la cama, al querer ir al sanitario o simplemente por el deseo de deambular; también los pacientes pueden ofrecer resistencia a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, por confusión o ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales intensos; los enfermos psiquiátricos pueden autolesionarse, debido al delirium o esquizofrenia, y también retirarse sondas o catéteres, al sentirse agredidos o desesperados, por dolor o incomodidad.⁴

“La agitación psicomotora es un estado de excitación extrema con aumento de la tensión e irritabilidad”.⁵ Se clasifica como orgánica, por efecto de sustancias tóxicas o las manifestaciones sintomáticas de otras enfermedades; psiquiátrica, debida a padecimientos de este tipo y la mixta, que se presenta como trastornos secundarios por consumo de sustancias o en el periodo postquirúrgico.⁵

“Un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de éste con el equipo de salud...”;⁶ esto implica que durante el proceso terapéutico pueden presentarse situaciones de riesgo para el paciente, como la agitación psicomotora; sin embargo, la mayoría son prevenibles. Es por ello que el profesional de enfermería puede confiar y apoyarse en los familiares, quienes están presentes durante los horarios de visita en los diferentes servicios. Es muy importante realizar el registro de los eventos adversos porque permite garantizar la calidad del cuidado de enfermería, la atención al paciente y la evaluación de la necesidad real de aplicar la contención.⁷

La contención es “un procedimiento clínico utilizado como medida dirigida a restringir la movilidad en diferentes ámbitos sanitarios...”.⁸ Se puede clasificar en tres categorías: contención verbal, se recomienda cuando un paciente puede ser controlado por medio del diálogo; contención farmacológica, se realiza después del fracaso del diálogo, debido a la actitud agresiva o renuente del paciente, consiste en la aplicación de psicofármacos y tiene por objetivo disminuir la ansiedad o agresividad; por último, la contención física es la inmovilización mecánica que podría realizarse en parte del cuerpo si la agitación remite, y en todo el cuerpo en casos extremos. También suele llamarse contención mecánica.⁹ Se recomienda realizar el proceso de contención gradualmente en este orden; no obstante, no siempre es posible.

La contención física está indicada en caso de agitación psicomotriz, conducta violenta, confusión y errores de juicio que propicien riesgo de lesión o si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación. La finalidad es prevenir autolesiones o heterolesiones, interferencia del plan terapéutico, retiro de vías, sondas, drenajes, daños al inmueble o fuga del enfermo si corre riesgo al tomar esta decisión. Está contraindicada la contención física (CF) como castigo o pena, o en situación

peligrosa.⁹ Existen complicaciones que pueden deberse a factores relacionados con la inmovilidad o la resistencia a las sujeciones como, por ejemplo, úlceras por presión, isquemia periférica, luxaciones, fracturas, tromboembolismos, broncoaspiración, insuficiencia respiratoria, lesión cutánea por incontinencia urinaria o fecal si no se realiza el cuidado necesario oportunamente.⁹

Para prevenir la contención física en los enfermos neurológicos, es necesario reducir las condiciones de estrés durante la hospitalización y asistir oportunamente a los enfermos.⁵ La participación de los familiares juega un papel importantísimo, pues el estrecho vínculo con la persona enferma puede contribuir a realizar una adecuada contención verbal y disminuir el estrés o la agitación.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se cuenta con las guías clínicas en enfermería neurológica¹⁰ y los planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría¹⁰ en los cuales el profesional de enfermería fundamenta las intervenciones que realiza con el enfermo bajo contención física.

Para realizar la contención física adecuadamente, es necesario brindar cuidados de enfermería especializados para evitar riesgos y lesiones a la persona agitada. El tipo de sujeción más conveniente dependerá del estado de agitación de la persona enferma. Las recomendaciones son realizar cambios posturales como medida preventiva, además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible; también deben cubrirse las necesidades básicas como son alimentación, eliminación e higiene. La descontención se realizará bajo indicación del médico o previa valoración del profesional de enfermería, de manera paulatina, una extremidad a la vez.¹²

El propósito de la intervención educativa es incrementar la calidad de los servicios de enfermería mediante la práctica reflexiva y planeada; con acciones dialécticas de constante indagación que busquen dar cumplimiento a las exigencias sociales y que permitan acceder a una mejor calidad de vida para la persona enferma, la familia y la comunidad. Es un acto espontáneo que tiene lugar durante el proceso de formación del profesionista y continúa a lo largo de su desempeño laboral.¹³

Los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos deben ser capacitados de tal forma que contribuyan a incrementar la seguridad de los enfermos y la calidad de los servicios de enfermería. Las estrategias de capacitación que se sugieren son las siguientes: brindar información pertinente, clara y sencilla de las características de la patología que cursa la persona enferma y el comportamiento que manifiesta por tal razón; proporcionar charlas sobre contención verbal, física y farmacológica, y sobre la importancia que tiene la seguridad del paciente, así como

de las precauciones que se deben llevar a cabo para disminuir el riesgo que corren las personas inquietas a través de folletos o trípticos que expliquen la relevancia de realizar contención física a las personas agitadas; instruir al familiar para realizar efectivamente las precauciones antes mencionadas, en las cuales ha sido capacitado por el profesional de enfermería. Replicar los conocimientos adquiridos con los demás integrantes de la familia va a contribuir a garantizar la seguridad del enfermo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa de diseño analítico, exploratorio, prospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". La población estaba compuesta por familiares de enfermos hospitalizados en los servicios de Urgencias, Terapia Intensiva, Recuperación, Neurocirugía, Neurología y Neuropsiquiatría. La muestra fue no probabilística, a conveniencia. Se consideraron los siguientes criterios: inclusión, familiares de enfermos con padecimientos neurológicos, neuroquirúrgicos o neuropsiquiátricos que requerían contención física; exclusión, familiares de enfermos con padecimientos neurológicos, neuroquirúrgicos o neuropsiquiátricos recién ingresados al hospital, que deambulaban correctamente, cooperadores y participativos. Eliminación: cuestionarios que no fueron completamente contestados o familiares que no necesitaban capacitación debido a que la persona enferma ha recibido la orden de alta hospitalaria. Se aplicó un instrumento elaborado con base al marco teórico llamado "Cuestionario de intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos" (CIEF); éste consta de 20 reactivos dicotómicos organizados en 5 bloques: 1º, datos sociodemográficos; 2º, capacitación al familiar; 3º, confirmación del conocimiento; 4º, aplicación del conocimiento, y 5º, actitud ante la contención física. Se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 18 para análisis descriptivo e inferencial y con Microsoft Excel para elaboración de algunas gráficas y tablas. El procedimiento consistió en abordar al familiar y pedirles que contestara un cuestionario; se le recordó la confidencialidad de sus datos y la del enfermo. Al terminar, se les obsequió un tríptico (tríptico de intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos) que le proporcionó información sobre los aspectos de la contención física; se aclararon las dudas que tenía sobre el tema con la finalidad de resaltar que los principales propósitos de este recurso terapéutico son garantizar la seguridad del enfermo e incrementar la calidad de los servicios de enfermería, así como clarificar

la importancia de la participación de los familiares en el cuidado brindado a la persona enferma.

RESULTADOS

Se recolectaron 40 cuestionarios de los servicios de Urgencias (5), Terapia Intensiva (6), Recuperación (1), Neurocirugía (7), Neurología (15) y Psiquiatría (6). La edad fluctuó entre 18 y 82 años, hubo una mayor frecuencia del género femenino (65%) y mayor afluencia en el Servicio de Neurología (37.5%). Los enfermos recibían visita de sus hijos con más frecuencia (27.5%) y prevaleció la escolaridad de secundaria entre los visitantes (30%). Los resultados sociodemográficos obtenidos pueden apreciarse en el *cuadro I*. El *cuadro II* muestra que el 67.5% de los familiares han sido informados sobre la contención física (CF); sin embargo, sólo el 17.5% ha sido informado por el profesional de enfermería. En cuanto a la intervención educativa, se encontró un déficit acerca de la información sobre CF, la cual se puede apreciar a través de la pregunta 3 del instrumento CIEF, ya que sólo el 22.5% conoce el sinónimo entre los términos "contención física" y "sujeción de pacientes". No les queda claro que la CF es un proceso gradual que comienza dialogando con la persona agitada en primera instancia y de acuerdo a su complicación se procede con la contención física o farmacológica y, en algunos casos, ambas (57.5% identifica la contención verbal, 62.5% tiene noción de la contención farmacológica). Respecto a la interacción del familiar y la persona enferma se aprecian cifras homogéneas. El 50% observa si el enfermo inquieto o confuso jala las sondas o catéteres que tiene instalados. El 47% eleva los barandales de la cama al retirarse después de la visita y el 52.5% solicita ayuda al profesional de enfermería cuando desea el enfermo ir al baño.

En el *cuadro II* se revelan los conocimientos de familiares positivamente ante las indicaciones de CF para evitar riesgos (90%), evitar retiro de sondas y catéteres (85%), prevenir caídas (95%) y como terapia de mayor beneficio (90%). También aprenden algunos cuidados que deben tenerse durante la CF como es colocar los sujetadores adecuadamente; el 85% respondió "sí" a la pregunta 12 sobre la lesión de piel con sujetadores apretados. El 95% de las personas conversa con los enfermos agitados para disminuir su ansiedad, 77.5% revisa las sujeciones para cerciorarse que no hay lesiones en la piel, 72.5% vuelve a sujetar al paciente o solicita al profesional de enfermería que lo haga cuando termina la visita. Una pregunta que nos permite valorar la efectividad de la intervención educativa del profesional de enfermería acerca de la CF en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos es la 13, en la que el 95% de la muestra afirma que su familiar no ha sufrido caídas debido a la CF.

Cuadro I. Datos sociodemográficos.

Género	f	%	Parentesco	f	%	Escolaridad	f	%
Masculino	14	35	Padre	1	2.5	Primaria	9	22.5
Femenino	26	65	Madre	6	15.0	Secundaria	12	30.0
Edad	f	%	Hijo(a)	11	27.5	Preparatoria	9	22.5
Rango			Hermano(a)	8	20.0	Licenciatura	7	17.5
18-27	7	17.5	Esposo(a)	5	12.5	Ninguno	2	5.0
28-37	12	30.0	Concuño(a)	1	2.5	Carrera técnica	1	2.5
38-47	7	17.5	Nieto(a)	1	2.5	Servicio	f	%
48-57	8	20.0	Nuera	1	2.5	Urgencias	5	12.5
58-67	3	7.5	Padrino	1	2.5	Terapia intensiva	6	15.0
≥ 68	3	7.5	Suegro(a)	1	2.5	Recuperación	1	2.5
Otros datos			Tío(a)	1	2.5	Neurocirugía	7	17.5
Media	41.85		Abuelo(a)	1	2.5	Neurología	15	37.5
Mediana	38.67		Primo(a)	1	2.5	Psiquiatría	6	15.0
Moda	26							
Mínimo	18							
Máximo	82							

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

Cuadro II. Resultado de aplicación del instrumento CIEF.

Núm.	PREGUNTA	RESPUESTA		
1	¿Se le ha informado por qué su familiar requiere sujeción?	67.5%	32.5%	
2	¿Ha recibido folletos, pláticas generales o personales sobre la contención física o la sujeción de pacientes agitados de parte de los enfermos que atienden a su familiar?	17.5%	82.5%	
3	¿Sabe usted que la contención física y la sujeción de enfermos agitados o confusos es lo mismo?	22.5%	77.5%	
4	Conforme a la información que le brindan los enfermeros, ¿cree que la contención física es una agresión para los enfermos?	2.5%	97.5%	
5	¿Los enfermeros le han platicado las razones por las que se realiza la contención física?	50%	50%	
6	¿Conversar con un paciente agitado para disminuir su agresividad es realizar contención verbal?	57.5%	7.5%	35%
7	¿Aplicar medicamentos tranquilizantes o sedantes en un paciente agitado es realizar contención farmacológica?	62.5%	7.5%	30%
8	¿Cree que la contención física de un paciente agitado es necesaria para evitar riesgos?	90%	10%	
9	¿Con la contención física se puede evitar que el paciente agitado se retire sondas y catéteres?	85%	15%	
10	¿Es necesaria la contención física en el paciente confuso para prevenir que sufra caídas?	95%	5%	
11	¿Sólo se debe realizar la contención física cuando represente mayor beneficio para el paciente?	90%	10%	
12	¿Sujetadores apretados pueden lesionar la piel de la persona agitada?	85%	15%	
13	¿Su familiar ha sufrido caídas a pesar de estar sujeto?	5%	95%	
14	¿Ha notado usted que su familiar se jala la sonda de alimentación o la sonda para orinar o el equipo de las soluciones?	50%	50%	
15	¿Eleva nuevamente los barandales de la cama cuando termina la visita?	47.5%	52.5%	
16	¿Solicita ayuda al profesional de enfermería cuando su familiar desea ir al baño?	52.5%	47.5%	
17	Cuando su familiar se muestra inquieto o confundido ¿charla usted con él (ella) para reducir la ansiedad?	95%	5%	
18	¿Revisa usted las sujeciones en su familiar para verificar que no se halla lesionado su piel?	77.5%	22.5%	
19	¿Vuelve a asegurar las sujeciones que tiene su familiar o solicita al profesional de enfermería que lo haga cuando se retira usted después de la visita?	72.5%	27.5%	
20	¿Considera adecuado o necesario realizar la contención física en pacientes agitados o confusos que lo requieran?	95%	5%	

Respuestas

Sí

Desconoce

No

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF) aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

La intervención educativa realizada con los familiares de los enfermos logra un cambio positivo en la apreciación que tienen respecto a la CF y la consideran primordial para la seguridad del paciente, no una agresión. Se puede

apreciar que la frecuencia de las personas que declararon no haber recibido folletos o pláticas sobre CF antes de este estudio es muy alta, a saber, 82.5%; esto podría indicar que el profesional de enfermería debe realizar más inter-

Cuadro III. Impacto de la Intervención Educativa realizada por el profesional de enfermería en el INNN MVS antes de la realización de este estudio.

Pregunta	Porcentaje		
	Sí	No	Desconoce
¿Ha recibido folletos, pláticas generales o personales sobre la contención física o la sujeción de pacientes agitados de parte de los enfermeros que atienden a su familiar?	17.5	82.5	
¿Conversar con un paciente agitado para disminuir su agresividad es realizar contención verbal?	57.5	35.0	7.5
¿Aplicar medicamentos tranquilizantes o sedantes en un paciente agitado es realizar contención farmacológica?	62.5	30.0	7.5
¿Ha notado usted que su familiar se jala la sonda de alimentación o la sonda para orinar o el equipo de las soluciones?	50.0	50.0	
¿Eleva nuevamente los barandales de la cama cuando termina la visita?	47.5	52.5	
¿Solicita ayuda al profesional de enfermería cuando su familiar desea ir al baño?	52.5	47.5	

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

Cuadro IV. Impacto de la información sobre la contención física brindada al familiar por servicio y por escolaridad en el INNN MVS antes de este estudio.

	¿Los enfermos le han platicado las razones por las que se realiza la contención física?				
	Sí		No		
	f	%	f	%	
Servicio	Urgencias	3	7.5	2	5.0
	Terapia Intensiva	5	12.5	1	2.5
	Recuperación	0	0.0	1	2.5
	Neurocirugía	1	2.5	6	15.0
	Neurología	10	25.0	5	12.5
	Neuroinfectología	0	0.0	0	0.0
	Segundo piso	0	0.0	0	0.0
	Psiquiatría	1	2.5	5	12.5
	Total	20	50.0	20	50.0
Escolaridad	Primaria	4	10.0	5	12.5
	Secundaria	4	10.0	8	20.0
	Preparatoria	8	20.0	1	2.5
	Licenciatura	4	10.0	3	7.5
	Postgrado	0	0.0	0	0.0
	Ninguno	0	0.0	2	5.0
	Carrera técnica	0	0.0	1	2.5
	Total	20	50.0	20	50.0

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

vención educativa con el familiar del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y psiquiátrico. Al final de la aplicación del instrumento de valoración al 100% se les aclararon sus dudas por medio de intervención educativa. Por otro lado, 57.5% respondieron afirmativamente a la pregunta 6 y 62.5% a la pregunta 7, por lo que la intervención educativa sobre CF estaría enfocada en las personas que respondieron negativamente, pero sobre todo atendiendo al 7.5% de la muestra que manifestó desconocer la respuesta correcta a estas interrogantes. Es importante lograr que el 5% de las personas que no realizan contención verbal

con los enfermos lo lleven a cabo por el beneficio que implica para el paciente. En el *cuadro III* se nos permite apreciar otros aspectos en los que es necesario realizar intervención educativa.

Respecto a la intervención educativa podemos observar que 50% de las personas entrevistadas respondieron que los enfermeros no les han platicado las razones por las que se realiza la CF (pregunta 5); 20% de las personas desinformadas son de escolaridad secundaria y 20% de las personas informadas son de preparatoria. Los servicios donde se encuentra mayor frecuencia de familiares no informados son Psiquiatría (12.5%), Neurología (12.5%) y Neurocirugía (15%). Podemos ver que estos tres servicios requieren urgentemente una estrategia eficaz de intervención educativa, que además esté planeada adecuadamente según la escolaridad del usuario para recibir la capacitación de acuerdo a sus necesidades, ya que los números anteriormente expuestos muestran la importancia del nivel académico (*Cuadro IV*).

Los pacientes que han sufrido caídas a pesar de estar bajo CF en los siguientes servicios son: una persona en Neurología (2.5% del total de la muestra), estando en compañía de su esposo de 50 años, quien no tiene preparación académica y una persona en Neurocirugía (2.5%), acompañada de su hija de 40 años de escolaridad primaria. En cuanto a la seguridad del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y psiquiátrico, el 5% de los familiares respondieron que "No" es necesaria la contención física en el paciente confuso para prevenir que sufra caídas; además consideremos que son mujeres, las cuales están en el rango de edad de 48 a 57 años quienes fueron entrevistadas en el Servicio de Neurología y su escolaridad es de nivel primaria. Es importante tener en cuenta que las mujeres representan el 65% de la muestra; de ellas, el 35% está en el rango de 18 a 37 años y el 30% en el rango de 38 años en adelante. Este último grupo no puede brindar suficiente apoyo al enfermo con riesgo de caída.

DISCUSIÓN

La información obtenida a partir de la evaluación realizada al familiar de los enfermos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" le permite al profesional de enfermería planear la correcta intervención, basada en el respeto hacia la persona, considerando su salud y tomando como fundamento los aspectos teóricos, legales y éticos.¹⁴

De igual manera, Con y Chávez comentan que la intervención educativa debe estar acorde a las características de las personas que recibirán la información; por lo tanto, el profesional de enfermería debe crear estrategias que permitan impactar positivamente en los familiares considerando su nivel académico que ya se ha notado en los resultados es significativo.¹³

Es evidente, entonces, que los riesgos para los enfermos agitados de acuerdo a Estévez (2011) pueden ser prevenibles con la CF y la intervención educativa a familiares en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"; así lo muestran los resultados obtenidos. Por las consideraciones anteriores, la CF es aplicable bajo cualquiera de los tipos de agitación que clasifica Arboix (2006) e incluso los causados por efectos residuales de anestesia y las manifestadas en el periodo postquirúrgico. En ese mismo sentido, este trabajo coincide con el planteamiento de Lemonidou y colaboradores (2002) sobre la utilización de la CF por el profesional de enfermería con un razonamiento crítico; además de cuidar los aspectos éticos y legales inherentes a este recurso terapéutico, refiere Lemonidou que Brown y Tooke (1992) y Soloff (1987) también lo implementaron.

Cabe agregar que otro estudio, realizado por Plati (1995), y referido también por Lemonidou (2002), muestra que los profesionales de enfermería consideran que la CF es necesaria para evitar lesiones, mantener las vías intravenosas, las sondas urinarias, sondas nasogástricas y en general los riesgos que corren los enfermos confusos o agitados. La presente investigación obtuvo cifras importantes sobre la opinión de los familiares quienes consideraron necesaria la CF. Cabe destacar que ellos conviven con los enfermos todo el tiempo, no sólo durante su estancia hospitalaria.

Sin embargo, Estévez (2011) comenta que la contención verbal a través de la comunicación con los pacientes agitados es importante porque reduce los riesgos, aumenta la seguridad y disminuye la frecuencia de eventos adversos. Esta investigación propone que la intervención educativa beneficia a familiares, cuidadores y equipo de salud, quienes interactúan con el enfermo como lo muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación del CIEF.

Por las coincidencias anteriores, otro aspecto relevante comentado por Estévez es la inexistencia de instrumentos de medición de la calidad de atención de enfermería respecto a la CF en el Sector Salud. Esta investigación pretende sentar las bases para realizar indagaciones más profundas para lograr sistemas de evaluación para las intervenciones de enfermería con los enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

De los anteriores planteamientos, el estudio de Diccini (2008) arrojó una mayor frecuencia de caídas en el Servicio de Neurología. En el caso del presente estudio, existe la misma frecuencia de caídas en neurocirugía y neurología. Las caídas y otros eventos adversos se pueden prevenir si el paciente y el familiar se comprometen a solicitar ayuda al profesional de enfermería para solucionar las necesidades que tengan; por tal razón, es importante una adecuada intervención educativa planeada estratégicamente para brindar al familiar información pertinente y apropiada para evitar cualquier riesgo al enfermo neurológico.

En relación con este último, la intervención educativa va más allá de lo que expresa Tapia (2003), considerando que el familiar observe y notifique al profesional de enfermería cualquier eventualidad; ésta puede tener participación activa en las acciones que promueven la pronta recuperación del enfermo neurológico, garantizando su seguridad y bienestar, así como reduce la estancia hospitalaria, evita las complicaciones y los eventos adversos.

CONCLUSIONES

La construcción del cuestionario de intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos ha servido para conocer las características de las personas que visitan al enfermo agitado y confuso; se evaluaron los conocimientos que tienen acerca de la contención física y la seguridad del usuario, y se determinó el nivel de comprensión de la información brindada por el profesional de enfermería respecto a las ventajas y los cuidados que se deben considerar con la contención física.

Con este propósito, son necesarias las estrategias de intervención educativa para implementarlas de acuerdo a la escolaridad de los derechohabientes del Instituto, puesto que no debe haber distinción alguna entre los cuidadores; al mismo tiempo, no debe aumentar la carga de trabajo en el profesional de enfermería, quien deberá brindar capacitación de calidad al familiar del paciente neurológico con el fin de fomentar su participación en el cuidado del enfermo, coadyuvando a su pronta recuperación para garantizar su seguridad y disminuir la frecuencia de eventos adversos.

En este sentido, el tríptico elaborado para la presente investigación a partir del análisis de los diferentes tipos de contención y las características del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico es una herramienta que probó su eficacia durante su aplicación. La intervención realizada requirió de sencillez en su lenguaje para transmitir conocimiento sobre la contención física a todas las personas a quienes se entregó, por lo que se propone su utilización en cada uno de los servicios de atención clínica en el Instituto. Hechas las consideraciones anteriores, la intervención educativa es una herramienta didáctica muy útil para capacitar a familiares, cuidadores o equipo de salud acerca de los cuidados que se deben tener con el enfermo neurológico. Además, permite al usuario comprender las razones por las que se requiere contención verbal, física o farmacológica en el enfermo agitado o confuso, eliminando el estrés y la angustia en los familiares, fomentando su participación en el cuidado del paciente y la comunicación con el profesional de enfermería en beneficio de la recuperación del derechohabiente. También disipa en el familiar la sensación de agresión hacia el enfermo y proporciona al profesional de enfermería fundamentos éticos, legales y científicos que le permiten aplicar este recurso terapéutico adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corona T. Informe semestral de autoevaluación de la Directora General 2011. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2011 [acceso Julio 19, 2011]. Disponible en: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/inf_autoeva_ene_jun_11.pdf
2. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Carpeta de eventos adversos. México: 2011.
3. Medline Plus. Enfermedades neurológicas. [En línea] 17 de Agosto de 2010 [acceso Noviembre 4 2011]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>
4. Estévez RA, Basset I, Guerrero MGR, López JT, Leal ML. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2011; 10 (1): 32-38.
5. Arboix M. Contención de pacientes. [En línea] Eroski Cosumer; 28 de diciembre de 2006 [acceso noviembre 2011]. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/01/02/158553.php.
6. Bernal DC, Garzón N. Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de Cuidados Intensivos. Pontificia Universidad Javeriana. [En línea] 2008 [acceso noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
7. Huizing E, El-Khabit M, Navarro F, García MJ, Navarro G et al. Protocolo de contención mecánica. Andalucía, España: Servicio andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
8. Santiago A. Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2010.
9. Seoane A, Alava T, Blanco M, Díaz H. Protocolo de contención de pacientes. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005.
10. Valdez R, Zamora P. Guías clínicas en enfermería neurológica I. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2010.
11. Valdez R, Zamora P. Planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría. Primera edición. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2010.
12. Sevillano MA. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2003 [consulta noviembre 2011]; 7(3). Disponible en: www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/download/345/328/
13. Con S, Chávez V. Metodología de la intervención educativa en la práctica del docente del nivel medio superior en coloquios de investigación educativa en SEMS. México: Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara; 2011.
14. Bohórquez A, Carrascal S, Acosta S, Suárez J, Melo A, Pérez J, López A. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2010; 7 (1): 29-34.
15. Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. *Eur J Psychiat*. 2002; 16 (2): 87-98.
16. Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Evaluación de riesgo e incidencia de caídas en pacientes de neurocirugía. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16 (4).
17. Tapia M, Salazar M, Tapia L, Olivares C. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2003; 11 (2): 51-57.

Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica

Gabriela Serna-Oviedo, Sofía Cheverría Rivera***

RESUMEN

La ansiedad es una patología psiquiátrica muy frecuente en México; afecta a personal de salud que labora en áreas de cuidados especiales, como la enfermería psiquiatría, por el contacto frecuente con enfermos cuyas patologías tienen manifestaciones conductuales. Generalmente es tratada con psicofármacos y psicoterapias, pero existen terapias alternativas con probada efectividad como la musicoterapia, aunque poco conocidas en el ámbito de la medicina convencional. **Objetivo:** Determinar el efecto de la musicoterapia en niveles de ansiedad del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica de la ciudad de San Luis Potosí. **Metodología:** Estudio analítico, preexperimental; la población fue de 9 enfermeras seleccionadas por conveniencia, el instrumento de medición fue la escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung y la escala visual análoga de ansiedad; el plan terapéutico fue la aplicación del método Bonny en 6 sesiones. Se midió la ansiedad antes, durante y después de la terapia. **Resultados:** Predominó el género femenino (77.8%); la edad promedio fue de 38 años y la desviación estándar de 2.9. En la medición previa, 66.7% calificó en rango normal de ansiedad, 22.2% moderada y 11.1% marcada; posterior a la terapia, 100% calificó en ansiedad normal. El promedio inicial fue 40.5 puntos (DE = 11.8) y el final de 28.1 (DE = 7.7); en el análisis de diferencias se obtuvo $t_7 = 3.58$ y $p = 0.004$. **Conclusiones:** La diferencia en puntos de ansiedad posterior a la terapia con música fue estadísticamente significativa, por lo que representa una alternativa en el tratamiento de ansiedad en personal de enfermería que atiende pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: Ansiedad, enfermería psiquiátrica, musicoterapia.

Music therapy: an alternative of treatment for the anxiety of the personnel of psychiatric infirmary

ABSTRACT

The anxiety is a very frequent psychiatric pathology in Mexico; affects health personnel that toils in areas of special cares, like the infirmary psychiatry, by the frequent contact with patients whose pathologies have behavioral manifestations. It is generally dealt with psico-drugs and psychotherapies, but alternative therapies with proven effectiveness like the music therapy exist, although little known in the scope of the conventional medicine. **Objective:** To determine the effect of the music therapy in levels of anxiety of the personnel of infirmary of a psychiatric clinic of the city of San Luis Potosí. **Methodology:** Analytical, pre-experimental study; the population was of 9 nurses selected by convenience, the measuring instrument was the Scale auto-aplicate for the evaluation of the anxiety of Zung and Analogous Visual Scale of Anxiety,

* *Supervisora de Enfermería de Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña".*

** *Docente de la Facultad de Enfermería de la UASLP.*

Correspondencia: Gabriela Serna Oviedo. Km 8.5, Carretera a Matehuala, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. Tel: (444) 831 20 23; (444) 831 05 25, ext. 33. E-mail: gabyserna_misamores@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

the therapeutic plan was the application of the Bonny method in 6 sessions, before was moderate the anxiety, during and after the therapy. **Results:** It predominated the female (77,8%); the age average was of 38 years, standard deviation 2,9; in previous measurement 66,7% described in normal rank of anxiety, 22,2% moderate and 11,1% marked; subsequent to the therapy, 100% described in normal anxiety; the initial average was 40.5 points (DE = 11.8) and end 28.1 and (DE = 7.7), to the analysis of differences was obtained: $t_7 = 3.58$ and $p = 0.004$. **Conclusions:** The difference in anxiety points subsequent to the therapy with music was statistically significant, reason why it represents an alternative in the treatment of anxiety in infirmary personnel that takes care of patients psychiatric.

Key words: Anxiety, psychiatric infirmary, music therapy.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una de las emociones más conocidas porque todas las personas la han sentido en algún momento de su vida. Es un proceso emocional ligado a la anticipación de las situaciones de peligro. Se le puede considerar como una actitud emocional cognitiva, o sea, un sistema de procesamiento de información amenazante que permite movilizar de forma anticipada acciones preventivas, ya que carece de recursos propios, los cuales toma prestados del miedo y el estrés, y opera como un programa de orden superior reclutando tales recursos sólo cuando le son precisos.¹ Es una respuesta emocional frente a un estímulo indefinido o inespecífico, cuya diferencia entre normalidad y patología es difícil de establecer debido a que está muy relacionada con otros conceptos como el miedo, la angustia y el estrés; además de que también está considerada como una etiqueta diagnóstica para hacer referencia a una serie de trastornos, y es un término utilizado con frecuencia en el lenguaje coloquial de forma indiscriminada.^{1,2}

La ansiedad normal y patológica tienen una misma raíz psicológica,¹ pero la primera es un proceso emocional adaptativo e imprescindible para la vida, y la segunda es desproporcionada ante la situación que la desencadena, empeora el rendimiento, tiene mayor componente somático y genera la demanda de atención psiquiátrica.³

El proceso de ansiedad está determinado por el desarrollo personal, que ocasiona grandes diferencias en los elementos individuales e interactúa con otros rasgos de personalidad, ambientales y hereditarios, los cuales originan mayor susceptibilidad y vulnerabilidad para padecerla.¹

La ansiedad está considerada como el principal problema de salud en los ámbitos internacional, nacional y estatal. En el internacional, los estudios encontrados hacen referencia, en su mayoría, a datos encontrados en población general que padece algún trastorno de ansiedad, y coinciden en que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población en general es mayor a 10%.

Otros estudios realizados en Estados Unidos muestran que hasta tres cuartos de la población tiene uno o más miedos

irracionales, pánico repentino, o bien son personas nerviosas.⁴ En México, los últimos estudios epidemiológicos realizados en atención primaria reflejan una mayor utilización de servicios médicos por pacientes con síntomas de ansiedad en relación con otros pacientes, en especial aquellos que presentan síntomas somáticos cardiovasculares, que requieren de tratamientos costosos con el consecuente aumento en los gastos de las instituciones, y el mal diagnóstico de ansiedad.³ Aún no se han encontrado estudios realizados específicamente con personal de enfermería psiquiátrica; los revisados hacen referencia a que el personal de salud es uno de los más afectados por la ansiedad,⁴⁻⁹ sobre todo el de enfermería, en particular en áreas de cuidados especiales o críticos, ya que desempeñarse en estas áreas provoca muchas tensiones emocionales por el hecho de enfrentarse a la muerte y sufrimiento, además de a factores laborales como la división técnica, jerárquica y social del trabajo.

Entre las áreas especiales, la enfermería psiquiátrica, considerada como un proceso que lleva a una relación interpersonal estrecha,^{10,11} es una de las más afectadas, porque las enfermedades mentales se manifiestan en conductas como la agresiva, la hostil, la dependiente, la suspicaz, la maníaca, la depresiva y la suicida, lo cual influye en extremo en la salud física y mental de este personal.

La constante ansiedad de este personal tiene consecuencias en todos los ámbitos: en el laboral, inadecuadas relaciones interpersonales, falta de motivación, con disminución en el desempeño y la productividad, y el ausentismo, que conduce a una sobrecarga de trabajo para el personal que sí asiste. Todo ello afecta la calidad de la atención que se brinda al usuario e incrementa los gastos institucionales; en el familiar y en el social, relaciones inadecuadas y conflictivas.

Las consecuencias más graves, compuestas por un amplio elenco de trastornos, no se deben tanto a un mal funcionamiento del propio proceso, sino más bien a un afrontamiento inadecuado.¹ Además, los trastornos de ansiedad, una vez presentes, tienden a la cronicidad y a complicarse con la aparición de nuevos trastornos,¹² como los de pánico, obsesivo compulsivos y de ansiedad acompañada de alguna fobia.

Por la importancia de esta emoción y por el hecho de que una vez que se ha manifestado como trastorno es tratada generalmente con psicofármacos y psicoterapias en sus diversas modalidades, además de ser un problema con frecuencia subdiagnosticado, se hace necesario tomar medidas preventivas que eviten que pase de una ansiedad normal a la patológica, para lo cual existe una diversidad de tratamientos, siendo uno de ellos la musicoterapia.

La musicoterapia es definida por la *National Association for Music Therapy (NAMT)*, en 1980, como el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos, como son la restauración, el mantenimiento de la salud tanto física como mental. Es 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 misma y a su mundo, para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad.¹³ Comprende toda terapia que utilice las propiedades del sonido y la vibración como método de curación o alivio para gran parte de los males psicofísicos que padece el ser humano.¹⁴ Los componentes básicos de la música, como ritmo, melodía y armonía, son los mismos que componen a nuestro organismo, el ritmo cardiaco, la sincronización rítmica al caminar, la melodía y volumen de la voz al hablar.¹⁵

Como técnica terapéutica, el uso de la música no es nada nuevo, las sociedades primitivas desde la prehistoria, y las existentes, han utilizado cantos, danzas e instrumentos musicales muy rudimentarios en los rituales religiosos o sociales. El sonido siempre se ha considerado un enlace directo entre la humanidad y lo divino; en cierta forma, toda la escuela antigua del misterio enseñó a sus estudiantes el uso del sonido como fuerza creativa y curativa. La música se considera la más vieja forma de cura, y antiguamente era una parte predominante de la enseñanza temprana de los griegos, los chinos, los indios del este, los tibetanos, los egipcios, los indios americanos, los mayas y los aztecas.¹⁶ En la antigua Grecia se experimentaba con los enfermos, sometiéndolos a diversos tipos de música. Hipócrates la utilizaba con los enfermos de la mente y Aristóteles señaló la importancia de ésta ante las emociones incontrolables, explicó el efecto beneficioso para motivar la catarsis; mientras Platón recomendaba la danza y la música a personas que padecían angustia fóbica y miedo o terror.¹⁷

Los chamanes o curanderos de los pueblos primitivos, y posteriormente los médicos de las civilizaciones más desarrolladas, han sido los encargados de explicar y desarrollar las terapias musicales a lo largo de los siglos en las diferentes culturas. En el siglo XIX se encuentran datos en revistas y libros, tanto de música como de medicina; todos apoyaban

la música como alternativa o complemento al tratamiento médico tradicional.¹⁷

La concepción de la música como material emotivo, potenciador de sentimientos, desarrollada con la doctrina de los afectos, va a estimular de manera decisiva la mentalización social sobre las posibilidades terapéuticas de la música, sobre todo en el ámbito de las enfermedades del estado de ánimo, específicamente en estados depresivos con inhibición psicomotora y estados de agitación y ansiedad.¹⁷

En enfermería, la utilización de la música se inició con Florence Nightingale, y más tarde fue también utilizada con los heridos de la Segunda Guerra Mundial, así como en varias otras situaciones clínicas, como control del dolor e inducción al relajamiento, con lo que se obtuvieron buenos resultados.¹⁸

En la actualidad, la musicoterapia tiene un carácter científico, ya que según la física, la vida está compuesta de átomos que contienen protones y electrones, los cuales se encuentran cargados de energía y en movimiento constante, siendo sus movimientos audibles, las vibraciones sanas de las que habla la física están conectadas con las vibraciones y las ondulaciones de átomos y de moléculas dentro del aire. En prácticas curativas, el ritmo puede energizar y estimular nuestras energías básicas principales; con la percusión se activan los centros chakra del bazo y de la base del cuerpo, relacionados con el sistema circulatorio de las glándulas suprarrenales, y de nuestra fuerza básica de la vida, así como de la sexualidad y nuestra vitalidad espiritual dinámica. Otra parte de la música, que es la armonía, puede ligar nuestra energía individual con la energía de lo divino; tiene efecto en el aspecto físico, emocional y mental, pero sobre todo en el espiritual.¹⁶

El sonido en cualquiera de sus formas es una fuente de energía; si el desequilibrio ha ocurrido dentro de los parámetros electromagnéticos normales de los cuerpos, se puede utilizar el sonido para ayudar a restaurar la homeostasis, aliviar el dolor o acelerar la cura; facilita también la concentración, la relajación, el aprendizaje, la creatividad y un conocimiento creciente de estados psicoespirituales.¹⁶

Los tonos, los ritmos, los instrumentos y las vocalizaciones específicas se pueden utilizar para estimular y balancear el flujo de energía de los chakras, lo que actuará sobre los órganos y los sistemas físicos; es decir, en muchos casos, simplemente al restablecer el equilibrio y el funcionamiento de los chakras, el cuerpo puede responder más fácilmente a las manifestaciones físicas de la enfermedad.¹⁶

Existen profesionales dedicados a su aplicación; en los principales países de Europa la musicoterapia está bastante extendida en la teoría y en la praxis, aunque su incorporación al mundo universitario data de hace unos 40 años. Como disciplina de salud la musicoterapia se ha extendido alrededor del mundo; se han desarrollado programas de grado y

postgrado en Europa (Alemania, Austria, Dinamarca, Italia, Francia, Hungría, Polonia, Reino Unido, España e Israel), en Asia y Oceanía (Korea, Taiwán, Finlandia y Australia), y en el continente americano (Estados Unidos, Canadá, Brasil, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, Uruguay, Perú, Argentina, México y Chile).¹⁹

Según sus efectos se le clasifica en música sedante, la cual tiene un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido, con efectos tranquilizantes, y en estimulante, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones. A través de la escucha o la creación, la música imprime una energía de carácter global que circula libremente en el interior de la persona para proyectarse después a través de las múltiples vías de expresión disponibles. Ésta, al igual que otros estímulos portadores de energía, produce un amplio abanico de respuestas que pueden ser inmediatas, diferidas, voluntarias o involuntarias, que dependen de las circunstancias personales (edad, etapa del desarrollo, estado anímico, salud psicológica, apetencia).¹⁹

Se ha demostrado también cómo la música puede hacer disminuir el dolor, la ansiedad y el estrés; su uso puede beneficiar a quienes buscan un desarrollo personal, a quienes padecen trastornos mentales, personas con discapacidades físicas o sensoriales, personas de la tercera edad, niños con problemas de aprendizaje o trastornos del lenguaje, mujeres embarazadas, pacientes en situación terminal, a quienes se encuentran en estado de coma o a quienes padecen de adicciones o se encuentran internos en cárceles.¹⁷

Existen estudios que nos hablan sobre la efectividad de la musicoterapia, tal es el caso del de Aparicio J y colaboradores, quienes en el 2004 realizaron un estudio con 50 pacientes postoperados, aplicando previamente el cuestionario Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) al ingreso en la unidad hospitalaria, 25 de los cuales fueron sometidos a terapia musical como parte de los cuidados de enfermería, encontrando que las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad que los hombres, tanto antes como después de la intervención con o sin musicoterapia; se encontró que la ansiedad disminuye notablemente, sea cual sea el tipo de anestesia que se aplique.²⁰

Flores-Gutiérrez E y Díaz J, en 2009, llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo ver la respuesta emocional a la música y la atribución de términos de la emoción a piezas musicales seleccionadas en referencia a los estados de ánimo que su audición provoca en voluntarios sanos. Encontraron que con la pieza musical de Mozart la respuesta afectiva se inclinaba hacia términos agradables y estimulantes.²¹

La terapia del sonido se relaciona con las demás ciencias de la salud como: medicina, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y psicología social. La educación musical cum-

plía una labor muy importante en los inicios de la terapia del sonido, en su mayoría eran pedagogos musicales los que empezaron a trabajar con esta terapia enfocada a seres discapacitados, para ayudarles a tener una mejor calidad de vida; Edgar Willems y otros desarrollaron métodos de enseñanza de música que transformaron los métodos tradicionales.¹⁷

El método Bonny de imagen guiada y música¹⁷ es uno de los más utilizados en musicoterapia, ya que brinda una mayor relajación en el paciente: favorece la disminución de la ansiedad, se identifica por el uso de programas de música clásica, específicamente elegida dentro de una sesión de uno a uno o en series de sesiones dirigidas por un facilitador formado en este método; estas sesiones están caracterizadas por una progresión pautada de componentes que dan forma, continuidad y sensación de seguridad al proceso terapéutico.

Es una terapia integrativa y asistida por música que facilita las exploraciones de la consciencia que pueden llevar a la transformación e integridad. Se desarrolló como método a través de la investigación y práctica por la Dra. Helen L. Bonny.

En este método las exploraciones de la consciencia son viajes a través de experiencias sensoriales, biográficas, somáticas, simbólicas y de imágenes arquetípicas activadas musicalmente, las cuales expanden la percepción individual de integridad afirmando el sentido de conexión con las realidades que trascienden lo personal.

Requiere de un formador facilitador que refine la intuición, la apertura, las habilidades clínicas, la consciencia musical, la ética y la espiritualidad, con el fin de responder a las dinámicas de estas exploraciones, así como proporcionar el contexto en el que se puede dar la integración de experiencias interiores complejas.

Una sesión en el método Bonny requiere de la siguiente preparación:

1. Una discusión preliminar entre un facilitador y un cliente puede incluir información biográfica, establecimiento de objetivos y sentimientos o preocupaciones actuales.
2. El facilitador proporciona sugerencias verbales para relajar el cuerpo y centrar la mente del paciente, favoreciendo así la entrada a un estado de consciencia alterado.
3. El facilitador escoge un programa musical apropiado a la disposición del paciente para seguir el proceso terapéutico.

Experiencia musical interactiva:

1. El paciente escucha la música y expresa las imágenes evocadas por ella.
2. El facilitador interactúa verbalmente con el cliente, de forma que apoya y realza las experiencias musicales y de imágenes del cliente.

Cierre

Al final del programa musical el facilitador ayuda al paciente a volver a un estado de vigilia de la consciencia.

Integración

La integración de las experiencias de las sesiones continúa tanto a través de la discusión reflexiva y de las actividades expresivas realizadas inmediatamente después de la música y durante todo el proceso terapéutico.

De esta forma, el presente trabajo tiene como propósito ofrecer al personal que realiza funciones de enfermería psiquiátrica y a las autoridades competentes de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña", nuevas alternativas en el manejo de la ansiedad, e incluirlas como parte de un programa de desarrollo para el personal, partiendo de la experiencia de que en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría, efectivamente el personal de enfermería se encuentra expuesto a la ansiedad constante y del hecho que en la clínica en mención se conoce la presencia de algunos desórdenes emocionales como ansiedad y depresión en algunos compañeros de enfermería, razón por la cual surge el interés por parte de la investigadora de realizar el presente estudio, con el fin de conocer cuál es el efecto de la musicoterapia en los niveles de ansiedad.

Para lo anterior, se midió la ansiedad del personal de enfermería a través de la escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung, previo consentimiento informado, y se implementó el tratamiento con música, con base en un plan establecido, realizando la evaluación de las respuestas dadas en cada participante mediante la aplicación de la escala visual análoga de ansiedad y la propia escala de Zung, con lo que finalmente se comprobó la efectividad del tratamiento en la disminución de los niveles de ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica.

Se realizó un estudio analítico cuasiexperimental. La población estuvo conformada por nueve enfermeros que laboraban en una clínica psiquiátrica de San Luis Potosí y que según la escala autoaplicada de ansiedad de Zung, obtuvieron de 20 a 44 puntos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio analítico, preexperimental, prospectivo, con muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual participaron nueve miembros del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica de San Luis Potosí.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Personal de enfermería psiquiátrica: con antigüedad laboral mínima de un año en la clínica psiquiátrica.

- Terapeuta: certificado en musicoterapia, con disponibilidad de tiempo y que aplique en su ejercicio los principios de ética establecidos para esta terapia. Que den su consentimiento informado por escrito y que tengan disponibilidad de tiempo para acudir a las terapias en los horarios programados.

Criterio de exclusión: las personas que al momento de la aplicación del instrumento se encuentren recibiendo terapia con energía o tratamiento médico para la ansiedad.

Criterio de eliminación: quienes, una vez iniciadas las terapias, decidan de manera voluntaria retirarse del estudio; aquellos participantes a los que no se les aplique el total de las sesiones de terapia programadas o que cambien de trabajo o área de adscripción.

La evaluación de los niveles de ansiedad se realizó en las instalaciones de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, ubicada en el kilómetro 8.5 de la carretera a Matehuala, en Soledad de Graciano Sánchez, del 19 al 24 de mayo de 2009, utilizando la escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung,²²⁻²⁴ la cual tiene aceptables propiedades psicométricas y es útil para identificar posibles casos en forma rápida y económica. Consta de 20 preguntas, 15 para síntomas somáticos y 5 para cognitivos, conductuales o afectivos, las cuales hacen referencia a un periodo anterior de 30 días; cada pregunta puntúa de uno a cuatro; 25% planteadas en sentido positivo y 75% en sentido inverso; el puntaje es de 20 a 80 puntos, y para contestar se requiere de 10 minutos aproximadamente.

La aplicación de la terapia con música utilizó el método Bonny; constó de seis sesiones con duración de dos horas cada una, dos veces por semana. Se llevó a cabo en la sala de usos múltiples de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la UASLP, de junio a julio de 2009. Antes y después de cada sesión se aplicó a los participantes la escala visual análoga de ansiedad, lo que nos permitió conocer las respuestas inmediatas ante el tratamiento; esta escala es un instrumento de tipo gráfico que utiliza representaciones visuales concretas; válido y confiable en la evaluación de la ansiedad, además de que ha sido muy utilizada en adultos.^{25,26}

Los datos se capturaron, organizaron y procesaron en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 15. Se aplicó estadística descriptiva, frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Para probar la hipótesis se aplicó t de Student pareada. La presentación de los datos se realizó en tablas cruzadas de los niveles de antes y después de la aplicación de la terapia.

La presente investigación se inscribió en la línea de investigación denominada Gestión e Innovación del Cuidado de Enfermería. Para su revisión, se presentó al Comité de Ética

e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP, y fue aprobada y registrada con CLAVE: 0020HCEI-ENF09, con fecha 30 de enero de 2009, así como por parte del Comité de Enseñanza, Investigación y Ética de la institución en la cual se llevó a cabo. Para su aplicación se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el Código de Ética para enfermeras y enfermeros en México y el Código de Ética para musicoterapeutas.

RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformado por nueve participantes, predominó el sexo femenino con 77.8%, la edad promedio fue de 38 años (DE de 2.9), el rango de edad predominante fue de 35 a 39 años; casados 66.6%; escolaridad a nivel técnico 77.8%, como lo muestra el *cuadro I*. En cuanto a las características laborales, 55.6% tenía de 11 a 15 años de antigüedad, el mismo porcentaje laboraba en el turno de jornada acumulada y tenía código de camillero, 66.6% asignados a sala de mujeres y 44.4 contaba con trabajo alterno, como se observa en el *cuadro II*. En el *cuadro III* se observan los niveles de ansiedad obtenidos antes, durante y después de la aplicación de la terapia con música; en la medición inicial, 66.7% se encontró en rango normal de ansiedad, 22.2% en moderada y 11.1 en marcada; en la evaluación intermedia, aplicada después de la tercera sesión, 88.9% se encontró en el rango normal, y al concluir el tratamiento el 100% de los participantes. El promedio de puntos de ansiedad obtenido con la escala de Zung fue de 40.5 (DE 11.8) en la medición inicial, en la intermedia de 32.1 (DE 9.7) y al final de 28.1 (DE de 7.7), con lo que se obtuvo un promedio de diferencias estadísticamente

significativo con una $t_7 = 3.58$ y $p = 0.004$ (*Cuadro IV*). Con la aplicación de la escala visual análoga de ansiedad, el porcentaje promedio de ansiedad percibido por los participantes antes de recibir la terapia fue de 47.3% (DE 33.8%), y al concluir la misma de 0.07% (DE 0.27), con un promedio de diferencias estadísticamente significativo, al obtener $t_7 = 3.59$ y $p = 0.004$, según lo observado en el *cuadro V*. Al analizar las características de los participantes que calificaron en nivel moderado de ansiedad, siendo 22.2% de la población estudiada, se encontró que la totalidad era de sexo femenino, contaba con un trabajo alterno y tenía laborando en la institución entre 11 y 15 años; 11.1% solteros y 11.1% casados desempeñándose como enfermeros encargados de servicio; 11.1% contaba con carrera técnica y en el mismo porcentaje eran profesionistas; en igualdad de porcentajes, laboran en turno nocturno y jornada acumulada, asignados a los servicios de sala B (hombres de mediana estancia) y sala C (mujeres de mediana y larga estancia). En lo referente al 11.1% que calificó en nivel de ansiedad marcada o severa, de sexo masculino, con trabajo alterno y antigüedad laboral entre 16 y 20 años, casado, con puesto de encargado de servicio, formación académica a nivel técnico, laborando en el turno de jornada acumulada, con asignación en la sala C (mujeres de mediana y larga estancia).

DISCUSIÓN

Respecto a las características de la población estudiada, en las cuales se observa que 77.8% lo representó el sexo

Cuadro I. Características sociodemográficas del personal de enfermería psiquiátrica, San Luis Potosí, mayo 2009.

Características	número	n = 9 %
Edad		
30 a 34	1	11
35 a 39	5	55.5
40 y más	3	33.5
Sexo		
Femenino	7	77.8
Masculino	2	22.2
Estado civil		
Soltero	2	22.2
Casado	6	66.6
Madre soltera	1	11.1
Escolaridad		
Técnica	7	77.8
Profesionista	1	11.1
Postgrado	1	11.1

Fuente: Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung.

Cuadro II. Características laborales del personal de enfermería psiquiátrica, San Luis Potosí, mayo 2009.

Características	número	n = 9 %
Antigüedad laboral/años		
1 a 5	1	11.1
6 a 10	1	11.1
11 a 15	5	55.6
16 a 20	2	22.2
Turno		
Matutino	1	1.1
Nocturno	3	3.3
Jornada acumulada	5	55.6
Puesto		
Camillero	5	55.6
Enfermera encargada de servicio	3	33.3
Supervisora	1	11.1
Servicio		
Sala B	1	11.1
Sala C	6	66.7
Sala G	1	11.1
Supervisión	1	11.1
Trabajo alterno		
Sí	4	44.4
No	5	55.6

Fuente: Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung.

Cuadro III. Nivel de ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica, San Luis Potosí, mayo-julio 2009.

Nivel de ansiedad	n = 9					
	Inicial		Intermedia		Final	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rango normal	6	66.7	8	88.9	9	100
Moderada	2	22.2	1	11.1	0	0
Marcada o severa	1	11.1	0	0	0	0
Extrema	0	0	0	0	0	0
Total	9	100	9	100	9	100

Fuente: Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung.

Cuadro IV. Puntaje promedio de ansiedad obtenido antes, durante y después de la musicoterapia, San Luis Potosí, mayo-julio 2009.

Evaluación	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n=9
					Significancia
Inicial	40.5	11.8	23	61	T7 = 3.58
Intermedia	32.1	9.7	20	52	Pt7 = 0.004
Final	28.1	7.7	20	42	

Fuente: Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung.

Cuadro V. Porcentaje promedio de ansiedad obtenido antes, durante y después de la aplicación de la terapia con música, San Luis Potosí, mayo-julio 2009.

Evaluación	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n = 9
					Significancia
Inicial	70.4	23.6	33	98	T7 = 3.59
Posterior a la tercera sesión	24.2	17.5	0	58	Pt7 = 0.004
Final	8.7	10.8	0	27	

Fuente: Escala Visual Análoga de Ansiedad.

femenino, con una edad promedio de 38.1 años, coinciden con los datos internacionales registrados por la *Epidemiologic Catchmen Area (ECA)*, referidos por Stein D en el 2005, y por la guía práctica *Manejo del espectro depresión-ansiedad 2004*, los cuales revelaron que los trastornos de ansiedad constituyen uno de los grupos más prevalentes en los Estados Unidos, con mayor frecuencia en las mujeres en una proporción de 2 a 1 y de inicio en edades tempranas; también, que tres cuartas partes de la población tienen uno o más miedos irracionales, pánico repentino, o bien son personas “nerviosas”. A nivel nacional, la depresión y la ansiedad son las psicopatologías más frecuentes; la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas reportó que el 14.3% de la población encuestada había sufrido alguna vez en su vida algún tipo de trastorno de ansiedad: 18.5% de las mujeres y 9.5% de los hombres.^{5,27} Si bien el número de población estudiada fue pequeño, es importante resaltar que el hecho de que la mayoría de quienes aceptaron participar en el proyecto fueran mujeres es indicativo de la conciencia que tienen las enfermeras acerca de que la profesión que profesa es eminentemente femenina,

que como mujer está expuesta a una diversidad de roles^{3,28} que la hacen aún más vulnerable de padecer alteraciones físicas y mentales, y a lo mencionado por Valderrama en su estudio, en el que considera que la mujer expresa más sus sentimientos, situación que le permite solicitar ayuda y responder de manera más adecuada a los tratamientos establecidos.²⁹ En el análisis de las diferencias se encontró que la terapia con música fue efectiva, con una significancia de $p = 0.004$ según la escala de Zung y la escala visual análoga de ansiedad. Lo anterior se respalda con lo que refiere la teoría acerca del efecto tranquilizante y relajante que tiene la música en el ser humano, así como por lo referido por García-Viniegras y colaboradores en su estudio *Musicoterapia. Una modalidad terapéutica para el estrés laboral*, en el que menciona que en su centro de atención al estrés, con frecuencia han aplicado la música relajante, la antidepresiva y la ansiolítica, con resultados altamente positivos.³⁰ Trallero C por su parte, en el estudio *Tratamiento del estrés docente y prevención del Burnout con musicoterapia autorrealizadora*, encontró la ansiedad

como síntoma de Burnout en 80.33%; en el estudio se aplicaron 16 sesiones y tenían como objetivo comprobar la eficacia del tratamiento un mes después de la última sesión y habiendo terminado el curso, y constatar si los efectos conseguidos eran duraderos; se obtuvo que este tratamiento disminuyó de manera considerable la ansiedad rasgo y la ansiedad estado.³¹

Apurcio M y asociados encontraron que la ansiedad del paciente médicoquirúrgico sometido a una operación, en el postoperatorio inmediato disminuye notablemente al recibir musicoterapia, sea cual sea el tipo de anestesia recibida.²⁰

Al comparar la respuesta ante la musicoterapia por sexo, llama la atención que de los dos participantes del sexo masculino, uno tuvo buena respuesta, aunque menor en relación a las de los participantes del sexo femenino, y el segundo incluso aumentó dos puntos en la escala de Zung al final del tratamiento, coincidente con lo que Valderrama menciona acerca de que los hombres no son tan sensibles ante su mundo emocional y presentan dificultad para expresar sus sentimientos, por ello no se pueden relajar o les cuesta trabajo hacerlo, lo que puede llevarlos incluso a aumentar su estado de ansiedad; en cambio, en las mujeres es menor la resistencia ante la expresión de sus sentimientos, lo que se traduciría en un decremento del nivel del estado de ansiedad.²⁹

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- La población estudiada es un grupo homogéneo en cuanto a las características socio-demográficas y laborales.
- Aun cuando la mayoría de los participantes calificó en el rango normal de ansiedad, el hecho de encontrar en algunos de ellos niveles moderado y marcado de ansiedad es indicativo de que este personal se encuentra en eminente riesgo de avanzar hacia un estado patológico.
- La terapia con música resultó efectiva para el tratamiento de la ansiedad en personal de enfermería psiquiátrica, por lo que habría que comparar los resultados de este estudio con otros de ansiedad en personal de características semejantes.

Limitantes:

- La falta de diversificación de horarios para la aplicación de la terapia impidió la participación de algunas personas interesadas, quienes se encontraban laborando en el turno vespertino, o bien rotando turnos.
- La presencia de distractores en algunos de los lugares en los cuales se implementaron algunas sesiones.

RECOMENDACIONES

Para la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña se debe de implementar un programa de desarrollo humano que permita adoptar esta terapia de manera sistemática en el personal de enfermería y el resto de las disciplinas, en función de que diversos estudios reportan su efectividad y el presente no es la excepción. Considerando que el tratamiento no únicamente mejora la ansiedad, sino que, secundario a ello, se daría un aumento en el desempeño, productividad y en las relaciones humanas, lo cual se vería reflejado en la atención que se brinda al usuario y en la disminución de costos para la institución.

Fomentar la aplicación de estas terapias como complementarias en la atención a los usuarios que atiende el personal de salud, para quienes estén interesados en continuar la investigación respecto a esta temática.

Realizar otros estudios dirigidos al personal de salud, en especial al de enfermería psiquiátrica, considerando un mayor número de participantes; también se deben considerar diversos horarios para la aplicación de la terapia de música, así como realizar estudios de tipo cualitativo con la aplicación de esta terapia, para conocer la experiencia del participante en cuanto a sus efectos.

En cuanto a la Facultad de Enfermería, deben continuar fomentando la formación de estudiantes y docentes en el manejo de terapias y en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. González E, Silva L. Factores que ocasionan estrés en el personal de enfermería. *Revista Desarrollo Científico en Enfermería*. 2003; 11 (9): 279-82.
2. Fernández E, Jiménez M, Martín M. *Psicología. Vol. I. Emoción y Motivación. La adaptación humana*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces; 2003. p. 277-79. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=VwgX4NdzhU0C&pg=PA307&lpq=PA307&dq=Escalas+para+medir+ansiedad+normal&source=bl&ots=j_GSyE2etb&sig=qOq6N5YLE6n_gnAEKOaJzaMoK9s&hl=es&ei=uJrRSanDD5G6tQP0rtzJAw&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPA297,M1
3. Botura A, Carvalho D, Trevisani F, Marlene. Situacoes geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle enfermeiras: estudo preliminar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2003; 11 (5): (8 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500004&Ing
4. Cano-Vindel A. *Epidemiología de los trastornos de Ansiedad*. Sociedad Española para el Estudio de Ansiedad y Estrés. National Institute of Mental Health. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España 2012. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/index.htm>
5. *Guía Práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad*. México: Consenso; 2004. pp. 29-60.
6. Piña-Hernández CE. *Síndrome de Burnout y el desempeño laboral del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica*. Tesis de Maestría. Facultad Autónoma de San Luis Potosí. México, 2005.
7. García M, Azpiroz J, De la Fuente Y, García M, González B. La ansiedad en el personal sanitario. *Enfermería en cardiología* 2007; 3

- (1): 41-45. Disponible en: <http://www.enfermeraencardiologia.com/revista/4307.pdf>
8. Lara M, Medina-Mora M, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*. 2007; 30 (5): 4-11.
 9. Valencia M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Día Mundial de la Salud Mental*, 2007. *Salud Mental*. 2007; 30 (2): 75-79.
 10. O'Brien P, Kennedy W, Ballard K. *Enfermería Psiquiátrica*. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2001. pp. 27, 339-348.
 11. Cook J, Lee F. *Fundamentos esenciales de enfermería en Salud Mental*. 2da ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993. pp. 27, 302-81.
 12. Novel G, LLuch M, Miguel M. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona, España: Masson; 2005. pp. 165-70.
 13. Suzanne B. *Music Therapist's handbook*. St. Louis: Warren H. Green, Inc.; 1987.
 14. Zárate P, Díaz V. Aplicaciones de la Musicoterapia en la medicina. *Rev Med Chile*. 2001; 129 (2): (7 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000200015&script=sci_arttext
 15. Wikipedia. la enciclopedia libre. Musicoterapia. (13 páginas en pantalla). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia>
 16. Andrews T. *Sacred Sounds Magic & Healing Through Words & Music*. United States of America: Llewellyng Publications, Woodbury, Minnesota, 2005. pp. 29-47.
 17. Betés de T (Comp.). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Ed. Morata; 2000. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=V-eHTxrtUUYC&pg=PA362&lpg=PA362&dq=m%C3%A9todo+Bonny+de+musicoterapia&source=bl&ots=oyzi-1w4Wr&sig=1XwLgj-eb9xeHaoqKc-hGtiQIho&hl=es&ei=xE2ZSse2LYbOsQP4y-ShAg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5#v=onepage&q=m%C3%A9todo%20Bonny%20de%20musicoterapia&f=false
 18. Correa I, Guedelha D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. *Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Invest Educ Enferm*. 2009; 27 (1): 46-53.
 19. Balarín C. Musicoterapia, Terapia del Sonido. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1776>
 20. Aparicio M et al. ¿Cómo influye la musicoterapia en la ansiedad del paciente médico-quirúrgico sometido a una operación en el postoperatorio inmediato? *Enfermería Global*. 2004; 5: (4 páginas en pantalla). Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/539/559>
 21. Flores-Gutiérrez E, Díaz J. La respuesta emocional a la música: atribución de términos de la emoción a segmentos musicales. *Salud Mental*. 2009; 32 (1): 21-34.
 22. Mella-Mejias C, García-Alvarez R. Ansiedad en el Paciente de Consulta Externa. *Acta Médica República Dominicana* 1989; Noviembre-Diciembre 11 (6): 212-16. Disponible en: <http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/amd/1989/11/06/AMD-1989-11-06-212-216.pdf>
 23. Escala Autoaplicada para la Evaluación de la Ansiedad (Zung, 1971). Disponible en: <http://www.testdeansiedad.com.ar/test/escaladezung.php>
 24. De la Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colombia Médica*. 2009; 40 (1): (7 páginas en pantalla). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol40No1/html/v40n1a6.html>
 25. Quiles MJ, van-der Hofstadt C J, Quiles Y. Instrumento de Evaluación del dolor en pacientes pediátricos. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 360-369. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n6/revision1.pdf>
 26. Esquema de la Escala Visual Análoga de Ansiedad. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n6/revision1.pdf>
 27. Stein J. *Manual clínico de los Trastornos de Ansiedad*. Barcelona, España: Ed. Ars Médica; 2005. pp. 3-5.
 28. Verde E, Ortíz L, Monroy A, Valle I. Equidad y Salario: un estudio de Mujeres Enfermeras. *Desarrollo Científ Enferm*. 2004; 12 (10): 293-98.
 29. Valderrama R, Castelán G, Rivera A. Diferencias entre mujeres y hombres al escuchar música sedante en el nivel del estado de ansiedad. *Facultad de psicología BUAP*. 2007; 11 (2): (14 páginas en pantalla). Disponible en: www.psiquiatria.com
 30. García-Viniegras C, Rodríguez J, Barbón D, Cárdenas N. Musicoterapia, una modalidad terapéutica para el estrés laboral. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997; 13 (6): (6 hojas en pantalla). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600003
 31. Conxa-Trallero F. Tratamiento del estrés docente y prevención del Burnout con musicoterapia autorrealizadora, Universidad de Barcelona, España, 2009. Departamento de Didáctica de la Expresión Musical y Corporal 2009: 1-32. Disponible en: <http://www.musicoterapia-autorealizadora.net>

Alteración en la circulación de líquido cefalorraquídeo relacionada a neoplasia de alto grado (xantastrocitoma)

Claudia Torres Muñoz, Rogelio Trejo Martínez,** Olga Hernández Cruz,** Yadira Bravo Castrejón,**
Mirna Desales Ramos,**** Ma. del Carmen Cruz Gómez,***** Beatriz Camacho Castillo,** Lorena Padilla Torres,*****
Gabriela Velazco Hernández,***** Leticia Rosales Sánchez,** Ma. Guadalupe Nava Galán******

RESUMEN

Introducción: La alteración en la circulación de líquido cefalorraquídeo es conocida como fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR). En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se presentó un incremento notable en 2011, reportándose 18 casos; para 2012 se incrementaron a 42 casos en el Servicio de Neurocirugía, de los cuales 22 son hombres y 20 mujeres. Esta complicación sucede como inconveniente de procesos neuroquirúrgicos hipofisarios, de fosa posterior o de etiología múltiple[§]; se manifiesta en el paciente con la presencia de salida de líquido cefalorraquídeo por nariz (rinoliquorrea), oído (otoliquorrea) y en la herida quirúrgica; los pacientes refieren síntomas como: cefalea, vértigo, mareo, náuseas y fiebre; al ver esto, acuden a urgencias. **Objetivo:** Describir el estudio de caso de un paciente con neoplasia de alto grado (xantastrocitoma) con presencia de fístula de líquido cefalorraquídeo más neuroinfección. **Metodología:** Para la descripción sistemática se recurrió al proceso enfermero en sus diferentes etapas. **Procedimiento:** Para la valoración se recurrió a la historia clínica y exploración neurológica; el cuadro clínico fue de gran apoyo para la realización de diagnósticos de enfermería utilizando el formato: problema, etiología y signos y síntomas (PES); se presentó un plan de cuidados en el que se ejecutan las intervenciones y se evalúan de acuerdo con las necesidades del enfermo. Éste presenta complicaciones por neuroinfección más fístula de líquido cefalorraquídeo (FLC). **Conclusiones:** El conocimiento en el tratamiento de las fístulas de líquido cefalorraquídeo facilita la recuperación y evita complicaciones; aunque hay casos en que a pesar de implementar las medidas para el tratamiento, el proceso es devastador.

Palabras clave: Proceso enfermero, fístula de líquido cefalorraquídeo, complicación.

Altered cerebrospinal fluid circulation related high-grade neoplasia (xanthoastrocytoma)

ABSTRACT

Introduction: The altered cerebrospinal fluid circulation related known as cerebrospinal fluid fistulas (CSF) in the National Institute of Neurology and Neurosurgery presented a significant increase in 2011 reported 18 cases; in 2012, 42 cases in

[§] Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. www.sinave.gob.mx

** Enfermera Especialista en Terapia Intensiva.
** Enfermero/a con Curso Postécnico en Neurología.
*** Enfermera con Curso Postécnico en Terapia Intensiva.
**** Enfermera Especialista en Neurología.
***** Enfermera General "A".
***** Licenciada en Enfermería.
***** Maestra en Enfermería en Educación.*

*Correspondencia:
claudia_torresmunoz@yahoo.com.mx*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

the neurosurgical service, of which 22 are men and 20 women. This complication occurs after neurosurgery complicating pituitary, posterior fossa or multiple etiologies; the patient manifests the presence of cerebrospinal fluid output by nose (rhinoliquorrhea) and heard (otoliquorra), patients report symptoms like headache, dizziness, lightheadedness, nausea and fever, to see this come to the emergency. **Target:** Describe a case study in a patient with high-grade neoplasia (xanthoastrocytoma) neurosecondary infection presence of cerebrospinal fluid fistula. **Methodology:** For the case study nursing process is used at different stages. **Procedure:** The evaluation was based on the clinical history, the neurological examination and the clinical manifestations were conducted formatted nursing diagnosis: problem, etiology and signs and symptoms (PES) presents a care plan in which interventions are implemented and evaluated according to the needs of the patient presented further complications neuro FLC infection. **Conclusions:** Knowledge in the treatment of fistulae, facilitating recovery and avoids complications that although cases despite the measures to implement the process treatment is devastating.

Key words: Nursing process, cerebrospinal fluid fistula, complication.

INTRODUCCIÓN

Es importante referir que el sistema nervioso central (SNC) está protegido por tres membranas: duramadre (membrana externa), aracnoides (intermedia), piamadre (membrana interna), denominadas meninges. A su vez, el encéfalo y la médula espinal están protegidos por envolturas óseas: cráneo y columna vertebral, respectivamente.¹ El SNC se encarga de percibir estímulos del mundo exterior, transmite impulsos a nervios, contiene ventrículos en encéfalo y conducto ependimario en la médula espinal; éstos están llenos de un líquido incoloro y transparente que recibe el nombre de líquido cefalorraquídeo (LCR), el cual tiene las siguientes funciones: es un medio de intercambio para determinadas sustancias, sistema de eliminación de productos residuales, mantiene el equilibrio iónico adecuado, transporta el oxígeno y la glucosa desde la sangre hasta las neuronas, y es un importante sistema amortiguador mecánico.²

En ocasiones, la comunicación anormal entre el espacio subaracnoideo y el exterior muestran, por cuadro clínico, manifestaciones por donde se escapa el líquido cefalorraquídeo.³ La mayoría de las fístulas son postraumáticas o postquirúrgicas, pero existen espontáneas sin factor desencadenante. Éstas suelen ser progresivas e intermitentes en el inicio, confundiendo con rinitis alérgica de difícil diagnóstico, debido a la poca cantidad de LCR y por su falta de continuidad presentan las siguientes características: el líquido es totalmente claro, sin viscosidad y no es pegajoso como el moco de la nariz; cuando esta salida de LCR es intermitente, se requiere de un tratamiento inicial; se recomienda colocación de un drenaje lumbar continuo durante una semana. Si no se controla, se plantea la intervención quirúrgica como tratamiento, mediante craneotomía y sellado de la fístula, siempre y cuando se localice la salida de LCR. Sin embargo, el enfermo "E" presenta características de fístula espontánea, además de la presencia de neuromoencéfalo (acumulación de aire en la cavidad craneal), situación que

llevó a la revisión del siguiente caso clínico para establecer el proceso enfermero.

Se trata de un hombre de 25 años de edad, quien ingresa por un cuadro clínico manifestado con: cefalea intensa, náuseas, confusión mental de 24 horas de evolución, con antecedentes familiares patológicos, sin datos relevantes; las manifestaciones son atribuidas por efecto de una neoplasia a la edad de 15 años. Al inicio se le realizó resonancia magnética en el Instituto Nacional de Pediatría, reportando una probable lesión con encefalomalacia residual y gliosis; se observa que se encuentra cerca de estructuras óseas.

A partir del 2006 manifiesta sintomatología por complicación de la neoplasia, ingresa al Instituto a los 19 años y es intervenido para toma de biopsia, confirmándose el diagnóstico de xantoastrocitoma. Se realiza resección del 90% de la lesión y egresa a domicilio. En el año 2007 recibió radioterapia estereotáctica fraccionada más quimioterapia; en ese año mismo año acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Neumología y Neurocirugía (INNYN) refiriendo cefaleas intensas; éstas son controladas a través de analgésicos. Esto favoreció una adecuada calidad de vida para su tratamiento por algunos años.

Sin embargo, en julio de 2012 se realizó una nueva cirugía encontrando crecimiento de la neoplasia; se decidió una nueva resección del tumor, requiriendo de intervención quirúrgica en noviembre del mismo año; a partir de entonces comienza con un cuadro clínico complicado relacionado con dehiscencia (apertura espontánea de sitio de sutura o de herida quirúrgica), manifestado por salida de líquido cefalorraquídeo; desde entonces, por indicación médica, requiere transposición de colgajo para su tratamiento; a pesar del tratamiento y la estancia en el área de recuperación, sigue reportándose salida de líquido serohemático por herida quirúrgica en abundante cantidad.

Para esto, los cirujanos deciden realizar rotación del colgajo, tornándose abundante la salida de LCR. Al día siguiente se decide colocar una derivación ventrículo-peritoneal; así



Figura 1. Imagen tomada al enfermo «E», con consentimiento informado del enfermo y familia.



Figura 3. La imagen muestra parche de arginina de plata en la herida quirúrgica.



Figura 2. Drenaje epidural instalado al enfermo «E».



Figura 4. La imagen muestra zonas después de la necrosectomía.

mismo, se realiza plastia de la duramadre en la fístula de LCR. A pesar de la intervención realizada persiste la salida de LCR, por lo que se decide colocar puntos continuos por bordes de la herida; se presenta en sesión para consenso de casos clínicos.⁸

A pesar de llevar a cabo el tratamiento, se considera la instalación de un drenaje epidural (perifix), con flujo abierto para favorecer el cierre de la herida.

Sin embargo, presenta fuga de un borde de la herida cuando disminuye el flujo, por lo que se solicitan parches de arginato de plata.⁶

A los 20 días de tratamiento se realiza necrosectomía, plastia dural y colocación de craneoplastia con metilmetacrilato; al tercer día del procedimiento se coloca sistema de derivación ventrículo-peritoneal y precordial derecho sin complicaciones

Realizado el procedimiento, se reporta al paciente con evolución estable; el drenaje lumbar se mantuvo cerrado

por 48 horas, presentando salida escasa de LCR al realizar maniobra de Valsalva, por lo que se retiró el drenaje lumbar. Se mantuvo afebril y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Al día siguiente es valorado por Cirugía Plástica y se le encuentra adecuada coloración y adhesión, con pequeñas zonas de necrosis en borde occipital y gastos mínimos de LCR. Se recomienda aplicar parches DuoDerm en la zona afectada. Posteriormente, presenta discreta salida de LCR por herida quirúrgica, agregándose tratamiento con acetazolamida.

Esto ocasiona al tercer día picos febriles, tomando hemocultivos, los cuales se reportaron negativos; sin picos febriles el paciente es egresado a su domicilio tres días después.



Figura 5. Parche hidrocoloide para corrección de fístula.



Figura 6. Herida en abdomen con áreas de enrojecimiento.

Al cuarto día de su egreso acude a Urgencias por presentar prurito y dolor en sitio de herida quirúrgica abdominal, así como aumento de volumen y eritema en el mismo sitio; se realiza tomografía axial computarizada abdominal en la cual se observa sistema de derivación ventrículo (SDVP) a nivel de tejidos blandos de región paraumbilical derecha, con presencia de absceso en tejidos blandos, con punta localizada de forma intraperitoneal sin datos de perforación intestinal.

En la pared abdominal se observa estiramiento de la grasa peritoneal en relación con probable absceso de pared, así que se le realiza revisión y drenaje de quiste peritoneal, drenaje de absceso de pared abdominal y exteriorización del sistema de derivación ventrículo peritoneal (SDVP).

En cuanto a los registros clínicos de enfermería, éstos reportan signos vitales de FC 86, FR 21, T/A 110/80, TC



Figura 7. Circuito cerrado para recolección de LCR.



Figura 8. Sistema de drenaje epidural.

38 (fiebre). El enfermo estuvo alerta todo el tiempo, con pupilas simétricas de respuesta, amaurosis bilateral, catéter exteriorizado con un gasto total de 40 mL de líquido cefalorraquídeo xantocrómico, con hemiplejía derecha y hemiparesia izquierda.

Continuó con picos febriles durante tres días más; se realizó cultivo y examen citoquímico de LCR, así como hemocultivo para un mejor control.

Posterior a esto presenta ruptura del sistema a nivel cefálico, por lo que ingresa a cirugía para retiro de SDVP y colocación de ventriculostomía por siete días, después se coloca nuevo sistema de derivación ventrículo peritoneal.

Seis días después se realiza tomografía axial computarizada, la cual muestra existencia de neumoventrículo por amplitud del sistema ventricular supratentorial, con migración de neoplasia transependimaria, más compresión por efecto de masa. Se decide su egreso a domicilio, reingresando dos días después por falla del SDVP; se realiza revisión del sistema. En este periodo muestra deterioro neurológico importante, por lo que la familia decide alta voluntaria. El paciente fallece en su domicilio un día después de su egreso.

Cabe mencionar que el paciente cursó con cefaleas intensas durante su estancia hospitalaria 10/10, requiriendo manejo combinado de diversos analgésicos tales como paracetamol, ketoprofeno, tradol y clonixinato de lisina.

El paciente recibió tratamiento con varios antibióticos de acuerdo con la evolución de su enfermedad, tales como amikacina, metronidazol, itraconazol, tazocin, cefepime, vancomicina, ceftriaxona y clindamicina.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Limpieza ineficaz de vías respiratorias, relacionada con disfunción neuromuscular e incapacidad para expulsar secreciones; éstas son abundantes.

Intervenciones de enfermería:

1. Fisioterapia pulmonar.
 2. Aspiración de secreciones.
 3. Elevación de la cabecera de la cama 45°(posición Fowler).
- Dolor agudo relacionado con lesión encefálica, manifestado por cambios en el pulso, diaforesis.

Intervenciones de enfermería:

1. Vigilar nivel de conciencia y pupilas.
 2. Ministración de fármacos vasoactivos.
- Desequilibrio de nutrición relacionado con incapacidad para digerir los nutrientes, manifestado por ingesta inferior a la recomendada.
 - Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución.



Figura 9. Vigilancia respiratoria en enfermo neurológico.

Intervenciones de enfermería:

1. Alimentación enteral por sonda nasogástrica.
 2. Suplemento de dieta.
 3. Posición Semifowler.
- Exceso de volumen de líquidos relacionado con abundante aporte de líquidos, manifestado por aumento de la diuresis.
 - Alteración hidroelectrolítica relacionada con tratamiento por acetazolamida, manifestada por el aumento de volumen en diuresis.

Intervenciones de enfermería:

1. Control de diuresis.
 2. Observar hidratación de mucosas.
 3. Control de líquidos.
 4. Terapia intravenosa, restricción de líquidos a 1,500 cm³ al día.
 5. Administración horaria de acetazolamida.
 6. Reposición de líquidos de acuerdo con la eliminación.
 7. Toma y valoración de electrolitos de acuerdo con los requerimientos.
- Retención urinaria relacionada con inhibición del arco reflejo, manifestado por distensión vesical.

Intervenciones de enfermería:

1. Sondeo vesical permanente.
- Deterioro de la integridad cutánea manifestado por fístula de LCR, relacionado con la presencia de colgajo óseo.
 - Deterioro de la movilidad física relacionado con hemiplejía, manifestado por dificultad para moverse por sí mismo.
 - Deterioro de la integridad tisular manifestado por fístula de LCR, relacionado con dehiscencia de herida neuroquirúrgica.
 - Déficit de autocuidado higiénico manifestado por limitación de la habilidad para la actividad motora, relacionado con deterioro neuromuscular.

Intervenciones de enfermería:

1. Alineación corporal.
2. Cambios posturales cada dos horas.
3. Realización de ejercicios activos o pasivos de arcos de movimiento.



Figura 10. Vigilancia por turno y notificación de cicatrización.



Figura 12. Curación de herida quirúrgica con técnica estéril.



Figura 11. Parche hidrocoloide en toma de injerto, miembro pélvico derecho.

4. Asistencia en las actividades de autocuidado (baño, higiene bucal, etcétera).
5. Colocación de parches hidrocoloides (DuoDerm®).
6. Vigilancia por turno y notificación de cicatrización.
7. Instruir a su familia sobre cómo realizar las mismas acciones.

- Trastorno de la percepción visual y auditiva relacionado con edema, manifestado por disminución en la visión y audición.

Intervenciones de enfermería:

1. Vigilar nivel de conciencia y pupilas.

2. Escuchar con atención.
3. Evaluar funciones sensoriales.
4. Eliminar factores de peligro.
5. Hablar fuerte y claro.

- Ansiedad relacionada con alteración del estado de salud y de la imagen corporal, manifestada por inquietud, preocupación creciente, trastornos del sueño e irritabilidad.

Intervenciones de enfermería:

1. Explicar todos los procedimientos.
2. Facilitar la expresión de sentimientos.
3. Aclarar las dudas que tenga sobre su lesión, siendo reservados en cuanto a la recuperación.

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO

- Riesgo de caída relacionado con dificultad visual, disminución de la fuerza y dificultad para la marcha.

Intervenciones de enfermería:

1. Mantener los barandales altos.
2. Eliminar factores de peligro del ambiente.
3. Permanecer con el paciente para promover su seguridad.

- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos tales como instalación de catéter epidural, sonda nasogástrica, líneas intravenosas y sonda vesical.



Figura 13. Enfermo en confort.



Figura 14. Enfermo inactivo con vigilancia postural.

Intervenciones de enfermería:

1. Mantener técnicas asépticas.
 2. Cuidados de sondas y catéteres.
 3. Vigilar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica.
 4. Observar signos y síntomas de infección.
 5. Prevención de infecciones con higiene de manos en los cinco momentos de la técnica adecuada, verificando que se lleve a cabo de esta forma.
 6. Curación de la herida quirúrgica con técnica estéril, cambio de gasas, apósitos y registrar carácter.
 7. Realizar las precauciones estándar como uso de bata, cubreboca, gorro y guantes estériles.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y alteración de la sensibilidad.

Intervenciones de enfermería:

1. Protección de prominencias óseas y cambios posturales.
 2. Colocar rodillo de manos debajo de los dedos.
 3. Mantener la piel limpia y seca.
 4. Colocación de almohadas en cama para comodidad del paciente.
- Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilización.

Intervenciones de enfermería:

1. Cambios posturales cada dos horas.
2. Realizar ejercicios activos o pasivos de arcos de movimiento.
3. Asistencia en las actividades.⁷

REFERENCIAS

1. Snell RS. Neuroanatomía clínica. 4ª edición. Barcelona, España: Editorial Panamericana; 2003. p. 554.
2. Parte V, Sección 1. Tumores cerebrales primarios (en español). En: Harrison K, Braunwald F (eds.). Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill; 2006. pp. 87, 641-5.
3. Guyton AC, Hall E. Fisiología humana. 7ª edición. Madrid, España: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 2005. pp. 354-356, 542-583.
4. Cristobal P, García - Díaz S. Cirugía. 2a Edición. Editorial Elsevier España; 2005. pág: 137 -138.
5. Demetriades AK, Mohammed F, Sheikh, Pawan SM. Fatal bilateral subdural haematoma after epidural anaesthesia for pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2011; 284 (6): 1597-1598.
6. Rodríguez Suárez LF. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP). "Clasificación-Estadiaje de las úlceras por presión". Geroko- mos-Helcos, 2007;VII (22):III. INSALUD: "Úlcera de Decúbito".
7. Documento oficial, México, D.F. 2013, hoja de registros clínicos. Subdirección de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
8. Expediente clínico, registro 180996, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Datos tomados del expediente clínico registro 180996, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

La importancia de la terapia ocupacional a través del cuidado en pacientes psiquiátricos

María Salgado Quijano, Guadalupe Espinosa Sánchez**

RESUMEN

Introducción: El enfermo neuropsiquiátrico requiere de una estancia hospitalaria prolongada por las condiciones de su patología, por lo que es importante considerar a la persona en su aspecto biológico, psicológico y social. La terapia ocupacional es una alternativa y, a su vez, una herramienta que se utiliza como apoyo para la rehabilitación de este tipo de enfermos; además contribuye a que la persona se mantenga activa. **Objetivo:** Fomentar la integración grupal y el desarrollo de sus capacidades para expresar su creatividad. **Metodología:** El profesional de enfermería interviene en este proceso de rehabilitación de la enfermedad a través de la incorporación de las actividades que se realizan en la terapia; reincorpora a la persona lo antes posible a su vida cotidiana, familiar y social. La terapia ocupacional es una herramienta terapéutica que le permite al enfermo desarrollar su habilidad mediante actividades encaminadas a responder a las necesidades de tratamiento de cada persona. En algunos casos se implementan estrategias que faciliten la actividad que se está llevando a cabo. Meyer concebía al hombre como un organismo que se mantiene y equilibra en el mundo real, actualizándose a través de una vida activa y participativa. **Resultados:** A lo largo de la historia de la profesión, la ocupación humana ha sido típicamente clasificada por los terapeutas ocupacionales en tres áreas: autocuidado, incorporación a la vida social y laboral, todas ellas actividades productivas; así también el juego y las actividades de esparcimiento. **Conclusiones:** La terapia ocupacional juega un rol importante en la recuperación del enfermo neuropsiquiátrico, busca que la persona sea productiva durante su estancia hospitalaria, contribuye a mejorar su condición de salud y lo reintegra a su ámbito social y familiar.

Palabras clave: Terapia ocupacional, enfermo neuropsiquiátrico, enfermería.

The importance of occupational therapy by taking care in psychiatric patients

ABSTRACT

Introduction: The neuropsychiatric illness requires a prolonged hospital stay by the conditions of their disease so it is important to consider the person in their biological, psychological and social. Occupational therapy is an alternative and also a tool used as support for the rehabilitation of such patients, helps the person to stay active. **Objective:** Encourage group integration and the development of their ability to express their creativity. **Methodology:** The nurse involved in the rehabilitation process of the disease through the incorporation of the activities taking place in therapy, rejoins the person as soon as possible to your everyday life, family and social. Occupational therapy is a therapeutic tool that allows the patient to develop their skills with activities to meet the treatment needs of each person; in some cases implemented strategies to facilitate the activity being carried out. Meyer conceived to man as an organism that maintains and balances in the real

* *Licenciada en Enfermería. Enfermera con Curso Postécnico de Psiquiatría.*

*Correspondencia: María Salgado Quijano, Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama. Delegación Tlalpan, 14269, México, D.F.
E-mail: msalgadoq@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

world, updated through an active and participatory. **Results:** Over the history of the profession, human occupation has been typically classified by occupational therapists in three areas: self-care, incorporating the social and working life, all of these productive activities, also play and leisure activities. **Conclusions:** Occupational therapy plays an important role in the recovery of neuropsychiatric illness, looking for a person to be productive during their hospital stay, helping to improve their health, and their social reintegration and family.

Key words: Occupational therapy, neuropsychiatric illness, nursing.

MARCO CONCEPTUAL

Meyer concebía al hombre “como un organismo que se mantiene y equilibra en el mundo real, actualizándose a través de una vida activa y participativa”. A lo largo de la historia de la profesión, la ocupación humana ha sido típicamente clasificada por los terapeutas ocupacionales en tres áreas: autocuidado, incorporación a la vida social y laboral, todas ellas actividades productivas, además del juego y las actividades de esparcimiento.

La terapia ocupacional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.²

“La terapia ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad a lo largo de la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente.”³

La terapia ocupacional, de acuerdo a Gómez-Tolón, es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia los objetivos específicos previamente analizados y seleccionados en función de las necesidades del enfermo impedido y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendientes a conseguir el máximo grado de autonomía.⁴

OBJETIVOS

General. Mejorar la calidad de vida consiguiendo el máximo nivel de autonomía e integración del enfermo neuropsiquiátrico a través de la terapia ocupacional para lograr su independencia psicológica y social y con la finalidad de reintegrarlo a su ámbito social y familiar.

Específico. Mejorar, desarrollar, mantener, y/o recuperar el desempeño de las funciones motoras del enfermo para minimizar, de ser posible, su deterioro.

ANTECEDENTES

El uso terapéutico de la actividad y el movimiento ha sido apreciado desde el inicio de las civilizaciones más primitivas. Desde el 2,600 a.C., en China, se pensaba que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y se utilizaba el entrenamiento físico mediante una serie de ejercicios gimnásticos, similares a los que hoy se conocen como Tai-Chi, para promover la salud, e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad.

En la Grecia clásica, Esculapio fundó el hospital de la Ciudad de Pérgamo en el año 600 a.C. Aquí se trataba de aliviar el *delirium* con el empleo de canciones, música, literatura y farsas. Años después (entre el 600 a.C. y el 200 d.C.) Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaron la música como remedio para distintos males del cuerpo y la mente. Hipócrates, quien resaltaba la relación cuerpo-mente (mente sana en cuerpo sano) recomendó la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener y mejorar el estado de salud de los individuos.

Para aliviar “las mentes trastornadas”, Cornelio Celso (14-37 d.C.) recomendaba la música, la conversación, la lectura, el ejercicio hasta la fatiga, los viajes y hasta un cambio de escena; para el mantenimiento de la salud, sus recomendaciones se dirigían hasta la navegación, el manejo de las armas y actividades como el juego de pelota, saltos, carreras y paseos. Para los problemas del estómago aconsejaba realizar lecturas en voz alta, así como otras actividades para diferentes dolencias. Las ocupaciones en esa época deberían ajustarse al temperamento de cada persona. Así mismo, Séneca (55 a.C. y 39 d.C.) aludía que el trabajo era remedio de cualquier agitación mental.

Durante la Edad Media, apenas se pudo desarrollar la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos, por lo que hubo que esperar hasta el renacimiento de todas las ciencias.⁵ A lo largo de los siglos XVIII y XIX aparecieron gradualmente los primeros patrones especializados sobre terapia ocupacional.

En este orden de ideas, Philippe Pinel, médico francés especializado en el tratamiento de las enfermedades mentales, prescribió en 1801 ejercicios físicos y ocupaciones manuales para asegurar una buena moral y disciplina entre los pacientes psiquiátricos.

Resulta oportuno destacar que Benjamín Rush fue el primer médico que empleó el concepto de tratamiento moral y ocupación en los Estados Unidos; es evidente, entonces, que a él se le considera el padre de la psiquiatría norteamericana; sostenía que la locura era una enfermedad del cerebro y no una enfermedad del cuerpo. Consideraba que el hombre estaba hecho para ser activo, por lo que recomendaba el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.⁶

Cabe destacar que Susan E. Tracy fue la primera enfermera que creó el término *enfermería ocupacional* para el tratamiento de inválidos en 1905; ella impartió el primer curso de terapia ocupacional destinado a sus alumnas de enfermería en Boston, durante 1906; además publicó el primer libro titulado *Ocupación para Inválidos (Studies in Invalid Occupations)* en 1910, el cual es considerado el primer manual sobre terapia ocupacional. Éste señala la evaluación del paciente mediante la actividad ocupacional, es decir, analiza lo que hacen los enfermos para determinar sus limitaciones.

Cabe agregar que el médico Herbert J. Hall prescribía la ocupación para sus pacientes (lo que él denominaba cura de trabajo) como un tipo de medicina para dirigir el interés y regular la vida. En 1908 inició un programa de formación (inicialmente para enfermeras y trabajadoras sociales) que se basaba en el trabajo como tratamiento.⁷

A partir de los años cincuenta, con la epidemia de polio-mielitis y las secuelas de la parálisis cerebral, los terapeutas ocupacionales comenzaron a trabajar en el ámbito del neurodesarrollo y trataron también a la población infantil. En ese mismo sentido, Adolf Meyer, psiquiatra suizo, desarrolló sus ideas acerca de las causas y tratamientos de las enfermedades mentales; consideraba que los trastornos mentales eran resultado de hábitos o comportamientos desorganizados que daban lugar a problemas en el transcurso de la vida. Pensaba que una persona debía organizar su vida diaria en periodos de trabajo y juego y descanso, pues de esta forma lograría un equilibrio y armonía con la naturaleza. En 1921 presentó el primer modelo organizado de terapia ocupacional que muestra la importancia del ritmo de las actividades de una persona; afirmaba que un cambio de ritmo en la vida es lo que desencadena una patología. En efecto, Meyer consideraba que un deterioro mental acarrea un deterioro físico y viceversa.⁸

En ese orden de ideas, en España, en 1980, Gary Kielhofner y Mary Reilly estudiaron juntas la carrera; ambas empezaron a hacer su tesis en la cual establecieron un modelo

nuevo de tratamiento conocido como de ocupación humana (MOHO). En 1995 se propone un modelo social de salud a partir de la rehabilitación médica y la propuesta de un paradigma de la terapia ocupacional; éste se basa en la naturaleza ocupacional del ser humano como determinante del bienestar. La propuesta se implementa en áreas de especialidad psiquiatría.⁹

En México, la fundación Teletón ha manifestado gran interés por llevar a cabo una profesionalización en el ámbito de la terapia ocupacional, iniciando su gestión en el año 2000 en el campo de la educación profesional con la creación del Instituto Teletón de Estudios Superiores en Rehabilitación (ITESUR), el cual nació con el objetivo de formar profesionales en rehabilitación necesarios para atender las demandas de las personas con discapacidad en nuestro país.

Ese mismo año, Fundación Teletón firmó un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma del Estado de México para la apertura de las licenciaturas en terapia física y terapia ocupacional; esta última se creó en el año 2012 como la licenciatura en terapia, avalada por la Secretaría de Educación Pública, la cual tiene como objetivo formar profesionales en terapia ocupacional que sean capaces de prestar servicios a personas o poblaciones utilizando herramientas, estrategias y modelos propios de la disciplina con el fin de desarrollar, mantener y restaurar la ocupación y la capacidad funcional al máximo durante toda la vida, dentro de la esfera del bienestar humano, con capacidad reflexiva, dinámica, actitud de humanismo y ética profesional, así como fomentar la autonomía del profesional convertido en terapeuta ocupacional para que integre sus conocimientos, habilidades y destrezas y realice sus funciones con calidad, eficiencia y pertinencia, y con base en principios éticos.¹⁰

El interés por una rehabilitación y desarrollo integral del enfermo mental ha permitido la incorporación de la terapia ocupacional como una disciplina de la salud que desarrolla todas sus habilidades en función de las necesidades, contribuyendo con esto a la recuperación psicosocial de la persona. El éxito en la recuperación psicosocial funcional y la readecuación de comportamientos en las personas que además del tratamiento médico (farmacológico) son incorporadas a un programa de utilización sana del tiempo libre, constituye el fundamento gestor de la terapia ocupacional como un quehacer científico en pro de la salud.¹¹

Implementación de la terapia ocupacional dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Aspectos históricos

En 1964 se inaugura el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía por el Dr. Manuel Velazco Suárez (INNN).

En el terreno destinado para la construcción del Instituto ya existía la granja de recuperación para enfermos mentales y la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales “Bernardino Álvarez”, las cuales quedaron integradas al propio Instituto.

Recién creada la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación dentro de la SSA, al comienzo del ejercicio presidencial del Lic. Adolfo López Mateos, el Dr. Manuel Velasco Suárez tuvo la acertada idea de brindar atención a enfermos mentales crónicos capacitándolos para desarrollar actividades con fines terapéuticos; de esta manera se acondicionó un espacio. La granja de recuperación para enfermos mentales fue acondicionada para la atención de 80 enfermos masculinos, los cuales eran capacitados para realizar actividades de acuerdo a sus necesidades con fines terapéuticos; las actividades que desempeñaban eran diversas; una de ellas, la jardinería. En esta actividad se les capacitaba para la siembra y cultivo de hortalizas como lechuga, papas, col, entre otras; también se implementaron talleres de manualidades. Esta granja fue la primera en el D.F. y estuvo funcionando hasta 1972 cuando los enfermos fueron trasladados a otras granjas similares.

La Escuela para Adolescentes deficientes mentales “Bernardino Álvarez” empezó a funcionar en el año 1960 como dependencia de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación; a partir de 1964 se integró como Unidad Psicopedagógica del Instituto.

La capacidad de la escuela era para 100 alumnos cuyas edades comprendían de 12 a 20 años. La selección de los alumnos se basaba en estudios psicológicos para situarlos en el campo de trabajo más apropiado a sus condiciones mentales y de aptitud para el trabajo manual.



Figura 1. Honores a la bandera por los alumnos de la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales «Bernardino Álvarez», atendidos en el INNN, año de 1964. Fuente: Escobedo-Ríos, Rabadán-Quezada R. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, M. Editorial Progreso. México, 1974.

El programa de la escuela reunía dos objetivos fundamentales para los alumnos: a) ortopedia mental y b) habilitación en trabajo de talleres y actividades diarias. Para ello cuenta con dos grupos escolares y talleres de carpintería, encuadernación, talabartería, alfarería y cestería de mimbre; además se llevaban a cabo otras actividades como horticultura, deportes y honores a la bandera. Con estas actividades se pretendía que el débil mental llegara a ser un hombre útil.

La realización de honores a la bandera

En la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales “Bernardino Álvarez” el niño, al igual que el adulto, son un ser indivisible psíquica, biológica y socialmente, pero con características especiales en cuanto al tipo de enfermedades; además, siendo susceptibles a las agresiones del medio ambiente aun antes de nacer y sabiendo que las alteraciones de tipo genético afectan frecuentemente al sistema nervioso, se creó el Servicio de Neuropediatria donde la intervención conjunta de especialistas de neurología, neurocirugía y psiquiatría puede afrontar el problema médico.

Con referencia a lo antes mencionado, también se vieron en la necesidad de crear la Clínica Psicológica y Terapéutica de Lenguaje para realizar estudios de inteligencia, personalidad, nivel de madurez, exploración de funciones lingüísticas, índice de velocidad y regularidad en el aprendizaje; memoria, atención e índice de fijación de la memoria, pruebas de lateralización cerebral, entre otros.

A su vez, se contaba con un salón de terapia ocupacional para los niños, en el cual se les enseñaban algunas actividades manuales y juegos de mesa tomando en cuenta su edad y estado de salud.¹²

En 1983 se creó el Servicio de Psiquiatría con capacidad para 41 camas, donde se reciben pacientes de ambos sexos



Figura 2. Sala para aplicación de pruebas. México, 1974.



Figura 3. Sala de terapia ocupacional donde se llevan a cabo trabajos manuales. Año de 2013.



Figura 4. Terapia ocupacional: actividades con tema. 14 de febrero de 2013.

con padecimientos de evolución aguda y crónica con fines asistenciales, con objetivos de enseñanza e investigación. En esta área también se implementaban actividades manuales, las cuales se llevaban a cabo por dos terapeutas ocupacionales que se hacían cargo de estas actividades con los pacientes psiquiátricos. Cuando las terapeutas se jubilan, esta actividad se lleva a cabo por el profesional de enfermería realizando actividades recreativas y deportivas además de la terapia ocupacional que consiste en diversas actividades manuales. Actualmente, en el área de Neuropsiquiatría se atienden adultos con padecimientos neuropsiquiátricos agudos, a los cuales se les brinda atención de enfermería con calidad y calidez para que su estancia hospitalaria sea más confortable; para esto, el servicio cuenta con un salón donde se realiza terapia ocupacional, en el cual se desarrollan actividades manuales que los enfermos llevan a cabo bajo la supervisión de enfermería de lunes a viernes en el turno matutino; y martes, miércoles y viernes en el turno vesp-

Cuadro I. Fechas programadas para terapias ocupacionales.

Fecha	Conmemoración
6 de enero	Día de los reyes magos y la enfermera
5 de febrero	Constitución Política de México
14 de febrero	Día del amor y la amistad
24 de febrero	Día de la bandera
21 de marzo	Natalicio de Benito Juárez e inicio de la primavera
30 de abril	Día del niño
1º de mayo	Día del trabajo
5 de mayo	Batalla de Puebla
10 de mayo	Día de las madres
Tercer domingo de junio	Día del padre
16 de septiembre	Independencia de México
12 de octubre	Día de la raza
2 de noviembre	Día de muertos
20 de noviembre	Revolución Mexicana
25 de diciembre	Navidad



Figura 5. Imágenes de Terapia de Remotivación.

tino. Quien se encarga de solicitar el material para la terapia ocupacional es la supervisora del turno matutino con las damas voluntarias.

En el marco de las consideraciones anteriores, el profesional de enfermería ha buscado estrategias individuales y grupales que tienen que ver con la *Remotivación* y *Grupo de Remotivación*; por ello se precisan ambos términos.

Remotivación. “Es la utilización de técnicas especiales que estimulan a los pacientes para que se motiven a aprender e interaccionar.”¹³

Grupo de Remotivación. “Grupo terapéutico que se organiza con el propósito de estimular el interés, el conocimiento

y la comunicación de los pacientes mentales abandonados e ingresados en instituciones.”¹⁴

En las remotivaciones se reúne a todos los enfermos con la finalidad de que se integren y participen; en primera instancia, cada uno se presenta diciendo su nombre, a qué se dedica y de dónde es... con la finalidad de que todos se conozcan y se establezca un ambiente cordial; así se va desarrollando el tema.

Se les dan tarjetas a los enfermos que contienen información importante acerca de la conmemoración alusiva al mes para que ellos lean el material y den su punto de vista acerca del tema que se esté desarrollando en ese momento; procurando que exista una interacción grupal, al término de esta remotivación se sociabiliza con los enfermos y se ofrece un *ambigú*; también se implementa otra técnica a través de la musicoterapia, amenizando el evento e integrando a los enfermos para que participen con baile y algunos con cantos. Con esta terapia de remotivación se pretende contribuir paulatinamente a la recuperación del enfermo neuropsiquiátrico.

CONCLUSIONES

Actualmente, los enfermos demandan la actividad que se realiza en la terapia ocupacional ya que ésta contribuye a restaurar la función mental del enfermo manteniéndolo ocupado.

Se ha observado que la terapia ocupacional es una herramienta terapéutica que beneficia al enfermo neuropsiquiátrico en sus distintas patologías; a los enfermos con depresión mayor la terapia ocupacional los ayuda a superar más pronto sus cuadros depresivos; a los que tienen trastornos de ansiedad la actividad los ayuda a canalizar su angustia; a los enfermos con psicosis y esquizofrenia la terapia ocupacional les favorece ya que al mantenerse activos su mente está concentrada en la actividad y esto los ayuda a ubicarse un poco en su espacio real. Estas actividades, realizadas

en conjunto, contribuyen a que su estancia hospitalaria sea menor y de máximo beneficio.

Otras situaciones que han ayudado al enfermo neuropsiquiátrico son las remotivaciones grupales, en las cuales los beneficios que éstas proporcionan al enfermo contribuyen a ubicarlo en tiempo, lugar y espacio, además los motivan a la convivencia en grupo para integrarlos a la vida familiar y social.

Cabe destacar que esta actividad la lleva a cabo de manera programada y organizada el profesional de enfermería en el turno matutino y vespertino bajo sus propios recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beaudry de I, Portal de Terapia Ocupacional Pediátrica, OMS, disponible en cytycocoacan2.com, consultado el 20 de febrero del 2013 a las 13:49 pm.
2. Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, ediciones Hans Hancourt S.A. 2009.
3. Op.cit. Diccionario Mosby.
4. Escobedo F, Rabadán R, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Editorial Progreso, 1974, México D.F., pp. 14-18.
5. Op.cit. Escobedo F. p. 83.
6. Hopkins H, Smith H. Terapia Ocupacional, 2001, octava edición, editorial Médica Panamericana S.A. México, D.F. p. 4.
7. Instituto Nacional de Neurología, Diez años de servicio, 1974, Secretaría de Salubridad y Asistencia, editores: Dr. Escobedo R. Francisco, Dr. Rabadán Q. Ramiro. Editorial Progreso, S.A.
8. Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid, España. 2001, p. 41.
9. Op.cit. Polonio B. pp. 1-2.
10. Rincón E, Sánchez M, Ramos R, Terapia ocupacional. Intervención en distintas patologías. Ed. Formación. Alcalá España, 2007. p. 17.
11. Ibídem. Rincón. p. 19.
12. Ibídem. Rincón, p. 20.
13. Ibídem. Rincón, p. 23.
14. Rueda L, Valdebenito C, Lolas F, Revista Chilena, artículo original. La Ocupación Ciencia y Técnica de Terapia Ocupacional para la intervención en psiquiatría, p. 33.
15. Soto N. Licenciatura en Terapia Ocupacional, disponible en teleton.org/conocenos/universidad-teleton/licenciaturas-y-posgrados. Consultado el 31 de enero de 2013 a las 11:am.

Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica

*Ma. Guadalupe Nava Galán**

RESUMEN

El plan de alta de enfermería es un documento que proporciona información importante e individualizada al paciente y cuidador primario (familiar: padres, esposa o hijos); es elaborado por el enfermero que atiende al paciente durante su hospitalización. Este documento informa y favorece la continuidad de los cuidados a partir de su hospitalización hasta el egreso hospitalario, permite la comunicación entre los profesionales de enfermería en las distintas áreas clínicas de asistencia, ya sea primaria o especializada para proporcionar cuidado de calidad y acorde a cada paciente. **Objetivo:** Proporcionar información individualizada mediante el plan de alta para el paciente y cuidador primario, facilitar la continuidad del cuidado en el hogar y dar seguimiento a éste en la consultoría de enfermería neurológica. Se lleva a cabo mediante el proceso enfermero: consiste en valorar, en cada enfermo, las necesidades para establecer una adecuada planeación desde el ingreso hasta el egreso. **Conclusiones:** El plan de alta debe comunicarse con antelación al paciente y familia, es un apoyo didáctico para garantizar el proceso de los cuidados, y la coordinación interprofesional va a facilitar la comunicación para resolver dudas acerca de los cuidados que se van a proporcionar al enfermo, facilita y evita complicaciones durante la administración de la medicación, higiene personal o cuidados a la piel, disminuye los errores y es de gran ayuda.

Palabras clave: Plan de alta, consultoría de enfermería, cuidado.

Discharge plan continuity of care in neurological nursing consultancy

ABSTRACT

The nursing discharge plan is a document that provides important information and individualized to the patient and primary caregiver (family: parents, wife or children), is prepared by the nurse has attended the patient during hospitalization. This paper reports and promotes continuity of care from hospitalization until hospital discharge, allows communication between nurses in different clinical areas of assistance, whether primary or specialized to provide quality and responsive care to each patient. **Lens:** Provide individualized by the discharge plan for the patient and primary caregiver facilitates continuity of care at home and follow this in neurological nursing consulting. It is performed by the nursing process: is to assess each patient needs to establish adequate planning from admission to discharge. **Conclusions:** The discharge plan should be communicated in advance to the patient and family, is a didactic support to ensure continuity of care and coordination will facilitate interprofessional communication to resolve doubts about the care to be provided to the patient, the easier and avoids complications during the administration of medication, personal hygiene or skin care, reduces errors and is of great help.

Key words: Discharge planning, consulting nursing, care.

* *Maestría en Enfermería en Educación, Coordinadora de Investigación en Enfermería. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.*

*Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán. Insurgentes Sur Núm. 3877, 14269, La Fama, Del. Tlalpan, México, D. F.
E-mail: magpengalan@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la década de los 80 el Plan de Alta (PA) hospitalaria era percibido como sinónimo de suceso, misión cumplida o final triunfante de una serie de sofisticados cuidados médicos y de enfermería; no obstante, en caso de haber existido un gran número de pacientes correctamente capacitados, no hubieran reingresado al hospital por complicaciones que podrían ser prevenidas o controladas desde el hospital, sobre todo, en el hogar.

Diferentes enfoques reconocen que el PA es una herramienta útil en el proceso de transmisión de la responsabilidad del cuidado a familiar y cuidador primario, así como para otros profesionales de salud; el profesional de enfermería considera que en él se implementa el proceso enfermero a través de la valoración de necesidades, diagnósticos oportunos, plan de cuidados específicos y personalizados, sobre todo especializados, éstos son ejecutados y evaluados de manera decidida durante la hospitalización y brindan constancia del cuidado en el hogar.

La responsabilidad del profesional de enfermería es proporcionar capacitación, generar confianza y seguridad al cuidador primario de acuerdo con el diagnóstico y requerimientos de cada enfermo; de esta manera se favorece la calidad del cuidado. Girard manifiesta que a los enfermos y familiares hay que enseñarles y motivarlos para llevar a cabo el autocuidado desde que el profesional de enfermería los atiende por primera vez.

El PA consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta. Cabe destacar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado por el enfermo y su familiar o cuidador.

“La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y el bienestar. El ejercicio de la enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona [...]”.⁵

Existen programas de enfermería de la Universidad de Caldas, en Colombia, que lo llevan a cabo a través de planes de

alta a partir de la nemotecnia: **MÉTODO**. Éste corresponde a: Medicamentos, Entorno, Tratamientos no farmacológicos, Organización ambulatoria, Dieta y Otros.

La finalidad es reforzar y ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma durante la convalecencia; éstos son proporcionados por ella misma (autocuidado) o por su familia o cuidador (asistencia); se proponen nuevos aspectos para incluir en el plan de alta. La *Nursing Outcomes Classification* (NOC) incluye varios de los aspectos necesarios para que la persona que asiste al enfermo se pueda desempeñar de manera satisfactoria durante su rol, de manera similar son igualmente importantes cuando quien proporciona los cuidados es la persona misma.

Pinzón propone que para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, se utilice la siguiente nemotecnia: **CUIDARME**, que hace alusión al objeto de estudio de la profesión, es decir, el “cuidado”, pero también a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud. Esta nemotecnia corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”, a fin de ayudar a reducir daños relacionados con la atención sanitaria en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas sobre la seguridad del paciente. Cada uno de estos aspectos resalta la necesidad de adaptarlos a cada persona en particular, teniendo en cuenta sus características y necesidades, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado e integral.

Comunicación efectiva: Actualmente es una meta internacional propuesta para identificar a la persona a la cual se atiende en la institución; el equipo de salud debe acudir al enfermo cuando presente molestias o cuando se requiera, para evitar complicaciones, y con su familia para solicitar colaboración; ésta es una red de apoyo fundamental para la aplicación del plan de alta.

Urgente: Informar acerca de los signos de alerta que indican un deterioro de salud del paciente o de una recaída, datos que la persona enferma debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan; de este punto depende, en buena medida, la calidad de vida de la persona enferma; se debe incluir información sobre sitio, fecha y hora del próximo control para llevar un adecuado seguimiento; en este caso es la consultoría médica y de enfermería.

Información: El médico tratante es quien la proporciona al enfermo y su familia, la información es sobre tratamiento y pronóstico; el profesional de enfermería informa al paciente sobre los cuidados que se van a realizar para favorecer su autonomía, respeto y trato digno; tiene prohibido hacer

pronósticos o evaluaciones con relación a los diagnósticos o tratamientos; enfermería informa sobre las intervenciones, es quien aclara las dudas que tenga la persona respecto a los cuidados, e indaga si requiere alguna otra información sobre su estado clínico; debido a la cercanía, se encarga de identificar oportunamente necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad que tiene el paciente y el familiar, así como verificar si conoce sus derechos relacionados con la salud, cómo y dónde ejercerlos.

Dieta: Este aspecto incluye la información relativa a dietas especiales, si las requiere, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación y otros temas relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico; deben tenerse en cuenta los gustos y la capacidad económica de la persona para sugerir alimentos que estén a su alcance y para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.

Ambiente: Para hacer las recomendaciones acerca de este punto, es necesario haber indagado previamente sobre el ambiente doméstico, laboral y social en el que se desenvuelve la persona para incidir en su salud y capacitar a su familia para proporcionar educación e información correspondientes. Entre otros aspectos sugiere manejo de basura, higiene del hogar, posesión de animales domésticos y plantas (por la posibilidad de zoonosis que desencadene crisis o problemas alérgicos, entre otros); o bien riesgos que puedan ocasionar caídas, ubicación de la habitación respecto de otras áreas a donde debe desplazarse (baño, por ejemplo), en especial si la persona tiene alguna limitación para la movilización o un deterioro visual; o en relación con la ventilación e iluminación de la vivienda y del sitio de trabajo, uso de elementos de protección laboral. Se pretende considerar aspectos del ambiente que rodean al enfermo, que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sobre todo alertarlo sobre los factores de riesgo y los factores protectores.

Recreación y uso del tiempo libre: Se deben tener en cuenta los datos recolectados durante la valoración, para sugerir a la persona cómo implementar su tiempo libre, de acuerdo con ello brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad. Es conveniente comentarle o sugerirle sobre los recursos que existen cercanos al lugar de la vivienda o trabajo, los cuales podrían resultar atractivos y adecuados a las condiciones de la persona, como lugares de recreación que proporcione la delegación cercana para poder participar en grupos de apoyo donde tenga actividades recreativas como caminatas, sugerirle que la actividad física es necesaria para la salud. Es importante que tenga en cuenta la socialización a través

de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.

Medicamentos y tratamientos farmacológicos: Transcribir con letra clara para saber cómo continuar su medicación en casa adaptando el horario más adecuado para la persona, teniendo en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos; por ejemplo, que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de algunos de ellos; en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos. Se le debe informar que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar.

Sobre todo se debe tener en cuenta si la persona sabe leer o si comprendió la información para llevar a cabo su tratamiento, o bien si se deben generar estrategias a través de símbolos o si se le debe guiar con algún indicio que lo alerte sobre el uso seguro de la medicación. Se debe hacer hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren medicación durante toda la vida. Informar y escribir con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato, considerando reacciones adversas como: náuseas y las alteraciones de la frecuencia cardiaca con los digitálicos, las hemorragias al recibir anticoagulantes. Si es el caso, tratar explícitamente los riesgos de la automedicación y la importancia de acudir a la asistencia profesional en caso de requerirse.

No olvidar que, con frecuencia, las personas consumen medicamentos para patologías diferentes a lo que motivó la consulta: a menos que el médico indique lo contrario los medicamentos que deben seguir administrándose situación que debe ser comentada al enfermo o a su cuidador.

Incluir información sobre centros de salud o clínicas para dar continuidad y vigilancia a tratamientos que requiera la persona cuando se encuentre en lugares lejanos a la institución, donde realicen curaciones o vigilancia de escaras (frecuencia, sitio al cual debe acudir), cambios de sonda, administración de oxígeno, nebulizaciones, actividades recomendadas y desaconsejadas o "prohibidas", tiempo que debe esperar antes de reiniciar su vida sexual y modificaciones sugeridas a ésta de acuerdo con la situación clínica y la evolución de la persona (actividades que exigen un esfuerzo físico); indicación acerca de los periodos de reposo recomendados de acuerdo con su estado, en particular en algunos postoperatorios e incluso en algunas patologías médicas, técnicas para manejo del estrés, ejercicios, fisioterapia, entre otros.

En ocasiones, y en especial cuando la persona debe convivir por largo tiempo con tratamientos específicos que ameritan un entrenamiento previo, de tal manera que cuando sea

dada de alta, su cuidador primario esté capacitado correctamente para realizar cuidados específicos a traqueotomía, aspiración de secreciones, ministración de nebulizaciones y oxígeno, gastrostomía permanente; manejo adecuado de sonda vesical, manejo de diálisis para evitar infecciones, entre otros.

Espiritualidad: La espiritualidad es una parte de la totalidad humana que “agrupa ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer, que se puede reconocer como un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano, que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias”. La enfermedad, con frecuencia, constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia e impulsan a la persona para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, orientándolo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ayudar al respecto. Los seres humanos tienen diversas creencias; algunos se refugian en aspectos internos como los sentimientos, por ello es trascendente el respeto a su fe y dogmas; también las manifestaciones del espíritu son múltiples, incluyen: expresiones artísticas, la dimensión religiosa; algunos consideran fundamentales el amor, la solidaridad, el cultivo de sí mismo a través de la lectura, la unión familiar, la participación en grupos de reflexión, académicos o sociales, entre otras cosas.

Existen otras situaciones de salud en enfermos con diagnósticos difíciles e irreversibles; por ejemplo, cuando se presentan en personas en estado terminal, puede observarse la importancia que adquiere la dimensión espiritual; sucede como si se diera un vuelco a la escala de valores del paciente y su familia en el que se presentan aspectos trascendentales a los que le había dedicado un gran esfuerzo durante la vida, éstos pasan a un segundo plano (el estatus social, los logros profesionales, el trabajo, la apariencia física), dejando el lugar a otros como: abrazar a un ser querido, expresarle sus sentimientos, también otros como recibir un sorbo de agua dado con afecto, pedir perdón y ofrecerlo, admirar la belleza de la naturaleza, escuchar la risa de un niño, percibir la cercanía de las personas, así como su afecto, sentirse amados y, en ocasiones, orar y llorar con ellos, revisar su fe. Si se está convencido de que el cuidado de enfermería es integral, éstos entonces serán también elementos para tener en cuenta en el plan de alta

Por las consideraciones anteriores el plan de alta se planifica desde el momento del ingreso del enfermo, cuando se realiza la valoración de enfermería y a lo largo de su estancia en la institución, de tal manera que responda puntualmente a las

necesidades y recursos. Por ello es importante involucrar a la familia, si la persona lo admite o si se trata de personas que no tienen capacidad para tomar decisiones y cuidar por sí mismas de su salud.

SUGERENCIAS

Se debe entregar por escrito siempre, con letra clara y en un lenguaje comprensible, el plan de alta que incluya los cuidados que necesita la persona ordinariamente, pero también se debe hacer hincapié en los cuidados especializados que se requieren para determinados padecimientos; pero, aun en estos casos, es indispensable complementarlos de acuerdo con la situación y características particulares de cada persona. Cabe destacar que a través del plan de alta se pretende evitar errores; cuando se establezca el cuidado en el hogar, la capacitación debe ser notificada en la hoja de registros de enfermería, haciendo referencia de quiénes proporcionan la capacitación y quiénes la reciben, de esta manera se tiene la certeza que se van a proporcionar cuidados seguros y de calidad en el hogar.

Por las consideraciones anteriores el profesional de enfermería lleva a cabo promoción para la salud y prevención de la enfermedad, estrategias que deben estar presentes a lo largo de todo el proceso de hospitalización que tienen aplicación a nivel individual y grupal. Se debe registrar si el aprendizaje del cuidador es óptimo o deficiente para reforzar las debilidades en la capacitación; esto va a garantizar que el plan de alta favorezca y proporcione cuidados y seguridad al enfermo en el hogar; al momento de ejecutar y evaluarlos queda asentado en un documento legal que debe estar en el expediente clínico para notificar a otras disciplinas, como a los médicos, enfermeros, nutriólogos y trabajadores sociales, que se proporcionó capacitación individualizada a cada enfermo y cuidador, presentando una visión global, rápida y clara del estado del paciente y de los cuidados enfermeros que se precisan.

REFERENCIAS

1. Pearlman IR. Discharge planning: the team is behind you! *Nurs Manag.* 2004; 15 (8): 36-38.
2. Caldera K. Exploration of the effect of educational level on the nurse's attitude toward discharge teaching. *Journal of Education.* 1999; 19 (8): 24-32.
3. Girard N. The case management model of patient care delivery. *AORN J.* 1994; 60 (3): 403-404, 411.
4. Pinzón-de Salazar L. El derecho a la información en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas; 1997: 2.
5. Colombia. Ley 266 de 1996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.
6. Pinzón, *Op. cit.*

7. Johnson M et al. Citado por Sánchez B. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002: 377.
8. Organización Mundial de la Salud. En Washington: Charlene D. Hill. The Joint Commission. E-mail: chill@jointcommission.org. En Ginebra: Agnes Leotsakos. OMS Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. E-mail: leotsakosa@who.int
9. Sánchez B. Habilidades de cuidado, de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002: 374.
10. Sánchez B. Dimensión Espiritual del Cuidado en Situaciones de Cronicidad y Muerte. Revista AQUICHAN. 2004; 4 (4): 6.
11. Tobón-Correa O, García-Ospina C. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2000; 5: 16.

Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale

María Elena Rodríguez Raso,* Sandra Hernández Corral**

RESUMEN

Florence Nightingale, antecesora de la enfermería, publicó una de sus obras más importantes, *Notas sobre enfermería: Qué es, qué no es*. Las ideas plasmadas en su texto permiten reconocer los fundamentos de la enfermería moderna. En este trabajo se trata de reinterpretar algunas de sus notas, tales como el cuidado, la enfermería, su vocación, la observación, la administración y la influencia del entorno saludable sobre los individuos.

Palabras clave: Enfermería, cuidado, entorno, salud.

Brief aspects of nursing as Florence Nightingale

ABSTRACT

Florence Nightingale, predecessor of nursing, published one of his most important works, *Notes on Nursing: What it is, what it is not*. The ideas in the text can recognize the fundamentals of modern nursing. This paper seeks to reinterpret some of his notes such as care, nursing, vocation, observation, administration and environmental influences on healthy individuals.

Key words: Nursing, care, environment, health.

Florence Nightingale (1820-1910), precursora de la enfermería moderna, se destacó desde muy joven en matemáticas, y aplicó sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria.¹ Concentró su inteligencia y su voluntad para romper con las tradiciones victorianas. Utilizó su perseverancia y persistencia al vivir una vida moderna sirviendo a la humanidad.

En 1859 publicó su libro *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es*. Éste ha cumplido 154 años desde su primera edición. Las palabras “qué es y qué no es” son profundas y sustanciales, en donde se puede percibir qué es lo específico de la enfermera y cuáles son sus límites, además de la responsabilidad personal de ésta en el bienestar del paciente;

desde esos tiempos, la autora anunciaba un saber y hacer propios de la disciplina.

Florence Nightingale menciona en su libro: “De ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras pueden enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros.”²

Desde esos tiempos, perfila a las enfermeras con criterios, conocimientos y decisiones propias; recordemos que el cuidar surge como un acto de vida propio de la existencia del hombre, por lo cual, el cuidar estaba confinado a las

* Enfermera Jefe de Servicio del Instituto Nacional de Rehabilitación. Enfermera especialista del Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE.

** Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Correspondencia: María Elena Rodríguez Raso, Calzada México-Xochimilco Núm. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, 14389, Delegación Tlalpan. Teléfono: 5999 1000 ext. 12230. E-mail: rodriguez_elena72@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

mujeres; pero el cuidado se ha transformado con la historia. El cuidar ahora es una actividad profesional; la enfermería también ha evolucionado según el contexto histórico. La autora menciona que la enfermería era mucho más de lo que ella vislumbraba en ese momento y lo plasmó así: “Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor. Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasma. Pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza y su administración, y con menor gasto de energía por el paciente.”² En esos tiempos, la enfermería era una serie de tareas y técnicas subordinadas por los médicos, era un servicio humanitario compasivo y una vocación; sin embargo, la disciplina ha avanzado con pasos lentos pero firmes; ésta inició el trabajo encaminado a la producción de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería.

Florence entendía de higiene e hizo vínculo entre ésta y la curación. Las alcantarillas debajo del hospital fueron limpiadas y los animales muertos fueron retirados de la fuente del agua; abrió las ventanas, se lavaron pisos, paredes y la ropa de cama; los pacientes fueron aseados; así mismo se tomaron otras medidas en los alimentos; todos estos cambios debían ser aplicados a hospitales y casas para mejorar la salud de los pacientes.

Fue pionera en proponer y demostrar los efectos del ambiente en el cuidado, en la promoción de la salud de las personas, estableciéndose como marco en el inicio de la enfermería moderna. Ahora se cuenta con teorías y modelos que permiten guiar el cuidado enfermero.

La protección de los pacientes fue una preocupación constante para Nightingale; se hace evidente cuando dice: “Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería.”² “La verdadera enfermería ignora la infección si no es para prevenirla.”² “Toda enfermera debe lavarse las manos con frecuencia a lo largo del día.”²

Se puede identificar que la seguridad del paciente y la prevención de úlceras por presión son dos de sus premisas. La seguridad del paciente no figura como tal; pero en la actualidad reducir el riesgo de salud de las infecciones nosocomiales³ es una de las metas internacionales de seguridad del paciente. Por otra parte, la prevención de úlceras por presión⁴ es uno de los indicadores principales de la calidad de atención de la enfermería. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel vital, ya que son los encargados de establecer un plan de cuidados a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión y acelerar la recuperación del paciente cuando éstas ya están establecidas. Como se puede observar, estas dos premisas siguen vigentes como cuando ella las observó y documentó.

Ahora bien, la vocación fue importante para Nightingale: “... nuestra vocación de enfermera, ella es esencial, porque con seguridad puede afirmarse no que el hábito de observar correcta y prontamente nos vaya a hacer por sí mismo enfermeras útiles, sino que sin él seríamos inútiles, a pesar de nuestra entrega”.²

Enfermería es una de las profesiones que cuentan con un mayor número de profesionales que acceden a estos estudios por vocación, porque sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más duros de la vida.^{5,6} Nightingale concibió algunas bases en su libro de notas; sin embargo, en la segunda mitad del siglo pasado, aproximadamente, la profesión se ha revisado, con afán de reconocer las características del surgimiento y desarrollo de la enfermería.

En este sentido M. Hall ha considerado algunas particularidades de la enfermería,⁵ entre las que se destacan las siguientes: constituye un servicio a la comunidad, posee un cuerpo de conocimientos propio, se encarga de preparar a las personas que van a desempeñarla, establece sus propias normas, adapta sus servicios a las necesidades que se van prestando, acepta la responsabilidad de proteger al público al que sirve, busca el bienestar y la felicidad de quienes la ejercen, está motivada más por el compromiso con la causa a la que sirve, antes que por consideraciones de tipo económico, se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos, convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar fines comunes y se gobierna a sí misma.

Por otra parte, Nightingale subrayó que la observación y la reflexión son herramientas medulares en la enfermería: “Si no puedes conseguir el hábito de la observación de una forma u otra, mejor es que renuncies a ser enfermera, porque no es tu vocación, a pesar de lo amable que seas y lo ansiosa que puedas estar para conseguirlo.”² “La lección práctica más importante que puede darse a las enfermeras es enseñarles a observar —cómo observar, qué síntomas indican una mejoría del enfermo, cuáles lo contrario, cuáles tienen importancia y cuáles no, cuáles son señal evidente de negligencia y qué clase de negligencia—.”²

La observación toma un significado y un valor como uno de los elementos que orientan la atención hacia el paciente; consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el paciente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre éstos. Es una habilidad que exige disciplina y práctica; demanda una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos.

Esa capacidad de observación junto con la interpretación que hacemos de la situación sirven como elementos definitivos, no sólo para brindar el cuidado, sino para evaluar el cómo y por qué se brindó esa atención de enfermería.

Referente a la administración escribió: “Estar al frente, o ser la persona responsable, ciertamente no es sólo cumplir las propias tareas, sino procurar que todos los demás lo hagan también; (...) tampoco se trata —repito— de hacerlo todo por sí mismo, ni de distribuir los deberes a cada una de las personas a su cargo, sino de asegurarse de que cada una de ellas cumpla el deber que se le asignó.”²

La visión administrativa en esa época era precaria; sin embargo, ya se observaban matices. Hoy, el profesional de enfermería debe ser un líder que posea sabiduría, poder y ganas de transformar el trabajo; así mismo, capaz de compartir responsabilidades en pro de la persona enferma. Finalmente, se puede concluir que Florence Nightingale con su libro *Notas de Enfermería* sentó las bases de la enfermería profesional; es una obra adelantada a su época; algunos de sus conceptos, que se reinterpretaban, han crecido y se han

transformado, pero continúan vigentes después de siglo y medio de haber sido escritos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Attewe A. Florence Nightingale. Perspectivas: Revista trimestral de educación comparada. 1998; 28 (1): 173-189.
2. Nightingale F. Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es. 2ª ed. México: Salvat Editores (original publicado en 1946); 1991.
3. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 4th edition. Joint Commission International; 2010. pp. 33-232.
4. Secretaría de Salud. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. México: Secretaría de Salud; 2006. pp. 35-49.
5. Cárdenas L. La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones. México: Ediciones Pomares; 2005. pp. 4-32, 235-260.
6. Maceira J, Martín E, Terry I. Nivel de vocación por la especialidad de enfermería en los estudiantes de segundo año. Rev Cubana Enfermer. 1999; 15 (1): 17-2.

Filosofía, cronicidad y calidad de vida

Julio Hernández Falcón, Adela Alba-Leonel***

RESUMEN

Es necesaria la reflexión filosófica acerca de la cronicidad de los problemas actuales de salud y el concepto de bienestar. Lo filosófico, como materia de análisis, recupera el todo, rescata el mundo global, al mismo tiempo que el horizonte histórico del pensamiento occidental. La vida y la felicidad adquieren una morfología particular y cotidiana que aglutina tanto a los miembros de una comunidad como a un grupo dentro de un campo flexible pero limitado de opciones. Las realidades humanas, como las presentes en la enfermedad de carácter crónico, requieren definirse en relación con otra realidad, ya que la "mismidad" de cualquier cosa sólo es posible con una "otredad". El concepto de calidad de vida es tan controvertido que se ha considerado objeto de debate filosófico. Algunos autores sostienen que la calidad de vida se debe evaluar en términos de la utilidad, felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. En la sociedad contemporánea, los conceptos como calidad de vida, bienestar y cronicidad demandan la reflexión de la enfermería de carácter filosófico hacia una búsqueda al encuentro consigo misma. Hoy por hoy, esto se estructura dentro del imaginario social atemporal y utópico, que no corresponde necesariamente a la intimidad necesaria del cuidado.

Palabras clave: Filosofía, cronicidad, calidad de vida, bienestar.

Philosophy, chronicity and quality of life

ABSTRACT

Philosophical reflection is needed about the chronicity of the current problems of health and wellness concept. The unit of analysis is philosophical recovers everything recovers the global world while the historical horizon of western thought. Life and happiness in the way they acquire particular morphology welfare and everyday that brings both members of a community or a group within a flexible but limited field of life choices. Human realities as those present in a chronic disease requiring defined in relation to another reality as the "sameness" of anything is only possible with an "otherness". The concept of quality of life is so controversial, so it is considered an object of philosophical debate. Some authors philosophers argue that quality of life should be assessed in terms of utility, happiness or satisfaction of desires or preferences. In contemporary society, the quality of life concepts, wellness and chronic demand reflection of the nurse as a search philosophical required meeting with herself and one that today is structured within the social imaginary utopian timeless and not necessarily to privacy necessary care.

Key words: Philosophy, chronicity, quality of life, well-being.

* *Lic. en Enfermería y Obstetricia, Maestro en Investigación de Servicios de salud, Profesor de Carrera Asociado "C", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*

** *M. en C. en Epidemiología, Lic. en Enfermería y Obstetricia. Profesor de Carrera Asociado "C", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*

Correspondencia: M. en C. Adela Alba-Leonel, Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, Tlalpan, México, D. F. Tel. 5556 2332 Ext. 239 E-mail: adelaalbaleonel@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Prácticamente, la sociedad actual está subordinada al lucro, y el individuo sólo le interesa en la medida en que rinda económicamente. Después de los 55 años de edad, la mayoría de las sociedades etiquetan a las personas como ancianos, lo cual los pone en un nivel de vida tan miserable que ambos conceptos, tanto viejo como pobre, son sinónimos. Es una paradoja que la vida moderna implique un empobrecimiento de este grupo etario.

La práctica médica y de enfermería hace necesaria la reflexión filosófica acerca de la cronicidad de los problemas actuales de salud y el concepto de bienestar. Lo filosófico, como unidad de análisis, recupera el todo; recupera el mundo global al mismo tiempo que el horizonte histórico del pensamiento occidental.¹

En la antigua Grecia, la postura ante la vida distingue a las distintas escuelas: estoica, hedonista, escéptica y ecléctica. El hedonismo es el modo de vida más común entre la gente, cuyo ideal consiste en gozar al máximo los placeres, apartándose del dolor en la medida de lo posible; sus principales representantes son Epicuro y Lucrecio.

El estoico, en cambio, renuncia a los placeres y soporta los dolores y penalidades propias. De aquí la expresión: “soportó la pena en actitud estoica”, así como la frase de Séneca: “Si accedes con agrado, el destino te llevará; si no, te arrastrará a la fuerza”, por lo que los efectos displacenteros son sometidos al control y la decisión razonada. El estoicismo posee un enfoque racionalista puro sustentado en la impasibilidad (equilibrio completo) para hacer frente a las pasiones de la vida, de manera que el deber se asume a cualquier costo.

Por su parte, el escepticismo utiliza la duda como método y la aplica a todo; antes de aceptar alguna cosa, primero hay que demostrarla en sus causas. Esto justifica el saber escéptico como una duda encadenada.

El escéptico prefiere abstenerse de juzgar, oscila entre la afirmación y la no afirmación. Un escéptico no puede argumentar nada, pues con eso automáticamente se traicionaría. En el fondo, el escéptico tiene una oscura captación de lo absoluto, y ante la imperfección y contingencia de nuestras verdades se siente frustrado y opta por el camino más fácil: abstenerse de juzgar.

Para encontrar el sentido del ser y del bienestar es necesario entenderlo como la evaluación que resulta de una conciencia profunda, sensata y lúcida. No se trata de un bienestar basado en el placer corporal propio o de una conciencia primitiva o enferma, ya que el bienestar tiene componentes subjetivos y cognitivos, lo que nos brinda un componente individual de satisfacción por la vida.

El bienestar, según Zapf,² incluye condiciones de vida buenas en términos objetivos y apreciación subjetiva de la vida. Cuando las condiciones de vida puntúan bien con medidas

objetivas y la apreciación subjetiva de vida es positiva, se habla de “bienestar”, mientras que cuando ambas son negativas se habla de “privación”. Cuando la calidad objetiva es buena, pero la apreciación subjetiva es negativa, se aplica el término “disonancia”, y la combinación de malas condiciones y buena apreciación se denomina “adaptación”. Actualmente, la diversidad humana ha cobrado una enorme importancia donde existe una gran variedad de lógicas de sentido, las cuales nos permiten ver que no existe un solo modo de vivir sino muchos; y al mismo tiempo destacan la diversidad de los marcos de la realidad y necesidad que se afrontan. Como bien señala P. Bourdieu: “Para hablar de la fuerza de las formas que hace de las situaciones vitales —la naturaleza, la muerte, el sexo, la propia vida— una singular forma de ser y expresarse.”³

La vida y la felicidad, en su forma de bienestar, adquieren una morfología particular y cotidiana que aglutina tanto a los miembros de una comunidad o a un grupo dentro de un campo flexible pero limitado de opciones de vida.

Octavi Fulat Genis⁴ puntualiza que cuando el hombre se sitúa en la postmodernidad se desentiende de cualquier trascendencia de Dios, hombre o razón, y se deslinda del mito y el rito. Incluso se ha desacralizado el llamado “orden del discurso” (Foucault), donde ya no se reflejan los valores, como es el caso de la bondad que se traduce en lo útil.

Muchas personas experimentan sensación de vértigo frente a los rápidos cambios del mapa geopolítico, del avance en la tecnología, la plasticidad del modelo de gestión de vida social y la crisis radical en los esquemas de pensamiento. Quienes viven bajo esta ficción “trófica” se encuentran frente a la desesperanza y la inseguridad y frente al anhelo por bienes inalcanzables, lo cual los lleva a la frustración.

Diría Virilio: “Lo propio de la velocidad absoluta es también poder absoluto, control absoluto instantáneo, un poder casi divino... Esto ya no tiene nada que ver con la democracia, es pura tiranía.” “Quien habla de poder, habla antes que nada de poder democrático y toda sociedad es sociedad de carrera.”⁵ Al aludirnos, Virilio nos abarca a todos como especie planetaria, sujetos y objetos, una especie humana genérica. Su aseveración es contradictoria ya que el fenómeno de la transformación de la vida social no se puede considerar homogéneo sino jerárquicamente organizado y vivenciado y, por lo tanto, sujeto a una lógica de exclusión de los más desposeídos y del prójimo. La verdad globalizada es que los pobres han dejado de ser necesarios.

En el mundo contemporáneo, la transformación de los criterios de racionalidad, el reconocimiento de múltiples ópticas y formas discursivas se relaciona con la sensación de carencia informativa.

El propio quehacer de la enfermera se orienta hacia la idea de complejidad, integración, holismo y hacia las tradiciones

y lógicas discursivas, descartando otras posibilidades de lectura. La propia tradición humanista cristiana ha sido tocada en su representación y en su aportación al cuidado, ya que se hunde en lo profundo del quehacer racional y técnico.

La enfermedad crónica es “una condición física o mental que requiere largos periodos (mayores de seis meses) de monitoreo y/o manejo para controlar los síntomas y detener el curso de la enfermedad”. Evidentemente, el cuidado en estas circunstancias implica un gran esfuerzo, y el cuidador requiere apoyo de los miembros de la familia, el grupo social y el personal de salud, incluyendo a la enfermera. Es frecuente que la situación económica sea difícil por la necesidad de medicamentos y otros tipos de tratamiento, por lo que se requiere de respuestas sociales organizadas que atenuen la situación.

La propia Organización Mundial de la Salud define a las enfermedades crónicas como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”; se trata de las principales causas de muerte en el mundo y son responsables del 63% de todas las muertes (2012).⁶ Las enfermedades crónicas ponen en evidencia el conflicto entre la enfermedad y la satisfacción terapéutica, e incluso generan un movimiento alternativo de búsqueda de medicina alternativa, y de un creciente mercado de terapeutas.

Las realidades humanas como las presentes en la enfermedad de carácter crónico requieren definirse en relación con otra realidad ya que la “mismidad” de cualquier cosa sólo es posible con una “otredad”. Bajo esta situación, E. Levinas señala que “el criterio de identidad significa una relación asimétrica entre el yo y el tú, entre el yo y el otro”. Este mecanismo es una prioridad subjetiva y existencial de “mi ser”. Martín Buber sostiene que el “yo” adquiere conciencia de su conexión y su separación, de cómo relacionarse con el mundo para distinguirse de él y autoidentificarse.

Levinas nos dice que “la relación de lo mismo con el otro no es dialéctica sino una posibilidad de la metafísica que traduce lo concreto del egoísmo”. La experiencia humana de la enfermera es consustancial con la relación establecida con el otro y con el hecho de vivir y existir, pero sobre todo, de tomar conciencia. La conciencia subjetiva deja de ser anterior a cualquier proceso de relación con el mundo para constituirse en alteridad vulnerada por el otro.⁷

Desde la perspectiva de los cuerpos, la cronicidad de la enfermedad y el bienestar humano asumen la vocación de autoconocimiento que distingue el quehacer filosófico. En todo sentido, el cuerpo es la base de todas las referencias cognoscitivas. Temporalidad y corporeidad están sólidamente unidas y más aún las producciones son la extensión del propio cuerpo humano. No existe, de esta forma, expresión cultural que no se remita al cuerpo. Sin embargo, la experiencia histórica del propio cuerpo asume diferencias

que tienen la conciencia reflexiva y la disposición para interpretar el cuerpo y el entorno. Cada sujeto recibe a lo largo de su vida una compleja red de elementos de juicio; éstos son conscientes e inconscientes, físicos y mentales, para normar su conducta en relación del cuerpo propio y de los semejantes. Según Jean Paul Sartre, el ser del hombre es un “estar ahí”, un estar situado de manera contingente, en algún lugar y en relación con las cosas y las personas. Este “estar ahí” se manifiesta como el cuerpo.

El intercambio entre cuerpos corresponde con la modificación del espacio y el tiempo psíquicos. Nuestras impresiones sensoriales lo testifican ante un estado de ánimo o salud, por lo que las impresiones cambian. Quien está en situación de enfermedad se encuentra en la espera prolongada y en situación de bienestar de la experiencia de una duración limitada.

La descripción más común de calidad de vida es la ausencia de defectos funcionales en el cuerpo, una función corporal inalterada. Los psicólogos la definen como la ausencia de defectos mentales. La buena calidad del cuerpo y la mente trabajan de acuerdo a su propósito.

Aristóteles aporta el concepto de *eudaimonía*, cercano a la actividad del concepto de calidad de vida. Finalmente, el arte de vivir denota habilidades especiales de vivir y disfrutar de la vida.

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida es tan controvertido que se ha considerado objeto de debate filosófico. Algunos autores filósofos sostienen que la calidad de vida se debe evaluar en términos de la utilidad, felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. El gran doctor en felicidad, Schopenhauer, dividió las necesidades humanas en tres clases: las naturales y necesarias, que al no ser satisfechas producen dolor (dentro de éstas se encuentran el alimento y el vestido, relativamente fáciles de satisfacer); las naturales pero no necesarias, como la satisfacción sexual, más difíciles de satisfacer; y las que no son naturales ni necesarias, como el lujo, la abundancia, el protagonismo y el esplendor, siendo su satisfacción más difícil.⁸

Durante varios siglos, el término “felicidad” se ha utilizado para todos los significados de calidad de vida. Sin embargo, en filosofía permanecieron los siguientes significados: En filosofía social, el significado de “buenas condiciones de vida” (felicidad como buena sociedad) y filosofía moral, el significado de buenas acciones (felicidad como virtud). En las ciencias sociales prevaleció la palabra “felicidad” como disfrute subjetivo de la vida.⁹

La vida implica en una persona una combinación de seres y quehaceres, los que denominamos funcionamientos,

siendo éstos las diferentes facetas en las que un ser humano puede tener interés o bien se puede ver realizado (salud, alimentación, educación, trabajo, diversión, placer, política, relaciones, entre otros).

La calidad de vida está íntimamente relacionada con las capacidades que tiene una persona, entendiéndose *capacidad* como la libertad del ser humano para elegir o seleccionar la clase de vida que quiere para sí mismo.¹⁰

Nussbaum propone, desde la perspectiva aristotélica, determinar “una lista de funcionamientos que constituyen una buena vida humana”, como ciertas características de humanidad, aunque se experimenten de manera diferente en las distintas culturas: la mortalidad, el cuerpo humano, la capacidad de placer y dolor; la capacidad cognitiva, la razón práctica, el desarrollo infantil temprano, la afiliación o sociabilidad, el humor y sentido lúdico. De entre ellas, hay dos, la afiliación (o sociabilidad) y la razón práctica, que desempeñan, según Nussbaum, un papel arquitectónico en la vida humana al permear y organizar las demás funciones, determinando lo que deba entenderse como “naturaleza humana”.¹¹

Una persona se refiere a la libertad sustantiva para conseguir distintas combinaciones de funciones, esto es, para lograr el estilo de vida que uno quiere. Lo primordial no son las funciones (las cosas que se hacen), sino las capacidades (las oportunidades reales).¹²

La calidad de vida puede ser un ideal objeto de búsqueda continua por parte del ser humano que simultáneamente se encuentra en permanente cambio, puesto que representa un equilibrio dinámico entre lo que se es, lo que se tiene y lo que uno representa individualmente y como ser gregario.⁷ Se debe tener una concepción de un ser humano integral en el que confluyan lo biológico, lo psicológico, lo social, lo ético, lo político, lo cultural, lo histórico, lo económico, lo espiritual y lo estético, sin que *a priori* ningún aspecto sea más relevante que otro para determinar la calidad de vida; sin embargo, para algunos la clave puede estar en lo económico, siendo que otros consideran que lo cardinal está en el ser y el hacer, esa capacidad de elegir que postulan Nussbaum y Sen⁹ que permite el logro de buenos fines y una vida buena y floreciente. Es decir, la integración de la reflexión y la acción de la contemplación y el darle sentido a la vida en vista de que al entender el porqué de algo es más fácil hacer frente a los cómo, empleando la filosofía como terapia y reivindicando la máxima de Nietzsche: “Podremos manejar cualquier cómo, si tan sólo tenemos un por qué”;¹³ siempre que esos cómo y por qué tengan sentido constructivo y edificante para la propia vida y para la de los demás. Nussbaum busca que los ciudadanos vivan bien y que desarrollen ciertas capacidades para llevar una vida plena,^{14,15} por lo que plantea diez capacidades funcionales humanas básicas

que las sociedades deberían brindar a sus ciudadanos; éstas son: ser capaz de vivir hasta el fin de una vida humana completa, tanto como sea posible, no morir prematuramente o antes de que esté tan reducida que no valga la pena vivirla; ser capaz de tener buena salud, estar adecuadamente nutrido, tener la protección necesaria, tener oportunidades para la satisfacción sexual; ser capaz de evitar el dolor innecesario y no beneficioso y tener experiencias placenteras; ser capaz de usar los cinco sentidos, de imaginar, pensar y razonar; ser capaz de ligarse a cosas y otras personas, amar a aquellos que nos aman y cuidan, sufrir frente a su ausencia, sentir gratitud y amor; ser capaz de formar un conceto del bien y tener una reflexión crítica sobre la planificación de la propia vida; ser capaz de vivir para y con otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, involucrarse en interacciones familiares y sociales; ser capaz de vivir en relación con el resto del mundo natural; ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas; y ser capaz de vivir la propia vida en el propio contexto.

El enfoque de las capacidades coloca las decisiones acerca de una vida mejor del lado de los individuos, es decir, la calidad de vida no depende de decisiones colectivas. No así las condiciones de vida, que obviamente han de ser colectivas, tanto si las decisiones vienen del Estado o como demandas de la sociedad civil.¹⁶

Actualmente, existen tópicos que se consideran sustantivos para evaluar una vida como poseedora de calidad, o bien tendencias objetivas, fundamentalmente la satisfacción de aspectos básicos como lo planteó Maslow en su pirámide.¹⁷ Así mismo, otros autores proponen un modelo de calidad de vida, considerando *a priori* una cobertura de necesidades básicas para la supervivencia, por lo que conciben al ser humano inmerso en la sociedad, enmarcada en un lugar y una cultura, elementos que regulan e incluso limitan la cosmovisión del sujeto.¹⁸

CONSIDERACIONES

En la sociedad contemporánea, los conceptos calidad de vida, bienestar y cronicidad demandan la reflexión de la enfermera de carácter filosófico para realizar una búsqueda tanto en sí misma como en los otros. Hoy por hoy, esto se estructura dentro del imaginario social atemporal y utópico que no corresponde necesariamente a la intimidad necesaria del cuidado. El carácter complejo de los cambios globales que expresa el cuidado ampara un criterio cultural una vez que sintetiza su naturaleza desde la perspectiva holística. Los nuevos escenarios del imaginario social sugieren la necesidad de redefinir al sujeto en el contexto actual, juzgando tanto la dimensión individual como la social. El empoderamiento de la enfermera es una actualización que

debe afrontar tanto el nuevo concepto de sujeto como de los efectos de la homogeneización y heterogeneidad de la cultura.

Los nuevos pactos con los sujetos de atención y un redescubrimiento de las posibilidades de la propia enfermedad crónica parecen sin duda uno de los elementos más importantes del futuro de la salud y el cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayestarán I, Insausti X, Águilar R. Filosofía en un mundo global. Barcelona: Ed. Anthropos; 2008.
2. Zapf W, Glatzer W. German social report: living conditions and subjective well-being (1978-1984). Social Indicators Research. 1984; 25.
3. León-Vega E, Serna-Arango J, Mejía-Rivera O. Sentido ajeno. México: Ed. Anthropos; 2005: 29-34.
4. Fulat GO. Axiológica educativa para Occidente.
5. Op. Cit. León-Vega E. Sentido ajeno. 2005: 19 y 20.
6. OMS. Enfermedades crónicas [internet]. [acceso 13 de noviembre 2012]. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
7. León Vega E. Sentido ajeno. México: Ed. Anthropos; 2005: 30-39.
8. Schopenhauer A. Arte del buen vivir. 19ª Edición. Madrid: Editorial EDAF, S.A; 2006.
9. Ovalle O, Martínez J. La calidad de vida y la felicidad. Escuela de Economía Internacional, UACH. En: Contribuciones a la Economía [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2006/ojmh.htm>
10. Nussbaum M, Sen A. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
11. Conill J. Nueva propuesta de reconstrucción de las bases éticas del enfoque de las capacidades de Amartya Sen. 1-7. Disponible en: <http://www.unipv.it/deontica/ca2004/papers/conill.pdf>
12. Delgado P, Salcedo T. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida.1-31. Disponible en: http://www.webpondo.org/files_oct_dic_03/AspectosConceptuales.pdf
13. Saugstad A. La filosofía y la buena vida. PerSe [Internet] 2007; 2(8): 4-6. Disponible en: <http://www.filosofia.com.mx/archivos/perse08.pdf>
14. Fascioli A. Capacidades, perfeccionismo y autonomía del sujeto en el pensamiento de Amartya Sen. Actio 2012: 69-88. Disponible en: <http://www.fhuce.edu.uy/public/actio/Textos/II-2/Fascioli.pdf>
15. Pereira G. Fundamentación universalista de una lista de capacidades requerida por la justicia global. Diánoia 2012; 57: 79-102. Disponible en: <http://dianoia.filosoficas.unam.mx/info/2006/d57-Pereira.pdf>
16. Rivero C. ¿Calidad de Vida en América Latina? Las reflexiones epistemológicas y teóricas que acompañan los procesos. Caracas: La Galaxia; 2000.
17. Maslow A. Una teoría de la motivación humana, 1943. Revisión psicológica. 2001; 50: 370-496. Disponible en: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
18. Palacios D, Castro C, Reygadas D. Calidad de Vida: una perspectiva individual. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>