



Instituto Nacional de Rehabilitación

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Contenido

Eventos

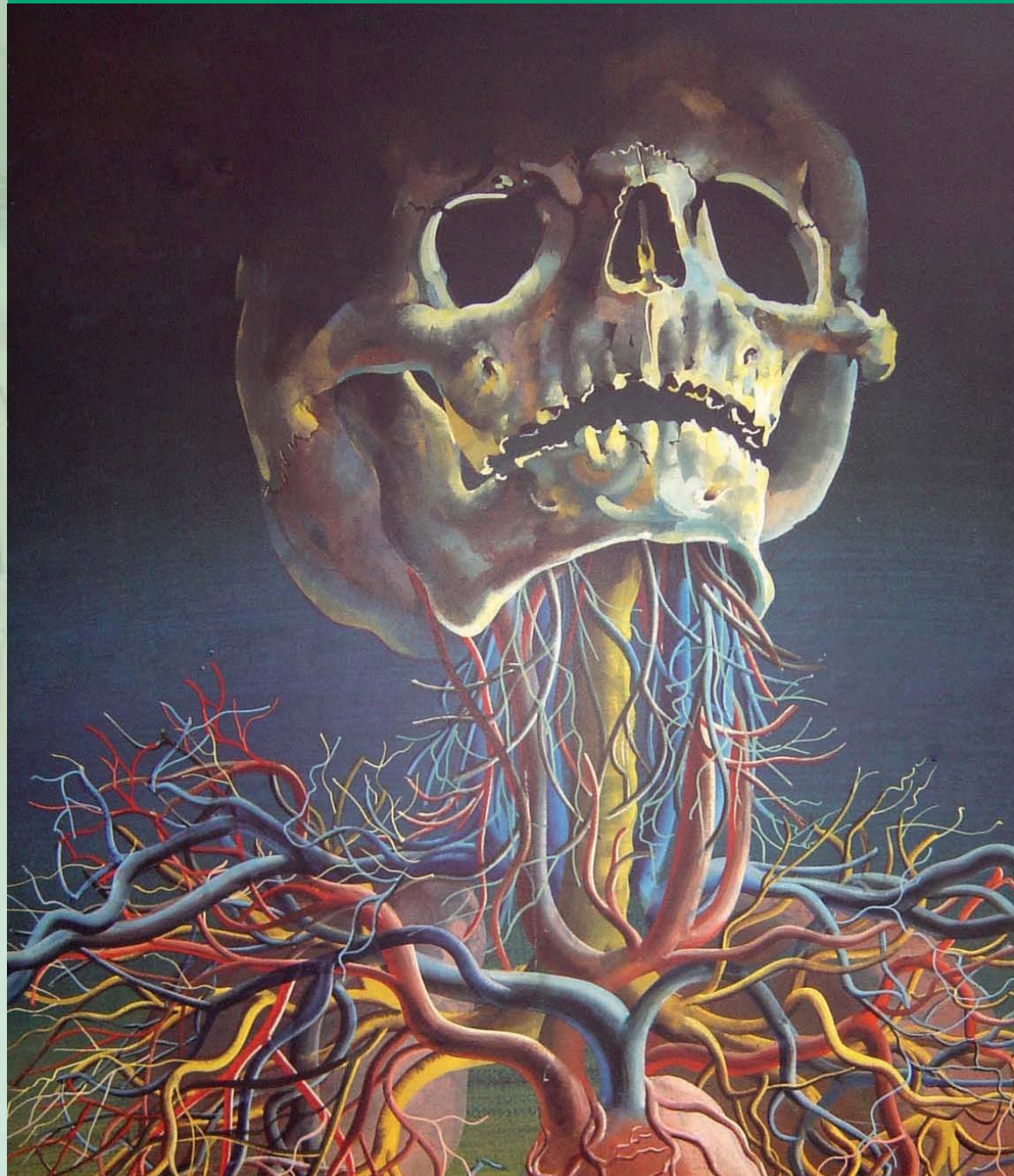
- Concurso de Dibujo | 2
- ¿ Qué quiero ser de grande ?
- III Curso Monográfico
" Atención de Enfermería al
Usuario con Secuelas de EVC y TCE
en el área de Rehabilitación" | 4
- Curso Taller "Ventilación
Mecánica No Invasiva" | 8

Artículos

- Rehabilitación y Cáncer | 9
- Aportaciones de la Figura
Paterna | 11
- El Papel de la Familia en la
Rehabilitación del Paciente
Afásico Adulto | 13

Prevención para la Salud

- Glaucoma | 15





Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa V.
Directora Médica

Dra. Matilde L. Enriquez S.
Directora de Enseñaza

Dr. Juan Antonio Madinaveitia
Director Quirúrgico

Dra. Hilda Villegas Castrejón
Directora de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora Administrativa



Dr. Enrique Gómez Sánchez
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Biol. Sylvia Núñez Trías
Coordinación Editorial

D.G. Mónica García Gil
Diseño Editorial

Foto de portada:
Biol. Sylvia Núñez Trías

Foto de contraportada:
Francisco Suárez Bravo

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.

EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS ES
RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

Núm. 15 - marzo-abril de 2009.

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Eventos

Concurso de dibujo ¿Qué quiero ser de grande ?

El comité de Damas Voluntarias del Instituto Nacional de Rehabilitación, siempre ocupado en el bienestar de los pacientes, apoyando con todas las posibilidades a su alcance, organizaron un concurso de dibujo dirigido a todos los niños pacientes internos y externos del INR.

El concurso tuvo como objetivos entretener y despertar la creatividad de los niños, así como, abrir un panorama de posibilidades de trabajos y actividades que en su futuro les permita ser personas productivas y realizadas.

El tema del concurso ¿Qué quiero ser de grande? recibió mucha aceptación y sobre todo entusiasmo de los pequeños, que además de la diversión significó enseñanza y competencia, estimulando como comentamos con anterioridad su creatividad y su alegría por la vida.

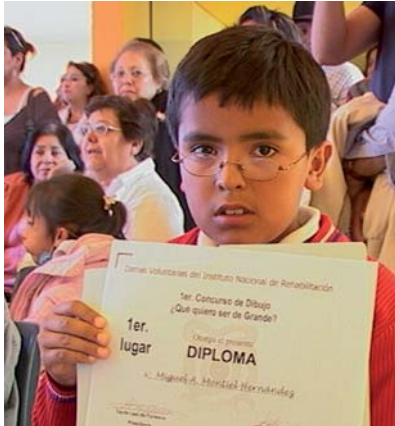
Se recibieron 1320 dibujos de todas las áreas, la mayoría tamaño carta con técnica de crayón, de los cuales se seleccionaron 120.

Es muy difícil calificar la magia que proyectan los niños, la armonía, la composición, la expresión y el colorido, por lo cual, se decidió dar más premios de los que se pensó al iniciar el proyecto, pero a todos se les entregó un reconocimiento.

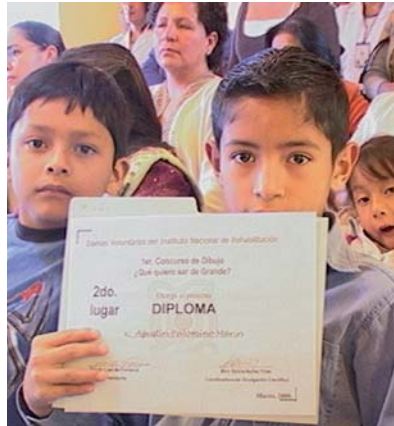
La exposición de 120 dibujos elaborados por los pequeños pacientes de 4 a 10 años, se montó en la sala Hellen Keller el 16 de Marzo y el 24 de Marzo se inauguró. Después de una muy difícil selección se dictaminaron los ganadores y se entregaron los reconocimientos. La Lic. Renata de los Ríos representó en la premiación a la Mtra. Gabriela Gallardo de Córdova, Presidenta del Comité Coordinador del Voluntariado Nacional de los Institutos y Hospitales Sectorizados de la Secretaría de Salud.



Yolanda Ponce de León de Ibarra y Dr. Luis Guillermo Ibarra



Miguel Angel Montiel Hernández



Agustín Palomino



Saúl Ramírez López

Fotos: Francisco Suárez Bravo

Premiados	Tema del dibujo	Lugar
Miguel Angel Montiel Hernández	Maestro	1er lugar
Agustín Palomino	Cantante	2do lugar
Saúl Ramírez López	Arquitecto	3er lugar
Abigail Tovar Ruíz	Bióloga Marina	Reconocimiento
Arturo Juárez Bolaños	Policía	Reconocimiento
Brandón Camacho Velázquez	Mecánico Automotriz	Reconocimiento
Dany	Maestro Mecánico	Reconocimiento
Diego Ríos Calderón	Bombero	Reconocimiento
Edith Soledad Ramos Caliz	Doctora	Reconocimiento
Florentino García Martínez	Futbolista	Reconocimiento
Martín López Peña	Campesino	Reconocimiento
Roberto Rojas Cárdenas	Piloto	Reconocimiento



Miguel Angel Montiel Hernández, Biol. Sylvia Nuñez Trías, Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval, Dra. Hilda Villegas Castrejón, Sra. Yolanda Ponce de León de Ibarra, Dr. Luis Guillermo Ibarra, Lic. Renata de los Ríos.

Fotos: Francisco Suárez Bravo

III Curso Monográfico “ Atención de enfermería al usuario con secuelas de EVC y TCE en el área de rehabilitación.”



L.E. Leticia González González
Subdirectora de Enfermería



Dr. José Antonio Olín Núñez
Subdirector de Ortopedia

Fotos: Francisco Suárez Bravo

Apoyo Psicológico tanto para el paciente como para la familia que en éste caso, también se afecta.

El personal de enfermería forma parte del equipo multidisciplinario y su labor es de gran importancia, de ahí la necesidad de realizar cursos monográficos que tienen como objetivo la capacitación y la actualización para el manejo de estos pacientes.

A continuación les presentamos dos de los trabajos representativos de este curso.

ETIOFISIOPATOLOGÍA DEL TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO.

L.E. Zuleika Álvarez Ruíz

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) continúan siendo la primera causa de muerte y discapacidad en la población de menos de 45 años de edad a nivel mundial. Los datos obtenidos del Traumatic Coma Data Bank (TCDB) americano, señalan que las cifras de malos resultados asociadas a los TCE graves (pacientes que fallecen, que quedan en estado vegetativo o gravemente incapacitados), se acercan al 60 % de los casos en los inicios de la década de los noventa. Su elevado índice de mortalidad, las prolongadas hospitalizaciones y las graves secuelas resultantes, hacen que los TCE constituyan uno de los problemas socioeconómicos más importantes del momento actual.

Definición

“Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica.”

Epidemiología en México

En México, el TCE es la tercera causa de Muerte. Corresponde a muertes violentas y accidentes, con 35,567 defunciones, con mortalidad de 38.8% por 100 mil habitantes.

En la relación hombres y mujeres, es mayor el porcentaje del varón y afecta principalmente a la población de 15 a 45 años.

El Curso se llevo a cabo los días 15, 16, y 17 de Abril del 2009 en la sala de conferencias “Tenazcapati” del INR

El curso estuvo dirigido a:

- Licenciadas en Enfermería.
- Enfermeras especialistas.
- Estudiantes de Postécnico y/o Posgrado.
- Estudiantes y pasantes de enfermería.
- Profesiones afines.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), así como el traumatismo craneoencefálico (TCE) son padecimientos que afectan las tres esferas: Biológica, psicológica y social de un paciente. En ocasiones el daño que se produce es irreversible por lo tanto, se le debe tratar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria para su rehabilitación.

Es importante mencionar que se debe tomar en cuenta la edad del paciente, el sexo, el tamaño del daño, la localización de la lesión y el tiempo que ha transcurrido desde el evento hasta el inicio de la rehabilitación.

En una primera etapa el equipo multidisciplinario debe estar coordinado por un Neurólogo o Neurocirujano (dependiendo de cada caso) y el Internista quienes determinarán cuándo se debe iniciar el programa de rehabilitación.

En el equipo se debe considerar un Terapeuta Físico (si el paciente quedó con alguna secuela motora), Terapeuta ocupacional, Terapeuta en Comunicación Humana (si el paciente presenta alguna dificultad para la comunicación).

Las causas más comunes de este problema se ven en accidentes de tráfico con un 75% aproximadamente, afectando más a los jóvenes menores de 25 años, motociclistas y personas que manejan en estado de ebriedad.

FISIOPATOLOGÍA

Lesión primaria.

Es responsable de todas las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después de la agresión mecánica y entre las 6 y 24 horas después del accidente. El modelo de impacto puede ser de dos tipos:

1.Estático

Es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extradurales y subdurales. Ocasionan las lesiones focales.

2.Dinámico

Lesión por aceleración-desaceleración. Es el cráneo el que se desliza en su movimiento contra un obstáculo y genera dos tipos de movimientos: de tensión (elongación) y de tensión-corte (distorsión angular).

Lesión Secundaria.

Dependiente o no del impacto primario, se ponen en marcha una serie de alteraciones sistémicas e intracraneales que agravan o producen nuevas lesiones cerebrales. Entre las primeras, las de mayor repercusión son las alteraciones hidroelectrolíticas (hipo e hipernatremia), hipotensión, hipoxemia, edema cerebral, presión intracraneana.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU RIESGO VITAL

1.BAJO

Asintomáticos. Cefalea. Mareos. Hematoma, laceración de cuero cabelludo.
Heridas y fracturas de la cara.

2.MODERADO

Historia de pérdida transitoria de conciencia, intoxicación por alcohol o drogas, cefalea progresiva, vómitos persistentes, amnesia postraumática, politraumatismo que impide la adecuada valoración clínica del T.C.E., trauma facial severo, en donde se sospecha del niño maltratado, con edad menor de dos años excepto lesión trivial.

3.ALTO

Disminución del nivel de conciencia, signos neurológicos de localización, hundimiento o herida penetrante

craneal, sospecha de fractura de base de cráneo, convulsiones postraumáticas, respiración irregular o apneica.

SECUELAS.

Físicas:

1. Disminución de las habilidades motoras finas.
2. Limitaciones para la deambulación.
3. Reducción de la visión o audición.

Déficits cognitivos:

1. Fallas de memoria.
2. Reducción de la atención y concentración.
3. Problemas visoespaciales y visomanipulativos.
4. Habilidades de razonamiento reducidas.
5. Una pobre planificación y capacidad de organización.

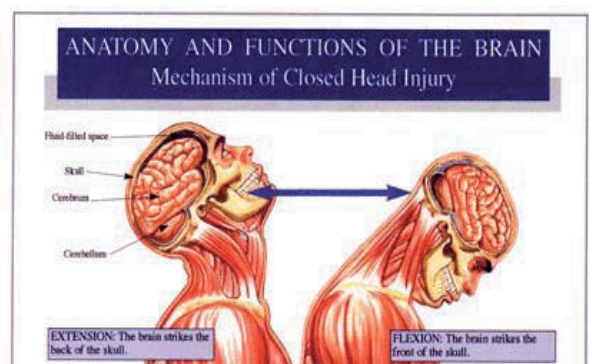
Déficits emocionales y psicosociales:

1. Apatía y falta de iniciativa.
2. Irritabilidad y bajo control de la impulsividad.
3. Escasa tolerancia a la frustración.
4. Reducida conciencia de las limitaciones.
5. Pobres habilidades sociales.

REHABILITACIÓN

Las necesidades de rehabilitación deben atenderse desde la admisión a la unidad de cuidados intensivos. En los primeros días tras el ingreso, consiste en colocar al paciente en la posición adecuada, cambiarlo de postura con regularidad, cuidado de la piel y movimiento de las extremidades para evitar contracturas articulares y úlceras por presión, lo que puede retrasar significativamente la recuperación.

Los objetivos a perseguir son la autonomía física, funcional, cognitiva y emotiva. Hay que preparar al afectado para la vuelta a casa y aumentar en gran medida sus posibilidades de reinserción social.



Mecanismo de lesiones cerradas de cabeza

ETIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Dra. Claudia Hernández Arenas/Médico
Adscrito del Servicio de Rehabilitación Neurológica.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) se considera como un síndrome clínico de presentación súbita, caracterizado por datos de focalización neurológica y/o globales que persisten más de 24 horas, que pueden llevar a la muerte si no se resuelven y de etiología primaria vascular.

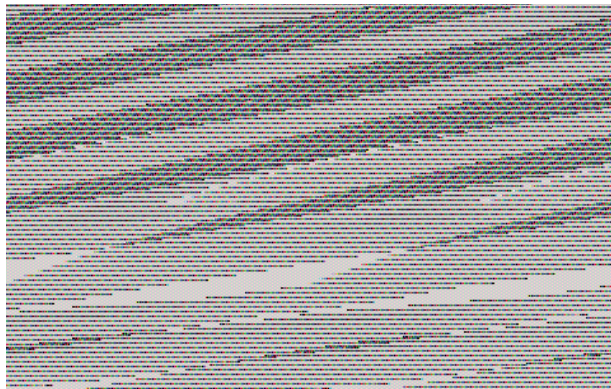
Se conocen actualmente tres grandes tipos: isquémicos, hemorrágicos y uno más reciente reconocido: la trombosis venosa profunda.

De acuerdo a Bogousslaysky, se describen seis subgrupos según la causa: enfermedad de grandes vasos, cardioembolia, enfermedad de pequeños vasos (lacunar), otra etiología, causa indeterminada y hemorragia cerebral. El tipo isquémico es el más frecuente con 75-80%, seguido por el hemorrágico con 25% y en menor proporción la trombosis venosa cerebral.

ISQUÉMICA

La causa más frecuente de la EVC es la enfermedad de grandes vasos, mejor conocida como aterosclerosis.

La aterosclerosis es una enfermedad de las arterias de mediano calibre intra y extracerebrales, en especial los vasos del cuello, en bifurcaciones y curvaturas, donde se forman placas de ateroma que consisten en depósito subendotelial de derivados de lípidos a partir del plasma sanguíneo, a los que acompaña la proliferación de músculo liso, infiltración de monocitos y depósito de colágena.



La placa puede complicarse al calcificarse, ulcerarse y desprenderse. Puede haber liberación de microémbolos por detritus, trombosis cuando la placa está ulcerada, hemorragia por rotura de la íntima y dilatación aneurismática por afeción de la túnica media. Existen factores genéticos y adquiridos que participan en los cambios patológicos como la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial sistémica, el tabaquismo y la diabetes mellitus, entre otros.

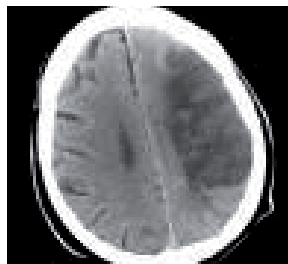
El infarto de origen cardioembólico se debe a la oclusión de una arteria intracraneal por un émbolo secundario a un trastorno cardíaco específico como la presencia de un tumor intracardíaco, estenosis mitral reumática, prótesis, etc.

La enfermedad de pequeños vasos o microangiopatía cerebral, afecta a las arterias perforantes cuyo diámetro luminal es de 0.2 a 50 μm , son profundos (subcorticales) y afectan a núcleos de la base, cápsula interna, tálamo y tallo cerebral.

Los infartos pueden explicarse por dos mecanismos; el primero es la arteriopatía local y el segundo por la lipohialinosis. Puede haber microateromas, microhemorragia, necrosis fibrinoide y microaneurismas. Las causas más comunes son HTA, DM y el envejecimiento.

HEMORRÁGICA

La hemorragia proviene de rotura de los vasos sanguíneos dentro de la cavidad craneal, se clasifica de acuerdo a su localización: extradural, subdural, subaracnoidea, intracerebral e intraventricular, además de su origen en primaria y secundaria. Primaria cuando su causa es la emergencia hipertensiva. Secundaria por malformaciones vasculares como aneurismas, malformaciones arteriovenosas, hemangiomas cavernosos, angiomas venosos, etc.

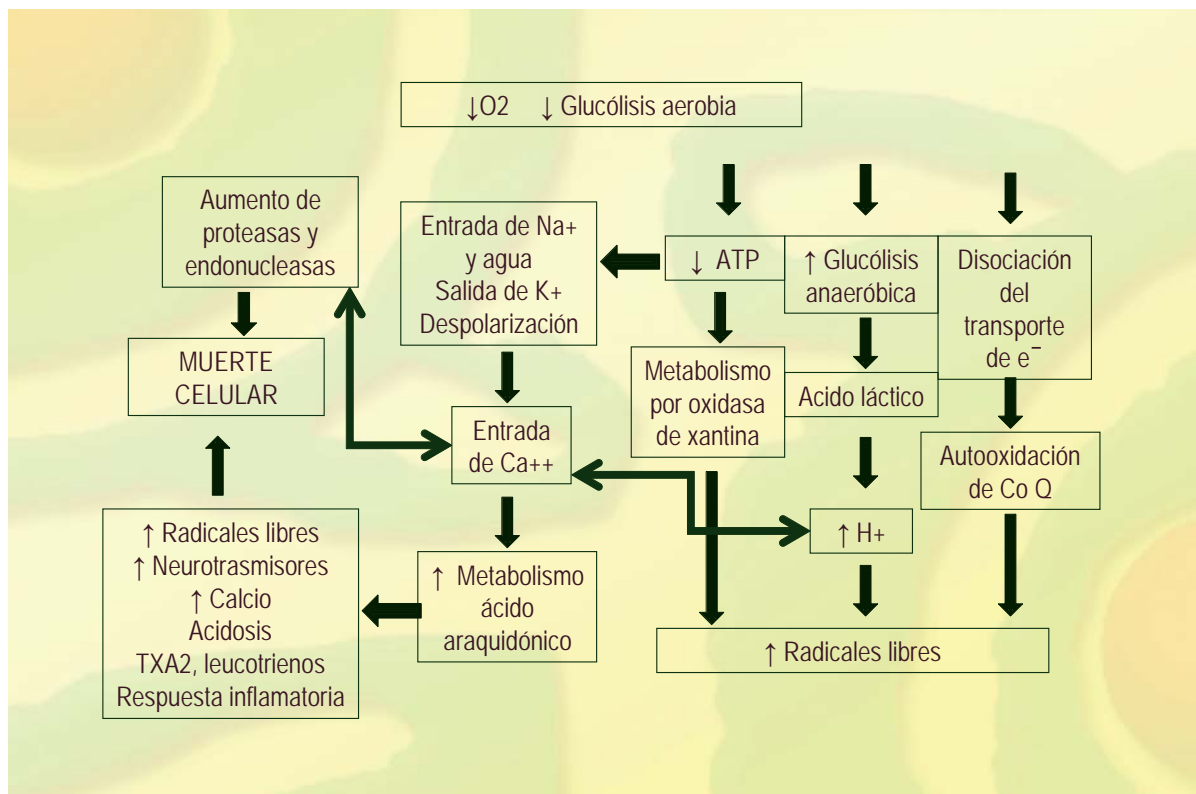


Angiografía

Existen otras causas menos frecuentes como la vasculitis cerebral que denota un proceso inflamatorio que origina cambios estructurales (necrosis, fibrosis, elastopatía o neovascularización) de la pared vascular (íntima y media) como la arteritis temporal, "Enfermedad de Takayasu", angiitis primaria del SNC, poliarteritis nodosa, Síndrome de Churg Strauss, etc. La Angiopatía amiloide cerebral es una entidad que afecta en forma selectiva los vasos cerebrales en ausencia de amiloidosis sistémica. Existen otros trastornos vasculares no inflamatorios como el Síndrome de Moya-Moya, la displasia fibromuscular, la arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía, CADASIL por sus siglas en inglés.

FISIOPATOLOGÍA

Los requerimientos normales del tejido cerebral para glucosa son de 5.5 gr/100 gr de tejido cerebral/min; oxígeno 3.5 cc/100 gr de tejido cerebral/min; flujo sanguíneo cerebral 55 ml/100 gr de tejido cerebral/min. La disminución del flujo sanguíneo cerebral por debajo de los umbrales de flujo da origen a lo que se conoce como cascada de neurotoxicidad causante de la muerte celular.





Curso Taller “ Ventilación Mecánica No Invasiva”

Dr. Oscar A. Aguilar Díaz
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos

La capacitación constante y programada a médicos, rehabilitadores y enfermeras en el manejo de la Ventilación Mecánica no Invasiva, repercute en que no solamente en la Unidad de cuidados intensivos se proporcione esta atención a los pacientes que la requieran, sino que este conocimiento también se utilice en los pisos de rehabilitación, disminuyendo la agresión al paciente y tiempos de estancia.

Con este objetivo se inició el Curso Monográfico – Taller de Ventilación Mecánica No Invasiva del 26 al 27 de marzo de 2009 en el INR.

La ventilación no invasiva (VNI) es una forma de asistencia mecánica ventilatoria que aparece en 1952 coincidiendo con una epidemia mundial de polio. La modalidad de ventilación no invasiva, se basaba en presiones negativas sin intubación del paciente pero tendían a colapsar la vía aérea por lo que se

cambio a presión positiva, ciclados por volumen o por presión.

Definición. Se agrupan bajo el nombre de ventilación mecánica no invasiva (VMNI, VNI, NIPP) aquellas modalidades de soporte respiratorio que permiten incrementar la ventilación alveolar sin necesidad de acceso artificial a la vía aérea, a diferencia de la intubación endotraqueal.

Objetivos.

- Mejorar la oxigenación arterial.
- Aumentar la ventilación alveolar.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Prevenir complicaciones.
- Evitar la intubación traqueal.

Ventajas.

- Fácil de aplicar y retirar.
- Aplicación continua o intermitente.
- Reduce la necesidad de sedación.
- Mantiene la eficacia de la tos.
- Mantiene locución y deglución.

Mayor confort que la ventilación invasiva.
Evita las complicaciones de la ventilación invasiva.

Desventajas.

- Corrección mas lenta de gases sanguíneos.
- Falta de acceso a vía aérea inferior.
- Mayor tiempo de vigilancia sobre el sistema de ventilación.
- Distensión gástrica en 2%.
- Fuga aérea.
- Lesiones cutáneas en zonas de apoyo en 9%.
- Irritación ocular en 2%.
- Neumonía por aspiración en 2%

Indicaciones.

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Neumonía.
- Edema pulmonar.
- Post-extubación.
- Insuficiencia respiratoria crónica.
- Enfermedades neuromusculares.
- Enfermedades restrictivas.
- EPOC
- Trastornos respiratorios durante el sueño.

En nuestro Instituto una de las indicaciones que permitirán reducir las posibilidades de intubación de los pacientes y manejo con ventilación invasiva, son los pacientes con lesión medular cervical y torácica alta (T1 a T3) que por el nivel de lesión medular afectan los músculos respiratorios y frecuentemente



Casco de Ventilación no invasiva



Mascarillas Nasal

requieren intubación y traqueotomía.

La VNI es una buena opción ya que no son necesarias las habilidades para intubar a los pacientes y sólo se requiere capacitación para el manejo de los ventiladores no invasivos y lo más importante es que el Instituto cuenta actualmente con este tipo de ventiladores.

Por lo tanto el objetivo de la Unidad de Cuidados Intensivos es capacitar a médicos, rehabilitadores y enfermeras en el manejo de la VNI para que ésta se lleve a cabo fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos en los pisos de rehabilitación y así disminuir costos y días de estancia hospitalaria.



Rehabilitación y Cáncer

Dra. Juana Zavala Ramírez
Jefe del Servicio Cardiopulmonar

La Organización Mundial de la Salud, invita a la reflexión sobre uno de los padecimientos que ocasiona no sólo muerte y dolor, sino también discapacidad; nos referimos al cáncer, por ello se recordó este problema de salud pública el día 04 de Febrero del presente año.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontroladas de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

La OMS, reporta en el año 2005, 7.6 millones de fallecimientos relacionados con esta enfermedad, que afecta principalmente a personas en edad productiva en todos los países del mundo.

Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7.9 millones a 11.5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población.



En las estimaciones se han tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones en 2007 a 15.5 millones en 2030.

El cáncer de pulmón mata a un mayor número de gente que cualquier otro tipo de cáncer y se prevé un aumento de esta tendencia hasta 2030 a menos que se intensifiquen

mucho las actividades de control mundial del tabaquismo.

Algunos tipos de cáncer, como los de próstata, mama y colon, son más frecuentes en los países desarrollados.

Otros tipos de cáncer, como los de hígado, estómago y cuello uterino, son más frecuentes en los países en desarrollo.

Una de las principales causas de este problema es el tabaquismo y se asocia también a obesidad y

sedentarismo, siendo éstos, factores de riesgo que generan múltiples enfermedades como el síndrome metabólico y la diabetes.

Al realizarse el diagnóstico de cáncer, el primer objetivo es salvar la vida del paciente, pero al prolongarse el tratamiento o llegar a la curación se presentan múltiples complicaciones que limitan al paciente en sus actividades de la vida diaria, entre las que encontramos: síndrome de reposo prolongado, ulceraciones por presión, disminución de la fuerza muscular y el trofismo, limitación articular y alteraciones en la mecánica respiratoria.

Se presenta un nuevo dilema, la reintegración del paciente que ha sufrido un proceso de cáncer a su entorno bio-psico-social. El paciente se encuentra con miedo a regresar a sus actividades cotidianas, ignora que debe hacer para evitar nuevas secuelas, ignora a dónde acudir para recibir apoyo.

Las estadísticas internacionales hablan de que aproximadamente 30% de los supervivientes a un proceso de cáncer, presentarán algún tipo de discapacidad.

Las intervenciones de rehabilitación han sido desarrolladas para facilitar al paciente con cáncer una reintegración a sus actividades físicas, psicológicas, sociales, vocacionales y educacionales dentro de los límites que la propia enfermedad y el tipo de tratamiento permitan.

Uno de los sitios más indicados, es el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde se atiende a pacientes que han sufrido amputaciones por tumores óseos, pacientes mastectomizadas que presentan alteraciones en su brazo, pacientes con cáncer pulmonar, etc.

Los efectos de los programas de rehabilitación, dependerán del tipo de cáncer que se presente, y el estadio en el que se encuentra.

Las acciones que se realizan son de orientación, aplicación de diversas técnicas de terapia física y ocupacional, técnicas respiratorias, etc.

Una de nuestras mejores herramientas es el ejercicio físico, el cual ha demostrado que eleva la percepción de calidad de vida, mejora la actividad física

del individuo, limita el edema y mejora la capacidad aeróbica.

El retorno a las actividades de la vida diaria después de presentarse la enfermedad y la aplicación de diversos tratamientos implica también diferentes contextos, que van desde el estado sociocultural del paciente, la función psicológica y el entorno familiar.

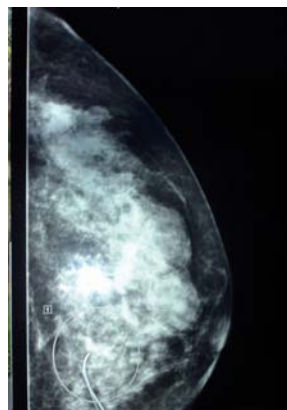
La atención se deberá por tanto, individualizar, pero también se enviará a diferentes grupos de autoayuda.

La información del proceso es también esencial, el médico y el terapeuta deben enseñar al paciente los objetivos de cada intervención y la manera como él mismo puede ayudar a su rehabilitación.

La comunicación es un proceso difícil, porque el paciente aún se encontrará en proceso de duelo, por lo que es necesaria la comprensión hacia la persona humana por parte del personal médico y paramédico.

Otro punto importante en el proceso de rehabilitación es la espiritualidad, se debe apoyar al paciente en este rubro y no solo tratar de evadir el tema.

Tampoco podemos olvidar que bioéticamente, nuestro paciente tiene derecho a elegir si continúa con el proceso de rehabilitación, así como si acepta o no los protocolos de intervención que se le ofrecen.



Mastografía



Mastografía



Aportaciones de la Figura Paterna

Psicóloga Rocío G. Valdez Luna
Psicóloga Berenice Gálvez Rivera
 Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar

Desde tiempo atrás el papel del padre en la crianza de los hijos ha quedado en segundo lugar debido a varios factores, el principal de ellos es la gestación, etapa que el padre vive a través de las experiencias de su pareja y aunque puede sentir los movimientos de su hijo no los vive en primera persona (en algunos casos incluso pueden tener algunos síntomas como náusea, antojos, malestar general o mayor "sensibilidad"), situación a veces considerada por la madre de mayor poder sobre el hijo por haberlo gestado y minimizando con esto la participación del padre en la procreación, ¡aunque el padre y la madre hayan aportado la misma cantidad de genes! .

La alimentación es otro factor que anteriormente sólo concernía a la madre y que afortunadamente se ha modificado en función de las necesidades laborales y profesionales de la mujer, lo que ha permitido que el padre participe activamente en la crianza de los hijos. Desde el nacimiento y durante el desarrollo, el hijo y el padre pueden establecer un vínculo afectivo a través de las miradas, del contacto físico, de las caricias, abrazos, del tono de voz, además de otros factores, lo que beneficia al hijo, al padre y a la pareja, ya que las madres se ven y se sienten acompañadas en este proceso. En otros casos las madres pueden

llegar a sentirse desplazadas en su rol materno, por lo que empiezan a limitar las acciones del padre hacia el hijo, considerando que no tiene los recursos para atenderlo.

En la práctica clínica el padre es conceptualizado en términos generales como: poco tolerante, fácilmente irritable, exigente, impaciente, tosco y con poca experiencia en el cuidado de los hijos, otros padres pueden ser flexibles, sobreprotectores, cariñosos y permisivos, ambos sistemas considerados por la madre como insuficientes para participar en la crianza del hijo (a), creencia que no considera la capacidad del padre para modificar o aprender las conductas necesarias para asumir su función parental frente a su hijo en la medida en que lo conozca y se vincule más con él.

Como ventaja tenemos que la madre generalmente se considera y es conceptualizada por la sociedad como experta y autosuficiente en la crianza de los hijos (aunque sea primeriza), creencia basada en el aprendizaje adquirido por las niñas al participar desde pequeñas en la crianza de sus hermanos o de otros niños y que enriquece a través del juego simbólico, aprendizaje poco estimulado en los niños debido a que estas experiencias a veces son restringidas o no permitidas en ellos, situación que es necesaria reconsiderar en función de las aportaciones en niñas y en niños.

En cuanto al desarrollo psicológico del niño es necesario reconocer la importancia del vínculo afectivo entre madre e hijo desde el embarazo y durante los primeros meses de vida, sin embargo al avanzar a la etapa denominada por Margaret Mahler de separación-individuación (aproximadamente a los 2 años), hay mayor carga de angustia en la madre y en el hijo por lo que esto implica. Aunque esta etapa provee al niño de independencia, confianza y seguridad, es difícil para ambos.

El padre con su participación equilibra la contención de la angustia tanto en la madre como en el hijo y aunque su acción es vivida por ellos como una intromisión, ésta es necesaria en función de los logros en el desarrollo integral del niño y en cuanto a la relación de pareja, ya que al disminuir la atención de la madre hacia el hijo, éste se ve obligado a usar sus habilidades físicas y psicológicas en pro de una independencia, lo que le brindará seguridad y confianza no solo en sí mismo, sino en el padre y en la madre quienes promueven su autonomía. Por lo tanto es necesario analizar y hacer modificaciones al concepto de hombre y padre, ya que en la medida en que se involucren más en la crianza de los hijos y en la medida en que las madres lo permitan habrá mayores beneficios en el desarrollo emocional de la familia no



sólo en el actual desarrollo de los hijos, sino en su adolescencia y en su adultez, ya que con el apoyo del padre y de la madre tendremos adultos emocionalmente maduros lo que se reflejara en las diversas etapas de desarrollo de los hijos, por ejemplo la madre tendrá metas propias y no estará viviendo en función de y para los demás; el padre dejará de competir con el hijo por la atención de su esposa y por lo tanto tendrá menos motivos para ser agresivo con ambos, lo que le ayudará a tener más autocontrol de sus emociones a la vez que lo fomentará en el hijo.

Es importante que las mujeres analicen su papel de modificadoras de la educación de los hijos, ya que al descalificar al padre descalifican al hijo, a la vez que le enseñan a las hijas el concepto de hombre, pareja y padre a través de sus experiencias y de las mujeres de su sociedad, pero que el padre con su acción y participación puede confirmar o descartar.

También es necesario analizar que al establecer objetivos de crianza queremos que los hijos (varones) sean responsables, obedientes, cooperativos, con buen control de sus emociones, cariñosos, responsables, ordenados, tranquilos, empáticos, entre otras características, lo que a veces no es congruente con el concepto real que tenemos del hombre-padre, entonces, ¿cómo criar a un hijo con expectativas positivas, cuando se desacredita al padre ?.

El estudio de la psicología de lo masculino ha sido punto de interés del doctor en psicología José de Jesús González Núñez, quien menciona las siguientes funciones paternas:

En el área biológica: contribuye con su gene X ó Y .

En el área psicológica: ayuda a fortalecer el juicio de



Fotos: Mónica García Gil

realidad (por ejemplo mediante el establecimiento de reglas), brinda protección psicológica (al ser una figura confiable y amorosa), absorbe las cargas agresivas de la madre y de otros hermanos si los hay (al ser mediador entre unos y otros o al apoyar la autoridad materna), ayuda a la formación de la identidad (cuando promueve la separación-individuación y al ser un modelo permanente de identificación), es una persona disponible al superar los hijos la simbiosis con la madre y al estar presente , apoya la superación de la soledad, la vergüenza, los celos y la envidia (al estar presente activa y positivamente durante todo el desarrollo de los hijos y de las hijas).

En el área social: ayuda a crear un modelo de socialización y de relaciones interpersonales profundas con sus seres queridos, a establecer buena relación laboral con jefes sin entrar en conflicto y a formarse una filosofía de la vida y a hacer un adecuado uso del ocio. Finalmente en el área interpersonal ayuda a crear un modelo de comunicación íntima con los demás, ("Psicología de lo masculino", González, 1996).

Por lo tanto papás; es importante que se involucren más en la crianza de sus hijas e hijos ya que en sus hijos aportarán elementos importantes para desarrollar e integrar su identidad, (reconocer sus habilidades, estar consciente de sus límites y sentirse bien con lo que son) y con sus hijas enriquecerán el concepto de hombre-padre-pareja a través de sus acciones y de su participación.

Los profesionales también podemos contribuir a esta inserción del padre en la crianza y en el desarrollo emocional de la familia, por ejemplo permitiendo que esté presente en el consultorio, tengamos presente que la situación médica de su hijo (a) también le compete.



El Papel de la Familia en la Rehabilitación del Paciente Afásico Adulto

María del Socorro Yolanda Orozco

Mtra. en Educación Familiar
Subdirección de Enseñanza

A lo largo de la historia, muchas personas han sido víctimas de un accidente vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico o infecciones cerebrales y como consecuencia sufren afasia, esto es, la pérdida de la capacidad de comprender o expresar el lenguaje.

Diversas disciplinas como la Neurología, Psicología, Lingüística, Neuropsicología, Neurolingüística, se han dedicado a investigar sobre los efectos que produce una lesión cerebral y las repercusiones en el uso del lenguaje y el sistema lingüístico.

Las personas que sufren de afasia se ven limitadas en su comunicación y se enfrentan ellas y sus familias a un cambio drástico en su proyecto de vida.

La mayoría de las familias no están preparadas para una situación así, además hay una desorientación de las familias sobre la patología y el pronóstico de su familiar.

De ahí la preocupación por asistir a estas personas así como orientar a sus familias.

El término afasia se refiere a la dificultad que tiene un paciente para integrar y expresar la función simbólica del lenguaje como resultado de daño cerebral.

El lenguaje como principal medio de expresión simbólica, puede resultar afectado centralmente y puede afectar también otras formas de conducta que conlleven símbolos.

Al afectarse el lenguaje también pueden presentarse cambios en la capacidad intelectual del paciente, tal como su capacidad para recordar, llegar a conclusiones lógicas, efectuar operaciones aritméticas, o prestar atención.

También se pueden experimentar cambios de personalidad, tal vez se vuelva más irritable, lábil emocional o con tendencias a la depresión.

La afasia es consecuencia de una lesión focal y no general del cerebro: esto significa que las distorsiones del lenguaje que aparecen, por ejemplo, en los casos de demencia o esquizofrenia, no son de tipo afásico, puesto que no pueden ser relacionadas con lesiones focales, si bien en algunos casos el daño focal puede ser amplio.

Las causas más comunes de lesión focal que conducen a la afasia son

los accidentes cerebro-vasculares, la palabra accidente se refiere al daño celular que tiene como resultado un abastecimiento reducido de oxígeno.

En las personas adultas, todas las grandes arterias tienden a acumular gruesos depósitos de colesterol llamados ateromas, concretamente en las carótidas, coronarias y las arterias de las piernas, lo que se asocia principalmente con el tabaquismo, alta presión sanguínea, la dieta y la falta de ejercicio.

Para el diagnóstico diferencial es importante hacer un examen completo con una bien elaborada historia clínica. Ya que muchas veces, el paciente no puede proporcionar los datos necesarios, se debe recurrir a un familiar para que los proporcione. La edad, el tiempo transcurrido desde el inicio de la afasia, el tipo y la extensión de la lesión, la localización,



Rehabilitación a través de la pintura con apoyo profesional y familiar en INR.

Fotos: Biol. Sylvia Nuñez Trias

así como la historia escolar y profesional del paciente puede ser un elemento muy importante para conocer el estado premórbido de la persona.

Una vez establecido el diagnóstico de afasia se debe determinar su variedad, su grado de severidad y etapa de evolución.

El programa de rehabilitación requiere de un enfoque integral. Cualquiera que haya vivido en un medio lingüístico desconocido como puede ser visitando un país en el que desconocemos el idioma, puede imaginar el sentimiento de soledad y aislamiento que presenta la persona afásica.

Es necesario como primer paso en la terapia del paciente afásico instruir a sus familiares sobre cómo deben hablarle. Se les debe explicar que el paciente debe participar lingüísticamente, y en la medida de lo posible, en la vida familiar. La familia debe aprender cómo dirigirse al paciente cuando la comunicación se hace simplemente imposible, de ahí que su participación en la rehabilitación es muy importante.

Mantener al paciente verbalmente activo dentro de su propio medio, representa muchas veces el eslabón crítico para su rehabilitación. Esto exige una participación permanente de los familiares y amigos cercanos. Frecuentemente es recomendable una consulta con un educador familiar y en los casos extremos con un terapeuta familiar que apoye en la orientación a la familia.

Usualmente la terapia se inicia tan pronto como sea posible, pero las demoras no necesariamente presentan un efecto negativo.

La motivación personal del paciente, su comprensión del problema y otros factores personales inciden sobre los resultados obtenidos.

El valor de la terapia no debe encontrarse limitado a los progresos en el lenguaje, la terapia ejerce un efecto sobre las actitudes, comportamiento y otros factores sociales de importancia.

El factor que motiva a los familiares a asistir a una terapia está también relacionado con el grado de información que tengan los familiares acerca del problema y de las opciones terapéuticas.

Un problema cuando es compartido se siente menos. La familia es la clave para la reintegración a la vida productiva y a la vida social de un enfermo afásico.

La familia es el puente a través del cual el paciente tendrá esperanza para ejecutar las funciones que le son propias, respetando su dignidad como persona.

Debe crearse en el hogar un ambiente positivo, estimulándolo para que asista a las sesiones, facilitándole los medios para desplazarse y asistir a actividades que son de su agrado y permitiéndole la comunicación activa sin criticar o corregir constantemente sus errores.

Conviene recordar que el paciente es una persona libre y responsable, con su conciencia, su proyecto de vida y su historia. Esa dignidad es una característica trascendente y ha de respetarse en todo momento y en todas las situaciones.

No cabe duda que tras una dura experiencia emerge una conciencia diferente, una actitud distinta. En el vértice que corona el encuentro de cualquier persona con el dolor, se inicia la riqueza pedagógica del mismo.

Ante el dolor, la única respuesta posible es la actitud que la familia desarrolle ante él.

De modo que lo más importante es la aceptación y la capacidad de sobreponerse al drama que les tocó vivir.



Rehabilitación a través de la pintura con apoyo profesional y familiar en INR.

Glaucoma

Dra. Denise Aliaga T. Servicio de Oftalmología

El glaucoma es una lesión del nervio óptico (neuropatía óptica crónica y degenerativa), considerado como la segunda causa de ceguera irreversible en el mundo.

Es una enfermedad silenciosa en la que el paciente va perdiendo la visión de su campo periférico progresivamente, por eso se ha conocido como "el ladrón de la vista".

Las personas con un historial de glaucoma en su familia tienen un 6% más de posibilidades de desarrollar glaucoma. Los diabéticos y las personas de color tienen más posibilidades de desarrollar uno de los tipos más comunes de glaucoma.



Fig. a) Visión normal



Fig. b) La misma imagen pero vista por un paciente con pérdida importante del campo visual por glaucoma.

En principio, todas las personas mayores de 35 años deberían hacer controles de glaucoma, aumentando los controles a lo largo de los años. La mitad de la gente que tiene glaucoma no lo sabe.

Existe evidencia científica que la edad avanzada, historia familiar de glaucoma, presión intraocular elevada, diabetes, presión diastólica baja, antecedente de trauma ocular y miopía alta son factores de riesgo para desarrollar glaucoma primario de ángulo abierto.

¿SABE QUE ES EL GLAUCOMA?

Su detección temprana y control posterior depende de una correcta valoración oftalmológica y control de la presión ocular.

Se ha determinado que la presión intraocular elevada es el principal factor controlable causante de la enfermedad, la forma más eficaz de tratamiento y control consiste en bajar la presión ocular.



Seguimiento de los pacientes con glaucoma a través de la toma de la presión intraocular.

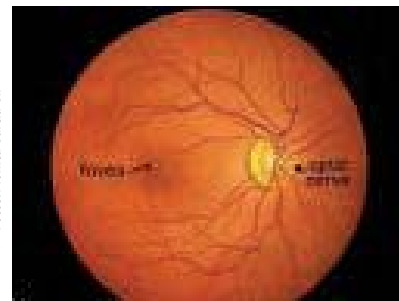
Aunque la presión ocular es sólo una de las causas del glaucoma, reducir esta presión es el tratamiento más usado hoy en día.

Para esto se cuenta con fármacos que disminuyen la producción de humor acuoso, incrementan su velocidad de reabsorción, y aumentan el flujo circulatorio al nervio óptico, con lo que se obtiene neuroprotección.

Por estas causas el tratamiento es básicamente con fármacos, siendo los procedimientos quirúrgicos para casos refractarios o complicaciones agudas.

El 6 de marzo de este año, Día Mundial de Glaucoma, el Servicio de oftalmología del I.N.R. revisó a más de 140 pacientes trabajadores de nuestro Instituto de los cuales 35 tenían datos clínicos sospechosos de glaucoma y 3 con diagnóstico de enfermedad establecida.

Esta es una acción importante para continuar con revisiones periódicas y detectar más pacientes con glaucoma.



Fondo de ojo.

