Ψ CLÍNICA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

número 2 | REVISTA SEMESTRAL www.ulasalle.edu.bo | Junio de 2016 | La Salle Universidad



LA ANESTESIA COMO HERRAMIENTA: PSICOLOGÍA Y DOLOR

RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO Y LA CIRUGÍA PLÁSTICA

INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN OFTALMOLOGÍA

NUEVAS TENDENCIAS NEUROPSICOLOGICAS

NFOQUES MULTIDISCIPLINARIOS
A LA INSTAURACIÓN DE LA
ERMEDAD

PSICOSOMÁTICA EN LA CLÍNICA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER

EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO CON PERSONAS QUE CURSAN ACCIDENTES CON QUEMADURAS

334
2 - 16

Agradecimientos

El transcurrir de esta materia nos llevó a nuevos conocimientos y el ímpetu de aprender de otras disciplinas relacionadas con la Psicología Clínica, por ello reconocer a quienes fueron los propulsores.

Agradecimientos sinceros a las autoridades de la Universidad La Salle, excelentísimo señor Rector José Antonio Diez de Medina, directora de la carrera de Psicologia Magister Elizabeth Salazar, por la colaboración y apoyo en la elaboración y ejecución de la presente edición de la revista de psicología Clínica 4.
Revista Semestral que cuenta con la dirección de la docente de la materia Magister Elizabeth Salazar y el diseño de la alumna Eva Subirats, sin olvidar mencionar a todos los alumnos que colaboraron con los diferentes artículos que se plasmaron en esta revista.

Sara Escalera Fernández

DIRECCIÓN:
Mg.Sc.: María Elizabeth Salazar Jiménez
COMITÉ EDITORIAL:
Sara Escalera Fernández
Milushka Pacheco Halas
Eva María Subirats Camacho
DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:
Eva María Subirats Camacho

PRODUCCIÓN:
Psicología Clínica y de la Salud 4

Alave Padilla Edwin
Bernal Moreno Abril Alexandria
Calle Mendoza Fanny
Calvi Cardona Olivia
Escalera Fernández Ana María Sara
Lizárraga Lora Laura Lizeth
Monroy Vargas Claudia Andrea
Pacheco Halas Milushka Noemí
Patti Tito Reynaldo Franz
Renjel Biggemann Nicolle Natalia
Salgueiro Mallea Jhoselyn Gabriela
Subirats Camacho Eva María
Taborga López Alba Natalia
Yanatelli Argandoña Nicole

EDITORIAL

La carrera de Psicología de la Universidad de La Salle a través de la presente revista muestra en sus páginas el desarrollo de investigaciones que son realizadas por los propios alumnos de la carrera durante la materia de Psicología Clínica y de la Salud Mental, en la cual se programa una seria de visitas y pequeñas conferencias interdisciplinarias de diferentes profesionales sobretodo en el ámbito medico a través de quienes se observa la necesidad en áreas de evaluación intervención y tratamiento del psicólogo clínico con cada especialidad galena.

Dicha iniciativa nace de la importancia que tiene la formación del psicólogo en el área clínica pero sobretodo el conocimiento ampliado que este debe tener en la sintomatología física y biológica que en la mayoría de las situaciones vulnera el aspecto emocional del enfermo, quien muchas veces va a necesitar de la intervención del psicólogo en relación con el especialista.

Es por ello que la formación académica en la carrera de Psicología de la Universidad de La Salle al ser integral compromete al profesional en formación al conocimiento y aporte en aspectos y situación de afectos y emociones que se encuentren sensibles en una estructura de personalidad.

Para quien escribe viene siendo una gran satisfacción ver plasmado el resultado de la investigación que realizan alumnos de la materia de Psicología Clínica de la Salud que con el propósito de observar cómo es que la psicología se relaciona con equipos multidisciplinarios y como es que se puede entablar relaciones, apoyos e intervenciones conociendo diagnósticos médicos y la terminología correspondiente, amplían la formación e investigación con un aprendizaje de conceptos que seguramente en el futuro del quehacer profesional no serán desconocidos.

Durante varios años al servicio de formación y como coordinadora de este proyecto, veo con mucha satisfacción cumplir en este segundo número uno de los objetivos anhelados como es la formación y el aprendizaje de los alumnos dentro de la rama de la Psicología Clínica Puedo decir con mucha seguridad que el esmero de cada alumno está depositado con cuidado en el buen uso de términos médicos así como en la metodología APA.

Nada más me queda felicitar a todo el equipo, agradecer a Dios por sus vidas. Estoy segura que en estos años pude ver crecer personas integrales que ahora se encuentran bien formadas para encarar el ejercicio de la psicología.

Vayan al mundo y obren con sabiduría, el mundo necesita de personas como ustedes.
2ª. Primavera del 2016……

Mg. Sc.: María Elizabeth Salazar Jiménez
DOCENTE Y TERAPEUTA CLINICA FAMILIAR

INDICE

INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN OFTALMOLOGÍA 5
Bernal, A. y Renjel N.

EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO CON PERSONAS QUE CURSAN ACCIDENTES CON QUEMADURAS 12
Calle, F. y Patti, F

NUEVAS TENDENCIAS NEUROPSICOLOGICAS Y ENFOQUES MULTIDISCIPLINARIOS PARA LA INSTAURACION DE LA ENFERMEDAD 16
Calvi, O. y Tabroga, N.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER 21
Alave, A. y Yanatelli, N.

RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO Y LA CIRUGÍA PLÁSTICA 25
Escalera, S. y Salgueiro, J.

LA ANESTESIA COMO HERRAMIENTA: PSICOLOGIA Y DOLOR 30
Monroy, C. y Lizárraga, L.

PSICOSOMÁTICA EN LA CLÍNICA 33
Pacheco, M. y Subirats, E.

INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN OFTALMOLOGÍA

Bernal, A. y Renjel N.
aalexandriabmoreno94@gmail.com Y nicolita9527@hotmail.com

Dentro de las investigaciones realizadas y en el análisis de las mismas, se ha visto que muchos de los artículos relacionados a este, describen la oftalmología como tal, el ojo y las partes del mismo, algunos testimonios específicos e incluso el tratamiento de determinadas enfermedades o vicios de refracción, pero muy pocos narran la importancia del rol del psicólogo en el diagnóstico, tratamiento o intervención y solución de los mismos. Para ello, se hablará de la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinario entre ambas profesiones, la oftalmología y la psicología. La importancia del trabajo interdisciplinario radica en que las diferentes disciplinas de salud interactúan entre sí para resolver y erradicar los problemas que se presentan en cada una de sus áreas; por tanto, son un grupo de personas que trabajan juntas para planificar la toma de decisiones en la resolución o aceptación de una determinada enfermedad. Gracias a esta importante forma de trabajo es necesario mencionar que, la oftalmología, al ser una rama poco conocida, es importante que el psicólogo tenga conocimientos sobre la misma (Candy For My Brain, 2011).

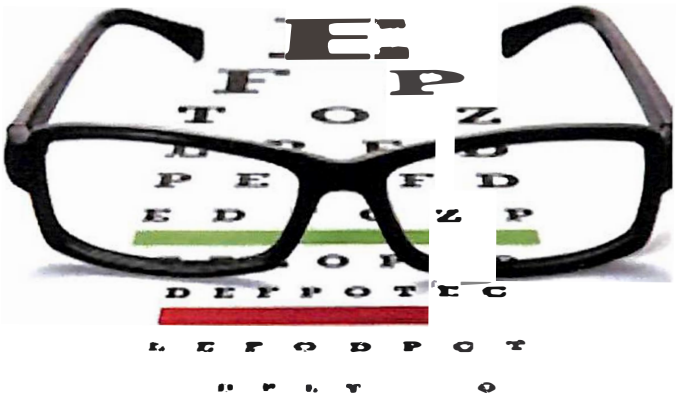




Con el objetivo de mostrar la importancia del trabajo conjunto del psicólogo clínico con el oftalmólogo, como psicólogos en formación se contó con la extraordinaria exposición del Doctor Remberto Monasterios "Médico Cirujano y Oftalmólogo" egresado de la Universidad Mayor de San Andrés, conocido en la ciudad de La Paz, como "El Ojo de Águila", quien es Gerente y Propietario de la Clínica Oftalmológica Monasterios "Ojo de Águila", en la que se ofrece diagnóstico y tratamiento en enfermedades oculares (Mendoza, Clínica Oftalmológica Monasterios, 2016).

En su disertación el Doctor Monasterios expuso acerca de la oftalmología como rama o especialidad de la medicina que estudia las enfermedades de los ojos, su diagnóstico y tratamiento, incluyendo el globo ocular, su musculatura, el sistema lagrimal y los párpados. Esta rama tiene dos fases: la fase médica y la quirúrgica; en esta especialidad, se utiliza también la medicina preventiva en la que se trata de mejorar las condiciones de salud del paciente a través de información, medidas y dieta. Esta rama de la medicina tuvo un gran progreso a través de la historia (Monasterios, 2016). Como pequeña reseña histórica, es importante mencionar que se tienen registros de la descripción de las enfermedades oculares desde el año 1800 a.c. En la antigua india, entre los siglos III y IV, se descubrieron 77 enfermedades oculares, de entre ellas, aproximadamente 50 podían ser intervenidas con cirugía, por ejemplo las primeras operaciones de cataratas. Los pre hipocráticos reconocieron la esclerótica, córnea y pupila del ojo, en el siglo V Hipócrates escribió la primera obra sobre oftalmnología considerando al cerebro como asiento de las emociones.

Entre los siglos XV y XVI se denominaron los nervios craneales en la que se descubrió un área de no visión causada por la entrada del nervio óptico al ojo, con el tiempo se estableció que las fibras de las retinas de ambos ojos se encuentran en un mismo punto del cerebro para producir una sola imagen. Ya en los siglos XVII y XVIII se produjo un gran avance gracias a la aparición de los microscopios y la posibilidad de poder fijar el ojo, se descubrió 1834 la capa que contiene los bastones y conos, células responsables de la visión a colores y gama de grises respectivamente (Iurescia, 2009). El primer hospital dedicado a la oftalmología se inauguró en 1805, hoy conocido como "Hospital Moorfields Eye" en Londres, así, Inglaterra se convirtió en un país puntero en esta disciplina y dio lugar a la oftalmología moderna. En la actualidad, se tienen muchos centros de atención especializados en oftalmología alrededor del mundo, incluyendo Bolivia, la oftalmología es una ciencia vital que requiere atención profesional, cuyo objeto de estudio es el ojo (Wikipedia, 2016).



El ojo humano es un sistema óptico que forma una imagen invertida del mundo externo sobre la capa sensible de la retina situada al fondo del globo ocular, es un órgano que detecta la luz y la base del sentido de la vista, los rayos de luz que entran al ojo a través de la pupila son concentrados por la córnea y el cristalino para formar una imagen en la retina, la cual contiene millones de células sensibles a la luz, llamadas bastones y conos, que forman un mosaico de puntos sensibles (Escuela de Medicina. Departamento de Oftalmología, 2011).

Las principales partes del ojo son:

Esclerótica: capa externa fibrosa de color blanquecino que recubre el globo ocular, su función es proteger las estructuras sensitivas del ojo.

Córnea: debido a su transparencia y curvatura regular, actúa como una lente convergente, protege la superficie anterior del ojo frente a traumatismos.

Coroides: situada entre la retina y la esclerótica, membrana conjuntiva muy rica en vasos, que reviste el globo ocular por dentro, su función principal es el aporte sanguíneo a las capas más externas de la retina. La parte posterior está perforada por el nervio óptico.

Iris: situado detrás de la córnea, membrana coloreada y circular que posee una apertura central: la pupila, su función es regular la cantidad de luz que entra a través de la pupila, contrayéndose y dilatándose rápidamente con los cambios de luminosidad.

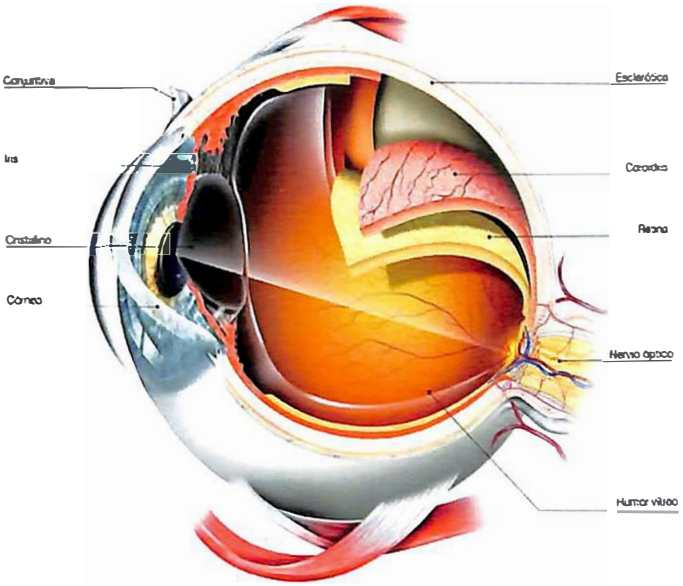
Pupila: agujero redondo en el centro del iris, se achica o agranda dependiendo de la cantidad de luz.

Retina: capa más profunda del ojo, donde realmente se realiza el proceso de la visión, debido a que contiene tejido neuroepitelial (parte del sistema nervioso central) y está conectada con el cerebro por el nervio óptico. La retina contiene: Papila o disco óptico, esta estructura forma el punto ciego del ojo, puesto que carece de célu-las sensibles a la luz; Mácula, mayor densidad de vasos sanguíneos y conos, zona de la retina especializada en la visión fina de los detalles y Fóvea, área de la retina que proporciona la visión de más alta resolución y precisión.

Cristalino: lente biconvexa situada detrás del iris, logra el enfoque preciso o acomodación del ojo para poder enfocar objetos, es incoloro y transparente al principio, va tomando poco a poco una coloración ambarina.

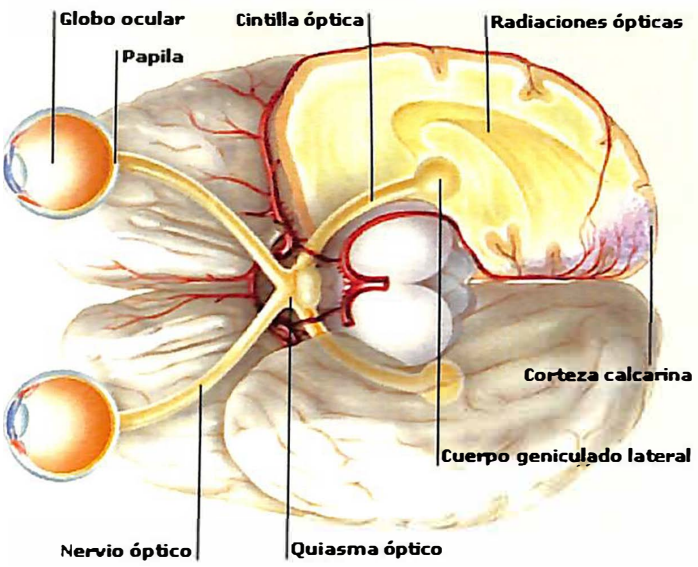
Cuerpo o gel treo: sustancia gelatinosa e incolora, que llena la parte posterior del globo ocular, entre la retina y la cara posterior del cristalino, su función es protectora y de amortiguación, además, mantiene la forma del ojo y su presión interna.

Humor acuoso: líquido transparente y fluido que ocupa el espacio existente entre el cristalino y la córnea, sirve para nutrir y oxigenar las estructuras del globo ocular que no tienen aporte sanguíneo.



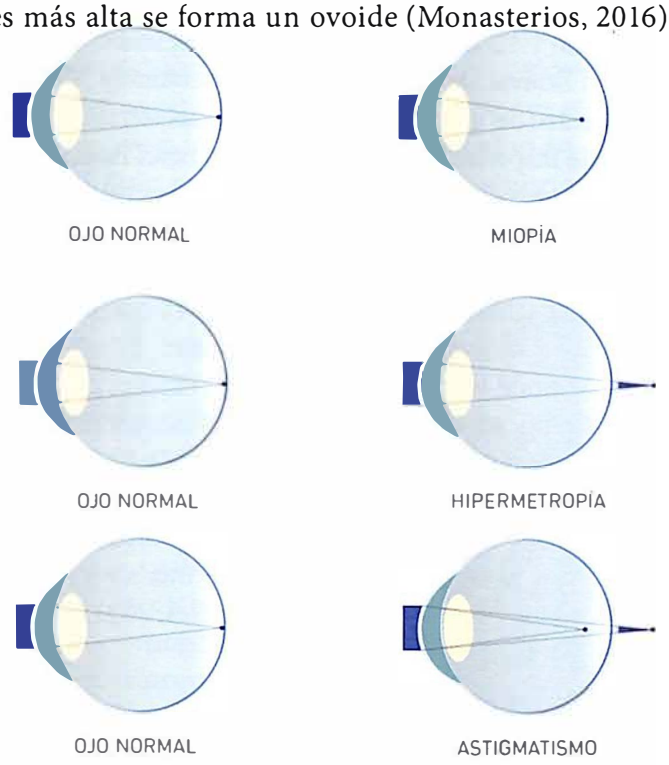
Por tanto, el ojo humano es un órgano sensitivo complejo que recibe la luz procedente de los objetos, la enfoca sobre la retina formando una imagen invertida y la transforma en información comprensible para el cerebro, ambos ojos permiten una visión panorámica, periférica y tridimensional gracias a la capacidad del cerebro para combinar ambas imágenes (Escuela de Medicina. Departamento de Oftalmología, 2011).

La explicación científica de la fusión de ambas ciencias es la siguiente: los rayos de luz procedentes del sol, chocan con un objeto determinado, reflejando su luz directamente al ojo humano, el iris y la pupila regulan la cantidad adecuada o tolerable de luz, esta luz atraviesa la lente del ojo y refleja la imagen de forma invertida en la retina, la misma que está formada por células sensible llamadas conos y bastones. Estas células sensibles reciben la información transformándola en impulsos eléctricos y la transmiten al cerebro mediante los nervios ópticos, la imagen captada por el ojo derecho pasa al cerebro izquierdo y al revés, a través del quiasma óptico, los impulsos llegan al tálamo y desde este último, las terminaciones nerviosas terminan el proceso llevando los impulsos a la corteza visual, en el que se compone la imagen del objeto con su forma, tamaño y dimensión correcta (Escuela de Medicina. Departamento de Oftalmología, 2011).



Para el Doctor Monasterios la causa más importante de consulta oftalmológica, cuando el proceso de percepción visual no es perfecto, son los Vicios de Refracción, estos no son enfermedades de ojos como tal, pero corresponden a mala visión, en las que el foco de visión no se encuentra en la retina. Estos Vicios de Refracción son tres: miopía, astigmatismo e hipermetropía. La dioptría es una medida, al igual que los metros, kilómetros, centímetros, etc. es una medida física óptica que nos dice a qué distancia entra en foco un objeto, es una medida nada más, entonces, de acuerdo a qué tan grande sea el ojo mayor va ser las dioptría (Monasterios, 2016).

En la miopía el foco de visión se encuentra por delante de la retina por lo tanto se necesita un lente bicóncavo que transporte la imagen de adelante hacia atrás; por otro lado en la hipermetropía el foco de visión se en-cuentra por detrás de la retina por lo tanto se necesita un lente biconvexo que transporte la imagen de atrás hacia adelante; y finalmente el astigmatismo, irregula-ridad en la córnea o cristalino, en una cornea normal la corvadura tiene una medida determinada y si esta es más alta se forma un ovoide (Monasterios, 2016).



Otro aspecto que נ ח es enfermedad es la baja visión que ocurre cuando la agudeza central se reduce o existe perdida del campo visual, es un impedimento que no se debe confundir con la ceguera o perdida absoluta de la visión.

Por otro lado, las enfermedades visuales más comunes son: La presbicia que ocurre cuando la visión se cansa a consecuencia de la edad, el ojo tiene dificultad para enfocar de cerca. Las cataratas son una nubosidad u opacidad en el cristalino, dificultan la visión, es el envejecimiento ocular, y como tal, todos llegarán a padecerlas, la visión es recuperable luego de una operación en el que se saca ese foco opaco, es la mayor causa de ceguera a nivel mundial cuando no es intervenida a tiempo. El glaucoma, enfermedad degenerativa causada por el aumento de la presión o tensión ocular, carcome al ojo, si falla el sistema de drenaje, la presión intraocular aumenta y puede dañar el nervio óptico, es la segunda causa de ceguera (Monasterios, 2016).

Para solucionar, tanto las enfermedades visuales, como los Vicios de Refracción, la Fase Quirúrgica a la que hizo alusión el Doctor Monasterios fue la Cirugía Refractiva que se practica con el fin de eliminar o disminuir la dependencia al uso de gafas o lentes de contacto para corregir un error en el foco de visión; la técnica más utilizada es la cirugía con láser excímer, que consiste en el tallado y remodelación del espesor del tejido de la córnea, en función del defecto y del número de dioptrías a corregir (Monasterios, 2016).

A partir de todo lo mencionado los datos que se tienen a nivel mundial establecen que se tiene una población de 485 mil personas con discapacidad visual, 246 millones baja visión y 1.5 millones de niños con ceguera o baja visión. En Bolivia, de los 10 millones de habitantes 300.000 están dentro del grupo de baja visión (Monasterios, 2016).

Pero este impedimento no solo se da a nivel físico, sino también a nivel psicológico pues se genera una depresión inminente en el sujeto que pierde o carece de visión, esto debido a que el individuo suele sentirse con menor capacidad de independencia de la que solía tener o pudo haber tenido respectivamente.

Es aquí donde interviene el psicólogo clínico, cuyo rol presenta aplicaciones múltiples y en diferentes ámbitos, entre las más importantes se encuentran la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, así como la comprensión y abordaje de las repercusiones psicológicas en las enfermedades físicas y tratamientos de los enfermos (Gonzáles, 2003).

El proceso psicológico y emocional por el que atraviesan las personas diagnosticadas con ceguera, sea desde el nacimiento o la pérdida inminente de visión, se da de diferente manera: Las personas que presentan ceguera de nacimiento no sufren ningún trauma psicológico debido a que la falta de visión es lo natural y será la reacción de su entorno quien determinará su vivencia de la discapacidad y marcará sus posibilidades de integración social. En este sentido, la familia, al recibir la noticia de que el bebé ha nacido con discapacidad visual o ciego sufre las siguientes cuatro fases:

Shock: primero se sienten desorientadas y obnubiladas, tratando de negar la realidad y rebelándose contra ella, una tentación que deben superar es que a menudo, los padres, se sienten culpables de la discapacidad o ceguera del niño, pues podría afectar en el desarrollo emocional del niño.

Depresión: surge una melancolía familiar, como característica de la depresión, los problemas individuales de cada miembro de la familia complicarán el panorama general, la reacción que tienen les lleva a proteger al niiio, sin embargo, la sobreprotección puede ocasio-nar secuelas emocionales en el niño y entorpece su normal desarrollo cognitivo, los padres deben apren-der a ver a su hijo como un miembro potencialmente válido de la sociedad.

Adaptación: los familiares deben aprender junto al niño a utilizar las ayudas técnicas a su alcance, compartiendo juegos, educación y experiencias, al tiempo que podrán resolver sus dudas respecto a la correcta utilización de recursos adecuados para sus necesidades.

Autoestima: En este punto la familia se siente completamente orgullosa de su hijo, de sus avances y logros, aceptando la discapacidad del niño.

Otros factores que influyen en el desarrollo de la persona que nace con discapacidad son: la escuela que se encarga de formar al niño, cuyo ambiente debe ser agradable y acogedor, porque en ella desarrollará sus capacidades y comprenderá sus limitaciones. La sociedad, aun presenta muchas barreras que impiden la adaptación del individuo y sus distintas necesidades.



Por otro lado, las personas diagnosticadas con pérdida de visión permanente pasan por las mismas cuatro fases emocionales:

Shock: la primera reacción tras producirse la comunicación de la discapacidad es un estado de desorientación y obnubilación en que la persona se siente desamparada y perdida, focaliza su rabia en la causa que le llevó a esta situación, la niega e intenta corregir a toda costa, también se produce la rebelión contra su realidad.

Depresión: la persona se siente en estado de pérdida, el estado depresivo no tiene una duración limitada, puede llegar a durar muchos años, envolviendo la

psique del individuo hasta formar parte de su personalidad, el individuo se sumerge en una autocompasión, la persona no puede salir de este estado por sí mismo, necesita el apoyo de sus familiares, amigos y sobre todo de profesionales, quienes favorecen el cambio de actitud en la persona, quien asume su discapacidad y aprende técnicas que le ayudarán a solucionar sus inconvenientes.

Adaptación: el individuo adquiere las técnicas necesarias para superar los inconvenientes derivados de la discapacidad, estas técnicas pueden ser de desplazamiento, como el acompañamiento, el bastón o un perro guía; comunicación que son el sistema Braille y sistemas de reconocimiento y reproducción de voz; estudio que conlleva el uso de mapas táctiles, cajas de cálculo en braille, acercamiento a la naturaleza a través de olores y tacto, y representaciones tridimensionales de los objetos; laborales, la adaptación de un puesto de trabajo con preparación específica para conseguir reinserción laboral; hogar, las tareas domésticas; deportivas, mejora la movilidad y superación personal; ocio, pueden ser la lectura, visita a museos y monumentos, y acudir a cualquier espectáculo de cine, teatro, etc. Todas estas técnicas son de difíciles de alcanzar, pero no imposibles y con motivación, el individuo las alcanza con mayor velocidad.

Autoestima: la discapacidad, de cualquier tipo, exige un mayor esfuerzo de superación, que magnifica los logros, que en otros casos no se considerarían como tales y esto mejora la calidad de vida del sujeto. Se deben establecer objetivos personales realizables, así la persona podrá aceptarse tal y como es, con sus virtudes y limitaciones (Associació Discapacitat Visual Catalunya, 2009).

Para mostrar el malestar psicológico por el que atraviesan las personas con impedimento visual, se presentarán casos de algunos famosos con este impedimento y ciudadanos bolivianos, cuyo transito se ve dificultado por 10 obstáculos muy marcados, algunos de estos son: los postes de luz y señalización, zanjas, aceras con rampas en las esquinas, baches, etc. (La Razón, 2013).



Louis Braille: nació en Francia el año 1809, fue educador e inventor del sistema de lectura y escritura táctil para invidentes que lleva su nombre, el sistema braille es universalmente utilizado en los programas de educación para invidentes, este sistema posee alfabeto, números y notación musical. A los tres años tuvo un accidente en el taller de su padre, pues al intentar imitar su trabajo se clavó uno delos ojos y con el tiempo la infección llegó hasta el otro ojo, privándolo de visión por el resto de su vida; a los 10 años ingresó a un centro de formación para personas ciegas, donde la enseñanza era rigurosa, el fundador del centro diseñó un sistema de letras en relieve que les permitía leer de forma manual a los pupilos, pero no les permitía escribir por la dificultad. El sistema de puntos en relieve ideados por Louis, no fue aceptado por sus maestros, pero los pupilos descubrieron que con este sistema, no solo podían leer, sino también escribir. Braille se convirtió en profesor de la escuela y se ganó la admiración de todos sus alumnos, pero no vivió lo suficiente para ver como su sistema fue utilizado por todo el mundo, pues murió con tuberculosis a los 43 años. (Biografías y Vidas, 2016).



Helen Keller: nace en Estados Unidos el 27 de junio de 1880, a los 19 meses, sufrió una patología que los médicos llamaron congestión cerebro-estomacal, esta enfermedad le ocasionó la pérdida total de la audición y visión; no pudo comunicarse adecuadamente con su familia, hasta sus siete años cuando le asignaron una institutriz con discapacidad visual Anne Sullivan, quien le enseño a comunicarse por medio de palabras con su mano y que existía una relación entre las pa-labras y los objetos, incluso le enseñó a leer y contar con letras y números en relieve, hechos con cartón; con el tiempo, aprendió a hablar a través del método llamado Tadoma, dese muy temprano, comenzó a es-cribir pequeñas anécdotas de cómo se sentía, con gran voluntad, aprendió mucho de sus profesores particu-lares y continuó estudiando una carrera universitaria, siempre con la ayuda y compañía de Sullivan. Sullivan contrajo matrimonio con John Macy, un socialista acérrimo con el que Keller leyó la obra filosófica de H. G. Wells, que fortaleció sus puntos de vista acerca de esa ideología, luego se inclinó por la bibliografía de Marx y Engels, promovió el sufragio femenino,

los derechos de los trabajadores, el socialismo y otras causas relacionadas con la izquierda. En 1924, se apar-tó de la actividad política para enfocarse en la lucha por los derechos de las personas con discapacidades y realizó viajes por todo el mundo ofreciendo con-ferencias hasta 1957. Finalizada la Segunda Guerra Mundial, visitó a soldados que habían perdido la vista el oído durante el combate con el fin de ofrecerles contención y ánimo, editó las memorias de Sullivan cuando esta murió y participó en el rodaje del docu-mental Helen Keller in Her Story. En 1961, Keller su-frió una serie de derrames cerebrales que la obligaron a utilizar una silla de ruedas y reducir sus actividades sociales y apariciones públicas y finalmente falleció a los 87 años mientras dormía. (Wikipedia, 2016).



Jose Feliciano: nace en Puerto Rico, el año 1945, ciego de nacimiento, se traslada a Nueva York a los cinco años, abandona la escuela a los 17 años e inicia su carrera musical, combina los ritmos latinos con rythm & blues. En 1964 lanzó su single y álbum de debut: Everybody do the click y The voice and the guitar of José Feliciano, obteniendo gran popularidad en los residentes de la comunidad hispana en Estados Unidos y posteriormente en toda Latinoamérica. En 1969 recibió dos Grammy por su gran talento musical y en 1981 decidió concentrarse en las grabaciones en castellano, mercado donde su carrera tuvo mayor fuerza, su carrera se vio relanzada en los noventa y continúa hasta nuestros días (Biografías Y Vidas, 2016).

Vivencias personales de una mujer con discapacidad visual: esta persona nace el 9 de octubre de 1973, a los tres meses la operan porque le detectaron hidrocefalia, le colocaron una válvula que con el tiempo le produjo sequedad en los nervios ópticos ocasionando que perdiera la vis-ta aproximadamente a los tres años y medio. Los padres la llevan a un colegio especial, donde se caracterizó por ser muy buena alumna y fue traspasada a una escuela común en quinto grado, fue a esta has-ta los 17 años, una época dura para ella y afirma que regresó a la escuela especial porque fue a esta edad que comenzó a conducirse sola con la ayuda de un bastón. Comenzó a compartir nuevos momentos con sus amigos de la escuela especial y fue allí cuando descubrió su vocación, decidió ser maestra, sus años de estudio fueron duros, pero se armó del material necesario para cumplir con esta meta, ya en último año de residencia docente se reencontró con Roberto, un amigo de infancia, con quien contrajo matrimo-nio, aprendió labores del hogar y cumplió su sueño de ser madre. Con los años se convirtió en una gran maestra, le encanta su trabajo, lucha cada día por superarse y ayudar a los demás, y para ello, cuen-ta con el apoyo incondicional de su esposo, quien es disminuido visual y su hijo Uriel (Machado, 2008).

Algunos bolivianos con impedimento visual, que sufren los obstáculos peatonales antes mencionados, dieron su testimonio pidiendo que se les otorgue mejores condiciones para poder movilizarse:

- **Alfredo Chura:** lo peor que puede haber en los recorridos que hacemos son las zanjas abiertas, los baches, sumideros, adoquines desnivelados, motos estacionadas y postes. Las comerciantes también son un problema; una vez estaba apurado y con mi bastón volteé mercadería que estaba en media acera y me hicieron pagar. No tienen consideración (La Razón, 2013).
- **Gladys Rosello:** camino casi a diario por la avenida Buenos Aires y ahí, por ejemplo, están con sus puestos en el piso. Muchas veces tuve tropiezos, lo que me generó discusiones con las comerciantes. Yo quedé ciega por una caída hace cuatro años y cualquiera podría pasar por esto. Necesitamos desplazarnos y pedimos mejores condiciones (La Razón, 2013).
- **Ricardo Criales:** lamentablemente es muy complicado caminar en la ciudad de La Paz. Los puestos de venta, los letreros, las sombrillas nos ocasionan golpes. Usamos el bastón que nos permite detectar los obstáculos en el suelo, pero no nos cubre la parte frontal, por eso varias veces recibimos golpes en la cara de carteles, sombrillas, etc. (La Razón, 2013).
- **Geovana Vargas:** en el centro, la mayor dificultad son las casetas de los vendedores en las que se aglomeran personas que compran y que no te dan paso en la acera. Los postes también son un problema, pero éstos se pueden detectar con el bastón; qué vamos a hacer, tienen que estar nomás esos objetos, una de a poco se va acostumbrando (La Razón, 2013).

Es así que el rol del psicólogo y el trabajo en conjunto con el oftalmólogo, sirven para brindar al paciente mayor atención y mejor calidad de vida. El rol del psicólogo en este impedimento es importante para que la persona pueda asumir su situación con mayor facilidad al igual que su entorno familiar y social, este

impedimento trae consigo una dura realidad y todo un proceso de adaptación que debe llevarse a cabo con la voluntad del individuo que atraviesa esta situación.

En muchos casos, las personas no pueden visualizar un futuro prometedor como desearían debido a los impedimentos que esta realidad les impone, se vuelven dependientes, agresivos e incluso se deprimen, es en este escenario de desesperación en el que la intervención del psicólogo le brindará las herramientas necesarias para adaptarse a su nuevo modo de vida y pueda asumir este impedimento de manera adecuada y sana para sí mismo y para su entorno.

Referencias

Admira Visión. (19 de noviembre de 2014). Cirugía refractiva con láser Excimer. Técnica Lasik. Recuperado el 29 de mayo de 2016, de Cirugía refractiva con láser Excimer. Técnica Lasik: http://www.admiravision.es/es/tratamiento/cirugia-refractiva-lasik#.V1BNFSEpqr8

Associació Discapacitat Visual Catalunya. (2009). Psicología. Recuperado el 5 de junio de 2016, de Psicología: http://www.b1b2b3.org/es/Telefono_Ull/psicologia.html

Biografías Y Vidas. (2016). José Feliciano. Recuperado el 9 de junio de 2016, de José Feliciano: http://www.biografiasyvidas.com/biografia/f/feliciano.htm

Biografías y Vidas. (2016). Louis Braille. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Louis Braille: http://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/braille.htm

Candy For My Brain. (23 de noviembre de 2011). La importancia de la conformación de equipos interdisciplinarios, más que multidiscipliarios, en proyectos de innovación ejecutados bajo la metodología de design thinking. Recuperado el 9 de junio de 2016, de La importancia de la conformación de equipos interdisciplinarios, más que multidiscipliarios, en proyectos de innovación ejecutados bajo la metodología de design thinking: https://soniasduenas.wordpress.com/2011/11/23/la-importancia-de-la-conformacion-de-equipos-interdisciplinarios-mas-que-multidiscipliarios-en-proyectos-de-innovacion-ejecutados-bajo-la-metodologia-de-design-thinking/

Escuela de Medicina. Departamento de Oftalmología. (2011). Información Básica de la Anatomía Ocular. Recuperado el 8 de junio de 2016, de Información Básica de la Anatomía Ocular: http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/quinto/Especialidades/Oftalmologia/pdf/AnatomiaOcular2011.pdf

Gonzáles, B. O. (21 de marzo de 2003). Programa de Formación de la Especialidad de Psicología Clínica. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Programa de Formación de la Especialidad de Psicología Clínica: http://www.aen.es/web/docs/Psicol1.03.pdf

Iurescia, A. C. (2009). Breve Reseña de la Historia de la Embriología Ocular. Recuperado el 5 de junio de 2016, de Breve Reseña de la Historia de la Embriología Ocular: http://www.sao.org.ar/files/archivos-oftalmologia/volumen-80-nro-3/03-Breve_resea_historica.pdf

La Razón. (3 de noviembre de 2013). Diez tipos de obstáculos dificultan el tránsito de los ciegos en La Paz. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Diez tipos de obstáculos dificultan el tránsito de los ciegos en La Paz: http://www.la-razon.com/ciudades/obstaculos-dificultan-transito-ciegos-Paz_0_1936006497.html

Machado, G. (26 de octubre de 2008). Testimonios. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Todos Somos Personas: https://sites.google.com/site/asistenciapsicologicaonline/articulos/testimonios-de-vida

Marín, D. C. (2002). Óptica Fisiológica. Recuperado el 31 de mayo de 2016, de El Sistema Óptico del Ojo y la Visión Binocular: http://eprints.sim.ucm.es/14823/1/Puell_%C3%93ptica_Fisiol%C3%B3gica.pdf

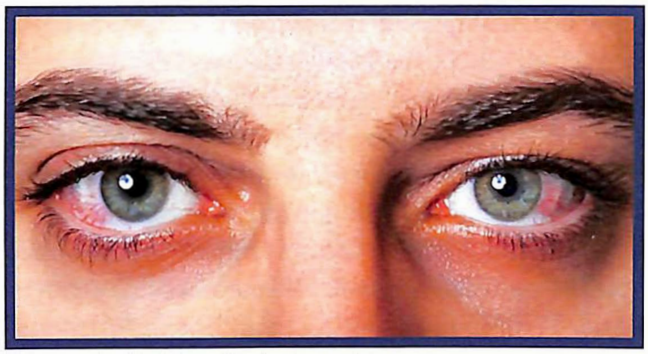
Mendoza, R. M. (9 de junio de 2016). Clínica Oftalmológica Monasterios. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Ojo de Águila: http://clinikamonasterio.com/

Monasterios, R. (18 de abril de 2016). Oftalmología. (N. Renjel, & A. Bernal, Entrevistadores) La Paz, Murillo, Bolivia. Recuperado el 5 de junio de 2016

Revista Discover. (3 de junio de 2013). Alba, testimonio de una chica invidente. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Alba, testimonio de una chica invidente: http://revistadiscover.com/profiles/blogs/alba-testimonio-de-una-chica-invidente-videos-en-catal-n?context=tag-perro

Wikipedia. (1 de junio de 2016). Helen Keller. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Helen Keller: https://es.wikipedia.org/wiki/Helen_Keller

Wikipedia. (2016). Oftalmología. Recuperado el 9 de junio de 2016, de Oftalmología: http://copro.com.ar/Oftalmologia.html



http://www.lavidalucida.com/10-advertencias-de-salud-que-tus-ojos-te-envian-y-como-pr te erlos.html

EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO CON PERSONAS QUE CURSAN ACCIDENTES CON QUEMADURAS

Calle, F. y Patti, F

Dr. Gonzalo Sillerico Salinas

MULTIMÉDICA cirugía plástica, cirugía estética de nariz, lipoescultura, abdominoplastia, prótesis de mama, rostro, resección de nervios y cicatrices, cirugía reconstructiva.

Especialidad: ESTÉTICA, RECONSTRUCTIVA Y QUEMADOS.

Según Sillerico (2016) "Existen varios pacientes con quemaduras por diferentes razones y es muy difícil trabajar con ellos porque no se sienten conformes con su estética.

Una quemadura no es más que un traumatismo dérmico con alteraciones en la piel, depende del grado de la quemadura que afecta algunas veces a los órganos, depende de la gravedad de la quemadura y la sección afectada, el humo del cigarro también puede ocasionar muerte por la inhalación de la misma, por eso es importante ver las vías aéreas se les debe colocar un suero. Lo importante es suprimir la causa de la quemadura, sobre todo la quemadura eléctrica. Si una persona esta electrocutada uno no puede ir y retirarlo porque también puede pasar la electricidad a esa persona, uno se debe ayudar con algún instrumento como un palo, una ropa, la cuestión es no tener un contacto directo, luego se debe ver si el cuerpo del paciente está estable, muchas veces los que son electrocutados sufren una caída e independientemente de la quemadura se debe comprobar si el paciente sufre también de una fractura que puede complicar más la situación del paciente, se debe echar agua a la quemadura para que calme el dolor, no se debe poner cualquier cosa ya que muchas personas les colocan dentífrico, sal, aceite, etc., eso podría afectar y ocasionar que la herida se infecte. Luego se le puede aplicar alguna crema con antibiótico. La piel es un recubrimiento de los músculos y hoy se sabe que la misma produce hasta un tipo de hormonas. Hay gente que se auto medica eso no es conveniente, se debe esperar a que el medico lo medique ya que existen diferentes medicamentos para combatir contra el dolor de la quemadura, luego de la quemadura podría producirle vómitos, fiebre, etc. que muchas veces es natural, cuando hay fuego se debe tapara a la persona con una manta sofocando la llama, o hacer rodar en el suelo y posteriormente se le debe quitar la ropa.

Otros tipos de quemaduras podrían ser los productos químicos como la lejía en este caso se le debe echar agua, hay algunas ocasiones en las que no se debe echar agua como cuando la quemadura es a causa del ácido fluorhídrico en el que por ningún caso se les debe echar agua ya que este aumenta la agilidad. También la quemadura hace e la circulación de la sangre no funcione con normalidad.

Una persona con quemadura tiene varias secuelas como la estética pero la más importante es la psicológica, ya que no se integra al grupo social, baja autoestima, etc.

En un caso de quemadura y en caso de que la piel se haya dañado completamente se puede quitar ese pedazo de piel y ponerle injerto, sacar otro pedazo de piel de alguna parte del cuerpo, pero en el caso de la cara se podría realizar la cirugía, pero no queda al cien por ciento igual, ya que la piel de la cara es diferente y mucho más delicada. En las quemaduras es muy normal que haya escarotomia donde se corta la circulación normal de la sangre, por ello es muy difícil el tratamiento.

Se puede realizar muchos tipos de tratamiento como en la quemadura de tercer grado que se realiza un tratamiento enmallado donde se lo restaura, pero estéticamente no queda igual. Los pacientes con quemaduras sufren mucho ya que hay mucho dolor, pérdida de sangre, etc.

El paciente más malagradecido es el paciente quemado ya que el doctor hace todo lo posible para curarlo, pero el paciente nunca se queda conforme con su estado físico."

En este artículo veremos el rol que tiene el psicólogo clínico con los pacientes que sufren de accidentes de quemaduras que ingresan o se encuentran en los centros médicos u otros espacios de rehabilitación.

En la Psicología Clínica se ha venido desarrollando a lo largo de muchas décadas temas de investigación, que han captado el interés de gran cantidad de estudiosos del comportamiento de estos pacientes.

Las personas que sufren este tipo de accidentes tienes diferentes reacciones emocionales, sociales y familiares con las que se encuentran estos pacientes con quemaduras. Y el papel de psicólogo clínico es trabajar junto a un equipo multidisciplinario, como; terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para dar un enfoque multidisciplinar a problemas complejos que les afectan (German, 1997).

La quemadura corporal es una violenta agresión hacia nuestro cuerpo, que modifica todos los mecanismos de la homeostasis orgánica del ser vivo y por su connotación clínica y social, es un problema que enfrentan los centros médicos en la sociedad. El área de Quemados dentro de la atención hospitalaria es de trascendental importancia para la atención, acompañamiento y conocimiento del aspecto Bio-Psico-Social-Histórico-Espiritual del paciente (Natal, 2000).

Si algún paciente llega a un hospital por algunas lesiones traumáticas, causadas por quemaduras en diferentes partes del cuerpo, se encuentra en un mundo diferente a lo que no está acostumbrado, no tuvo tiempo de elaborar ansiedades.

Las quemaduras de cualquier índole pueden ocasionar en el paciente un cómo; baja autoestima, depresión, frustración, Trastornos en la imagen de su aspecto, un bajo autoestima e incluso ocasionar trastornos de personalidad del paciente.

Durante las primeras instancias los quemados no solo experimentan dolor sino también ansiedad, y que puede a su vez producir miedo. El ciclo en que el dolor aumenta la ansiedad, y esta aumenta el dolor, puede ser insoportable. El paciente se encontrar muy trastornado, pero la ansiedad dificulta saber qué aspectos de su experiencia son los que modificaron. Por todo ello se ha comparado estas ansiedades a la neurosis traumática, que sin duda produce un desequilibrio en la estructura del cerebro medio que causan alteraciones del sistema autónomo y que alcanzan a comprometer su rehabilitación, que resulta crucial para su recuperación Psicosocial (Guerrero, 2008).

El psicólogo clínico, en los diferentes hospitales generales de urgencia debe ser capaz de percibir la naturaleza dramática del paciente y sus demandas de angustia, para buscar destrezas, técnicas y, en ocasiones muy humano para ayudar a los pacientes. Los estudios han demostrado que las intervenciones quirúrgicas de las quemaduras, es de gran trascendencia emocional para el enfermo.

Es importante que el psicólogo clínico conozca la historia pasada del paciente y su manera de manejar el estrés para poder apoyar. La quemadura es súbita y no tiene tiempo de prepararse para manejarla. El paciente se enfrenta al dolor, a una hospitalización y a un severo desequilibrio fisiológico.

El paciente con quemaduras teme por su vida, la mayoría de los procedimientos, como las curaciones y las terapias que son muy dolorosos tanto físico como lo emocional. Aún los injertos de piel le producen dolor en los sitios donantes, el paciente cree que el trato es cruel e inhumano y la presencia un psicólogo clínico es primordial para ayudar en la situaciones a los cuales entra el paciente (Krause, 2011).

Pero existen pasos preliminares en el tratamiento del paciente quemado que deben ser preventivos:

- Asegurarse que el paciente entienda su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.
- Evitar discusiones y pronósticos al lado de la cama del paciente, a menos que esté específicamente incluido en ellas.
- Permitirle al paciente tanto control como sea posible en su tratamiento.
- Dar adecuada analgesia. - Usar pacientes quemados ya curados para efectos de soporte.

El paciente siente que ha perdido el control de casi todo, y teme perder el control sobre sus emociones. Su aspecto del paciente es una de las mayores fuentes de ansiedad. Tiene preocupaciones por su función sexual después de una quemadura severa, aun cuando no estén comprometidos sus órganos sexuales, provocan ansiedad.

Para ayudar de la mejor manera al paciente para un mejor manejo de la ansiedad, debe incluir frecuentes oportunidades de manifestar sus miedos y temores con todo el personal que lo está tratando explicándole lo mejor posible su estado y no tratar de minimizar los problemas.

Durante las curaciones o tratamientos los pacientes manifiestan rabia o lo que tenían escondida, es un problema no solo para el paciente sino para el personal que lo maneja. Sienten rabia contra él mismo, con los causantes del accidente, contra los que no se quemaron, contra los que están sanos y contra todo el personal que lo está tratando, pero con el apoyo

de un psicólogo clínico que le permita expresar sus sentimientos sin tomarlo personalmente, donde el paciente debe comprender que los hospitales no son sitios en donde la rabia sea bien tolerada porque no todos son responsables del accidente. El psicólogo clínico debe saber reconocer las razones del paciente, permitirle expresarlas, sin retaliaciones (Kinori, 2014).

Otro de los roles del psicólogo clínico con personas que cursan accidentes con quemaduras es: generar confianza para que los pacientes superen la depresión. Es de esperarse en la mayoría de los pacientes quemados se pueden expresar mediante el llanto o presenten disminución del apetito, dificultades para el sueño e incluso piensen que los abandonan.

El paciente puede presentar signos más severos de depresión, como retardo psicomotor, desesperanza, pérdida de los deseos de vivir, desilusión, hasta ideas suicidas. La primera tarea para ayudar al paciente con sentimientos depresivos es ayudarle a manejar el proceso de elaboración de la pena, que inevitablemente presenta negación, aceptación y resolución. Se le debe dar las medidas generales más soporte psicoterapéutico. Se les debe animar a recibir visitas, a realizar actividades placenteras lo más pronto posible y a desarrollar actividad física temprana. Conviene involucrarlo con otros pacientes.

Algunos mejoran a medida que mejora su estado, pero desgraciadamente este comportamiento dificulta el progreso del tratamiento y en algunas ocasiones no hay mucho qué ofrecerle. La psicosis en los pacientes quemados a menudo se presenta como dos síndromes, entre ellos un síndrome orgánico cerebral o delirium. En el delirio se pueden presentar desorientación, pérdida de memoria reciente, dificultad para funciones intelectuales, alucinaciones usualmente visuales, más común en los ancianos, este síndrome se presenta por causas que comprometen el funcionamiento cerebral, como el desequilibrio hidroelectrolítico, anoxia cerebral, edema, infección, factores tóxicos o trauma. El tratamiento para el delirio se debe reconocer y tratar tempranamente la etiología. Si hay agitación se debe administrar 69 medicación antipsicótica: haloperidol o fenotiazinas en las dosis más bajas que sean efectivas (Krause, 2011).

El síndrome de psicosis sin causa orgánica conocida (psicosis del quemado), los síntomas son similares, las alucinaciones son más auditivas y la confusión menos marcada. Los síntomas no dan pistas sobre la etiología de manera que la evaluación neurológica y los datos de laboratorio son obligatorios. Para el tratamiento de los pacientes con psicosis se recomienda adicionar períodos ininterrumpidos de sueño lo más largos posibles. Para el manejo de los niños se siguen los mismos principios también es importante conocer sobre problemas emocionales previos a la quemadura, el tratamiento puede ser difícil de llevar, además la separación de su medio del contacto físico con sus padres ocasiona problemas adicionales. Por lo cual es muy importante permitir a los padres estar la mayor cantidad de tiempo posible con los niños, estimularlos a jugar, utilizar personas especializadas en el cuidado de los pequeños y ponerlos en contacto con otros niños tan pronto sea posible.

Atención psicológica al paciente quemado y a sus familiares

Para una atención optima del paciente, es importante tener en cuenta que el psicólogo clínico deba generar una empatía con el paciente, los parientes del mismo facilitan la relación con el equipo médico para obtener resultados satisfactorios en beneficio siempre del paciente.

El Psicólogo durante la hospitalización debe realizar evaluación clínica del paciente y cuando sea posible aplicar pruebas psicológicas que apoyen el diagnóstico psicológico, al mismo tiempo debe brindar información psicoeducativa, proporcionar psicoterapia breve, aplicar técnicas cognitivo conductuales en el manejo del dolor y ansiedad, realizar intervención en crisis, evaluar la necesidad de canalizar a Terapia Familiar, apoyar a los familiares en la elaboración de diversos duelos. En caso de ser necesario se debe evaluar junto con el médico, si es necesario solicitar interconsulta al Servicio de Psiquiatría para evaluación y/o control de fármacos para tener una mejor continúa con las sesiones psicológicas en la fase de seguimiento (Kinori, 2014).

Otros de los aspectos que debe cumplir el psicólogo clínico es que al ingreso del paciente a la clínica debe realizar la entrevista psicológica inicial con los familiares y/o cuidadores primarios en la que se obtendrán datos sobre la descripción del mecanismo de lesión, antecedentes de desarrollo (solo en pacientes pediátricos), núcleo familiar, dinámica familiar, toxicomanías, antecedentes psiquiátricos y alternativas en cuanto a sus redes de apoyo. Para esto debe realizar las siguientes actividades:

Analizar con los pacientes y sus familiares la importancia de asumir el autocuidado para favorecer la evolución en la salud y el apego al tratamiento médico y psicológico.

Realizar un diagnóstico psicológico del estado médico de cada paciente, considerando la descripción de rasgos de personalidad informados por los familiares y los reportes del personal médico durante su hospitalización.

Evaluar los temores y expectativas del paciente y de sus familiares respecto a la condición médica del paciente y a su tratamiento médico.

Brindarle al paciente estrategias cognitivo conductuales para asimilar el evento traumático que le ocasiono las quemaduras, manejar el dolor y las emociones derivadas en la hospitalización.

Apoyar al paciente y a sus familiares en el proceso de duelo que implica la amputación de algún miembro o parte del cuerpo, así como las pérdidas afectivas que implican el estar hospitalizado.

Fortalecer la imagen corporal del paciente en función de sus quemaduras y las implicaciones evolutivas de las mismas.

Reportar al médico tratante y al personal de enfermería las características de personalidad del paciente.

Elaborar nota inicial y de evolución reportando el estado emocional del paciente y el trabajo realizado con sus familiares.

En pacientes pediátricos brindar técnicas de relajación mediante Terapia de Juego.

Realizar un monitoreo continuo del estado emocional del paciente y de sus familiares.

Coordinar Terapias de grupo psicoeducativas con los familiares.

Proporcionar acompañamiento tanatológico a los familiares en caso inminente de riesgo de muerte y ante el deceso del paciente.

Proporcionar consulta externa de control y seguimiento a los pacientes egresados que así lo requieran.

Y finalmente programar sesiones con los familiares de los pacientes con el objetivo de promover la contención de las emociones, facilitar la elaboración del duelo y el uso de sus recursos psicológicos para enfrentar el evento.



Lamentablemente en este tipo de accidentes pueden tener una fase terminal, para los familiares y los médicos, por lo tanto, el psicólogo clínico debe ser capaz de generar diferentes estrategias para ayuda al afrontamiento de las situaciones diferentes, entre ellos están:

- Acompañar al paciente cuando ha sido informado sobre la alta probabilidad de su muerte (a menos que el médico no lo considere pertinente).
- Promover que el paciente en la medida de lo posible hable sobre los sentimientos que surgen alrededor de la proximidad de su muerte.
- Verbalizar las emociones en la familia en función de la muerte del paciente.
- Ayudarle al paciente y a sus familiares a hablar sobre su imagen, lo positivo que hizo y el legado que deja en función de su existencia (familiares, amigos y seres queridos).
- En la medida de lo posible mantener contacto físico y emocional con el paciente y con sus familiares.
- Pedirle consentimiento al paciente y en el caso de menores de edad a los familiares para promover la realización de rituales de despedida y/o religiosos.
- Arreglar los pendientes del paciente para promover que su muerte sea en paz y con dignidad.

El ser humano está hecho de emociones y sentimientos, al paciente que transita con los accidentes de quemadura, se le debe brindar un apoyo en cuanto a las áreas emocionales y comportamentales, de forma que se le pueda brindar una buena calidad de vida, es de trascendental importancia reconocer que los pacientes del área de Quemados se ven amenazados en cuanto a su estructura yoica ya que su Yo se ve debilitado, por lo que existe una alta probabilidad de depresión que puede llegar a ser patológico.

Trabajar a partir de las técnicas de relajación y acompañamiento en el dolor y la pérdida, para generar en los pacientes aspectos de reconstrucción en cuanto a su estructura yoica y por ende que ayudará a superar los problemas de la imagen en cuanto a lo que es el Yo.

http://www.monografias.com/trabajos101/combinacion-terapeutica-rehabilitacion-pacientes-quemados/combinacion-terapeutica-rehabilitacion-pacientes-quemados.shtml

NUEVAS TENDENCIAS NEUROPSICOLOGICAS Y ENFOQUES MULTIDISCIPLINARIOS PARA LA INSTAURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Calvi, O. y Tabroga, N.
olichyc23@gmail.com y antltaborga@gmail.com

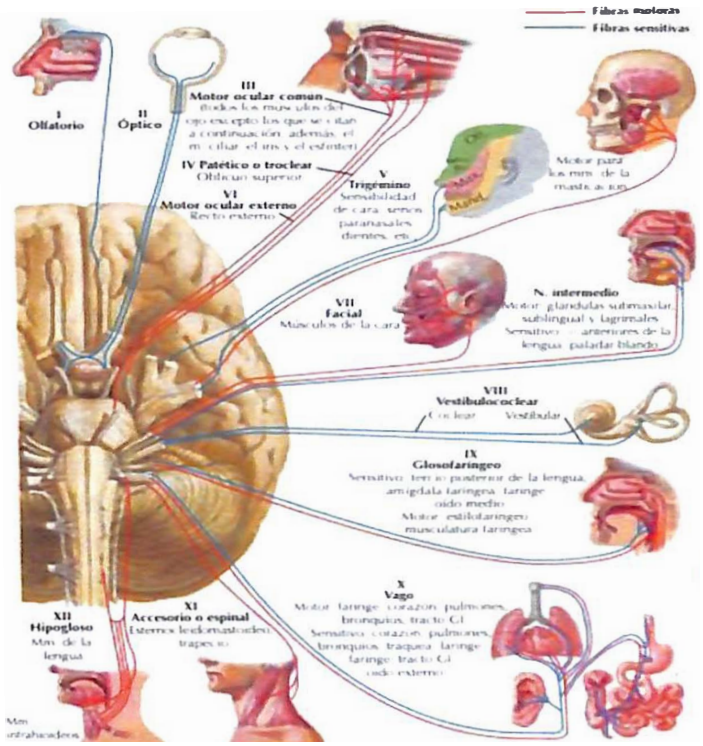
Las grandiosas y nuevas ciencias han dado paso al conocimiento del órgano más complejo de tratar en todas sus dimensiones: el cerebro, y gracias al conocimiento de este, en la actualidad se pueden llegar a grandes hallazgos.

Estas nuevas ciencias han cobrado vida gracias al estudio de los trastornos del Sistema Nervioso por parte de la NEUROLOGÍA, la cual aparte de estudiarlos cumple con la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los Sistemas Central, Periférico y Autónomo.

En casos generales es el Neurólogo el encargado de hacer una revisión y diagnóstico por medio de pruebas: sensitivas, motoras, función refleja, de estación y marcha, esto con intención de acercarse más a la evaluación de los pares craneales los cuales son responsables de las principales funciones del cuerpo.

En los casos más comunes (epilepsias, cefaleas, Alzheimer, trastornos del sueño, etc.) la Neurología y el especialista como tal Neurólogo, son responsables de brindar auxilio y priorizar a los casos más riesgosos ya sea para derivar a otros especialistas o formar un equipo multidisciplinario, ya que las enfermedades por lesionas traumáticas son atendidas por la Neurocirugía, los trastornos complejos del sueño, la ansiedad, la depresión por la Psiquiatría y los problemas conductuales y mentales por la Neuropsicología. (Dexeus, 2010).

NEUROPSICOLOGIA: se define como neuropsicología a la disciplina clínica que permite enlazar a la neurología con la psicología.



https://www.google.com.bo/search?q=pares+craneales&espv=2&biw=1366&bih=637&site=webhp&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjr

Es una especialidad perteneciente al campo de las neurociencias que estudia la relación entre los procesos mentales y conductuales y el cerebro, no sólo en personas con algún tipo de disfuncionalidad neuronal, sino en individuos cuyo organismo funciona normalmente. Los neuropsicólogos trabajan con personas de todas las edades, y que padecen diferentes afecciones, se encargan de brindar un diagnóstico y tratamiento a personas con problemas cognitivos, conductuales y emocionales que pueda afectar el normal funcionamiento cerebral.

¿Cuáles son las causas que afectan al funcionamiento cerebral?

Estudios realizados, muestran que las causas con mayor frecuencia son problemas neurológicos, que pueden surgir por varias causas, como ser: traumatismo de cráneo, accidente cerebro vascular, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, patologías del desarrollo como el autismo, etc. Es así que, en los últimos años, y debido al incremento en la esperanza de vida, se espera que en el año 2050 alrededor del 35% de la población tenga una edad en la que se incrementa el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad neurodegenerativa. Una de las más comunes, la Enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una forma normal del envejecimiento. El Alzheimer es la forma más común de la demencia. Se entiende por demencia a la pérdida de memoria y de otras habilidades intelectuales que interfiere en el diario vivir de la persona. El Alzheimer representa del 60 al 80% de los casos de la demencia.

Entonces, ¿cuál es el papel del neuropsicólogos en el diagnóstico y tratamiento de la demencia?, La formación en neuropsicología cobra un papel importante, ya que el conocimiento de los modelos de la psicología cognitiva explica la organización funcional de los procesos cognitivos.

Diagnóstico

Las nuevas teorías y el desarrollo metodológico de las últimas dos décadas sugieren la necesidad de analizar y describir disfunciones en otras áreas de la cognición, tales como las funciones ejecutivas, que han cobrado enorme relevancia en el diagnóstico precoz y en la predicción del desarrollo de la demencia.

Los programas de intervención neuropsicológica deben comenzar a aplicarse desde el inicio de los primeros síntomas, ya que es cuando tienen mayor eficacia, al trabajar sobre un funcionamiento cerebral (y una estructura cerebral) menos dañado en comparación a las fases más avanzadas de la enfermedad.

Tratamiento

El tratamiento es fundamental para el abordaje de la demencia. Se hace referencia a dos perspectivas para abordar los síntomas cognitivo-conductuales de la demencia: las terapias farmacológicas y las denominadas terapias no farmacológicas. Dentro de este segundo grupo de terapias, es donde nuevamente el neuropsicólogo vuelve a tener un papel fundamental.

Debido a que la rehabilitación neuropsicológica incluye un conjunto de estrategias, tales como el reentrenamiento cognitivo, la sustitución y la compensación, el propósito de aumentar la funcionalidad, mejorar la calidad de vida del paciente y conseguir una adaptación deseada al entorno, es trabajo que debe realizar el profesional con la ayuda de los familiares.

Atención y educación de familiares (del paciente afectado): La intervención con los familiares del paciente afectado, es uno de los pilares de apoyo en los que se sustenta buena parte del proceso de recuperación, ya que el daño cerebral no afecta únicamente a la persona que ha sufrido la lesión; la familia es la receptora inmediata del impacto emocional que supone la aparición de daño cerebral en uno de sus miembros. Es por ello que parte de las funciones del neuropsicólogo y otros profesionales es prestar atención, educación, orientación y ayuda a las familias de estos pacientes. El doctor Boliviano Neurocirujano Miguel Duche, menciona: *"la necesidad de explicar a los familiares el origen, la naturaleza y la repercusión del déficit cognitivo, detallar el pronóstico asociado a cada fase de la enfermedad, conseguir su implicación co-terapéutica y enseñarles estrategias de afrontamiento para la reducción de carga y estrés"*.

IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

En una unidad de daño cerebral, el neuropsicólogo trabaja junto a un equipo de profesionales de la salud en la recuperación integral del paciente. Este equipo interdisciplinar está formado generalmente por médicos rehabilitadores, psiquiatras, neurólogos, neuropsicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, así como trabajadores sociales y personal auxiliar y de enfermería, que trabajan en la rehabilitación del paciente desde sus distintas áreas, pero con objetivos comunes y bastante coordinación.

Sin embargo, el neuropsicólogo, como especialista cuya formación de base es la psicología, es el profesional que aporta el conocimiento teórico y práctico acerca de las funciones cognitivas y de cómo estas se implementan en estructuras y procesos cerebrales, es considerado uno de los engranajes que conforman los equipos multidisciplinares.

La Neurocirugía es la especialidad médica que trata del manejo quirúrgico de determinadas enfermedades del Sistema Nervioso Central, Periférico y Vegetativo.

Dentro de la evaluación y tratamiento de procesos patológicos que modifican la función o bien la actividad del Sistema Nervioso, se debe tener en cuenta que se trata delicadamente con los órganos y conexiones comprometidas, como el cerebro, la medula espinal, nervios aferentes y eferentes, vasos sanguíneos intra y extra craneales, etc.

Es por eso que esta forma de intervención es compleja y necesidad ser tratada de manera más clara y concisa para con los familiares, el paciente y el equipo de trabajo.

Dentro de la experiencia del Dr. Duchen, medico de columna, refiere que es importante conocer el tema no solo a nivel teórico, o practico, sino también a nivel humano, lo cual el refiere que desde que estudio la especialidad Cirugía de Columna en Brasil, él recuerda que cada facultad realizaba investigaciones para estas, cada estudiante debía prepararse desde sus estudios teóricos y prácticos para el futuro y ser responsable de sus actos, decisiones, forma de intervención y tratamiento. Es decir que desde la primera consulta se debe conocer al paciente, las ventajas-desventajas de la enfermedad, la familia, expectativas y sobre todo ser precavido y claro para trabajar en equipo o bien tomar decisiones por su cuenta; ya que el trabajo dependerá no solo de la capacidad del médico, sino también de la confianza que el paciente otorgue a este.

También resalta que durante sus años de experiencia la tecnología ha ayudado mucho al desarrollo de esta especialidad, ya que trabaja de manera disciplinaria en el sentido que cada evaluación tiene una secuencia, como el examen físico, donde no solo centra su atención en el cuerpo, sino también en la edad y otros aspectos como los psicológicos, al tratarse de temas estéticos y directamente relacionados con el autoestima que llaman su atención, el examen computarizado por medio de radiografías, resonancias magnéticas y finalmente la intervención en donde él llega a utilizar instrumentos de última generación, lo cual hace que este tipo de intervenciones no sean efectuadas por un tema económico y que aquí en Bolivia aún se trata como un tema tabú para algunas familias, como excusa por miedo al sometimiento de esta, o bien están fuera del alcance del paciente y la familia.

Dentro de la Cirugía de Columna, una de las afecciones más comunes es la: Cifosis, una curvatura de la columna que produce redondeo o arqueamiento de la espalda, lo cual se presenta con una postura jorobada o agachada, esta puede aparecer a cualquier edad, en la adolescencia se la conoce como: la enfermedad de Scheuerman, y por diversas causas como ser: enfermedades degenerativas, fracturas, traumatismo, desplazamiento de vertebras, enfermedades endocri-nas o bien trastorno del tejido conectivo.

A cualquier edad que esta se presente los síntomas más comunes son: rigidez o sensibilidad en la columna, dificultad al respirar, fatiga, dolor de espalda leve o grave y la apariencia redondeada o jorobada.

Dentro de las pruebas y exámenes están las radiografías de la columna, resonancias magnéticas (en caso de tu-mores), pruebas pulmonares y de densidad ósea. Según los parámetros que indiquen los resultados se podrá re-solver si lo adecuado sea realizar un trabajo quirúrgico, en fisioterapia, o el uso de un corsé. (Salud, 2016)

Es un gran porcentaje de enfermedades que deben ser evaluadas y tratadas de manera interdisciplinar, esto con la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas; también es innegable que la Neurocirugía ha impulsado a otras áreas como la Psicocirugía.

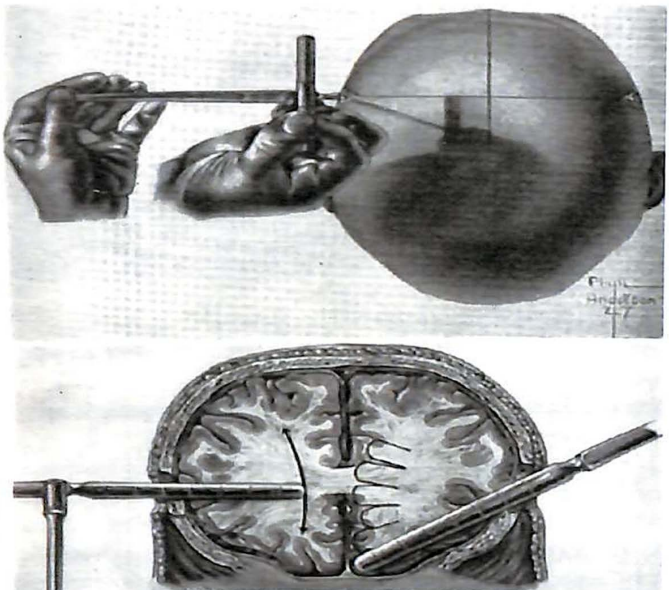
La Psicocirugía es un tipo de neurocirugía que trata enfermedades mentales, esta fue propuesta por Egas Mo-niz en 1936. Este tipo de neurocirugía fue aplicada en trastornos afectivos, trastornos obsesivos compulsivos y esquizofrenia. Consiste en hacer una pequeña lesión en una zona determinada del cerebro (cíngulo), que tie-ne como objeto alterar el circuito límbico que controla las emociones. "El procedimiento se centra en la alteración de los circuitos cerebrales ya sea estimulando o inhibiendo a través de la implantación de un electrodo que se puede encender, apagar y modular con un interruptor", (Ley). Se debe tener en cuenta que la estimulación es completa-mente reversible, ya que la modulación pasa a través de un estímulo eléctrico, el cual solo altera el funcionamien-to de un circuito nervioso, y no provoca alguna lesión.

El proceso de la Psicocirugía es riguroso, ya que principalmente se aplica a pacientes que han fracasado en todo tipo de terapia y fármacos. En algunos casos esta se da bajo la orden de un terapeuta, un psiquiatra de cabecera, psiquiatras independientes y un juez.

Como cualquier otro tratamiento, este también tiene ciertas desventajas como el costo de la operación, ci-catrices poco estéticas y aún en el medio de la cirugía son pocos los profesionales que están en este campo y muchos los que aún desconocen de este.

NEUROCIENCIA

Es una disciplina que se dedica desde un punto de vis-ta inter, multi y transdisciplinario a observar, y anali-zar la estructura y la organización funcional del Sis-tema Nervioso (particularmente del Cerebro). Trata de penetrar el misterio de la relación entre lamente, la conducta y la actividad propia del tejido nervioso.



1. 2.

https://www.google.com.bo/search?q=psicocirug%C3%ADa&rlz=1C1GGGE___BO558BO561&biw=1366&bih=637&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwje6_2u5JTNAhXKHh4KHUM8AqQQ_AUIBigB#imgrc=w3VcXn1t5aUG4M%3A

"La neurociencia está revolucionando en los últimos años, ya que podemos afirmar que sabemos mucho sobre el cerebro, pero poco sobre la mente, pero la manera de entender nuestras conductas y lo que es más importante aún es: cómo aprende, cómo guarda información nuestro cerebro, y cuáles son los procesos biológicos que facilitan el aprendizaje "(Manes & Niro, 2014).

NEUROCIENCIA Y PSICOCIRUGÍA

Antiguamente en 1940 profesionales hablaban de la lobotomía, la cual se remplaza por ésta nueva técnica llamada psicocirugía, menos invasiva que la anterior y sin provocar daño al sistema nervioso. Tuvo sus orígenes para el tratamiento de la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo. El Dr. Federico Micheli, Jefe del Movimiento Anormal de Parkinson del Hospital de Clínicas en Buenos Aires menciona que: "la psicocirugía consiste en realizar pequeñas lesiones puntuales sobre la corteza cerebral para colocar electrodos estimuladores con regulación de frecuencia que permiten estimular "shock de parálisis" y regular la actividad de determinadas neuronas colocadas cerca de la región talámica a determinadas neurona".

La psicocirugía actualmente es un método disponible en varios centros de salud mundiales, como tratamiento definitivo en pacientes favorables para enfermedades como el trastorno obsesivo compulsivo resistente (TOC-R) y la agresividad resistente (AR) al tratamiento. El presente artículo es un reporte de un caso en el que se demuestra la efectividad del procedimiento para disminuir los síntomas obsesivo y compulsivo resistentes, y al mismo tiempo corroborar que las funciones mentales superiores no están afectadas.

CASO: Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente

El candidato número uno a la intervención quirúrgica, varón de 27 años de edad, presentaba un TOC que no había respondido a ninguno de los tratamientos psicofarmacológicos disponibles en tiempo y dosis establecidos ni tampoco a la psicoterapia. En el paciente debía haberse efectuado previamente diversas tentativas terapéuticas adecuadas (como mínimo 10 semanas con la dosis máxima tolerada) con, al menos, 3 inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (clomipramina, fluoxetina, sertralina, paroxetina o citalopram) y a su vez en sinergia con 2 de los siguientes fármacos: litio, clonazepam, buspirona o un neuroléptico. El paciente recibió una terapia conductual de al menos 20 h y otros tratamientos (tabla 1). La información relacionada al cumplimiento terapéutico del paciente se obtuvo del psiquiatra derivante, de la historia médica y de los datos aportados por los familiares del paciente. Por el médico que refirió se trató de obtener la mayor parte de la información de que los intentos terapéuticos no fueron satisfactorios para la mejoría de los síntomas del TOC. Posteriormente aceptado el paciente para cingulotomía, se obtuvo el consentimiento informado para la intervención quirúrgica y para el seguimiento clínico.

Características del paciente: El paciente presentaba dificultades en la concentración, sensación de estar flotando, dificultades para realizar su aseo personal, por lo que tenía que recibir asistencia, debido a que pasaba mucho tiempo con rituales consistentes en repasar mentalmente ideas e imágenes (obsesivo-compulsivas), en esos estados permanecía hasta 12 h; en ocasiones se mantenía en la misma posición, en forma "casi" catatónica, y se orinaba y defecaba en la ropa; mantenía fija su atención en los objetos y en las personas, con su atención principalmente hacia los genitales de las mujeres, mentalmente repetía las palabras, las imágenes de cosas que observaba o escuchaba, sin lograr controlarlas.

Examen mental prequirúrgico: En el examen se observó cara de tristeza con postura tensa, su voz es forzada, habla lentamente, con tono normal, afecto hipotímico, niega alteraciones sensoperceptivas y no impresiona tenerlas, su pensamiento es lento, lógico, coherente, comprensible, contenido de preocupación en relación con su enfermedad, sin ideas suicidas, con proyección a futuro, con discalculia, orientado globalmente, juicio dentro de la realidad, con conciencia de enfermedad mental, psicomotricidad extremadamente lenta, con movimientos finos de extremidades superiores.

Examen mental posquirúrgico: El paciente se encuentra consciente, orientado, cooperador en el interrogatorio, contesta en forma fluida y espontánea, tarde menos en repetir o revisar los elementos, como las palabras que escucha o las personas que ve; su talante es aparentemente eutímico y con buena modulación, conserva juicio de la realidad. Es importante señalar que en el período posquirúrgico terminó la preparatoria. A 6 años de la cirugía, el paciente realiza actividades de forma aceptable en comparación con la incapacidad previa a la cirugía realizada.

CONCLUSIONES

Podemos observar que los procedimientos psiquiátricos no convencionales, como la psicocirugía, son un recurso de gran utilidad que puede brindar solución a pacientes con síntomas psiquiátrico invalidantes y de difícil control por los medios más conocidos, como la psicoterapia, los recursos psicofarmacológicos y la terapia electroconvulsiva. Para comprobar que el procedimiento psicoquirúrgico aplicado en este caso fue el más indicado, se emplearon escalas clinimétricas psiquiátricas, neuropsicológicas y psicológicas con adecuada validez y confiabilidad, con lo cual se sustentó la incapacidad en la que se encontraba el paciente antes de la cirugía, y posteriormente demostrar su eficacia, así como mejoría en su calidad de vida.

El objetivo de la psicocirugía fue lograr disminuir la sintomatología obsesiva y compulsiva y demostrar que no existe deterioro de las funciones cognoscitivas. De esta forma se logró una mejor adaptación del paciente a la dinámica familiar, mejor control farmacológico e independencia. Una de las ventajas fundamentales de este procedimiento es que no hay deterioro de las funciones cognoscitivas, como se observó en los primeros años que se realizaba este procedimiento psicoquirúrgico, dadas las condiciones en los avances tecnológicos y en el blanco quirúrgico, resultado de un mayor conocimiento de las neurociencias.

Finalmente, es necesario hacer una revisión de los condicionantes y mitos que se tienen sobre la psicocirugía para impedir que las ideas preconcebidas y dogmáticas no sean un obstáculo para el desarrollo de alternativas de esta índole, que poseen mayores alcances en comparación con los procedimientos convencionales, que se ofrecen a pacientes cuando han sido agotadas las alternativas tradicionales; por último, se hace hincapié en que el elemento fundamental para un excelente resultado es la selección del paciente apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordoba, V. (08 de Diciembre de 1994). Neurociencia operados de depresión. El mundo, pág. http://www.elmundo.es/salud/1994/131/00533.html.
- David de Noreña, Marcos Rios Lago. (2007). El papel del neuropsicólogo. Accion Psicológica, 3,9-15.
definicion.de. (2016). Definicion de Neuropsicologia. Obtenido de http://definicion.de/neuropsicologia/
- Dexeus, S. d. (3 de 5 de 2010). USP. Recuperado el 29 de Mayo de 2016, de USP: http://www.neurodexeus.org/enfermedades-neurologicas
- Ley, L. (s.f.). BCC. Recuperado el 21 de ABRIL de 2016
Manes, F., & Niro, M. (8 de Febrero de 2014). Neurociencia. Obtenido de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Neurociencia
- Neuropsic. (2016). Neuropsicologia. Obtenido de http://www.neuropsicologia.com.ar/la-neuropsicologia/
- Óscar Meneses Luna, Francisco Javier Valencia Granados, Manuel Hernandez Salazar, Ángel Mauricio Soriano. (Enero de 2007). Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente. Obtenido de - El Sevier: http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-psicocirugia-un-paciente-con-trastorno-13100662
- Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. Neurol, 43.
Salud, M. I. (3 de mayo de 2016). Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Recuperado el 3 de junio de 2016, de https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001240.htm
- Tirapu-Ustárroz J; Muñoz-Céspedes J.M. (2004). Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro. Revista Psicología, 1-14.
- Unturbe, F. M. (01 de Julio de 2011). Papel del neuropsicólogo en el diagnóstico y tratamiento de la demencia. Obtenido de Infocop: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3504
- David de Noreña, Marcos Rios Lago. (2007). El papel del neuropsicólogo. Accion Psicológica, 3,9-15.
definicion.de. (2016). Definicion de Neuropsicologia. Obtenido de http://definicion.de/neuropsicologia/
Dexeus, S. d. (3 de 5 de 2010). USP. Recuperado el 29 de Mayo de 2016, de USP: http://www.neurodexeus.org/enfermedades-neurologicas
- Neuropsic. (2016). Neuropsicologia. Obtenido de http://www.neuropsicologia.com.ar/la-neuropsicologia/
- Óscar Meneses Luna, Francisco Javier Valencia Granados, Manuel Hernandez Salazar, Ángel Mauricio Soriano. (Enero de 2007). Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente. Obtenido de El Sevier: http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-psicocirugia-un-paciente-con-trastorno-13100662
- Salud, M. I. (3 de mayo de 2016). Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Recuperado el 3 de junio de 2016, de https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001240.htm
- Tirapu-Ustárroz J; Muñoz-Céspedes J.M. (2004). Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro. Revista Psicología, 1-14.
Unturbe, F. M. (01 de Julio de 2011). Papel del neuropsicólogo en el diagnóstico y tratamiento de la demencia. Obtenido de Infocop: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3504
- Cordoba, V. (08 de Diciembre de 1994). Neurociencia operados de depresión. El mundo, pág. http://www.elmundo.es/salud/1994/131/00533.html.
- David de Noreña, Marcos Rios Lago. (2007). El papel del neuropsicólogo. Accion Psicológica, 3,9-15.
definicion.de. (2016). Definicion de Neuropsicologia. Obtenido de http://definicion.de/neuropsicologia/
- Manes, F., & Niro, M. (8 de Febrero de 2014). Neurociencia. Obtenido de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Neurociencia
Neuropsic. (2016). Neuropsicologia. Obtenido de http://www.neuropsicologia.com.ar/la-neuropsicologia/
- Óscar Meneses Luna, Francisco Javier Valencia Granados, Manuel Hernandez Salazar,
- Ángel Mauricio Soriano. (Enero de 2007). Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente. Obtenido de El Sevier: http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-psicocirugia-un-paciente-con-trastorno-13100662
Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. Neurol, 43.
- Tirapu-Ustárroz J; Muñoz-Céspedes J.M. (2004). Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro. Revista Psicología, 1-14.
Unturbe, F. M. (01 de Julio de 2011). Papel del neuropsicólogo en el diagnóstico y tratamiento de la demencia. Obtenido de Infocop: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3504

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER

Alave, A. y Yanatelli, N.
edwin.vincent.ap7@gmail.com y nikcy.yanatelli91@gmail.com

En los últimos años se fue desarrollando una nueva especialidad denominada Psicooncología, la que consiste en la intervención psicológica de personas diagnosticadas con cáncer. Abordando tres áreas de gran importancia: (1) el paciente, (2) la familia y (3) personal médico.
El objetivo de dicha especialidad es el de brindar calidad de vida al paciente. Siendo el interés de este articulo observar la relación entre la oncología y la psicología. Se entiende que trabajar con una persona con cáncer implica ocuparse de la enfermedad, donde el rol del psicólogo es trabajar con la persona no con el cáncer.

El paciente en este proceso se enfrentará con dos tipos de impacto, que son:

Impacto diagnóstico: Se refiere a las reacciones comportamentales que se generan en el paciente, al haber sido informad que tiene cáncer. La manifestación conductual más común de la respuesta al mencionado impacto, es la crisis. Este estado se caracteriza por una verdadera perturbación emocional y por un completo desorden cognoscitivo que inhiben la posibilidad de generar estrategias de afrontamiento.

Impacto pronóstico: Sin lugar a dudas, el temor más grande con el que se enfrenta el personal de salud está determinado por el momento en que el paciente cuestiona acerca del tiempo que le queda por vivir. Por obvias razones, las conductas evocativas gobiernan este tipo de situaciones que provocan un sufrimiento en el paciente y su familia. Ideas irracionales se manejan alrededor del pronóstico de una enfermedad cuando éste es negativo.

Es de conocimiento público que existen variados tipos de cáncer; los más comunes son, el cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de colon, leucemia, cáncer cerebral, cáncer de cu lo intrauterino, cáncer de mama, entre otros.

La intervención clínica suele ser bastante desgastante para el paciente por la quimioterapia, no sólo de forma física sino también mental. Por eso el psicólogo debe jugar un papel importante, el acompañamiento al paciente en el duro y largo camino, ayudando a salir adelante, con un afrontamiento eficaz desde el diagnóstico inicial hasta que la persona logre superar el cáncer, para que la misma se renueve.
En la intervención con la familia, el psicólogo deberá apoyar y orientar a la familia en la situación en la que se encuentra el paciente; por ejemplo se puede indicar que cuando se trata de un hijo, el psicólogo debe hacer que los padres no se dejen de lado; es claro que dejan de lado la relación entre ellos. También se debe trabajar con diferentes técnicas que se verán más adelante.
En el caso de la intervención médica, el psicólogo debe ver la calidad humana que el centro de salud, clínica u hospitales cuenten con personal idóneo, que el oncólogo, enfermeros y otros tengan tratos un trato adecuado con el paciente.

CÁNCER

Es la denominación habitual de todos los tumores malignos, deriva del latín cangrejo, porque un cáncer "se adhiere a cualquier parte a la que se agarra de una manera obstinada, como un cangrejo". Todo tumor maligno tiene un patrón de invasión y adhesión firme a los tejidos y se los asoció a las patas de los cangrejos que pueden agarrar firmemente a sus presas, con el mismo patrón agresivo que el del animal. Es un crecimiento tisular (perteneciente o relativo a los tejidos) producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.
Las células cancerosas son células que han sufrido un cambio y por lo tanto no cumplen sus funciones correctamente en el organismo y se reproducen sin control. El aumento de estas células enfermas ocupa el lugar de las sanas y normales destruyéndolas. Debido a este aumento en algunos tipos de cáncer observamos un creci iento anormal llamado tumor.

Estos términos a continuación están relacionados con el cáncer y sirven para entender mejor la enfermedad:

NEOFORMACION: significa, literalmente, el proceso de crecimiento nuevo, y un crecimiento nuevo se denomina neoplasia.
TUMOR, se aplicó originalmente a la hinchazón producida por la inflamación.
ONCOLOGIA, del griego onkos: masa, tumor. Logía: estudio. Es la rama de la medicina que estudia los tumores tanto malignos como benignos, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
NEOPLASIA es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales, y persiste de la misma manera en exceso tras cesar el estímulo que suscitó el cambio. La persistencia de tumores es el resultado de alteraciones genéticas hereditarias que se transmiten a la progenie de las células tumorales. Estos cambios genéticos permiten una proliferación excesiva y no regulada que se hace autónoma (independiente del estímulo fisiológi-co de crecimiento).
METASTASIS es el proceso en el cual las células tumorales se diseminan e implantan en localizaciones distantes al tejido u órgano a partir de los cuales se originaron. La metástasis caracteriza de forma inequí-voca como maligno a un tumor. Puede realizarse por vía linfática o del torrente sanguíneo.
TUMORES BENIGNOS: en general se designan añadiendo el sufijo OMA a la célula original. Por ejemplo, un tumor benigno que surge de células fibroblásticas se denomina fibroma. Adenoma es el término aplicado a una neoplasia epitelial benigna.
APOPTOSIS: La apoptosis, o muerte celular programada, es un proceso celular genéticamente controlado por el que las células inducen su propia muerte en respuesta a determinados estímulos. De ahí que frecuentemente se describa el proceso apoptótico como "suicidio celular". La muerte celular programada es un proceso irreversible. Conceptualmente la apopto-sis puede ser considerada opuesta a la muerte celular por necrosis, en la que las células son sujetos pasivos irremediablemente abocados a morir. En este sentido, lo distintivo de la apoptosis radica en el control que ejercen las células sobre su propio destino, cuando "deciden" seguir el camino apoptótico.
Tumores malignos puede dividirse en cuatro fases:

1) Cambio maligno en la célula diaria, denominado transformación
2) Crecimiento de las células transformadas
3) Invasión local
4) Metástasis a distancia

En la gran mayoría de los casos, un tumor benigno puede distinguirse del maligno con bastante seguridad basándose en su morfología.
La diseminación de los cánceres puede ocurrir a través de tres vías:
1) Siembra directa en las cavidades o superficies corporales
2) Diseminación linfática
3) Diseminación hematógena

INTERVENCIÓN

La intervención sobre los factores psicosociales puede darse en distintos contextos (Cruzado, Olivares, Fernández, 1993), según el momento de la enfermedad y las necesidades del paciente: – Apoyo en el proceso de adaptación en las distintas fases de la enfermedad.
– Preparación para la intervención quirúrgica: algunos resultados muestran una mejor recuperación posquirúrgica en pacientes que han recibido previamente intervenciones psicológicas para reducir su ansiedad y sus temores (Mingote, Denia y Alonso, 1997).
– Adaptación a los cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos.
– Afrontamiento del trasplante de médula: es una situación muy estresante física y emocionalmente, es importante preparar al paciente para su tolerancia.
– Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales des adaptativas.
– Promover un sentido de control personal y una participación activa en todo el proceso.
– Proporcionar información al paciente o ayudarle a buscarla.
– Facilitar una adecuada comunicación con la familia y el equipo asistencial.
– Manejo de la llamada "situación paradójica" que puede presentarse cuando se comienzan los tratamientos (el paciente que se encontraba bien, suele sentirse peor tras comenzar el tratamiento), o cuando estos finalizan (se sienten inseguros, ya que mientras que lo estaban recibiendo sentían que estaban controlando la enfermedad y cuando finalizan aparece la preocupación por una posible recidiva).
– Facilitar el proceso de adaptación a la "normalidad".
– Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar el sufrimiento. Poder pensar y hablar acerca de la vida y de la muerte.
El tratamiento psicológico siempre implica una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Existen distintas técnicas, habitualmente relacionadas con los modelos teóricos que las soportan. Cada una de ellas se caracteriza por tener un esquema conceptual y un procedimiento que la distingue y diferencia de las otras.

Los cuidados paliativos que ofrece el psicólogo tienen como objetivo ayudar a los pacientes con su enfermedad para que se sientan mejor. Éstos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando los pacientes se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida.

El estrés que acompaña un diagnóstico de cáncer puede manifestarse en síntomas de fatiga, problemas para dormir, y depresión. Según investigaciones científicas, aproximadamente un 75% de personas con cáncer reportan sentirse débiles o cansadas, especialmente durante su tratamiento; 23-61% reportan problemas para dormir; y 15-25% reportan sufrir de depresión. Mientras que la tristeza es parte común de enfrentar un diagnóstico de cáncer, la depresión no es algo normal. El estrés y la depresión pueden incrementar los síntomas físicos e impactar la calidad de vida significativamente.

El psicólogo interviene principalmente en tres fases: prevención, intervención terapéutica y rehabilitación o final de vida, además de los cuidaos paliativos.
Fase de diagnóstico: el psicooncólogo debe detectar las necesidades emocionales, sociales, psicológicas y espirituales que presentan el paciente y su familia para poder orientarlos en su afrontamiento al cáncer.
Fase de tratamiento: la calidad de vida del paciente se puede ver comprometida por el tratamiento que recibe, además de la evolución de la enfermedad y las características individuales del sujeto, para ello, es psicólogo debe potenciar estrategias de afrontamiento, manejar la ansiedad previa al tratamiento y la capacidad de afrontamiento.
Fase de rehabilitación: el psicólogo debe proporcionar estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes, la adaptación del paciente a las secuelas físicas y su reincorporación a la vida cotidiana.
Fase de final de la vida: el psicólogo debe ayudar al paciente a controlar su dolor y síntomas físicos, acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

T É C N I C A S

Las técnicas de intervención más usuales en la psicología están:

Técnicas de relajación: para ayudar al paciente a bajar los niveles de ansiedad.

Programación Neuro Lingüística (PNL): consiste en que el paciente empiece a reproducir palabras (ya sea en vos alta y/o de forma mental) para poder afron-tar las dolorosas y desgastan tes quimioterapias y otros tratamientos. Estas técnicas entre otras pueden ser de ayuda no sólo al paciente sino también a la familia. En el caso del cáncer de mama, una técnica que puede ayudar se denomina técnica frente al espeio, que sirve para mejorar el auto-concepto y autoestima, está basada en la observación personal de cada uno frente al espejo, así como en la que realiza el entorno en el que se desarrolla. En este caso el psicólogo debe ayudar a la mujer a restablecerse como tal.

Efecto Placebo como intervención

El efecto placebo es el conjunto de efectos sobre la salud de una persona que produce la administración de un placebo. Se trata de un fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar tras la administración de una sustancia sin efectos directamente relacionados con el tratamiento de la enfermedad. Lo poco que se sabe sobre el efecto placebo, se ha dividi-do en dos grandes áreas: cómo actúa sobre el cerebro y sus efectos fisiológicos.

Cerebro y Efectos fisiológicos

Se ha observado que el efecto placebo activa áreas relacionadas con la analgesia, áreas del cerebro que controlan el dolor. Además, diversos estudios encontra-ron que el efecto placebo regula mensajeros químicos a nivel de la médula espinal.

La musicoterapia

La musicoterapia es el uso de la música o de sus elemen-tos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) en pacientes o grupos para facilitar y promover comuni-cación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos para conse-guir cambios y satisfacer necesidades físicas, emociona-les, mentales, sociales y cognitivas.
La musicoterapia es una terapia alternativa, que puede ser utilizada con diferentes fines terapéuticos. A través de la música es posible luchar contra diversas enfer-medades, como ser el cáncer, ayudando al paciente a afrontar y a superar el cáncer de forma integral. Entre los beneficios que ofrece esta terapia es la reduc-ción del dolor, la ansiedad, la depresión y el estrés. In-cluso ayuda a los pacientes a que estén predispuestos psicológica y físicamente con la enfermedad y a los posteriores tratamientos; mejorando la comunicación con la familia y amigos. Según las características del ritmo y frecuencia de las notas será el resultado obte-nido, teniendo que los instrumentos de cuerdas evocan sentimientos, los de viento relajación, y las percusiones alegría y estado de alerta.

CÁNCER Y ROL DEL PSICÓLOGO
ENTREVISTA



El Doctor José Luis Subirats Camacho nacido en La Paz-Bolivia el 5 de mayo de 1985, actualmente con la especialización en anatomo-patología y trabajando en el hospital Saint German (Badalona- España) dió a conocer a mayor profundidad sobre su trabajo, y la relación que tiene en los análisis de laboratorio que se llevan a cabo para la detección del cáncer.

El doctor Subirats explicó la terminología utilizada en su área para la comprensión del tema para entender un diagnóstico y este pueda ser comprendido:

Oma: tumor, sea benigno o maligno (ejemplo: bultoma.- una masa que puede haber salido en cualquier parte del cuerpo, pero que puede ser benigno o maligno)
Carcinoma: tumor maligno, generación maligna de las células
Cordoma: tumor benigno
Cordocarcinoma: tumor maligno
Neoplasia: tumor
Fibrodenoma: protuberancia de tejido
Metaplasia: cambio de un tipo de tejido a otro
Displasia: punto medio de benigno a maligno

¿Cuál es el rol del psicólogo en tu especialidad?

"Bueno en mi caso particular nada, como había dicho no tengo contacto directo con los pacientes, sin embargo en los comités multidisciplinarios, sobre todo en los comités oncológicos siempre hay un psicólogo porque siempre hay que tener tacto para decirle al paciente que tiene una neoplasia. No es lo mismo decirle a un niño por ejemplo que tiene un linfoma que decirle a una persona de 80 años que tiene un cáncer de colon, en ambos casos se tiene que tomar en cuenta varios enfoques psicológicos distintos, eso ya toma la decisión el comité multidisciplinario y en eso entran los psicólogos".

Una pregunta personal ¿por qué elegiste esta especialidad?

"Yo personalmente por la calidad de vida que me da, yo quería ser dueño de mi tiempo y no quería hacer guardias, básicamente fue eso. Fueron mis puntos clave para elegir mi especialidad."

¿Cómo se puede hacer un diagnóstico de biopsia cervical y que síntomas se dan?

"Para cualquier diagnóstico yo necesito células o tejido, así hago el análisis de este. El diagnostico depende de la patología, no es lo mismo un cáncer de mama, que una leucemia o que una verruga por ejemplo si son ipsis es una neoplasia, es un tumor, sabemos que el tumor no duele, solo se desarrolla, en un cáncer de mama los nódulos se hacen palpables más o menos hasta de un centímetro, se siente una masa."

Muchas gracias por su participación en estas charlas doctor Subirats, el interés de su participación es tratar de relacionar las especialidades médicas con el rol del psicólogo para lograr un trabajo multidisciplinario, ponderando que es necesaria la presencia de un especialista en esta área para coadyuvar en el manejo emocional del paciente.

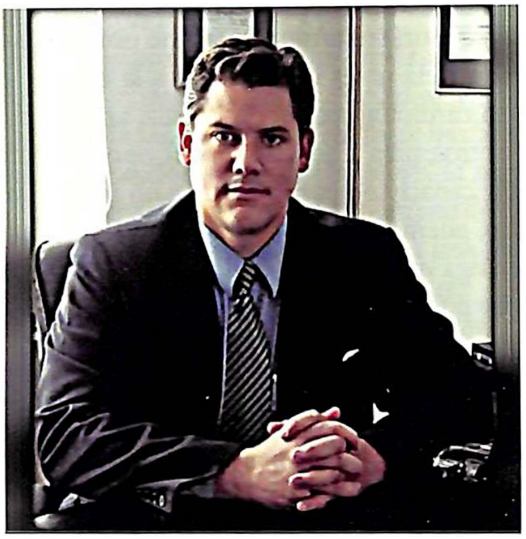
RELACION ENTRE EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO Y LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Escalera, S. y Salgueiro, J.
saritaescalera@yahoo.com y jhoselyn9194@gmail.com

A partir de una conferencia realizada en la Universidad La Salle de Bolivia, el Doctor Jorge Ríos Aramayo prestigioso cirujano plástico nacido en Buenos Aires, Argentina, que realizó su especialidad en esta misma ciudad, actualmente presidente de la sociedad de Cirugía Plástica de La Paz Bolivia, además de propietario de la Clínica Crear, en su intervención en la charla sobre su especialidad, relacionada con la psicología, habló sobre el desempeño de la cirugía estética y reconstructiva, haciendo una ilustración muy didáctica tomando en cuenta la historia de los conceptos de belleza. El Dr. Aramayo, explicó el desarrollo evolutivo de la cirugía plástica tomando como referencia la edad media a la actualidad y a futuro.

Iniciando la Edad Media se comienza a ver cómo el modelo de belleza dependía de Dios, uniendo a las proporciones la debida utilización de la luz y el color. Es en esta época cuando se diferencia entre una belleza espiritual y otro material, además, se empieza a considerar bello lo "feo" porque también es creación de Dios y es el contrapunto de lo bello. Durante los siglos XV y XVI se vuelve la vista a la belleza de la antigüedad, pero ya se comienza a dar importancia al subjetivismo, tanto del autor como del espectador. Idea que se va asentando en los siglos siguientes en los que el concepto de belleza va pasando por diferentes etapas hasta llegar a la actualidad, en que el consumismo y los medios de comunicación de masas hacen este concepto continuamente cambiante y globalizado.

Es por eso que es importante saber en cómo estos conceptos de belleza influían en la mujer, o como la mujer influía en los conceptos de belleza. Para ello se seleccionaron algunas de las Venus representativas de cada época y se han visto como el concepto de belleza imperante se va personificando en ellas (Gutierrez, 2012).



Breve reseña de la historia profesional del invitado a la charla sobre la especialidad de cirugía plástica y su relación con la carrera de psicología.

El doctor Jorge Ríos Aramayo, es un prestigioso cirujano plástico, que estudió medicina en la Universidad Mayor de San Andrés de la Ciudad de La Paz, Bolivia y realizó su especialidad en Cirugía Plástica estética y Reconstructiva en Buenos Aires, Argentina, en la Clínica Yuri, actualmente propietario de la Clínica de CREAR Belleza Natural, ubicada en la zona sur de La Paz, Bolivia en el barrio de Achumani, también ejerce la presidencia de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Paz, esta es una breve mención a su extenso currículum profesional. En la exposición el especialista hizo una explicación extensa en lo que realiza en la clínica de cirugía plástica, en una aclaración dijo que la cirugía plástica es una variante de tratamiento de belleza, con uso frecuente, por ser una solución rápida de inconformidades con el aspecto físico, que pueden ser por causa genética u herencia familiar, en otros casos por consecuencia de accidentes, con secuelas que hayan modificado la apariencia, finalmente los efectos del paso de los años, los excesos con las subidas de peso y sus consecuencias en la estética según los patrones actuales de belleza.

Respecto a las consecuencia del cambio físico en la parte emocional, comentó que casi en un 99,9 por ciento los pacientes que acuden a cirugía, han querido cambiar algún aspecto de su físico, posterior al procedimiento reaccionan de forma positiva dejando de sentirse incómodos con su autoimagen, aunque alguna vez sucedió que algún paciente mostró rasgos obsesivos, queriendo hacerse modificar la cirugía con otra, cosa que indicó que a veces son complejos que están tan arraigados que deben ser descubiertos y tratados a nivel psicológico.

El doctor comentó que en la clínica tiene un trabajo de tipo multidisciplinario donde, el paciente que va a someterse a un tratamiento, recibe una evaluación, médica completa antes de proceder a la cirugía, desde el chequeo cardiológico, anestesiología, análisis de sangre, entre otros, para tener certeza de que el paciente está totalmente capacitado para acceder a un procedimiento quirúrgico, además de trabajar en forma conjunta con una psicóloga que coadyuva, en algunos casos con pacientes que pueden tener indicios de inestabilidad emocional y de esta manera evitar tener posibles conflictos futuros de todo tipo sobre todo legales.

Respecto a la pregunta de cuál era mayor incidencia de demanda de los pacientes, comento que eran las Rinoplastias, cirugías de modificación de la forma de la nariz e hizo un paréntesis para hablar de cómo las formas de las narices varían según la raza, la región del oriente con relación al occidente, como debía cuidarse de que no queden muy artificiales las formas de la nariz con relación al tamaño del rostro.

Asimismo explicó que las otras cirugías eran las de implante mamario, (aumento, reducción, levantamiento), liftng de cara, cuello y cola de ceja, párpados, corrección de tamaño de orejas, plastia de cicatrices inestéticas, bioplastia, res sección de tumores, lipoaspiraciones, aumento de glúteos, abdominoplastía, dermoplastía de brazos y muslos. En la ronda de preguntas y respuestas por parte de las asistentes a la charla, hubieron algunas dudas que gentilmente fueron absueltas por el especialista, así surgieron variadas interrogantes, una de ellas, acerca de pacientes con dismorforfobia o también llamado trastorno dismórfico corporal que es una creencia obsesiva o preocupación personal exagerada por poseer un defecto físico que es imperceptible para otras personas, dijo que no eran candidatas a ser operadas y que se los evaluaba psicológicamente para indicarles que no era posible entrar a cirugía, debido al perfil psicológico presentándose como pacientes de alto riesgo post operatorio, debido justamente a la inestabilidad emocional de los mismos.

Finalmente, aseveró que la mejora de la imagen corporal es un componente para mejorar la autoestima del paciente que acude a la cirugía, esto repercute en su facilidad de relacionamiento, con su entorno, por ser personas que consideran importante la imagen corporal, la estética cuenta en forma positiva para superar sus complejos hacia una determinada parte de su cuerpo. El especialista, fue categórico al aseverar que las cirugías deberían ser acompañadas por la presencia de especialistas en área psicológica en un trabajo multidisciplinario, para coadyuvar las decisiones en sentido de evitar posteriormente problemas de tipo emocional que repercutirían en el normal desempeño de sus vidas, por tratase de vidas que están en juego, no solo de los pacientes, también de su entorno más cercano familiar, de amistades y laboral también.

EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE QUE SE SOMETE A UNA CIRUGÍA PLÁSTICA



Uno de los recursos que las personas acceden para superar algún complejo respecto al aspecto físico, actualmente, es la cirugía plástica, alternativa entre hombres, mujeres para sentirse conformes con su apariencia, aunque a veces los cambios son tan extremos que resulte difícil asumir ese cambio, sin poder reconocerse lograr aceptarse, volviéndose un hecho traumático.

Parte de un proceso de cambio requiere una evaluación sobre el perfil psicológico del paciente, antes de acceder a la cirugía plástica, para evidenciar con certeza que la persona está preparada para afrontar su nuevo aspecto, si esta primera cirugía no lo impulsar a otras en forma compulsiva de constantes cambios, que no son necesarios pero por la estructura psicológica, pueden tener otro fin que no responde a una necesidad real, sino a un problema de baja autoestima u otro tipo de trastorno.

En caso de cirugías para borrar secuelas de un accidente, es importante tratar de recuperar la mayor semejanza posible de antes de la tragedia, aunque el trauma seguirá permanente, la cirugía puede lograr resultados muy beneficiosos un la calidad de vida de la persona.

En relación a los problemas de autoestima, los especialistas consideran que la persona, antes de recurrir a la cirugía plástica es necesario el aceptarse a sí mismo, porque la cirugía es solo un cambio de apariencia física, pero de fondo continuará su apreciación personal. Por eso antes de tomar cualquier decisión es prudente buscar ayuda profesional para solucionar al respecto.

Muchas personas se arrepienten del cambio después de la intervención, sobre todo cuando los resultados son muy radicales. En muchos casos las personas no se reconocen a sí mismas frente al espejo luego de una intervención que deja cambios muy marcados. Por eso se aconseja tomar decisiones sólo si se ha pensado detenidamente, para cuando la persona se sienta lista para lucir esa diferencia (Central, 2013).

CIRUGÍAS PARA CAMBIOS EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DAWN

En algunos casos personas con esta alteración genética, se someten a cirugías para modificar los rasgos faciales típicos que son visibles y los identifican. El fin es evitar la discriminación por su apariencia, aunque más que para los pacientes el deseo es de los progenitores de que sus hijos tengan una apariencia lo más similar posible a los estándares de normalidad, algo que artificialmente, alivia temporalmente el duelo que atraviesan por el nacimiento de un hijo que tiene diferencias en sus habilidades intelectuales y conductuales. Es interesante poder transcribir testimonios de pacientes que se sometieron a cirugías plásticas su implicación psicológica por el cambio.



TESTIMONIO DE ÁLVARO DE CÓZAR

Madrid 21 de mayo de 2006

"Cuando era pequeño y me miraba al espejo pensaba: que se me quite el síndrome de Down". Julio Camblor nació hace 29 años con un cromosoma extra en el par 21, causante de esta alteración genética que tienen 32.000 personas en España. Hace diez años, decidió pasar por el quirófano para modificar aquellos rasgos de su rostro típicos del síndrome. "Sé que eso va a estar conmigo siempre, pero ahora me miro al espejo y me siento mucho mejor, más seguro de mí mismo".

El bisturí no puede llegar a un cromosoma aunque sí cambiar algunas de las facciones que ha generado. La cirugía plástica ha sido promovida como un medio de lograr una mejor aceptación social. Sin embargo, la mayoría de las asociaciones de personas con el síndrome de Down están en contra de esta práctica y defienden una plena integración sin necesidad de pasar por el quirófano.

Las operaciones más habituales son la gloso plastia y la canto plastia. La primera consiste en la reducción de la lengua, excesivamente grande en algunos casos, para ayudarles a pronunciar mejor o simplemente con fines estéticos. La segunda, la canto plastia, es una recolocación de los cantos externos de los ojos para quitar la expresión achinada.

Aunque los datos no son exactos sobre la cantidad de personas que acuden a hacerse esta cirugía, por ser en clínicas privadas por lo delicado para los parientes que prefieren mantener en secreto, se dice que se debe tomar en cuenta que la persona portadora de este síndrome esté segura de que se va sentir más segura gracias al cambio.

Existe en este sentido se crea una polémica sobre la relevancia de la cirugía en el cambio de la estética, pero no así en la discapacidad de la persona, se debe respetar la decisión respecto a su cuerpo, pero a las asociaciones les preocupa el aspecto psicológico y su integración plena a la sociedad, tal y como son, afirma Pedro Otón presidente de la Federación Española de Síndrome de Down.

Además de las intervenciones de ojos y lengua, las operaciones más frecuentes son las de nariz, mentón y pómulos. Estas dos últimas se realizan con prótesis y están contraindicadas antes de que finalice la fase de crecimiento. La de ojos se puede hacer en cualquier momento y la de lengua suele recomendarse en los niños pequeños, aunque hay expertos que lo desaconsejan.

"Los rasgos faciales suelen sufrir cambios en la adolescencia", señala un informe de la Federación Cántabra de Síndrome de Down, "por lo que no es un tratamiento que esté médicamente indicado" (De Cózar, 2006).

SIGNIFICADO ALREDEDOR DE LAS CIRUGIAS ESTETICAS EN MUJERES EN PERIODO DE LIPOSUCCIÓN

Un trabajo de tesis de la Carrera de Psicología de La Pontificia Universidad Javeriana Cali defendido por Ana Lucia Chávez Rengifo, sobre el significado alrededor de las liposucción en las pacientes que se someten a cirugía plástica, hace hincapié en las historias de vida de cada una de las pacientes, sobre sus creencias, conocimientos que se generan respecto a este tratamiento estético, sobre sus expectativas según el momento vital que estaban atravesando, sus experiencias particulares, como menciona Taylor citado por Chen (2001) la vida humana es un proceso continuo alcanzar y generar significados.

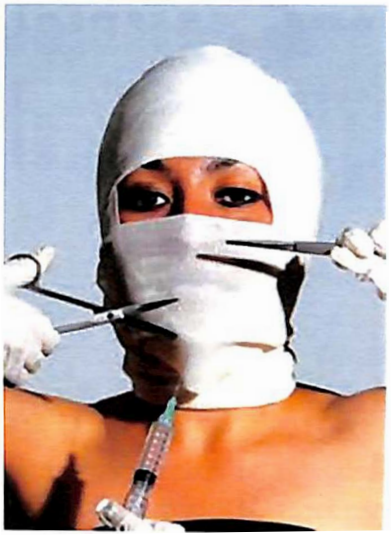
En busca de su yo ideal la persona recurre a la cirugía, pero hay un componente que ellas no toman en cuenta con la atención que merece y es el psicológico, esto se observa en las respuestas a preguntas sobre su apreciación a su apariencia y concepción de autoestima, resultando a veces contradictorias, entre su concepción y la insatisfacción de su propio aspecto en busca de ideales físicos que responden a estándares de belleza, sin respetar su propia anatomía que sufrirá una transformación dolorosa y de alto riesgo.



El tema de la alimentación también se toma en cuenta en esta investigación, acerca de los hábitos alimenticios de cada una de las pacientes y a su probable compromiso de cambio en la mayoría de los casos por que sería la única manera de conservar los resultados post cirugía, pero es tan vaga la importancia que las mismas dan que por eso también la parte del psicólogo, nutricionista, tendrían que intervenir en averiguar el porqué de ese desorden alimenticio que generó ese malestar en su apariencia con la subida de peso y la estructura de personalidad, de las personas respecto a cómo se sienten consigo mismas, cómo cambiara su vida después de ese paso y si es necesario un acompañamiento profesional pre y post quirúrgico.

En los tipos de yo ideal se encontraron tres que son primero el de parecerse a alguien o seguir una tendencia, segundo volver a la apariencia de cuando era joven, por último el ideal de ser como es pero sin grasa abdominal acumulada, claro que hay variaciones de acuerdo a la edad, para pensar luego de la primera cirugía acudir a otras para mejorar aspectos que consideran que son impedimento para ser más atractivos a las nuevas tendencia que dicta la moda, sin pensar dos veces en los riesgos de estas intervenciones quirúrgicas, queriendo simplemente métodos rápidos y efectivos para llegar a resultados eficaces (Chávez Rengifo, 2015).

LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS



Muchas personas que se someterán a una intervención, aprovechan las vacaciones para evitar faltar al trabajo y evitar dar una explicación. Pero someterse a una cirugía tiene sus ventajas e inconvenientes, y es algo que puede suponer riesgos que es necesario conocer. Además, es necesario revisar si las razones para someternos a la operación son las adecuadas, porque la intención de operarse el físico puede esconder trastornos que pueden derivar desde una falta de autoestima hasta una adicción enfermiza que esconda un tipo de ansiedad que debe ser tratada.

Problemas que se esconden detrás de la cirugía estética

Las operaciones de cirugía estética pueden tener beneficios para aquellas personas que, presentan un adecuado equilibrio emocional, han querido cambiar algún aspecto de su físico con el que se sentían incómodas, pero a veces esconden complejos y trastornos psicológicos que deben ser descubiertos y tratados.

La Psicología Amaya Terrón, explica que es la dismorfofobia que es una creencia obsesiva o una preocupación personal exagerada por poseer un defecto en el aspecto físico y que es prácticamente imperceptible para otra gente.

Otro problema que se esconde detrás de la intención de someterse a una intervención es la aceptación social. Personas que creen que al tener un aspecto físico van a ser aceptados o queridos socialmente.

La baja autoestima es otra de las razones que se ocultan detrás de una intervención estética.

En todos estos casos, comenta Amaya, "la intervención quirúrgica no soluciona el malestar de la persona, pues existe un problema de fondo más complejo".

Consecuencias psicológicas del abuso de este tipo de intervenciones

Otro de los peligros que entraña la cirugía estética es la adicción a las operaciones, algunas personas, cuando superan el miedo a los retoques, se enganchan a la necesidad psicológica y enfermiza de repetir una y otra vez en busca del cuerpo perfecto.

Detrás de la adicción a los cambios en estética hay un tipo de ansiedad que merece ser atendida, reconoce Amaya. "Las ideas de perfección son bastante dañinas en las personas, y éstas deben ser tratadas de antemano. La necesidad de cambio constante es un pensamiento y conducta que no es aconsejable y que puede llevar a las personas a tomar decisiones erróneas de las que puedan arrepentirse en un futuro y a exponerse a correr riesgos innecesarios".

Es importante que todas las personas que vayan a someterse a una intervención de cirugía estética se sometan a un estudio psicológico, por parte de un profesional de la psicología, para que averigüe si la persona es estable emocionalmente y no carga con ningún trastorno psicológico. Hay dos tipos de operaciones de estética: la reparadora o reconstructiva que está encaminada a reconstruir o reparar la forma o la función de aquellas estructuras del cuerpo que o bien por problemas genéticos, traumas externos como heridas o quemaduras, cirugías previas o tumores han quedado afectadas estéticamente dañando la autoestima de la persona, y la otra es la cirugía estética que se realiza para mejorar las estructuras del cuerpo o el rostro con la intención única de mejorar estéticamente su aspecto externo y la autoestima como consecuencia. "Ambas son perfectamente aceptables y tienen sus funciones y motivos. A veces se tiende a caer en la idea de superficialidad de las personas que sin necesitar se someten a estas cirugías, pero no es un acierto, ya que cada una tiene su motivo y su por qué", explica Terrón.

Consejos para los pacientes que se someterán a una cirugía

- Hacer el ejercicio personal de la verdadera motivación que le lleva a someterse al cambio.
- Valorar otras alternativas menos intrusivas antes de someterse a técnicas más agresivas para el cuerpo.
- Hablar con personas allegadas y de confianza que le pueden apoyar sin dejarse influir en sentido contrario. Una ayuda pre y post operatoria siempre es aconsejable.
- Asegurarse de conocer la titulación y los trabajos previos realizados del cirujano.
- Hablar con franqueza y total honestidad de lo que esperan con el cirujano antes de tomar la decisión y dejarse ayudar por las opiniones de expertos.
- Valorar objetivamente el riesgo/beneficio y las posibles complicaciones que se puedan derivar.
- Informarse todo lo posible sobre lo que van a hacer y no ir "a ciegas".
- Tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, seguir las indicaciones del cirujano.
- Psicológicamente preguntarse no solo el porqué, sino el para qué, y prepararse para la decisión tomada.

REFERENCIAS

Central, :. P. (2013). La Psicología tras la cirugía estética. OMICROMO/CIENCIA. Recuperado el 29 de Mayo de 2016, de http://www.omicrono.com/2013/03/la-psicologia-tras-la-cirugia-estetica/

Chávez Rengifo, A. L. (2015). significados alrededor de las cirugías estéticas en mugeres en periodo pre quirúrgico de liposucción. Santiago de Cali, Colombia. Recuperado el 28 de Mayo de 2016, de https://vitela.javerianacali.edu.co/…/Significados_alrededo

De Cózar, Á. (21 de Mayo de 2006). Cirugías para el Síndrome de Dawn. El País.

Gutierrez, A. (02 de Noviembre de 2012). «https://albagutierrez.wordpress.com/la-evolucion-del-ideal-de-belleza-femenino-a-lo-largo-de-la-historia-del-arte/». Recuperado el 15 de Junio de 2016, de https://albagutierrez.wordpress.com/la-evolucion-del-ideal-de-belleza-femenino-a-lo-largo-de-la-historia-del-arte/

Terron, A. (2016). Salud. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de http://salud.facilisimo.com/reportajes/psicologia/la-cirugia-estetica-y-los-problemas-psicologicos_919787.html

LA ANESTESIA COMO HERRAMIENTA: PSICOLOGÍA Y DOLOR

Monroy, C. y Lizárraga, L.
clauditam95@gmail.com y lizeth171194@gmail.com

Resumen

La psicología trata de encontrar soluciones para diversos problemas, uno de los más comunes es el dolor: físico y mental. En ambos casos la persona muestra las consecuencias que este puede traer. El presente artículo abordará de forma breve el uso de anestesia para bajar los niveles de dolor, y también propondrá la anestesia psicológica como medida alternativa.

Palabras Clave: Psicología, Anestesia, Dolor.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los hombres se han inquietado y preocupado por disminuir o controlar el dolor físico. En ocasiones con buenos resultados, en otras con menos suerte.

Desde la antigüedad, Hipócrates y Galeno dieron los primeros pasos en la lucha contra el dolor. El cual consistía en la mezcla de mandrágora, beleño y opio. El alcohol no se sabe cómo ni cuándo se descubrió, pero se comenzó a utilizar como medicamento contra el dolor, el opio a su vez se usó desde la época anterior a Cristo. La tintura de opio mezclada con whisky se usó durante mucho tiempo para preparar al paciente para cirugía.

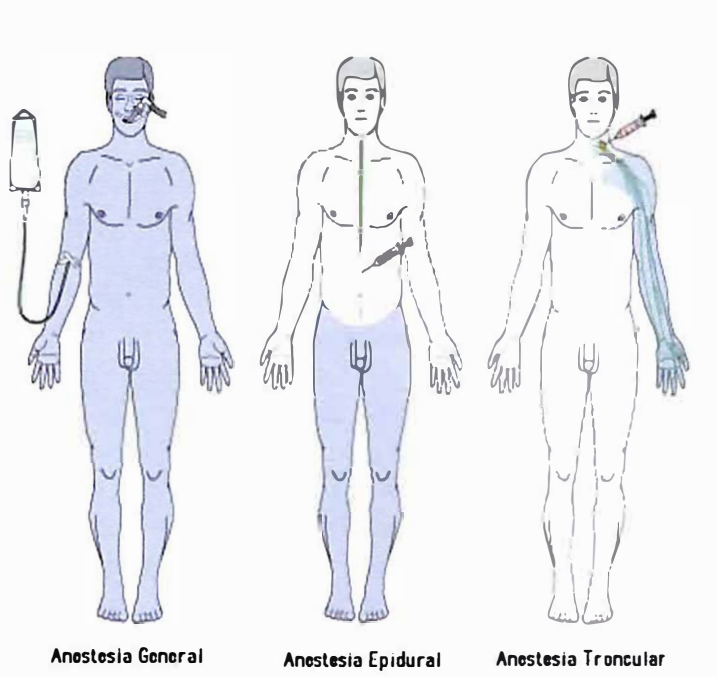
El cáñamo (marihuana), también se utilizó como otra arma contra el dolor desde antes de Cristo, que, al parecer, se le ofreció a Cristo en la cruz (Vidal.A, 2001).

Actualmente a la anestesia se la define como: el suministro de medicamentos para evitar el dolor durante una cirugía u otro procedimiento médico o dental.

Los fármacos más utilizados son: Midazolam, Fentanil, los cuales tienen el objetivo de aliviar el dolor o padecimiento, por un periodo de tiempo (Madrid, 2016).

ASPECTOS GENERALES

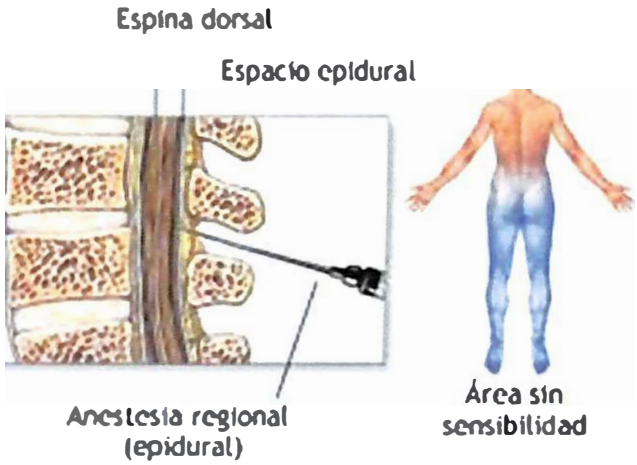
La anestesia puede ser administrada por un médico especialista, anestesiólogo u otro médico. Existen tres tipos de anestesia:



- **Anestesia local,** que insensibiliza únicamente la parte del cuerpo con la que se está trabajando. La persona está despierta, pero no siente ningún dolor. La mayor parte del tiempo, se utiliza una aguja para inyectar el medicamento bajo la piel y en ocasiones, se administra a través de un aerosol nasal. Se puede recibir anestesia local cuando se colocan puntos de sutura, en una extracción dental o cuando el médico extirpa un pequeño pedazo de piel para una biopsia.
- **La anestesia regional,** insensibiliza un área más grande, un brazo, pierna o la mitad inferior del cuerpo. El anestesiólogo inyecta un medicamento en un grupo de nervios, de tal manera

que la persona ya no siente dolor. El paciente se encuentra despierto y se le puede administrar el sedante para causar somnolencia y menor tensión nerviosa. Existen dos tipos comunes de anestesia regional:

La anestesia epidural utilizada comúnmente para la prevención del dolor durante el parto. El anestesiólogo inyecta el medicamento en la parte inferior de la espalda en el área lumbar. Este tipo de anestesia hace que la persona pierda sensibilidad en la mitad inferior del cuerpo.



La anestesia raquídea, la cual hace que la persona pierda sensibilidad en la parte inferior del cuerpo. Una persona puede recibir este tipo de anestesia si está siendo sometida a una reparación de hernia, ciertas cirugías de la próstata u otro procedimiento médico.

- **La anestesia general,** utilizada para sumergir temporalmente al paciente en un sueño profundo, de tal manera que no sienta dolor durante la cirugía. La persona no estará consciente de lo que está sucediendo a su alrededor. Se pueden utilizar muchos medicamentos diferentes de los cuales, algunas veces, la persona inhala el medicamento a través de una máscara de gas o un tubo de respiración. En otras ocasiones, el anestesiólogo también puede administrar el medicamento a través de una vena. Durante la anestesia general, el equipo médico vigila cuidadosamente los signos vitales y las funciones corporales del paciente, incluyendo la respiración y la actividad cerebral. Después de terminar la cirugía. a la persona se le administran medicamentos para neutralizar los efectos de la anestesia al momento de despertar (Fundación, 20

COMO FUNCIONA LA ANESTESIA

Cuando las personas sienten dolor, las señales de éste viajan por la médula espinal hacia arriba, a través del sistema nervioso, hasta el cerebro. Los medicamentos utilizados durante la anestesia local y regional bloquean temporalmente las señales nerviosas en esa área, de tal forma que la persona no sienta dolor.

Los medicamentos más frecuentes en estas intervenciones son:



1. Midazolam: benzodiacepina que se utiliza normalmente por vía intravenosa para la sedación, con propiedades sedantes, ansiolíticas, amnésicas, anticonvulsivantes y relajantes musculares.
Causando un efecto inhibitorio del Ácido amino butírico en las neuronas del sistema nervioso central.
2. Fentanil: opioide sintético, es un potente narcótico analgésico, aún más potente que la morfina. Produce analgesia, euforia, sedación, disminuyendo la capacidad de concentración, náuseas, sensación de calor en el cuerpo, pesadez de las extremidades, y sequedad de boca. Pentotal: barbitúrico administrado por vía endovenosa de acción corta que produce una anestesia general. Conocido también como Tiopentato de Sodio, derivado del ácido barbitúrico (Mejía-Terraza, 2011).

QUE DEBO SABER ANTES DE ENTRAR A QUIROFANO

La entrevista medico paciente es de vital importancia, ya que mediante ésta, el médico conoce lo siguiente:

- Conocer al paciente adecuadamente.
- Revisa su historial clínico.
- Ve los resultados de los análisis y del hemograma (conteo de glóbulos blancos)
- Pone atención en los antecedentes del paciente (genéticos), para evitar hipertermia maligna (rigidez, hipoxia severa)
- Pregunta cómo fue la experiencia si ya tuvo una cirugía anterior.
- Revisa alergias.
- Verifica continuamente la presión del paciente.

También debe informar a su médico sobre cualquier historial familiar de problemas relacionados con la anestesia, o sobre condiciones médicas o enfermedades recientes. El médico querrá saber sobre todas las cirugías previas, como así también sobre su respuesta anterior a la anestesia. El médico le podría aconsejar al paciente que deje de tomar aspirinas, medicamentos antiinflamatorios u otros medicamentos que toma regularmente, durante un periodo de tiempo específico antes del procedimiento.

Antes de que se realice el procedimiento, es posible que se haga un análisis de sangre para evaluar la capacidad de formación de coágulos de sangre, y para determinar si el hígado y los riñones están funcionando adecuadamente.

Por lo general, se pedirá al paciente que no tome ni beba nada por un período de hasta ocho horas antes de recibir la anestesia o sedación, aunque en algunas instituciones se podría permitir beber unos pocos sorbos antes del examen (Siles, 2016).

COMO PROGRAMAR UN PLAN ANESTÉSICO

El médico realiza una puntuación utilizando el Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente:

ASA I: Paciente sin ninguna patología asociada.

ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve bien controlada, como por ejemplo la hipertensión bien tratada.

ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad física pero que no le incapacita para la vida ordinaria, como, por ejemplo, una angina de pecho estable.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, como, por ejemplo, una insuficiencia cardiaca descompensada, que supone una amenaza vital

ASA V: Paciente moribundo, cuya esperanza de vida es en principio < a 24h con o sin tratamiento quirúrgico

ASA VI: Paciente en estado de muerte cerebral.

RIESGOS DE LA ANESTESIA

Todos los tipos de anestesia tienen un porcentaje de riesgo, siendo la anestesia local la más segura.

La anestesia general afecta todo el cuerpo, así que los efectos secundarios son más comunes.

Sin embargo, la Asociación Estadounidense de Anestesiólogos dice que las complicaciones debido a la anestesia han disminuido significativamente en los últimos 25 años.

Los riesgos para cualquier tipo de anestesia abarcan:

- Reacción alérgica a los medicamentos utilizados
- Problemas respiratorios
- Daño nervioso prolongado (raro)
- Debilidad temporal o parálisis en el área que recibió la anestesia
- Latidos cardíacos irregulares
- Náuseas y vómitos
- Accidente cerebrovascular (raro)
- Confusión mental temporal

El delirio es más común en adultos mayores. Hay estudios que han vinculado la anestesia general a problemas crónicos en la función mental en adultos mayores que tienen ciertos tipos de cirugía. La complicación se denomina disfunción cognitiva posoperatoria (POCD, por sus siglas en inglés) (Mejía-Terraza, 2011).

ANESTESIA PSICOLOGICA

La Noesiología es la escuela humanística, fundada por el Dr. Escudero, que estudia los efectos del pensamiento en la vida. Este término, acuñado en 1977 por el propio Dr. Escudero, procede etimológicamente de la unión de dos palabras provenientes del griego: NOESIS (acción de pensar) y LOGOS (estudio). La aplicación terapéutica de esta disciplina se ha denominado Noesiterapia que significa curación por el pensamiento.

La Noesiología se fundamenta en el poder creador del pensamiento y el aprovechamiento óptimo de las capacidades humanas. Cada pensamiento programa el cerebro humano, la computadora que rige nuestra vida, y produce, según la experiencia del Dr. Escudero, una Respuesta Biológica Global Armónica (RBGA). Esta respuesta puede ser positiva (RBP) o negativa (RBN) de acuerdo con el contenido del pensamiento que la puso en marcha, siendo ambas capaces de producir importantes cambios en nuestro organismo tanto a nivel físico como a nivel emocional (Escudero, 2013).



Soluciones médicas

Durante los más de cuarenta años de vida de esta disciplina, miles de pacientes de todos los rincones del mundo se han beneficiado de la Noesiterapia. Desde la ayuda en el embarazo y

la preparación al parto, pasando por aliviar el dolor crónico, la fibromialgia, las piernas inquietas, la fatiga crónica, la artritis reumatoide o el estrés hasta notables mejorías en patologías como la esclerosis múltiple o el cáncer (Press, 2010).

CIRUGÍA SIN ANESTESIA QUÍMICA

Las aplicaciones médicas son innumerables, aunque la cirugía con anestesia psicológica es la aplicación más conocida. Las experiencias del Dr. Escudero y su equipo realizando intervenciones quirúrgicas sin utilizar anestesia química han sido noticia en el mundo entero. Además, todas las intervenciones utilizando esta técnica presentan un 0% de infecciones postoperatorias sin necesidad de usar antibióticos, asociado al aumento del estado inmunológico del paciente bajo el efecto de la respuesta biológica global armónica (Escudero, 2013).

REFERENCIAS

Escudero, D. (2013). Centro Internacional de Noesiología y Noesiterapia Dr. Escudero. Obtenido de El cerebro es un ordenador biológico que dirige la vida del hombre.

Foundation, T. N. (2016). Tipos de Anestesia. Obtenido de http://kidshealth.org/es/teens/anesthesia-types-esp.html

Madrid, C. D. (14 de febrero de 2016). Anestesia . Obtenido de https://www.clinicadam.com/salud/5/007280.html

Mejía-Terraza, D. G. (4 de Diciembre de 2011). Anestesiologia . Obtenido de Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad: http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf

Press, W. (27 de abril de 2010). EL PODER DE LA MENTE. Obtenido de EL PODER DE LA MENTE: https://timefortruth.es/2010/04/27/el-poder-de-la-mente/

Siles, D. J. (6 de Mayo de 2016). Anestesia. (L. Lizarraga, & C. Monroy , Entrevistadores)

Vidal.A. (13 de febrero de 2001). Psiquatria. Obtenido de Papel de los psicofármacos en el mantenimiento anestésico: http://www.psiquiatria.com/tratamientos/papel-de-los-psicofarmacos-en-el-mantenimiento-anestesico/#

PSICOSOMÁTICA EN LA CLÍNICA

Pacheco, M. y Subirats, E.

milush95@hotmail.com y esubiratscamacho@gmail.com

Resumen

En muchas ocasiones la enfermedad física es resultado de un desequilibrio emocional que persiste a través del tiempo. Las enfermedades psicosomáticas son producidas por somatizaciones del individuo, es decir, cuando la relación mente-cuerpo se ve alterada debido a emociones displacenteras, sentimientos negativos, modificaciones del ciclo vital o situaciones de alto impacto emocional, las cuales producen estrés, que puede representarse en forma de síntomas o enfermedades físicas. La Psicosomática, toma en cuenta las emociones, las considera y las analiza desde un enfoque terapéutico, el cuál engloba la totalidad de los procesos integrados entre los sistemas somático, psíquico, social y cultural. Procesos que inicialmente emergen desde lo orgánico y que pueden repercutir en la esfera psicológica y física, como, por ejemplo traumatismos, diabetes, enfermedades gástricas, alergias, enfermedades endocrinas, cáncer, etc.

Es posible mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades psicosomáticas entendiendo de dónde provienen las molestias físicas que sufren y cambiando aquello que las provocan.

Palabras clave: Psicosomática, mente y cuerpo, familia, medicina psicosomática, psicoanálisis, patrones de conducta, factores y síntoma.

Desarrollo

Desde sus orígenes, la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatomoclínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona y que, por tanto, tiene en cuenta los aspectos psicológicos, éstas concepción holística y dinámica supone el acercamiento psicosomático moderno. El organismo humano es una conjunción entre biología y funciones psicológicas, esto quiere decir que la mente y el cuerpo trabajan de manera dinámica en respuesta con el ambiente que rodea a la persona. De este funcionamiento dinámico entre el cuerpo y la mente es que surge la palabra psicosomática, que proviene de la unión entre las palabras psique (mente) y soma (cuerpo).

La psicosomática se entiende como un trastorno psicológico que genera un malestar físico provocado o asociado con una sintomatología específica en el organismo (una afección psicosomática) donde se articulan una parte psicológica y otra parte física.

Acerca de los orígenes de la psicosomática, ésta se encuentra relacionada con toda la historia de las enfermedades del cuerpo, en el mundo medieval islámico, los musulmanes hablaban ya que existía cierta explicación psicológica a partir de ciertas dolencias. Ahmed ibn Sahl al-Balkhi y Haly Abbas fueron psicólogos-médicos que desarrollaron una comprensión inicial de las enfermedades que eran producidas por interacciones de la mente y el cuerpo descubriendo la forma en que la fisiología y psicología de un paciente podían afectarse mutuamente.

En el siglo XVIII, se hablaba de que mujeres depresivas o con alguna afección psicológica eran más propensas a padecer de alguna enfermedad terminal. En el siglo XIX, el precursor de la psicología clínica, Sigmund Freud, al enviarle correspondencia a George Groddeck, escribió acerca de la psicosomática, explicándole que todos los trastornos físicos estaban relacionados con procesos psicológicos. En el siglo XX Franz Alexander, psicoanalista y médico húngaro, también habla sobre la interacción dinámica entre el cuerpo y la mente.

El promotor de la psicosomática como la conocemos en la actualidad, fue Thure von Uexküll, médico alemán quien realizó estudios científicos entre la relación de la medicina psicosomática y los fenómenos psicológicos, los factores del cuerpo y su relación con las enfermedades psicológicas.

En la actualidad podemos citar al Dr. Hamer, el creador de la nueva corriente llamada "medicina germánica", basada en la medicina psicosomática. El Dr. Hamer realizó su estudio acerca de la medicina psicosomática a partir de una experiencia personal la que se relata a continuación: Hace más de veinte años, el Dr. Ryke Geerd Hamer recibió un llamado telefónico en medio de la noche en el cual le informaron que su hijo Dirk, de 17 años había sido baleado durante una vacación en el Mediterráneo.

Tres meses más tarde Dirk murió y poco después, el Dr. Hamer, quien había sido sano durante toda su vida, pero totalmente abrumado por esta catástrofe, descubrió que sufría de un cáncer testicular. Sospechando que esto no era mera coincidencia, decidió investigar las historias personales de los pacientes de cáncer para ver si es que habían sufrido algún choque conflictivo, angustia o trauma anteriormente a su enfermedad. Con el tiempo, y tras intensa investigación con miles de pacientes, el Dr. Hamer consiguió demostrar que la enfermedad solamente es causada por un choque que ataca cuando se está totalmente desprevenidos. A partir de esa experiencia, el Dr. Hamer ha hecho un estudio acerca de todas las enfermedades, investigando la relación entre las éstas con ciertos procesos psicológicos, creando una teoría acerca de la medicina psicosomática.

Es importante diferenciar entre la medicina psicosomática y la psicosomática, la psicosomática es el estudio de problemas emocionales que desencadenan trastornos físicos y la medicina psicosomática es el abordaje, el estudio de enfermedades específicas, aclarando que no todas las enfermedades se originan en la mente. Existe un componente emocional que puede predisponer a enfermar, pero las enfermedades no siempre tienen su origen en la mente, aunque en una gran variedad de enfermedades hay una tendencia a que tengan un origen psicosomático.

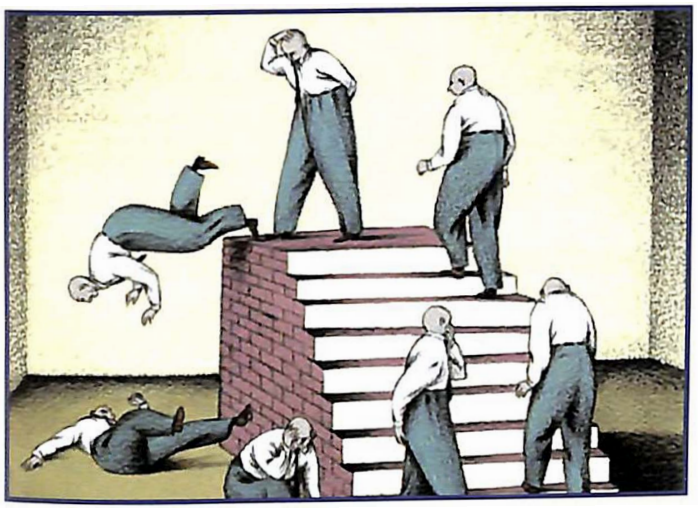
Por consiguiente y habiendo hecho una breve introducción a la psicosomática, se puede afirmar que las emociones se expresan en cada organismo. Por ejemplo, cuando una persona está enamorada, su cuerpo reacciona a las nuevas emociones experimentadas. Esta persona siente mariposas en el estómago, el corazón late más rápido o la cara se pone colorada. Todas esas reacciones son producto de las emociones en el cuerpo ya que el cuerpo y las emociones se encuentran conectadas.

Se considera que detrás de toda enfermedad, existe una historia no contada, cuando el alma calla, el cuerpo grita. Al analizar las enfermedades psicosomáticas, se debe tomar en cuenta varios factores, entre ellos, uno de los más importantes es la historia familiar. Dentro de la familia, si no es funcional, algún miembro va a enfermar, este miembro enferma porque la familia busca un chivo expiatorio (una persona que cargue con las culpas y el castigo por algún acto realizado dentro de ella, sea o no el máximo responsable de estas acciones), dentro de la familia existe alguien que carga más y sufre en silencio, no responde a las demandas del sistema.

El ambiente tóxico, de pelea, de disfunción en la familia puede generar enfermedades en los niños, como problemas en las vías respiratorias. Los niños que enferman constantemente, puede ser por causa de una disfunción familiar ya que en la familia está el foco de las enfermedades de los niños.

Los niños se encuentran fisiológicamente vulnerables en cuanto los factores estresantes dentro de la familia. El niño enfermo juega un papel importante dentro de las dinámicas familiares porque la atención se centra en él y así desvía los problemas por los cuales puede estar atravesando el sistema familiar. Entonces los psicosomáticos en muchas ocasiones, y especialmente al trabajar con niños, necesitan el apoyo de un psicólogo sistémico para encontrar el problema que está afectando a la salud de la familia.

Siempre es importante considerar la historia personal y familiar del individuo para entender que es lo que ha pasado con la persona, y porqué ha desarrollado una afección física. Detrás de un síntoma hay toda una historia, se guardan sentimientos, emociones, temores, tristezas y otras. Las personas tratan de encontrar un equilibrio entre la mente y el cuerpo, por lo cual surgen síntomas que de cierta manera ayudan a la persona a desviar las dolencias emocionales y exteriorizarlas mediante alguna enfermedad.
El plano psicológico, el biológico y el social interactúan y se superponen en el campo psicoanalítico. Proveen estímulos que son procesados por el psiquismo del paciente en la relación transferencial, la realidad psíquica (con el fantasear), la realidad social desde el registro de los vínculos y la realidad del cuerpo conforman una compleja estructura a la que se deberá enfrentar el ser humano. Estos planos van juntos, constituyendo un continuo que nos obliga a circunscribirlos artificialmente para su abordaje. Sus límites no son claros excepto cuando aparece el conflicto o el síntoma. El síntoma produce un corte en el continuo, y es en el espacio de la escisión donde aparece la patología (Fischbein, J. 2010). En este espacio, la palabra es la que puede establecer puentes para disminuir la escisión.



https://cristianorecienmacido.wordpress.com/2016/01/25/obedeces-a-un-patron-de-conducta/

Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicosomática, sin duda él fue su inspirador al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos (Otero, J., Rodado J. 2003). Desde el modelo dinámico freudiano, la enfermedad es concebida como un proceso con un devenir temporal, no es una situación o estructura armada, sino un acontecer, una sucesión de hechos en el tiempo, dentro de esa sucesiva, puede aparecer el acontecimiento somático, más allá de las distintas organizaciones psíquicas, el acontecimiento somático es un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal.
A medida que las emociones son más fuertes y más impactantes, las respuestas emotivas son más intensas, por lo tanto, se van a alojar en un órgano específico como el corazón, el cual está relacionado con el territorio, o el hígado que es el procesador de toda la comida, significa alimentos, miedos, cuando la persona se traga sus sentimientos como la rabia contenida, lo cual desemboca en una gastritis. La hipertensión arterial se presenta ante situaciones de estrés, el dolor de estómago ante la angustia, el dolor de cabeza por mucha cantidad de preocupaciones (pre – ocupaciones, anticiparse a los actos por venir), los huesos ante la rabia y otros.

Todo lo mencionado está relacionado con patrones de la conducta, **existen tres patrones de la conducta que nos hacen actuar de una manera, pensar y sentir:**

Patrón A: Personas impacientes, competitivas, ambiciosas, agresivas, les gusta siempre ganar, les cuesta relajarse y tomar vacaciones. Dentro de este grupo están las personas "burn out" o "Work Aholic", que son personas que todo el tiempo están trabajando. A este grupo le puede dar lo que es llamado el síndrome de Surménage, donde la persona siente fatiga extrema, a tal punto de no poder realizar ningún tipo de actividad. También a este grupo está asociado cierto tipo de gripe que no es causada por un virus, sino que tiene su origen en una afección psicosomática por el estado de tensión en el cual se encuentran sometidos por su trabajo.

Patrón B: Personas de personalidad que son más relajados, pacientes, bromistas, la mayoría de las cosas las pone al final, tratan de ser empáticos, agradables, pero también están con más relación ante el estrés.

Las enfermedades más recurrentes son la obesidad ya que sufren mucha ansiedad, se sienten insatisfechos y tratan de substituir ese vacío, esa ansiedad que sienten con comida.

Patrón C: Personas obsesivas, introvertidas, que interiorizan su respuesta al estrés. Las enfermedades que presentan es mayor predisposición a tener alergias, varios tipos de dermatitis, reumas y otras manifestaciones.

Estos patrones son propios de las distintas sociedades, por ello se debe tener en cuenta el contexto social, el país, religión, familia, escuela, otros factores.

Por ejemplo, a los niños que son creyentes, les dan más pesadillas o terrores nocturnos. En los colegios que tienen mayor exigencia para con sus alumnos, éstos enferman más fácilmente de gastritis. El dengue, producido por un mosquito que existe en Latinoamérica porque la sociedad boliviana tiene enraizada la idea de pobreza, entonces a partir de esa idea, la gente cree que todo le sirve, todas las cosas usadas, viejas, como llantas, latas, maderas, baldes, le sirven, y los mosquitos se alojan en esos lugares por lo tanto hay mayor predisposición a contraer esa enfermedad. Como se piensa que la sociedad se encuentra en crisis, en pobreza, la mayoría piensa en lo que le falta y no en lo que tiene. Es por eso que existen enfermedades que afectan a ciertas sociedades más que a otras, y estas enfermedades tienen una explicación desde la psicosomática.

Entre otros factores, al igual que las situaciones y el ambiente pueden afectar a la salud psicología y física, hay palabras que desencadenan una enfermedad psicosomática. El Dr. Ricardo Castañón, en su libro "Cuando la palabra hiere", explica de manera psicosomática cómo las palabras expresadas influyen en el cuerpo.

Existen diferencias de género dentro de la psicosomática, las mujeres aguantan más el dolor que los hombres, el dolor físico y el dolor emocional. Las mujeres se recuperan más rápido de situaciones dolorosas, de rupturas, mientras que los hombres sufren las pérdidas y las situaciones dolorosas por un tiempo más prolongado debido a que no se comunican como las mujeres que son más sociables y exteriorizan su dolor, por lo tanto, les es más fácil atravesarlo. El contacto físico es muy importante en este sentido, se conoce que se produce toda una acción neuroquímica en nuestro cerebro.

El abrazo como ejemplo, tiene varios beneficios para la salud emocional, psicológica y corporal, el abrazo, es una de las formas más puras de manifestar afec-to y cariño y además, alivia el dolor, la depresión, la ansiedad y la tensión; acrecienta en los enfermos la voluntad de vivir y seguir adelante; ayuda a los bebés prematuros (que se vieron privados de contacto en sus incubadoras), a crecer y a fortalecerse; hace que la gente se vea con mejores ojos su propia persona y el entorno que les rodea; tiene un efecto positivo en el desarrollo del lenguaje y en el coeficiente intelectual de los niños; provoca alteraciones fisiológicas posi-tivas en quien toca y en el que es tocado; mantiene en buen estado los músculos de brazos y hombros, ya que es un ejercicio de flexión y de estiramiento; crea los lazos más estrechos entre los individuos, ya que rompe las barreras emocionales, entre otros.

Existen diferencias individuales en el modo de enfermar, tanto a nivel psíquico como a nivel físico, en algunas personas cuya salud física fue muy buena durante toda la vida, el trastorno emocional puede persistir durante mucho tiempo sin llegar a manifestarse de forma clara a nivel físico, de manera que tendrá mayor facilidad para contraer enfermedades comunes, como la gripe, menor vitalidad, síntomas leves como dolo-res de cabeza, problemas digestivos u otros ó cansan-cio crónico, todo ocasionado por la falta de defensas, las cuales bajan de nivel debido al estado anímico. En cambio, otras personas, manifiestan sus alteraciones emocionales a nivel físico muy rápidamente, de forma que es posible que ni siquiera sean conscientes de loque están sintiendo.

Entre las enfermedades comunes dentro de la psicosomática están:

Digestivas: Relacionadas con la capacidad de aceptar o digerir una persona o situación estas son: colon irritable o síndrome de intestino irritable, úlcera, colitis ulcerosa, aerofagia y dispepsias psicógenas, hipo, neurosis gástricas, gastritis, reflujo, de la motilidad, espasmo de píloro, evacuatorias, constipación, diarreas psicógenas, meteorismo, estado nauseoso,

dolor abdominal crónico funcional, globus o globo histérico, sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia y otras formas de disfagia oro faríngea.

Respiratorias: Las enfermedades del sistema respiratorio están relacionadas con la libertad, respirar un ambiente limpio, buenas vibras, etc. Entre estas se pueden destacar: asma bronquial, bronquitis, alergias, rinitis alérgica, tos psicógena, hiperventilación. En la depresión o los estados depresivos producen suspiros, ante el factor sorpresa se corta la respiración, la emoción sofoca y los estados de angustia ahogan.

Corazón y Sistema Cardiovascular: Relacionadas con el territorio, son: hipertensión arterial, infarto de miocardio y hemorragias cerebrales, neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, hipertensión.

Genitourinarias: Relacionadas con problemas de pareja, culpa sexual o castigo de uno mismo, pueden mencionarse: vaginismo, trastornos menstruales, Dismenorrea psicógena enuresis, disfunciones sexuales, paruresis, disuria psicógena, vejiga nerviosa, polaquiuria.

Endocrinas: Caracterizadas por la necesidad de satisfacer a los demás y relacionadas con la necesidad de control, pueden ser: bocio, diabetes, hipertiroidismo y obesidad.

Dermatológicas o Cutáneas: Relacionados con el miedo, tensión, estrés, problemas en la manera de mostrarse al mundo, problemas de apego inseguro. Se mencionan: eczemas, alopecia, psoriasis, dermatitis, alopecia a reata -caída del cabello, barba o bello en zonas determinadas-, acne, picazón intensa, prurito psicógeno o urticaria, hiperhidrosis, vitíligo, sensación de hinchazón, hormigueo, entumecimiento o de sensaciones extrañas.

Osteomusculares: Relacionado con tensión, mucha carga emocional, estrés, falta de aceptación a uno mismo, son: cefaleas tensionales, fibromialgia, tortícolis psicógena y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos.

Hipocondría o Trastornos Hipocondríacos: La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico.
Consisten en una distorsionada creencia o sensación persistente de la presencia de al menos una enfermedad y en la dificultad en la aceptación de explicaciones medicas adecuadas.

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia: Relacionado con problemas en las dinámicas familiares, se destacan: aprendizaje, atención, comunicación, desarrollo, alimentación, eliminación, estado de ánimo, tics, conducta, otros.

Trastornos de la memoria, amnésicos y cognitivos: Relacionados con la incapacidad de enfrentar la vida como es, miedos, incapacidad de auto defenderse incluye: delirios, demencias, amnesias y trastornos que alteren la función cognitiva.

Trastornos vinculados al uso, consumo y abuso de sustancias: Relacionado con sentimientos de futilidad, culpa e inadecuación, rechazo de uno mismo.
Se mencionan: abuso de drogas, incluyen alcohol, tabaco, medicamentos y exposición a tóxicos.

Trastornos del Sueño: Relacionado con el miedo, falta de confianza en el proceso de la vida, culpa. Pueden mencionarse: Insomnio, terrores nocturnos, dificultades en el dormir, insomnio o disosmia, movimiento e inquietud.



http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/10885139/Las-enfermedades-Psicosomaticas-el-poder-de-las-emociones.html

Reflexión



En la sociedad occidental, se sigue estereotipando al psicólogo como el médico de los locos, lo cual perjudica a la persona al momento de decidirse para ir a un psicólogo ya que considera que no es una persona "loca".

En la medicina occidental, primero se va al médico y como último recurso se va al psicólogo.

Mientras que, en la medicina germánica, primero se va al psicólogo, al psiquiatra, al psicosomático, y luego se va al médico, práctica que ayuda a resolver los problemas y dolencias físicas que tienen origen en la mente de manera más eficaz y eficiente.

La mente es la fuerza que tiene el poder de materializar todo cuanto sale de ella, con cada idea que se piensa hoy, se crea el futuro mañana en todos los aspectos de la vida. Las personas son las que tienen el control de pensamientos e ideas, las emociones, también forman parte de las ideas y de la mente, y como tal, también repercuten en la vida física, mental, material y espiritual.

Todas causan efectos dentro de la vida, ya sea positivos o negativos, según sea la calidad de ellas.
Las emociones positivas, como el amor, la alegría, la voluntad de ayudar pueden ser para el ser humano las fuentes creadoras de salud, la prosperidad, éxito y armonía. Entre las emociones negativas se encuentran: el resentimiento, el miedo, la tristeza, el enojo, la crítica, la culpabilidad, etc., y son constructoras de enfermedad, soledad, fracasos o desamor.

ejarano, W. (2016). Exposición obre la Psicosomática.
Fischbein, J. (2010). La c ını coanalítica y las enfermedades somáticas, Recuperado de: (http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012000fischbein.pdf, en fecha 21 Junio 2016
Hamer, R. (2001). The german/ Germanic new medicine. Obtenido de Introducción a la Nueva Medicina Germánica del Dr. Hamer: https://www.newmedicine.ca/spanish_intro.php
Hay, L. (1989). Usted puede sanar su vida. Barcelona: Urano.
Otero, J., Rodado J. (2003). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. Recuperado de: www.aperturas.org, en fecha 21 Junio 2016
Malvezzi, C. (s.f.). Instituto Gubel Asistencia, investigación y docencia, Hipnosis, psicoterapias breves y medicina psicosomática. Obtenido de Enfermedades psicosomáticas, síntomas: http://www.hipnosisnet.com.ar/enfermedades_psicosomaticas_7
Maronese, A. (s.f.). Redacción digital. Obtenido de El poder de un abrazo: http://www.redaccion-digital.com.ar/el_poder_de_un_abrazo.htm
Núñez, M. Á. (2006). ¡Estrés! Cómo vivir con equilibrio y control. Buenos Aires: ACES.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de alguna forma, ni por ningún medio, sea este electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia, sin la previa autorización escrita.

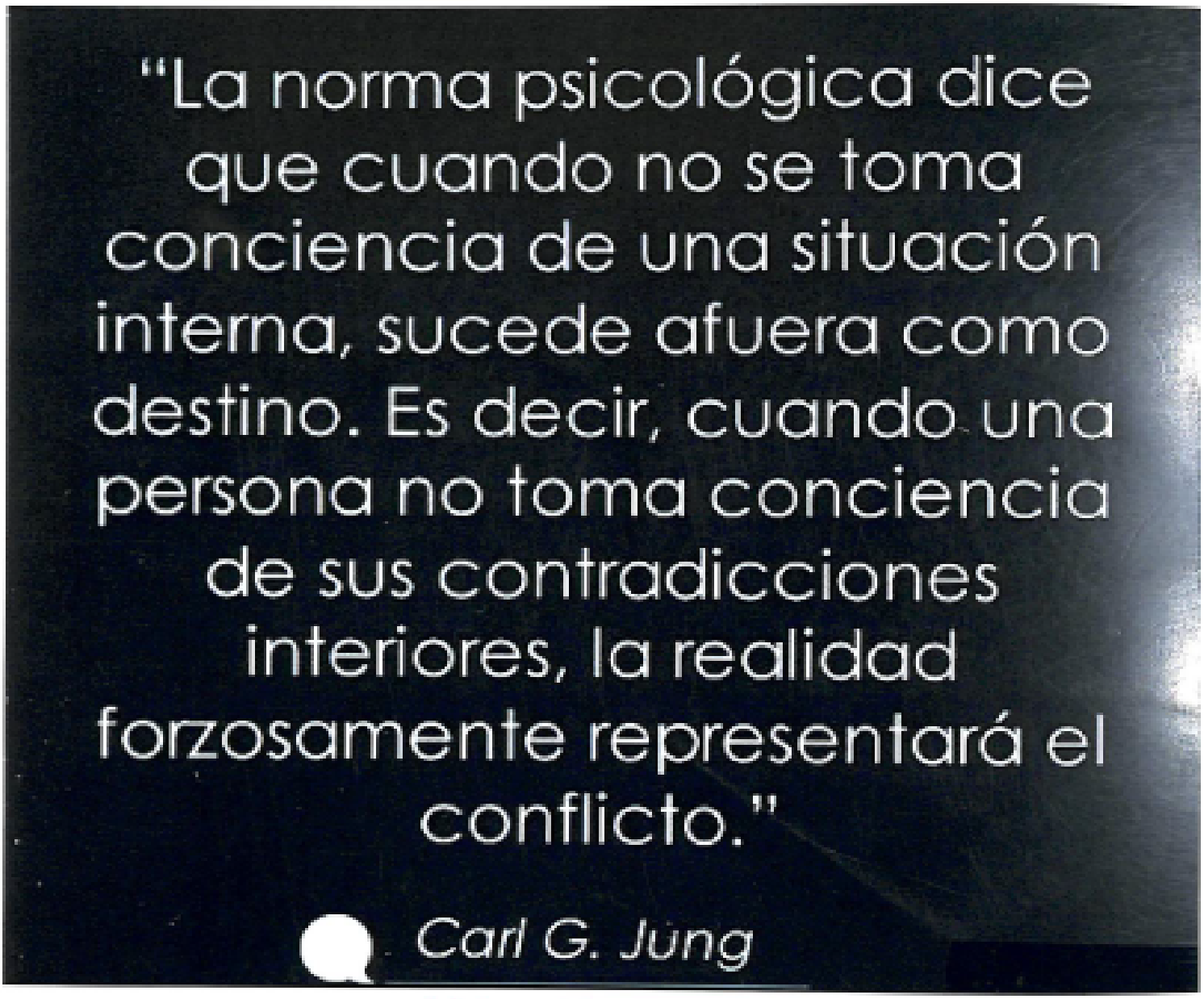
2º Edición

Hecho en: La Paz- Bolivia 2016

Ψ CLÍNICA

7mo Semestre

CARRERA DE PSICOLOGÍA



Universidad La Salle
Campus Universitario Bolognia Av. Jorge Carrasco esq. Las Palmas
Teléfono: 591-2-2723588 - 2723732 - 2744650
La Paz - Bolivia
2016