



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE UN TALLER DIRIGIDO A GRUPOS DE TERAPIA
PARA PACIENTES CON QUEMADURAS PARA LA CREACION DE
GRUPOS DE AUTOAYUDA A TRAVES DEL ANALISIS EXISTENCIAL
DE LA LOGOTERAPIA”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

JOSE LUIS GERMAN RAMIREZ

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. DAMARIZ GARCIA CARRANZA

COMITÉ DE TESISA:

**DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA
MTRA. MARIA SUSANA EGUIA MALA
LIC. LETICIA MA. GPE. BUSTOS DE LA T.
LIC. LIDIA DIAZ SAN JUAN**



**® Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F.

enero, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AL'. G'. D'. G'. A'. D'. U'.

A quien mis agradecimientos por el prodigio de realizar este trabajo terminado para bien de la Humanidad.

A mis padres **Victoriano** y **Cristina** quienes se encuentran en el E'.Ote.'. Reconocimientos por sus por su enseñanza - aprendizaje para bien de la Sociedad..

A mi esposa **Josefina** con su amor, y gran apoyo, empuje y motivación, para realizar este trabajo, y mis filósofos de mi vida, que me dieron el sentido de vida para seguir adelante y ser ejemplo para ellos, **Siddhartha** y **Zaratustra**, y mis nietos **Rafael, Zurael** y **Natalia**

A mis Hermanos, **Auxilio, Matías, Luisa, Carmen** y **Cristina**, que me acompañaron en mis pensamientos siempre en mi vida para realizarme y ser ejempló para ellos.

A los pacientes quienes me ayudaron a encontrar desarrollo, el sentido de la vida, y a su enseñanza a través de sus experiencias y plasmarlas en este trabajo.

A **GAPEQ** quien medio la inspiración para elaborar, realizar esta investigación documental, y cada uno de sus miembros por sus experiencias de vida, para llevarlos a otros que están pasando la misma experiencia para su rehabilitación

A mi amiga colega Araceli por encontrarla en mi camino para realizar esta investigación

A mi amiga y colega Pilar quienes nos encontramos en el mismo camino y nos unió las circunstancias tener una buena amistad para realizarnos.

A mis Colegas y Amigos del “**Grupo de Contención**” **DEC**, por sus experiencias, apoyo. Y Lic. Juan Manuel Gálvez N. del Programa de Titulación, por su comprensión y apoyo durante el curso.

A mi Directora Damariz García C. por su conducción y guía, y mis Maestros por correcciones y aportaciones a esta investigación documental.

UNAM...Mis reconocimientos por tener presente:

“ Por mi Raza Hablará mi Espíritu”

RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretende aportar información documental acerca de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las quemaduras en el ser humano, así como alternativas de solución a la situación postraumática.

Las quemaduras son culpables de algunos de los traumas más severos y devastadores que puede sufrir el ser humano; las secuelas permanentes y los problemas económicos que conllevan y las consecuencias Psicosociales, creando un vacío existencial o falta de sentido donde la persona pierde el rumbo de su existencia, por lo tanto tiende a negar lo que está sucediendo en él mismo, como un mecanismo de defensa a este dolor, ocasionando conductas autodestructivas tanto hacia sí mismo, como a su familia y la sociedad.

De ahí que se plantea una alternativa, como aportación novedosa y convincente, de la creación de Grupos de Autoayuda de personas con quemaduras, para su rehabilitación Psicosocial, con base en el modelo del análisis existencial de la logoterapia de Viktor Frankl, a través de la creación de un Taller llamado "Círculos de encuentro y de sentido", dirigido a pacientes con secuelas de quemaduras, que deseen reencontrar su sentido de vida, contra ese vacío existencial, y para apoyar a otros con la misma experiencia postraumática. Se brinda una nueva alternativa que es el apoyo grupal, en donde podrán tratar a más personas en menor tiempo, mejorando las circunstancias económicas y de recursos humanos de la institución sede.

Palabras clave: Logoterapia, Pacientes quemados, Grupos de Autoayuda

Summary

The present research aims to provide documentary information about the physical, psychological, social and spiritual consequences of burning in human beings as well as solution alternatives to posttraumatic condition.

Burns may cause some of the most severe and devastating traumas; their permanent consequences and the economic problems they entail, added to the psychosocial effects, create an existential vacuum or lack of life meaning, which means a loss of the personal life course. Therefore the patient tends to deny what is happening as a defense mechanism towards pain, causing self-destructive behaviors, even affecting his or her family and the rest of the society.

Thus a novel and convincing alternative is suggested, by creating self-help groups for those people with burns, aiming their psychosocial rehab, based on the model of Logotherapy and Existencial Analysis developed by Vicktor Frankl.

Through a workshop called "Encounter and sense circles" addressed to patients with burn consequences who want to recover their life sense and help others with the same posttraumatic experience to do it, an alternative is given by group support, which also allows to attend more patients in less time reducing the economic and personnel expenses of the host institution.

Key words: Logotherapy, burn patients, Self-help groups

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
.	
Capítulo I. ANTECEDENTES DE QUEMADURAS.....	7
1.1 Pacientes con Quemaduras.....	18
1.2 Quemaduras Definición su Etiología y Clasificación.....	22
1.3 Consecuencias Físicas y Psicológicas versus Estigma.....	28
1.4 Tratamiento Médico y Psicológico.....	34
Capítulo 2. GRUPOS.....	52
2.1 Tipos de grupos Terapéuticos.....	59
2.2 Formación Grupos de Autoayuda	
2.3 Grupo de Autoayuda intrahospitalaria de personas quemadas..	69
2.4 Técnicas Grupales existencialistas.....	73
Capítulo 3. LOGOTERAPIA.....	81
3.1 Principios filosóficos de la Logoterapia.....	81
3.2 Marco conceptual investigación documental.....	86
3.2.1 Holismo.....	89
3.2.2 Fenomenología.....	91
3.3 Logoterapia como Escuela Psicológica.....	94

Capítulo. 4. Propuesta: Taller “Círculos de encuentro y sentido”	98
4.1 Justificación.....	99
4.2 Objetivos.....	102
4.3 Población y Participantes.....	103
4.4 Materiales.....	103
4.5 Escenario.....	104
4.6 Carta descriptiva.....	105
4.7 Criterios de evaluación.....	112
4.8 Alcances y limitaciones.....	114
4.9 Conclusiones.....	116
Referencias bibliográficas.....	119
Anexos	

INTRODUCCION

Las quemaduras se encuentran entre las lesiones más graves que pueden afectar al ser humano. Su causa se relaciona a la exposición inesperada y perjudicial de agentes físicos, químicos o biológicos. Estas trascienden en su estado físico, psicológico, social, y espirituales, repercutiendo en la vida del hombre.

El propósito y el interés como una aportación novedosa sobre la formación de grupos de autoayuda con secuelas de quemaduras. A través de un taller de grupos de personas postraumáticas, y por medio de éste se sensibilizan, para que éstos a su vez puedan dar apoyo a otros que se encuentran en la misma circunstancia existencial en ese sentido de vida, para su rehabilitación Psicosocial-emocional

Esta inquietud se inicia al estar rotando en los diferentes Hospitales Generales de Urgencia, de la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF) y en especial en el Hospital Dr. Rubén Leñero (HDRL) siendo éste un hospital de segundo nivel, en donde al estar trabajando, se ha percibido la atención de los pacientes con quemaduras a nivel hospitalario.

Se ha percibido la naturaleza dramática de la medicina y sus demandas de conocimientos, destrezas, técnicas, y en ocasiones su mecanización, automatización, y deshumanización; tienden a desviar la atención del médico del sufrimiento y sus reacciones emocionales del paciente con quemaduras.

Las quemaduras graves presentan una herida de la piel; más de la séptima parte de su superficie está destruida, en peligro de muerte, es considerable, y puede substituir de tres semanas a un mes, la disminución de la función inmunológica puede abrir la vía a una septicemia. Con el progreso actual

de los cuidados a veces hay quemados graves, que sobreviven, pero la evolución de cualquier quemadura es compleja.

La inquietud principal nació cuando el Servicio de Psicología Clínica, mediante la práctica profesional, observó que el paciente quemado no era como otro paciente más que ingresaba al Hospital Dr. Rubén Leñero (HDRL) sin mayor problema. El paciente quemado presenta diversas reacciones físicas como es el dolor que se vuelve insoportable, y las reacciones emocionales que se derivan de éste.

El dolor es un factor que constituye la reacción psicológica del paciente frente a la lesión y su tratamiento. El umbral doloroso del paciente dependen del significado psicológico del dolor y de los efectos relacionados con éste, entre ellos figuran la ansiedad, la ira, la sumisión, el sentimiento de culpabilidad y la depresión por el traumatismo. Un conjunto de temores, separación de las figuras parentales (angustia de separación), su actitud escéptica sobre la capacidad del personal auxiliar que sepan o no solucionar una urgencia, desconfianza en la habilidad del médico (cirujano). Amputación, invalidez posterior, sufrimiento postoperatorio, gastos económicos, postergación de trabajo y planes, llegando su pensamiento hasta la muerte.

La modificación del esquema corporal, como las pérdidas familiares, y las materiales por el siniestro catastrófico dan como consecuencias las secuelas y el estigma físico, psicológico, social, y familiar. Esto originan falta de sentido a la vida, y por ende un vacío existencial, de ahí causan como consecuencia la separación de la familia, alcoholismo o alguna toxicomanía, como intento suicida, y en ocasiones producir la muerte por los duelos no resueltos, causado por las quemaduras, tanto para el paciente como para los familiares.

Cuando al ser humano le falta orientación hacia el sentido y los valores, aparece el vacío existencial, en su integración psíquica-corporal, como las pérdidas familiares, materiales, y espiritual, por el siniestro desastroso, por lo tanto el paciente cae en la frustración de la voluntad de sentido, originando neurosis neógena como consecuencia.

Considerando la gran importancia que tiene el rehabilitar bio-psico.social, en forma integral al paciente quemado, se cristalizó la idea de formar grupos de psicoterapia intrahospitalaria, de población abierta, realizando esta cada semana con los pacientes hospitalizados en ese momento, dando seguimiento a través de la consulta externa en forma individual.

Siendo ésta las reacciones emocionales del paciente con quemaduras, se comenzó a trabajar psicoterapia de grupo, en el aquí y en el ahora, con el paciente quemado, con el apoyo de la teoría del análisis existencial de la logoterapia de Viktor E. Frankl, considerado dentro de la psicología existencial.

Torres, G. (2013). Conoce que cuando se brinda atención oportuna en el sentido de acompañamiento grupal, quienes están pasando por el mismo psicotrauma, al brindar los primeros auxilios psicológicos, se está actuando en la prevención de trastornos, como parte de un proceso de rehabilitación. Teniendo como objetivo guiar a la persona a la autodeterminación, con base en la propia responsabilidad y solidificar el sentido individual que lo lleve a las causas que tengan que servir o personas a quienes amar.

La psicoterapia de grupo a través de la Logoterapia traerá como resultados la creación de un “Grupo de autoayuda de personas quemadas” (Gapeq) intrahospitalario, y por otro lado cuando el paciente es dado de alta, regresa a Gapeq a apoyar en la rehabilitación del paciente que este hospitalizado, y encontrara su sentido de vida a su quemaduras y a su sufrimiento, Por lo tanto es crear un taller llamado “Círculos de encuentro con sentido” para persona con secuelas de quemaduras, cuyo objetivo es sensibilizarlos, y estos lleven esta experiencia de vida a hospitales, dando la ayuda otras personas que están pasando por la misma crisis existencial, que le ayudara para su rehabilitación.

Por lo tanto Gapeq trascenderá en esta esperanza de vida a otras instituciones en atención al paciente con quemaduras. Por lo consiguiente Gapeq seguirá construyendo escenarios que permitan continuar creciendo a pesar de las situaciones psicotraumáticas, buscando un sentido por el cual seguir existiendo. Así mismo el paciente con quemaduras, lograra trascender, y ver un

verdadero sentido de su vida y se sentirá realizado de estar vivo como dice el lema de Gapeq en “esa segunda esperanza de vida”.

La estructura de esta propuesta se conforma de cuatro capítulos distribuidos de la siguiente manera:

En el capítulo I. Denominado pacientes con quemaduras, se presenta una revisión de los antecedentes, definiciones, y la clasificación de quemaduras, así como sus consecuencias psicológicas, y las secuelas físicas como emocionales, así mismo, de qué manera influyen en su rehabilitación psicosocial

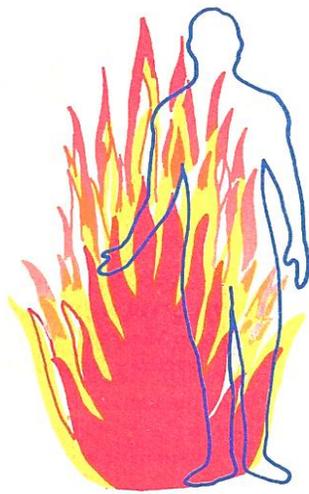
En el capítulo 2. Se refiere a grupos cómo están conformados, fundamentos de autores que han estudiado la psicoterapia de grupo, la formación de los diferentes grupos de autoayuda; la formación de grupos de Autoayuda intrahospitalaria de personas quemadas, así como sus técnicas grupales existenciales a realizar.

El capítulo 3. La logoterapia, su definición, importancia y los propósitos que persigue, sus antecedentes históricos, el marco conceptual filosófico, existencial, y humanista de algunos autores, como la metodología holística, fenomenológico existenciales, y por último la logoterapia como técnica en la psicoterapia para la rehabilitación psicosocial.

Capítulo. 4. La propuesta es presentar un taller “Círculos de encuentro y sentido”, En donde el objetivo es de sensibilizar al paciente con secuelas de quemaduras, a través de la teoría del modelo del análisis existencial de la logoterapia de Viktor Frankl para que desde esta perspectiva estos puedan apoyar a otros con la misma experiencia postraumática, para rehabilitación Psicosocial

Finalmente las limitaciones y sugerencias, conclusiones, referencias bibliográficas, y los anexos.

“Cuando por fin me levanté (...) y aprendí a caminar nuevamente, tomé un día un espejo de mano y me dirigí hacia un espejo más grande para observarme; fui solo. No quería que nadie (...) se enterara de cómo me sentía al verme por primera vez. Pero no hubo ningún ruido, ningún alboroto; al contemplarme, no grité de rabia. Me sentía simplemente paralizado. Yo no podía ser esa persona reflejada en el espejo. En mi interior me sentía una persona saludable, corriente y afortunada; ¡Oh, no como la del espejo! Pero cuando volví mi rostro hacia el espejo, eran mis propios ojos los que me miraban ardientes de vergüenza (...) como no lloré ni emití el menor sonido, me resultó imposible hablar de eso con alguien; a partir de entonces la confusión y el pánico provocados por mi descubrimiento quedaron encerrados en mí, e iba a tener que enfrentarlos solo durante mucho tiempo.”



K. B. Hathaway, citado por Goffm

I. ANTECEDENTES DE LAS QUEMADURAS

En todas sociedades, las quemaduras constituyen un problema médico, psicológico, económico y social que involucran al médico, paciente, familia y a la sociedad en sí. Las quemaduras constituyen un problema importante de salud pública en diferentes países. (Carrillo, R. 2001)

Las quemaduras son un problema de salud muy delicado que afecta a diversos Sectores de la población, pues estas lesiones ponen en riesgo la vida de las personas que las sufren; el tratamiento médico es prolongado y las secuelas que dejan pueden ser graves. Además, las quemaduras son uno de los padecimientos más dolorosos a nivel físico, psicológico y social, pues son una experiencia desgarradora y las marcas corporales quedan para toda la vida. (Cardón, F.2007).

Las quemaduras se encuentran entre las lesiones más graves que pueden afectar al hombre. Su etiología se asocia a la exposición súbita y dañina a agentes físicos, químicos o biológicos. Las lesiones importantes por quemadura pueden afectar numerosos sistemas orgánicos. (Cardón, F. 2007).

La piel representa 15 % del peso corporal total y constituye una barrera para evitar pérdidas de agua, de temperatura y contra las infecciones. La gravedad de una quemadura depende del agente que la produce, del tiempo de exposición y de la temperatura alcanzada. (Álvarez, C 2001).

Según el espesor y superficie del tegumento afectado, la American Burn Association clasifica a las quemaduras en leves, moderadas y graves. Los altos índices de morbilidad y mortalidad están influidos por diversos factores, entre ellos la edad, que se suman a la gravedad misma de la quemadura.

Sólo los grandes avances en el tratamiento inmediato y la resucitación hídrica oportuna y eficaz han logrado disminuir la mortalidad en pacientes con quemaduras extensas.

Sin embargo, al respecto se observa gran disparidad en los informes: para países desarrollados se indica un promedio de 5.4 % para todo tipo de quemaduras y para los países menos desarrollados, de 21.8 a 41 %; en los niños es de aproximadamente 31.2 %.

En un estudio se indica que 33.5 % de las defunciones ocurren por complicaciones asociadas a la lesión por quemadura, 47.1 % a sepsis y falla orgánica múltiple, 44.6 % a falla renal, 44.6 % a daño respiratorio progresivo y 2.5 % a sangrado del tubo digestivo. (Orozco, V. *et. al* 2012).

En casi todos los países del Mundo las estadísticas vitales son incompletas, con respecto a las Quemaduras.

(Acosta, R.10102013). En México según datos del I.N.E.G.I. existen en toda la República Mexicana más de 118.4 millones habitantes, de los cuales en promedio el 62%, ha sufrido algún tipo de Accidente; de cuya cifra son entre 50 millones de habitantes y de los cuales el 5.7% ha sufrido y ha tenido que ser atendido por causa de Quemaduras, casi 3 millones de éstos. Con respecto al lugar de accidente; en el hogar es el más frecuente con un 67% en promedio, seguido de la vía pública e industria. En relación con el sexo y edad, encontramos que el hombre se quema con mayor frecuencia que la mujer, siendo en la edad más productiva de su vida, con un promedio del 68% al 32% respectivamente.

Las quemaduras como problema de salud en nuestro país, tienen múltiples facetas que a nuestro criterio, se deben analizar a fin de darlas a conocer al público en general y a las autoridades del Sector Salud, para que al tener un diagnóstico preciso, se plantee una solución. (Acosta, R.10102013).

Y por otro lado las investigaciones de la tendencia de mortalidad por quemaduras en México, 1979-2009 nos menciona (Orozco, V. et. al/ 2012). En marzo del 2009 el Secretario de Salud informo un incremento en la incidencia de quemaduras de 109,479 quemaduras registradas en 2007 a 114,385 en el 2008. Las estadísticas de ese año mostraron que un 5% de las quemaduras registradas son severas y el 52% ocurre en menores de 15 años. La mayoría de estos lesionados (4 de cada 5 menores) son menores de 5 años.

(Orozco, V. et. al 2012). No mencionan que México y en algunos otros países las quemaduras son algunas de las causas más frecuentes de atención médica en la sala de urgencia. Los niños y los adultos mayores son el grupo más vulnerable de la población. En México, más del 18% de los lesionados hospitalizados no sobreviven, a diferencia del 5.4% reportado en otros países. Por otra parte, si las quemaduras no ocasionan el deceso, éstas pueden producir secuelas graves.

Las quemaduras son un problema de salud pública poco estudiado en México. De hecho, no hay publicaciones que describan la epidemiología de las quemaduras fatales y no fatales.

A los pacientes quemados en nuestro medio se les ha tratado casi siempre en instituciones; es decir, en hospitales con o sin Unidad de Quemados. La Presidenta de la Asociación Mexicana de Quemaduras (A.M.Q.) (Montemayor, C. 2012). Comento que la Secretaria de Salud Federal y Local, el IMSS, el ISSSTE, los servicios médicos de la Marina, de los Militares y de PEMEX, son las instituciones encargadas de brindar dicha atención. Algunos de los hospitales que atienden este tipo de lesiones en la Ciudad de México son:

- Hospital de Traumatología Magdalena de la Salinas.
- Hospital General Dr. Rubén Leñero.
- Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes.
- Hospital General de Balbuena.
- Hospital 20 de Noviembre.
- Hospital Pediátrico de Tacubaya.

- Hospital Materno Infantil de Xochimilco, que brinda atención ambulatoria.
- La Cruz Roja.
- Unidad Picacho de PEMEX.
- Hospital Central Militar.
- Centro nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Fuera del Distrito Federal se está promoviendo la creación de unidades mixtas de atención para el paciente quemado. Sin embargo, (Montemayor, C. 2012). Y existen unidades que brindan este servicio, que están a cargo de los hospitales de tercer nivel de salubridad:

- Hospital Nicolás San Juan en Toluca.
- Hospital Civil de Guadalajara.
- Hospital Universitario de Monterrey.
- Hospital General de Veracruz.
- Hospital General de Chihuahua.
- Hospital del Niño Poblano.
- Hospital General de Salamanca
- Hospital General de Zumpango

En relación con lo preventivo, no hay Instituciones encargadas, lo ideal sería, que la Secretaria de Educación Pública y la Secretaria de Salud incluyeran programas preventivos de accidentes que pudieran ocasionar quemaduras.

En el Valle de México se atiende a pacientes quemados en dos hospitales del IMSS, uno de Pemex, cuatro de la Secretaria del D.D.F., uno del ISSSTE, y uno de la Cruz Roja.

La primera unidad dedicada al cuidado del paciente quemado es creada en Inglaterra, durante la segunda guerra mundial. En México en 1959, se crea la unidad

de quemados como tal, en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF), creando el primer protocolo de atención para las quemaduras. El tratamiento de estos pacientes debe ser enfocado por varias disciplinas de la salud, con un tratamiento integral. Y el más reciente es el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) inaugurado el 20011 del Instituto Nacional de Rehabilitación, para brindar una digna atención es menester contar con un grupo multidisciplinario.

La Asociación Mexicana de Quemaduras, a 34 años de su fundación, aglutina los esfuerzos aislados de sus agremiados a fin de participar en programas de prevención y actualización en el tratamiento de las quemaduras, realizando anualmente su Congreso Nacional e Internacional en donde participan profesional en las quemaduras, para incluir en el tratamiento integral del paciente quemado.

Las huellas de un accidente deja secuelas para toda la vida, cicatrices que marcan el cuerpo y que impactan emocionalmente y psíquicamente al paciente quemado, y por tal motivo el paciente debe recibir un tratamiento integral. Su recuperación psicológica, del afectado y la de quienes lo rodean son tan importantes como el cuidado de las lesiones, ya que el trato de la sociedad, el comportamiento y marginación al que debe enfrentarse el paciente quemado alteran el esquema no sólo corporal, sino mental del mismo.

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura.

Rangel Gapar Heriberto (2008). No refiere en que Lo deal sería que el equipo multidisciplinario de profesionales y especialista de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura del paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las

quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación psicosocial total del paciente.

HISTORIA DE LAS QUEMADURAS Y SU TRATAMIENTO

Las quemaduras son tan antiguas como el mismo fuego. Durante el tercer periodo interglaciar, hace 100 000 años un hombre a la entrada de su cueva se sobresaltó y gruñó al descubrir el fuego, y desde ese momento lo convirtió en su mejor amigo; al mismo tiempo temeroso de la energía, tormentas eléctricas y los grandes incendios a que ellas seguían, aprendió a respetarlo. (Ngdh, C. *el.et.* 1998)

(De los Santos, C 1999.). Las primeras quemaduras pueden haber sido consecuencia del descubrimiento del fuego, de ríos de lava volcánica, incendios forestales, caída de rayos, etc. De la misma manera se puede deducir que su tratamiento es tan antiguo como el hallazgo de los elementos que la produjeron. Sin embargo, con ese descubrimiento también aparecen las primeras quemaduras: se han encontrado en las pinturas rupestres del hombre, y este fue precisamente el hombre Neanderthal (Hendon, D. 2009) el primero que las sufre, y por ende el primero en utilizar un tratamiento local con base en extractos de plantas existentes en esa época.

Muchos testimonios encontrados, explican la forma como se trataron las quemaduras en la edad antigua. Ritos mágicos dominados por curanderos y diferentes emplastos para aliviar el ardor.

Muchos de esos conceptos se siguen pregonando. La utilización de leche materna humana, leche de cabra, miel de abeja, apósitos de diferentes vegetales, grasa animal etc.

EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, año 430 a.c. Menciona en sus escritos, los objetivos principales del tratamiento de las quemaduras:

Lavar las heridas para mantenerlas limpias, utilizando agua hervida o vino. Evitar la presencia de pus. Mantener la herida siempre seca. Aplicar apósitos de grasa envejecida de cerdo, resina de pino y grasa de extracto de hulla.

También Aristóteles observo sobre aquellas quemaduras causadas por metales fundidos, cicatrizaban o secaban más rápidamente que por otras causas. (Carole, L & Ostegren, G. 2003)

En el Siglo I, los romanos recomendaban cirugía para liberar bridas post quemaduras. Otros conceptos encontrados señalan la aplicación tópica de sustancias refrigerantes por sus propiedades analgésicas.

Giovanni de Vigo, médico personal del Papa Julio II, en 1514 describió un fenómeno de toxinas presentes en las quemaduras por pólvora, que ocurrían con frecuencia por el manejo de este elemento de guerra. (Cardon, F.2007).

En 1607 el médico suizo Fabricius Hildamus de Basel publicó en su libro “De Combustionibus”, que reconoce tres grados de profundidad en las quemaduras.

En 1799, Earle recomienda el empleo de hielo triturado y agua helada considerándolo un buen analgésico para las quemaduras. (Cardon, F. 2007).

En 1832 Dupuytren, clasifica las quemaduras en seis grados de profundidad.

En 1833 el médico militar escocés Sir George Bellingal, describió la evolución clínica natural de las quemaduras. Relató eventos de la muerte temprana, causado por shock hipovolémico, describió que cuando la muerte ocurría entre los primeros 10 o 12 días se relacionaba a la fiebre, y describió la muerte tardía, que sucede entre la tercera y sexta semana posquemadura, que se acompañaba de un estado de debilidad, con agotamiento, pérdida de masa corporal y superficie supurante. (De los Santos, C. 1999).

En 1905 un artículo en el “Journal of the American Medical Association”, destaca la importancia del uso de soluciones salinas durante la reanimación del paciente

quemado, la degradación de tejidos necrosado y el injerto temprano. (Carole, L. & Ostegren, G. 2003)

En 1921 se enuncia que el shock posquemadura resultaba por la pérdida de líquido durante el periodo inicial. Y se fijan las bases para el manejo moderno de la reposición de líquidos y electrolitos

(Cardon, F.2007). En el tratamiento local de la herida se utilizaron sustancias como el algodón seco, lana, aceites, ácido pícrico, acetato de aluminio y ácido tánico. Inicialmente el ácido tánico fue utilizado como coagulante de la herida, para reducir la pérdida de líquido y aliviar el dolor local. También fueron usados vendajes empapados de bicarbonato de sodio, u óxido de zinc que permanecían varios días.

A pesar de ser las quemaduras lesiones graves, siempre fue difícil concientizar masivamente a la sociedad para producir cambios en las conductas peligrosas.

En 1942 un gran accidente producido en el incendio del “ Night Club Coconut Grove”, donde se perdieron 492 vidas y otros cientos necesitaron ser tratados por quemaduras de diversa severidad. Esto produjo la atención de las autoridades y cambios en la legislación, como la revisión en los códigos de construcción, diseños con normas de seguridad en los edificios y estándares de protección contra incendios. Este desastre también motorizó las investigaciones en quemaduras, para tratar los desequilibrios en la fisiopatología.

En la Segunda Guerra Mundial, el conflicto de Corea y Viet Nam. Produjo gran número de quemados graves que proporcionó una gran experiencia en el tratamiento de las quemaduras. El dermatomo eléctrico de Brown, que se utiliza en la actualidad fue desarrollado para tomas de piel con espesores precisos, se realizaron estudios sobre sepsis, hubo desarrollo de antibióticos de uso tópicos y de terapias antimicrobianas. (Cardon, F. (2007).

Desde 1940 el tratamiento de las quemaduras ha escalado a grandes pasos, como resultando se logró mayor sobrevida y mejoro la calidad de vida, al reducirse las secuelas en las víctimas. En los últimos 30 años la mortalidad por quemaduras

severas ha disminuido de manera significativa, esta reducción en la mortalidad y en las secuelas posquemaduras tienen una estrecha relación con los siguientes aspectos:

Comprender la fisiopatología que causa el trauma térmico. El control de infecciones, por el desarrollo de drogas antimicrobianas, tópicos específicos, técnicas microbiológicas diagnósticas confiables.

1950 Invención del Dermatómomo de Brawn.

Avances en el desarrollo de fórmulas para el manejo hemodinámico, nutrición enteral, técnicas quirúrgicas e injertos. Desarrollo de los sustitutos de piel. (De los Santos, C. 1999.)

1960 Unidades de personal especializado, campaña de prevención

1980 Desarrollo de piel superficial. Apósitos sintéticos.

1990 Cultivo de queratinocitos, piel transgénica.

Nuevos conceptos de rehabilitación. Abordaje multidisciplinario del tratamiento, con profesionales especializados, quien en su área realiza la atención al paciente quemado.

El equipo multidisciplinario, conformado en algunos casos como Cirujano Plástico, Médico Rehabilitador, Psicólogo, personal de Enfermería, entrenado en el manejo del paciente quemado, Trabajo Social, Fisioterapeuta y Terapia Ocupacional, para su rehabilitación Bio- psico- social. (Cardon, F. 2007).

Siglo XXI Cirugía reconstructiva, rehabilitación, prevención de quemaduras. Así como la atención del grupo multidisciplinario en la atención del paciente con quemaduras, en Cirugía Extramuros.

(Ramírez, J. 2011). En donde se desarrolla la entrevista por parte de la Trabajadora Social, para detectar las necesidades de la familia.

El Cirujano plástico valora las secuelas de quemadura y determina y si requiere cirugía. El Médico en Rehabilitación da su diagnóstico que tipo de terapia deberá tener el pacientes antes y después de la cirugía.

Por lo tanto el Psicólogo les brinda apoyo emocional y preparación a la cirugía, al paciente y la familia. El Fisioterapeuta que tipo de terapia física deberá dar al paciente; así como el de Terapia Ocupacional según las necesidades del paciente.

Como podemos observar, de las quemaduras ha ido evolucionando desde los comienzos hasta nuestros días, de la misma manera que podemos observar la importancia y la trascendencia de este tipo de trauma tanto en las sociedades antiguas como nuestra sociedad actual.

1.1 PACIENTES CON QUEMADURAS

Las quemaduras representan una gran carga psicológica para los pacientes que la sufren; al no conocer cómo éstos pueden enfrentarse a las reacciones emocionales que experimentan, cuando un enfermo se encuentra con este trastorno presenta reacciones como: miedo, ansiedad, ira, depresión, alucinaciones, aislamiento, hostilidad, y pérdida de la autoestima. **Otros como regresiones y reacciones psicóticas también se presentan, y es importante conocerlos para tratarlos adecuadamente.** Todo esto originado por una lesión física, es decir, deformación desfiguración, y mutilación. Desde el punto de vista social existe un complejo de inferioridad, alejamiento familiar, desprecio. (Cardon, F. 2007).

Los pacientes quemados suelen sufrir no una sino varias pérdidas devastadoras en el fuego, por lo que es frecuente que las víctimas de quemadura hayan logrado escapar con vida, solo para ser testigos; como sus hogares, sus pertenencias, sus animales domésticos y, lo más terrible de todo, otros miembros de la familia son devorados por las llamas (Bowden, 1979; Noyes *al et*, 1979; & Suchman, 1970 en Cardon, F. 2007). En el tratamiento de estos pacientes es absolutamente esencial equilibrar la importancia del tiempo del duelo y la aflicción con necesidad de hacerles participar activamente en los esfuerzos rehabilitadores tendentes a reducir las contracturas y las pérdidas de función.

Existe un periodo durante el cual los quemados y sus familias viven bajo la amenaza de muerte con tratamientos laceradamente dolorosos y con la incertidumbre sobre sus resultados, siendo éste largo y agotador. En ocasiones la fase grave de hospitalización se prolonga durante semanas, a veces hasta meses.

Entre la incertidumbre de los pacientes, familiares y cuidadores se incluye el ¿cuánto durara la estancia en el hospital?; ¿qué número de operaciones se precisaran?; ¿si el paciente podrá reanudar la principal tarea de su vida (estudiar, trabajar, cuidar de los hijos); ¿cuáles serán los déficits funcionales residuales que tendrá que enfrentar?; y

¿qué cantidad de cicatrices y deformaciones le quedaran al final? (Andreasen y otros autores, 1971; Hamburg *al et.* 1953 en Cardon, F. 2007) .

Por lo general, a los lesionados con quemaduras graves se les trata en centros de cuidados especiales. Esto significa, con frecuencia que estarán lejos de sus hogares, lejos de sus sistemas usuales de apoyo, y que dependerán del personal del centro para satisfacer sus necesidades, tanto emocionales como físicas.

Como sucede en la mayoría de accidentes o desastres los quemados suelen perder temporalmente las sensaciones de invulnerabilidad que todos necesitamos para tener valor de saltar de la cama por la mañana y afrontar un nuevo día. Se sienten asustados, temerosos de sufrir más dolor y pérdidas. ¡Y a lo largo del tratamiento, han de ser sometidos a dolorosos cuidados clínicos, intervenciones quirúrgicas que refuerzan ese temor!

Muchos pacientes quemados se sienten acosados por problemas legales y económicos, que fluctúan desde la consecuencia de un incendio intencionado, la violencia sobre el entorno familiar y los trámites de ayuda relacionados con el trabajo, hasta los pleitos contra los fabricantes, acusaciones de abuso y negligencia con los hijos o asuntos relacionados con la quiebra.

La atención de estos pacientes es muy difícil desde el punto de vista psicológico y médico, pues requieren de una especial atención por un equipo multidisciplinario.

El paciente enfrenta al dolor, a una hospitalización y un severo desequilibrio fisiológico. Se debe ajustar al hospital en donde casi completamente dependiente de otros, sobre todo inicialmente. Teme por su vida, la mayoría de procedimientos como las curaciones y las terapias son dolorosas.

Dolor es un conjunto de experiencia desagradable de tipo sensorial, emocional, y mental, acompañado de cierta respuesta de orden automático psicológico y conductual, provocadas por una lesión en los tejidos o como consecuencia de una

inflamación. El dolor y la anticipación al dolor es muy estresante para los pacientes. Ansiedad y depresión igual ciclo constante negativo sobre la percepción del paciente, en el cuidado de las heridas y que le puede llevar a rechazar el tratamiento. El estrés puede retrasar la cicatrización. Los pacientes con un alto grado de estrés pueden experimentar elevados niveles de liberación de cortisona y suprimir la respuesta inflamatoria, limitando la velocidad y viabilidad de la cicatrización de la herida. Por todo esto, es normal que el paciente crea que el trato es cruel e inhumano e incluso se siente perseguido, y aniquilado. (Cardon, F. 2007).

(Bluinenfield y Schoeps en Carrillo, R. 2001) han destacado el papel del control del dolor. Sin embargo, enfocan además el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente ha sufrido una quemadura o una lesión grave, ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posiciones o sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida es evidente pero no siempre.

Dolor a la hospitalización, dado que el paciente quemado sufre trastorno de la personalidad por su estado físico como emocional lo cual es afectado por el despojo como consecuencia y la despersonalización que este sufre por el personal de la salud. Se ha observado que las principales causas del despojo y la despersonalización son:

La actitud que el personal de la salud tiene hacia los pacientes y los modelos implícitos formados por creencias reduccionistas. La personalidad es un conjunto de características físicas y psicológicas duraderas y únicas de una persona que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente. La personalidad es lo primero que se pierde al llegar al mundo hospitalario, y cae en el estigma, a través del despojo e invasión de su espacio vital del paciente quemado

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo, las posibilidades reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras

subrayan la preocupación de la potencial de inmortalidad psicológica del sobreviviente a una quemadura.

Menciona (Julie, W. 2013) que la evidencia en la literatura indica que los factores psicológicos afectan el proceso de cicatrización de la herida. Los médicos deben considerar la importancia de las influencias psicológicas en el proceso de curación de heridas en las quemaduras de cuidado, y también a la posibilidad de que las intervenciones psicológicas para disminuir la angustia de los pacientes y mejorar los resultados de cicatrización de heridas

(Carrillo, R. 2001). Nos dice que el apoyo psicológico, es importante en tres tareas básicas:

- Manejo del dolor tanto físico como emocional
- Manejo de la hospitalización del tratamiento
- Adaptación posterior a la hospitalización

Lo ideal sea dado por el psicólogo profesional, quien debe atender al paciente desde su ingreso. Sin embargo, la ausencia de este profesional no impide que el resto del equipo realice las reacciones básicas tendientes al evitar o minimizar las complicaciones inherentes.

Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen parte integral del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y la rehabilitación total del paciente. (Carrillo, R. 2001)

El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados, hacen que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado. Las intervenciones en crisis deben ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus

emociones desde el primer día, por lo que es necesario contar con el servicio de psicólogos en esa rehabilitación.

1.2 QUEMADURAS DIFINICION, ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

Las quemaduras son las culpables del trauma más severo y devastador que puede sufrir el ser humano. Existe una preocupación creciente en varios países del mundo por el aumento en la frecuencia de quemados. Las razones son la amplia mortalidad, las secuelas permanentes y los problemas económicos que conllevan, y como consecuencia los Psicosociales.

Definición:

Las quemaduras son lesiones tisulares producidas por el efecto de distintos agentes que causan lesiones o muerte celular que tiene tres consecuencias: pérdida de líquido (hipovolemia), perdida de calor (hipotermia) y perdida de la acción de barrera (infecciones). (González D, & Saldevila. A. 2010).

Pero ¿qué es una quemadura?, (Santos, X. *et. al.*, 2000) Menciona “es una lesión producida en el organismo por una fuente de calor cuando se superan los mecanismos de adaptación y dispersión del mismo”.

Y por otro lado nos da su definición (Rangel, G. 2008) La más completa:

La quemadura es un síndrome clínico caracterizado por destrucción tisular, acompañado por alteraciones hemodinámicas, metabólicas, nutricionales, inmunológicas y psicológicas, producidas por diversos agentes térmicos.

En las investigaciones realizadas por (Schwartz, R. *el. at.* 09122013) nos refieren que:

La piel humana resiste sin dañarse temperaturas de hasta 44° C; por encima de estos valores se producen diferentes grados de lesión, directamente relacionados con la temperatura y el tiempo de exposición al agente causal. Paralelamente recordamos que la piel indemne representa una barrera infranqueable para los micro-organismos. La lesión de este órgano con solución de continuidad por efecto de una injuria térmica, química, eléctrica o

biológica permite la colonización, infección e invasión, potencialmente responsables de un cuadro séptico grave, con la consiguiente falla multiorgánica y el compromiso severo de la vida del paciente.

Las quemaduras son una patología frecuente que ocasiona un gran número de secuelas. La mayoría de los estudios que las padecen, no solo se quejan de problemas físicos sino también psicológicos. Por este motivo la sobre atención que hay que prestar desde el primer momento ante el paciente quemado.

El tratamiento psicológico para las secuelas comienza desde la hospitalización, al realizar el primer auxilio psicológico y de mantenimiento oportuno, se disminuyera de forma notable el número de problemas posteriores.

Etiología:

Las quemaduras son lesiones producidas por diferentes agentes físicos o químicos desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción

AGENTES FISICOS	AGENTES QUIMICOS
Radiaciones	Ácidos
Calor	Álcalis
Frio	Otros: Agentes reductores, oxidantes corrosivos, etc
Electricidad	

Los mecanismos por los cuales se producen son muy variados, a continuación se describen los más comunes:

MECANISMOS	DESCRIPCION
Solido caliente	Suelen ser profundos y de poca extensión (Ej: tubo de escape , horno)
Llama	Cuando el agente implica es el fuego
Escaldadura	Producido por líquidos calientes
Radiación / Radioactividad	Ultravioleta, Radioterapia, Energía Nuclear.
Químicos	Ácidos, Álcalis, Agentes Quimioterapicos, Hidrocarburos y otros
Eléctricos	Suele dividir en bajo y alto voltaje (1000 V)
Deflagración	Flash Eléctrico, Flama por explosión
Frio	Producidos por Hipotermia(eritema pernio, pie de trinchera) o Congelacion (Temperatura inferior a 0°C)

CLASIFICACION DE QUEMADURAS

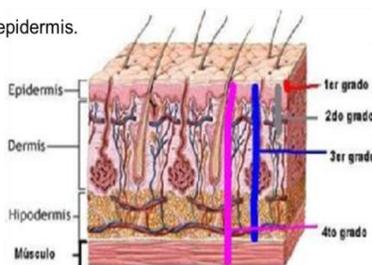
Las quemaduras se suelen clasificar por la profundidad y por extensión.

Es importante resaltar que la evaluación inicial de la profundidad de las quemaduras es con frecuencia un ejercicio difícil debido al carácter dinámico que presentan en las 48-72 horas

SEGÚN LA PROFUNDIDAD:

GRADOS DE PROFUNDIDAD

- Primer Grado: localizada a epidermis.
- Segundo Grado Superficial: Epidermis y dermis papilar.
- Segundo Grado Profundo: Hasta dermis reticular.
- Tercer Grado: Todo el grosor de la piel, hasta la grasa subcutánea
- Cuarto grado: grosor total de la piel, y los tejidos subyacentes: grasa subcutánea hasta músculo y/o hueso.



Se han hecho múltiples clasificaciones de las quemaduras, sin embargo, actualmente se maneja en la unidad de quemados. La clasificación de la American Burn Association, publicada en 1962, que las clasifica por grados de profundidad. (Gulia, A. 2008).
Figura 1, 2, 3. 4, 5, 6.

Figura 1. Grados de Profundidad

Quemaduras de 1º. Grado: son las más superficiales, dolorosas, y afectan únicamente a la epidermis. Exteriormente se distinguen por ser lesiones eritematosas, levemente inflamatorias, donde se conserva la integración de la piel. Los ejemplos más clásicos son los de origen solar o por escaldadura de agua, Figura.2.



Quemaduras de Segundo Grado superficiales: aquella que dañan el extracto dérmico de forma parcial, afectando solo el dermis papilar. Suelen aparecer flictenas como resultado del edema subyacente. Son también dolorosas y de aspecto rosáceo, y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un (roció hemorrágico). Figura 3



Quemaduras de Segundo Grado Profundo:
Profundo:
 Cuando la afectación dérmica alcanza la dermis reticular. Son poco dolorosas y de aspecto pálido moteado, A veces conservan el folículo piloso o glándulas sebáceas. Figura 4



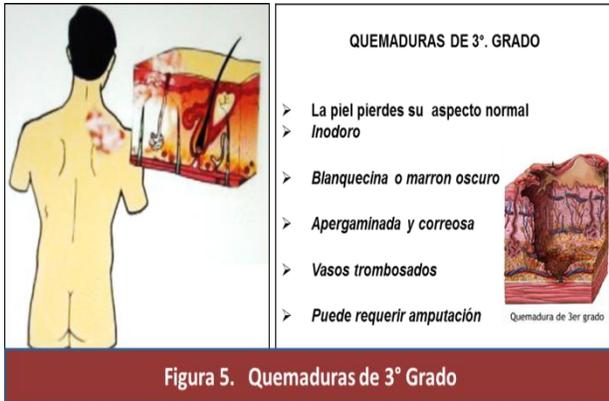


Figura 5. Quemaduras de 3º Grado

Quemaduras de tercer Grado: Aquellas que implican la destrucción del espesor total de la piel.

El paciente manifiesta una anestesia local debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, además del resto anejos cutáneos.

Se distinguen por la formación de una

escara de consistencia apergaminada y de color blanquecino. Figura 5

Las quemaduras de 4º grado se refieren a situaciones donde el daño se extiende a estructura profunda como músculos huesos etc. El tratamiento puede requerir desbridamiento profundo o quizás amputación.

Según extensión:

La extensión de una quemadura se refiere a la superficie de piel afectada por la lesión. Se expresa por el porcentaje de Superficie Corporal quemada. (Santos, X. *et. al.* 2000). Es una característica vital importancias para el pronóstico junto con la localización y el grado de profundidad. Aunque existen en la bibliografía numerosos métodos para calcular la extensión, la experiencia diaria nos demuestra los métodos más sencillos son los más prácticos debido a facilidad de recordatorio y aplicación.

Los más conocidos son:

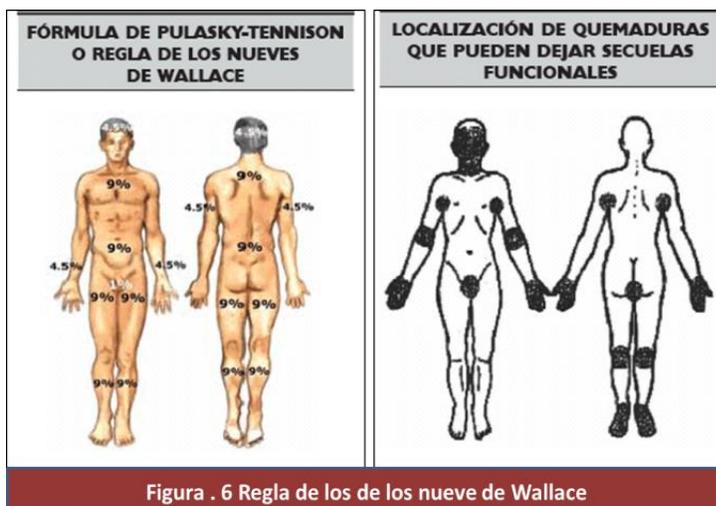


Figura . 6 Regla de los de los nueve de Wallace

La regla de los 9 de Wallace:

se usa frecuentemente para valorar grandes superficies de un modo rápido. No se contabilizan aquellas quemaduras de primer grado. (Santos, X. *et. al.*, 2000).

La gravedad de la quemadura también está determinada por su ubicación en el cuerpo, el tamaño de la quemadura, así como la edad y el estado físico de la víctima. Figura 7 y 8. (Hanumadass, M. & Ramakishnan, K. (2006).

AREA	LACTANTE	1-4	5-9	10-14	15	ADULTO	PARCIAL	COMPLETO	TOTAL	AREA DONANTE
CABEZA	19	17	13	11	9	7				
CUELLO	2	2	2	2	2	2				
TRONCO ANTERIOR	13	13	13	13	13	13				
TRONCO POSTERIOR	13	13	13	13	13	13				
NALGA DER	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
NALGA IZQ	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
GENITAL	1	1	1	1	1	1				
BRAZO SUP. DER	4	4	4	4	4	4				
BRAZO SUP. IZQ.	4	4	4	4	4	4				
BRAZO INF. DER	3	3	3	3	3	3				
BRAZO INF. IZQ	3	3	3	3	3	3				
MANO DER	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
MANO IZQ	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
MUSLO DER	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
MUSLO IZQ	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
PIERNA DER	5	6 ½	5 ½	6	6 ½	7				
PIERNA IZQ	5	6 ½	5 ½	6	6 ½	7				
PIE IZQ	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
PIE DE	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
TOTAL										

Figura . 7 Estimación de la lesión por quemaduras Regla de los "Nueves" modificada según la edad

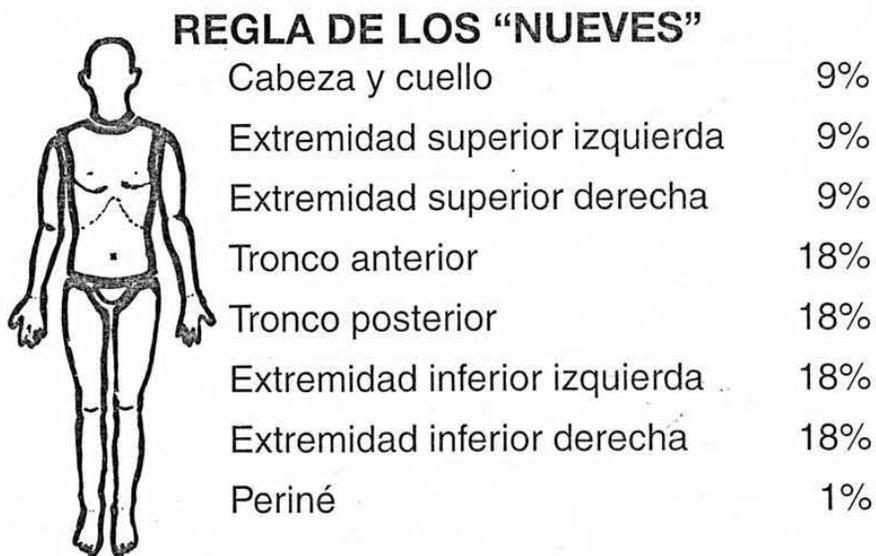


Figura . 8 Computo de la extensión de la lesión por quemadura: Reglas de los "Nueve"

1.3 CONSECUENCIAS FISICA Y PSICOLOGICAS VERSUS ESTIGMA

La piel es un órgano que cumple importantísimas funciones, su daño deja al organismo sin protección y expuesto a contraer diferentes afecciones de gravedad inesperada. La reconstrucción de las lesiones siempre deja secuelas y nada hace olvidar el accidente. (Murano J. 1111 2013)

Las quemaduras son un problema de salud delicado que pone en riesgo la vida de las personas que las sufren, el tratamiento médico es prolongado y las secuelas que dejan pueden ser muy graves. Además, son uno de los padecimientos más dolorosos a nivel físico, psicológico y social, pues son una experiencia desgarradora y las marcas corporales quedan para toda la vida (Cano, J. 2012).

Pero no olvidemos ¿qué es una quemadura?, “es una lesión producida en el organismo por una fuente de calor cuando se superan los mecanismos de adaptación y dispersión del mismo” (Santos, X. *et al.*, (2000), son producidas principalmente por contacto con líquidos y superficies calientes, por electricidad, llama, explosión, vapores o químicos (Santos, X. *et al.*, 2000). El tratamiento de éstas lesiones debe contemplar e integrar diversas áreas: terapia física, ocupacional, de reacomodo en el empleo, de adiestramiento, de esparcimiento o recreativa, psiquiátrica y psicológica, escolar (para los niños y adolescentes), asistencia social e incluso religiosa (Salisbury, *et al.*, 1986; Velázquez, J 1985), que debe comenzarse desde la etapa aguda para maximizar los beneficios. (Santos, X. *et al.* 2000) nos menciona que las secuelas que quedan después de sufrir una quemadura se pueden dividir en dos.

a) Secuelas físicas, éstas dependerán del área afectada y gravedad de la lesión: resequedad y comezón, cambios en la coloración de la piel, cicatrices o alteraciones estéticas, retracciones de las cicatrices que impiden el movimiento, amputaciones, problemas neurológicos y problemas sexuales reales o imaginarios.

b) Secuelas psíquicas, según el impacto emocional y psicológico: ansiedad, temores, regresiones, alteraciones del sueño, culpa, descontrol, depresión,

desubicación social, rechazo, burlas y apodos, horror a la propia imagen, dificultad de autorreconocimiento y modificación de la vida social por los cambios físicos.

Estas secuelas pueden condenar a las personas que las padecen a la discapacidad, a la pérdida del empleo y a la modificación de su vida (Johnson, C.1983). Se puede decir que las quemaduras marcan la vida de las personas que sufren este tipo de lesiones, pues sus huellas, literalmente, quedan en la piel en forma de cicatrices o limitaciones motrices, o se muestran como ausencias en el caso de las amputaciones. Estas huellas no sólo quedan en lo físico, también, tienen un impacto en su vida social (Álvarez, C. 2001), ya que el cuerpo es la evidencia física de nuestra existencia que nos vincula con el otro; y la identidad “se materializa en el sujeto en su cuerpo” (Aguado, J. 2004.). Esta lesión queda seriamente afectada. Tras lo anterior, podemos decir que el cuerpo es más que un cuerpo, está envuelto en una construcción de significados sociales, que surgen dentro de un contexto histórico específico (Baz, M. 1999).

Éste al ser objeto de significaciones se vuelve imagen corporal “un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” (Rosen, citada por Raich, R. 2000). Pero tras sufrir una alteración corporal el sujeto sigue inserto en el mismo mundo y con las mismas normas. Lo que le representa la imposibilidad de seguir desenvolviéndose adecuadamente, esto genera la presencia de un estigma.

Uno de los autores que ha realizado un estudio profundo sobre la identidad deteriorada es (Goffman, E. 2010) él ha retomado un concepto importante para entender éste proceso, el de estigma: “de la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social”..., un atributo que produce un descrédito, una desviación de la norma y una devaluación de la identidad. En la sociedad occidental todo lo que va en contra de lo sano, del bienestar físico y de la belleza, genera ansiedad y temor, pues “... el cuerpo viejo, enfermo o discapacitado no es digno de mostrarse” (Muñiz, E. 2007).

El cuerpo se convierte en un espacio de manifestaciones de poder, de discriminación que evidencia los defectos corporales. “El cuerpo es central en la manera en que las culturas dominantes designan a ciertos grupos (mayores, homosexuales, gordos, femeninos, gente de color) como otros.

Los grupos subordinados son definidos por sus cuerpos y de acuerdo a normas que los disminuyen y degradan como, feos, repugnantes, impuros, enfermos o desviados” (Young I. M., citada por Muñiz, E 2007). Desde esta perspectiva podemos decir que las secuelas por quemaduras son un estigma que evidencia un defecto corporal. El grado de estigmatización por esta lesión varía según la ubicación de la misma: las áreas más afectadas son las visibles (cara, manos); se ven menos afectados los que tienen quemaduras en otras partes del cuerpo.

(Medallo, A. & Yelamos, L. 2013) encontraron que las secuelas por quemaduras como estigma.

El termino estigma es utilizado para hacer referencia tributos desacreditadores que permiten colocar a sus portadores en una categoría social. Esto, a su vez, guía el intercambio social de la persona estigmatizada: los otros se comportan con la persona estigmatiza en base a un conjunto de prejuicios y estereotipos. Al mismo tiempo el estigmatizado percibirá este comportamiento diferente, debiendo presentar diversas estrategias que le permitan sobrevivir en este medio (el cumplimiento de las expectativas del otro, el encubrimiento de su identidad, la huida etc.) por lo tanto, el estigma es una fuerza de resistencia que dificulta el proceso de cambio que supone toda rehabilitación.

En la investigación realizada sobre el estigma en relación con la familia después del alta hospitalaria, encontraron (Rossi, L. 2005) en este estudio etnográfico fue investigar los significados culturales reportados por 25 familiares de pacientes quemados sobre el alta hospitalaria inminente de su ser querido. Se encontró que los familiares de los pacientes quemados sintieron miedo cuando se enfrentan a la perspectiva de alta del hospital. Sus descripciones revelan sentimientos y actitudes en

la cara de las reacciones de otras personas de la familia, y en la cara de las propias reacciones del paciente en el contexto de los posibles cambios en sus roles sociales.

Ante esta pérdida corporal, estética o de funciones, se atraviesa por un proceso de reorganización de las emociones que permite sobrellevar esta situación para continuar con la vida (Lillo, J, 2001). En este sentido, (Soulie, B.1995) menciona que la modificación de la imagen corporal lleva a un replanteamiento de la vida, un reaprendizaje y redescubrimiento de nuevas habilidades sociales, por ello, es necesario lograr una reapropiación del cuerpo y resignificar la vida después de la lesión para una autoaceptación y reestructurar la identidad dañada.

Se han realizado algunas investigaciones acerca de las quemaduras que hacen énfasis en las repercusiones sociales que tienen éstas. Una de ellas se llevó a cabo en el Hospital de las Clínicas de la Universidad de Sao Paulo en Brasil por (Aparecida, L. *et al.* 10102013) que menciona que la atención médica de las quemaduras ha mejorado; sin embargo, ha aumentado la cantidad de personas que sobreviven con secuelas importantes que afectan su calidad de vida. Las secuelas, marcas o cicatrices, tienen un valor negativo que generan problemas de convivencia por la pérdida corporal de lo bello y lo sano. En general, las personas que han sufrido quemaduras temen el reingreso a la vida cotidiana, a exponerse a las miradas y críticas de los otros: “el reingreso en la comunidad comienza lento y progresivamente con muchas dificultades, en algunos casos, resultantes más del miedo al rechazo o a la curiosidad, que por la apariencia o por la existencia de deformidades cosméticas” (Aparecida, L. *et al.*, 10103013). En Estados Unidos (Knudson, & Cooper, M. 1993) considera que tras una quemadura las personas que las padecen se enfrentan a la soledad y a una crisis identitaria por el cambio en el autoconcepto y la reelaboración de la imagen corporal después de la lesión.

Ante ello, se presentan dificultades para retomar los estudios, las relaciones con los amigos, las citas y las relaciones íntimas. En México, (Fragoso, J.1986) realizó un estudio de seguimiento en pacientes que se habían quemado en San Juan Ixhuatepec en 1984, uno de los datos que nos llama la atención se relaciona con el desempleo

por las secuelas; de 7 personas que no tenían una ocupación se aumentó a 45, por la pérdida de fuerza y otras habilidades físicas, así como las afectaciones estéticas que impiden competir por un empleo. Finalmente, (Trujillo, E. 2007) realizó una investigación acerca de la experiencia de los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación, para comprender las vivencias y significados que se construyen en ese momento. Encontrando que después del accidente, hay un desconcierto ante la nueva imagen corporal que se ha transformado y convertido en pérdida pues se ve deficiente, deteriorada y negativa. Notamos que los accidentes implican no sólo daños físicos, sino también emocionales, las secuelas se ven como impedimentos para la realización de planes de vida, sufren trastornos emocionales, frustraciones, abandono e inestabilidad económica. Las investigaciones anteriores parecen apuntar a varios aspectos en común: quizás, el más importante consista en relacionar las secuelas de las quemaduras severas con una situación de estigma, pues hay una devaluación de la imagen corporal.

Este panorama de limitaciones y complicaciones que surgen alrededor de las quemaduras, más allá de representar sólo un reto para la atención médica, también es un desafío para la psicología, pues éstas no sólo son un problema de salud, sino que trascienden en la vida de las personas que las padecen siendo su identidad, y personalidad basada en la imagen corporal que tienen de sí, la más afectada. Asimismo, sus relaciones sociales se ven modificadas, y como consecuencia su personalidad y despojo de su identidad.

En los resultados de su investigación (Niño, J. 2010). “La despersonalización en pacientes quemados nos manifiesta:

Está bien documentado que los síntomas disociativos, entre ellos la despersonalización, acompañan las reacciones de estrés agudo que se desencadenan por traumas mayores, y que ciertos estilos cognitivos predisponen a los individuos que se exponen a traumas a desarrollar psicopatología, primordialmente trastorno por estrés postraumático

La queja más frecuente de los pacientes es sentirse despojados de su propio nombre, familia, hábitos, intimidad, y en ocasiones dirigirse a él como un número de expediente o enfermedad; sucediendo desde el momento en que ocurre el evento traumático y durante la estancia intrahospitalaria, provocándose la sensación de ser invisibles o por lo menos indignos de ser tomados en cuenta, y por tanto cae en la estigmatización, y esto va a dar como consecuencia que se dificulte el proceso de cambio que supone toda rehabilitación psicosocial emocional.

Los datos indican que el apoyo social es a la vez directa e indirectamente relacionados con el ajuste posterior a la quemadura de los pacientes. Las medidas de apoyo social de la familia, amigos y compañeros se relacionaron significativamente con varios resultados subjetivamente evaluados, tales como satisfacción con la vida, la autoestima y la participación en actividades sociales y recreativas. (Davidson, T. *et. al.*1981)

(Rangel, G. 2008) El sufrimiento, la deformidad, la desfiguración y la mortalidad causados por las quemaduras constituyen una de las grandes tragedias del mundo moderno. Y finaliza que a través de los años ha habido grandes adelantos tanto en el manejo médico, como los procedimientos de cirugía reconstructiva en el tratamiento de quemaduras, pero no ha ocurrido ningún adelanto correspondiente en la prevención de las mismas.

1.4 TRATAMIENTO MEDICO Y PSICOLOGICO

Tratamiento Medico

El primer cuidado que recibe el que se ha quemado es el del paramédico quien debe brindarle la atención especializada en la zona afectada. Al momento de ingresar al hospital, el médico que lo atiende debe conocer el caso:

Como ocurrió el accidente, tipo de quemadura y tratamiento previo, esto con la finalidad de determinar algunas complicaciones (Choctaw, W. *et al.* en Achauer , B. 1987)

Tratamiento de emergencia

Cualquier quemadura, de moderada a grave, puede causar la muerte. Siempre tenga presente que los quemados mueren en las primaras horas debido al desequilibrio de agua y electrólitos, aunque la inmensa mayoría de las muertes ocurren debido a septicemias, cuya puerta de entrada es la quemadura. Casi siempre, el agente causal es *Pseudomonas Aeuruginosa*. El tratamiento debe estar orientado a corregir los desequilibrios y a PREVENIR la infección. Göens, A (13122013)

Tratamiento de quemaduras

Objetivo del tratamiento local: Una quemadura altera las funciones normales de la piel, siendo suficiente con que el estrato corneo, se altere para que pierda su capacidad de barrera.

El tratamiento de cualquier quemadura tiene como objetivo la epitelización definitiva precoz de la misma. Idealmente, este tratamiento local (quirúrgico y no

quirúrgico) debe: Disminuir la pérdida de calor, electrolitos, agua, etc; actuar como barrera frente a microorganismos impidiendo la contaminación bacteriana exógena; evitar o minimizar las secuela funcionales y estéticas etc. Conseguir estos objetivos tienen especial relevancia en caso de quemaduras masivas, incluso aunque estas sean dérmicas superficiales. (Ngdh, C. 1998).

Primera Cura: En caso de grandes quemados o pacientes que vayan a requerir hospitalización, la primera cura se realiza en el centro hospitalario al que se traslade el enfermo desde el lugar del accidente, y siempre que su traslado definitivo a una unidad de grandes quemados vaya a demorarse. Si el traslado es inmediato la primera cura se realizara al ingreso en estas unidades. (Ngdh, C. 1998).

Si la Quemadura no requiere ingreso, la cura se realizara en el centro hospitalario al que acude el paciente.

Tratamiento y proceso hospitalario

En general, (Cano, J 2012) menciona que el tratamiento "ideal" al que se someten las personas que han sufrido quemaduras graves es multidisciplinario pues es muy largo y doloroso, que indican diversas cirugías, injertos, y rehabilitaciones. En los primeros días de hospitalización pierden todo contacto con su entorno social, por lo que el tratamiento se torna más complicado por la pérdida de estos vínculos tan importantes para todo ser humano (Sánchez, M.1985). Al ser un tratamiento tan prolongado se da un proceso de desidentificación es decir, los pacientes no se reconocen así mismo, esto convierte el regreso a la vida cotidiana en un problema. Por ello es importante considerar este momento como el punto inicial de la modificación identitaria de las personas que sufren una quemadura.

La duración de la hospitalización se puede dividir en varias fases, que determinan el tratamiento a seguir (Santos, X. *et al.*2000; Salisbury, R. *et al.*1986; & Knudson-Cooper, 1993)

- Fase aguda: Busca la supervivencia de la persona y el tratamiento se enfoca en este objetivo. En algunos casos se puede aislar al paciente por cuestiones de higiene y este pierde el control sobre su cuerpo. Se dice que al momento de ser hospitalizado se presenta una situación de incertidumbre sobre su salud y tratamiento. Las principales reacciones que tienen son nerviosismo, confusión, sentimientos de soledad y miedo sobre sí mismo.
- Fase intermedia: El paciente se encuentra estable, se preocupa por seguimiento del tratamiento, las condiciones hospitalarias, las secuelas que se puedan presentar, sus relaciones, su atractivo y vida sexual.
- Fase de recuperación: Se propicia la interacción del paciente con otras personas para fomentar su seguridad y confianza en sí mismo, impulsando su autosuficiencia y el ajuste a sus discapacidades también se incluyen aspectos relacionados con la rehabilitación y cirugías reconstructivas que le permitan enfrentar su futuro. Es importante mencionar que esta fase, que consideramos de suma importancia, no se brinda en todas las instituciones de salud, pues no se cuenta con los recursos necesarios para hacerlo o simplemente no se ve como un proceso necesario, ocasionando que el paciente salga del hospital en un estado vulnerable.

(Salisbury, M. *et al* 1986) en su manual para el tratamiento de quemaduras nos explican el proceso integral por el que atraviesan las persona que las padecen. Así mismo, nos llevan a cuestionarnos, acerca de las limitantes que se tienen en México, en donde muchas veces se da prioridad a salvar la vida pero se descuida la atención psicológica y social, que es de suma importancia para su reincorporación, exitosa a la vida cotidiana. (Gracia, L. 1991)

Los tratamientos que se siguen, tienen el objetivo de minimizar las secuelas que pueden presentar para tener un retronó a la dinámica social pronto y con menos conflictos (Salisbury, *M et al* 1986)

Por otro lado, un adecuado tratamiento quirúrgico minimizará la cicatrización por segunda intención y la posibilidad de cicatrización patológica causante de alteraciones. Por último contamos con tratamiento coadyuvantes utilizados cuando sea producida la epitelización de las quemaduras.

Tratamiento quirúrgico de las quemaduras

Hoy en día se dispone de varias opciones excelentes para los cirujanos especialistas en quemaduras, en cuanto concierne al tiempo y método de escisión de la escara y al injerto cutáneo. Ha habido un incremento espectacular en uso de la escisión temprana. Estas técnicas son hoy en día una parte estándar del armamentario de los cirujanos para las quemaduras. (Ngdh, C. 1998).

La prevención de secuelas: Desde el inicio del tratamiento de un paciente quemado se deben realizar maniobras destinadas a reducir las secuelas funcionales y estéticas que presentaran en muchas ocasiones este paciente. El tratamiento postural con vendajes y férulas, y la colaboración de un servicio de rehabilitadores, resulta fundamental para reducir contracturas articulares en posición inadecuada, reducir cicatrices retractiles, sinequias. (Ngdh, C. 1998).

Se les brinda una terapia psicosocial para evitar las retracciones de la piel, esto es que las partes corporales afectadas se colocan en la posición adecuada, mediante férulas o vendajes se mantienen así para que la piel no se retraiga y no pierda sus capacidades.

Ejercicio para no perder la movilidad y la fuerza en las extremidades o área afectada.

Cirugías reconstructivas e injertos

Uso de prendas de presoterapia: Mascaras, guantes, pantalones, y férulas.

Estas tienen un gran impacto social y muchas veces limitan la interacción con los otros por evidenciar su diferencia, aunque también sirven de defensa ante la mirada de los extraños.

Actividades sociales que les permitan incorporarse lo antes posible a su vida cotidiana procurando que se sientan útiles, valiosos e independientes.

Rehabilitación, es un proceso largo que debe contemplar e integrar diversas áreas para que sea positiva, desde la perspectiva de (Salisbury, *M et al* 1986; y de Velázquez, J 1985) se debe tomar en cuenta la terapia física, ocupacional, de reacomodo en el empleo, adiestramiento, esparcimiento o recreativa, psiquiátrica y psicológica, escolar (para los niños y adolescente), asistencia social e incluso religioso. Además de lo anterior, el médico (Velázquez, J 1985) destaca que la rehabilitación debe ser integral y debe comenzarse desde la etapa aguda para maximizar los beneficios.

Tratamiento del paciente con quemaduras: Ambulatorio

(De los Santos, C. 1999) El 90% de las quemaduras son consideradas como menores. Las quemaduras menores pueden ser tratadas ambulatoriamente y debe tenerse como prioridades:

1. Optimización del control de infecciones; éste control se obtiene mediante el lavado y aplicación de antibióticos tópicos.
2. Cobertura de la herida para protección.
3. Reducción a su mínima expresión del dolor y de confort.
4. Proveer apoyo emocional a la víctima y sus familiares.
5. Movilización de articulaciones y el mantenimiento de arcos de movilidad si están indicados.

El personal que da seguimiento ambulatorio a una herida de quemadura debe de estar alerta para brindar asistencia y referir a un centro especializado si fuese necesario.

Tratamiento del dolor agudo

Es frecuente que el dolor no se trate suficientemente porque el personal de la salud subestime la intensidad del mismo, por temor a la depresión respiratoria la muerte o por el deseo de confirmar que el paciente está vivo. El modo de abordar, controlar y reducir este problema consiste en seguir la pauta del hospital sobre tratamiento del dolor, educar más sobre el tema y hacer sesiones clínicas, sobre el dolor. Se han demostrado experimentalmente, midiendo la auto calificación del dolor y los niveles de endorfinas plasmáticas, de los pacientes con quemaduras. (Ngdh, C. 1998).

Medicina de rehabilitación

Terapia física

Rehabilitación del paciente quemado: Tradicionalmente el manejo de las quemaduras graves se enfocaba hacia la supervivencia del paciente. Actualmente se están volcando hacia este y la rehabilitación posterior, por lo que los cuidados van más allá del cierre de las heridas: reconstrucción, rehabilitación y reintegración. (Sheridan, R 20012).

Debe considerarse un programa de rehabilitación para el paciente quemado y para sus necesidades particulares.

(De los Santos, C. 1999). Nos presenta cuatro principios básicos para la rehabilitación del quemado:

1. El programa debe ser iniciado preferiblemente el mismo día del trauma.
2. El programa debe evitar períodos prolongados de inmovilidad y cualquier parte del cuerpo que pueda moverse libremente debe ser ejercitada con frecuencia.
3. Los movimientos activos deben iniciarse en el período de reanimación.
4. Debe haber un programa planificado de actividades diarias y cuidados de rehabilitación, readaptado cada vez que las necesidades del paciente vayan cambiando.

A la admisión del paciente, los planes deben considerar la prevención de contractura muscular y deformidad anatómica. (De los Santos, C.1999).

Rehabilitación del paciente agudo con quemaduras graves

Para lograr una buena funcionalidad a largo plazo, los esfuerzos de rehabilitación comienzan en el mismo momento en que se atiende al paciente, por los que los terapeutas físicos juegan un importante papel desde el principio.

Si una parte del cuerpo queda inmóvil por un período prolongado, ocurre fijación de las cápsulas articulares y el acortamiento de los tendones y músculos.

Movimientos y posición anti deformidad: Al menos 2 veces al día el terapeuta debe realizar terapia a las articulaciones del paciente dentro de un rango de movimientos teniendo en cuenta la sensibilidad del paciente, el estado de perfusión de las extremidades, el dolor y la ansiedad, la seguridad de las vías aéreas y los dispositivos de acceso vasculares. (Sheridan, R 20012).

Para evitar más dolor y ansiedad se puede aumentar la eficacia coordinando con los momentos de curas y limpiezas de heridas o cambios de ropa de cama.

Prevención de las deformidades: La apropiada colocación anti deformidad minimiza la atrofia de ligamentos y tendones, y reduce el edema facial y de las extremidades. A pesar de las férulas y los entablillados, pueden aparecer contracturas por mal posicionamiento.

La deformidad en flexión del cuello se minimiza con tablillas termoplásticas y colchones hendidos, colocando el cuello en ligera extensión, y vigilando que no adopte la posición del tubo endotraqueal.

Prevención de las contracturas: Las contracturas en aducción de las axilas se previenen colocando en los hombros tablillas axilares y los brazos colgantes rellenos de material termoplástico.

Las contracturas en flexión del codo se minimizan con férulas estáticas en extensión, alternando con tablillas de flexión para facilitar un buen rango de movimientos.

Las contracturas en flexión de las caderas y rodillas, comunes en niños, se pueden prevenir con posición de prono e inmovilizadores de rodilla.

La deformidad en equino con el tobillo extendido puede ocurrir aunque no haya sufrido quemadura, debido a el período prolongado en cama, y se previene colocando férula estática en posición neutra y movilización diaria. Vigilar la aparición de úlceras de presión por una férula mal diseñada. (Sheridan, R 20012).

La colocación anti deformidad de las tablillas debe quedar a la altura del corazón para evitar edemas.

Establecimiento de una buena relación: Finalmente, la valoración inicial del terapeuta de la quemadura y cuidado de aquéllos con quemaduras graves son el principio de una relación a largo plazo.

Es sumamente importante asegurar al paciente y a sus familiares quien será su terapeuta y que entiendan el importante papel que desempeña en sus cuidados. Mantendrán una estrecha relación y buenos conductos de información acerca de los progresos y los problemas encontrados, lo que con seguridad repercutirá en las metas de la terapia. Debe alimentarse unas buenas expectativas, pero realistas. El paciente y a sus familiares debe concientizársele y entrenarlos sobre la importancia de los ejercicios. (Sheridan, R 20012).

Reintegración: (Sheridan, R 20012). Nos manifiesta la última meta de todo el cuidado de la quemadura es la reintegración. El cuidado de la quemadura no termina con el cierre de la herida. El paciente debe volver a su familia, condiscípulos, y comunidad como si la lesión nunca hubiera ocurrido. Esta meta significa respetar las necesidades de aquéllos que intentan volver a trabajar y a la escuela.

La rehabilitación y reconstrucción del paciente con las quemaduras serias depende en parte de cuidado en agudo. El cuidado exitoso de la quemadura requiere el trabajo duro de un equipo multidisciplinario enfocado al continuo cuidado de la vuelta a una vida normal a través de la reconstrucción, rehabilitación, y reintegración.

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Los pacientes quemados muestran síntomas emocionales de variada intensidad durante todo su proceso de tratamiento: miedo, ansiedad, rabia y depresión, son normales y esperados. Otros como regresión y reacciones psicóticas también se presentan y es importante conocerlos para tratarlos adecuadamente.

Es importante conocer la historia pasada del paciente y su manera de manejar el estado emocional (estrés). 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. Se debe ajustar al hospital en donde es casi completamente dependiente de otros sobre todo inicialmente. Teme por su vida, la mayoría de los procedimientos, como las curaciones y las terapias son dolorosas. Aún los injertos de piel le producen dolor en los sitios donantes.

Por esto es normal que él paciente crea que el trato es cruel e inhumano y que incluso se sienta perseguido. Los médicos arrancan los colgajos deteriorados de la piel con la finalidad de permitir que se regenere completamente, reproduciendo inconscientemente el ciclo del mito griego¹ marsías. (Anzier, D. 2007). También hay que contar con los aspectos psicológicos del personal que maneja los pacientes (médicos, enfermeras, terapistas), que pueden presentar síntomas emocionales, a veces difíciles de manejar. Los pasos iniciales en el tratamiento del paciente quemado 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.

¹ (Marsias y Apolo se enfrentaron en un concurso musical en el que el ganador podría tratar al perdedor como quisiera. Los jueces fueron las Musas, por lo que naturalmente Marsias perdió y fue desollado vivo al pie de un árbol)

- Permitirle al paciente tanto control como sea posible en su tratamiento.
- Dar adecuada analgesia.

La participación de los pacientes quemados ya curados para efectos de soporte. La ansiedad es muy frecuente. El paciente puede presentar incomodidad, tensión, sudoración, taquicardia, dilatación pupilar. Trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, irritabilidad y una evidente disminución de la tolerancia al dolor. Siente que ha perdido el control de casi todo, y teme perder el control sobre sus emociones.

La apariencia del paciente es una de las mayores fuentes de ansiedad. Preocupaciones por su función sexual después de una quemadura severa, aun cuando no estén comprometidos sus órganos sexuales, provocan ansiedad severa. (Ramírez J. 2013).

Intervención Psicológica. Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados una vez estabilizados desde el punto de vista médico, así como:

Individual: en el paso fase aguda a la intermedia se asegura la supervivencia, se hace injerto en la mayoría de las quemaduras y el paciente pasa al estado ambulatorio. En ese momento se puede realizar una evolución más completa del estado mental y empezar a diferenciar aspectos de duelo por la imagen corporal anterior, por la pérdida de seres queridos, así como la depresión y el trastorno derivados del estrés postraumático. Además, pueden evaluarse y pronosticarse las alteraciones psicológicas y hasta psiquiátricas. La consciencia del paciente de las pérdidas funcionales y las desfiguraciones se ve facilitada por un personal de la salud atento, y por el apoyo de los miembros de la familia. La intervención psicoterapéutica se centra así mismo en temas propios de la fase (como futura cirugía, regreso al hogar o la escuela y rehabilitación). (Ngdh, C. *et. al.*, 1998).

En la Terapia individual debemos ratificar un criterio que es general y que compartimos, es necesario manejar la combinación de sus variedades. Los propósitos centrales de la Psicoterapia individual son:

- Establecer relación con el paciente.
- Influir en el mismo para que se operen los cambios que conduzcan a su curación.

Es necesario establecer una relación de ayuda con los pacientes que se sientan amenazados y, mediante ella, enfrentarlo a sus sentimientos; de desamparo, ansiedad y depresión. Por lo que es importante que conozcan de antemano los procedimientos que se les va a someter, así como atender a sus familias para que le sirva de apoyo.

Grupal. Algunos hospitales disponen de grupos que van desde la psicoterapia breve a la educación y la rehabilitación. Son al menos tres los tipos de grupo de intervención utilizado: Un Grupo de niños estructurado para animar al dibujo expresivo, y al juego con muñecos; un grupo de adolescentes o adultos para pacientes hospitalizados, y grupos de familias para padres o familias de pacientes en la fase aguda, centrados en educar sobre temas relativos a tratamiento, duelo, respuesta a la hospitalización, cirugía, estigmatización alta y reingreso. (Ngdh, C. *et. al.*, 1998).

Terapia de Grupo: (Aguilera, M.1999) Es una modalidad de Psicoterapia que actúa en un grupo, formado de pacientes seleccionados por un terapeuta, en el cual interviene como coordinador en sus sesiones.

Los pacientes seleccionados pueden conformar un grupo homogéneo cuando éstos son de la misma edad, sexo, síntomas, categoría de enfermedad, y heterogéneo, cuando estos aspectos varían.

La regla fundamental es la libre intervención entre los miembros del grupo, ya sean entre los pacientes entre sí, o entre los pacientes y él terapeuta. Al manifestarse

la catarsis, la totalidad del grupo queda incluido, ya que el grupo opera por integración. (Bustamante, J. 2002.)

Estos enfoques pretenden tratar las reacciones psicológicas del quemado, tanto de una forma individual como grupal, en el aquí y el ahora.

Familiar: La adaptación de la familia suele seguir en el mismo curso que la recuperación del paciente. En el paciente y en la familia se observan sentimientos y respuestas defensivas notablemente. El apoyo psicoterapéutico durante esta fase, sobre todo en lo relativo a los sentimientos de culpa y duelo (a menudo varias sesiones a la semana), ayuda a la familia y la capacita para apoyar a su vez al paciente en el manejo de la situación. (Ngdh, C. *et. al.*, 1998).

Se ha observado en la práctica hospitalaria que las familias de pacientes quemados se afectan funcional y psicológicamente de una manera muy adversa. Pero al mismo tiempo no se puede olvidar que un paciente con quemaduras es parte integral de la familia y requiere en máximo apoyo emocional de los familiares

Resultan limitados al no considerar a la familia como el eslabón fundamental en el mantenimiento de la salud, la producción y desencadenamiento de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y los cuidados integrales. Se trata de evitar afrontamiento negativo de los familiares que lo llevan a una falta de planeación realista y pensamiento mágico sobre las posibilidades de una recuperación.

Debido a que la recuperación y la rehabilitación del paciente dependen del apoyo que recibe de sus seres queridos, es necesario trabajar con los familiares. Este trabajo suele realizarse conjuntamente con el psicólogo y el grupo multidisciplinario. (Ramírez J. 2013).

Tratamiento Psicológico para el Dolor

Enfoque terapéutico para el manejo del dolor: El dolor es un factor que constituye la reacción psicológica del paciente frente a la lesión y su tratamiento. El significado psicológico del dolor; entre ellos figuran la depresión, ansiedad, la ira, el

sentimiento de culpabilidad, con frecuencia suele ir acompañada de otras emociones tales como, frustración, vergüenza y rechazo.

Así tenemos que (Ngdh, C. *et. al.* 1998). Aportan sus investigaciones sobre métodos para el dolor psicológico:

Entre los métodos psicológicos para aliviar el dolor producido por quemaduras se incluyen educación, hipnosis, relajación, técnicas mediadas por el paciente y *biorretroalimentación* y carecen de los efectos secundarios y tóxicos que se asocian con los medicamento. Es posible entrenar a los pacientes para que utilicen estos métodos y descubran que son capaces de disociarse, como ocurre con la hipnosis. Los abordajes psicológicos orientados en términos evolutivos para el tratamiento del dolor son eficaces en niños y también en adultos. La hipnosis: es eficaz y práctica en pacientes quemados pero requiere de más tiempo de dedicación por parte del personal de la salud y es de aplicación menos general que los analgésicos. El método de hipnosis y relajación (simple y compleja por ejemplo imaginaria focalizada) son muy utilizados y prácticos en niños (que son los sujetos más hipnotizables) y adultos. (Ngdh, C. 1998).

Las interpretaciones conscientes e inconscientes del enfermo con respecto al accidente y el tratamiento. Influyen decisivamente en el progreso del paciente durante su estancia en la unidad de quemados.

Los Neurotransmisores son el equivalente al material de la psique; para influir de manera adecuada sobre la mente, tanto para el Dolor Físico como el Dolor Anímico.

El paciente es su propio productor; sólo tiene que volver a aprender a estimular sus drogas endógenas. La gama de drogas endógenas abarca desde analgésicos, antidepresivos, tranquilizantes.

Los neurotransmisores como son: La Serotonina: químico de efectos calmantes, y disminuyen la Ansiedad. Dopamina: estimula la agilidad mental. No adrenalina: Vinculada a la creatividad e imaginación. Las endorfinas son capaces de suprimir tanto el dolor físico, como anímico, sino también de proporcionar un sentimiento de euforia, conocidas como opioides endógenos.

Endógeno hace referencia a que se producen dentro del cuerpo y opioides a que algunas de sus acciones se asemejan a las drogas opiáceas como la morfina. Los opioides son los narcóticos propios del cuerpo. Algunos de ellos se conocen como endorfinas, una concentración de morfina endógena (es decir, morfina formada en el cuerpo). (Ramírez J. 2013).

Su objetivo es tratar de eliminar el dolor, la causa que lo origina, si esto no es posible, al menos disminuir su intensidad, como las Reacciones Emocionales del paciente. (Ramírez J.2013). Este método estructurado puede reducir el comportamiento mal adaptativo, mejorar los resultados y disminuir la dosis de narcóticos

Se ha conjuntado en la experiencia práctica del área de quemados tanto Psicoterapia individual como Grupal a través de las Técnicas Endorfinicas como son: la Respiración, Relajación, Introyección, e Imaginaria.

Así tenemos que las Respiración, me lleva a la Relajación, y ésta a la Introyección, y por lo tanto a la Imaginaria, que es una técnica conductual-cognoscitiva para el dolor. Imaginaria pensamiento occidental y pensamiento oriental sería la Meditación como método alternativo para el manejo del dolor (Ramírez J. 2013). El trabajo se inicia con el concepto de meditación, el arribo de la psicología cognitivo-conductual a la meditación, los efectos clínicos de la meditación y perspectivas futuras. (Guido, A. Musso, A 2008).

Coyne (1998, en Guido, A. & Musso, A (2008). Publicó, cómo tener los pensamientos adecuados puede curarse la enfermedad, como el manejo del dolor, y subrayó la importancia de cinco métodos para lograrlo:

Biorretroalimentación, meditación, imaginación guiada, terapias cognoscitivas y terapia de grupo de apoyo. Todo esto implica un reconocimiento y utilización cada vez mayor de la meditación, tanto en el área médica, como en la psicología.

Tratamiento Tanatológico

Castro G.(2007). El objetivo de la psicología, es exponer las aportaciones fundamentales del psicólogo en el campo de la Tanatología.

Así, tenemos que la Tanatología es el estudio de la vida a través de la muerte, también es la ciencia que ayuda a los enfermos terminales a morir en paz y con dignidad, dar ayuda a sus familiares, y al personal de la salud. Y así mismo todo tipo de pérdidas del paciente quemado, y a su familia, para ayudarlo a encontrar un sentido a su vida, a través de éstas.

Durante la parte inicial los quemados no sólo experimentan dolor sino también ansiedad, y pensamientos de muerte, pérdidas de los familiares, económicas, y materiales. Adaptarse a la experiencia de la pérdida, por traumatismo térmico se convierte en un proceso de cambios emocionales, a la pérdida de la modificación del esquema corporal, postergación de trabajo y planes, ante estas pérdidas.

Antes de llevar a cabo la intervención psicológica, debe conocerse qué es lo que éste perdió, es decir, debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no es tan aparente. No sólo puede pasar inadvertido para el observador el significado verdadero de la pérdida, sino que el paciente puede necesitar ayuda para clarificar el objeto de ésta.

El objetivo de la Tanatología en la Rehabilitación del paciente es ayudar a superar toda clase de pérdidas, considerando a la persona como una unidad Bio-Psico-Social y Espiritual.

Tratamiento Tanatológico a Familiares:

(Hendon, D. 2009). Los planes y programas de tratamiento deben descansar en el supuesto de que la vida sigue después del alta hospitalaria; sin embargo, en la unidad de quemados también se producen fallecimientos, por lo que en la planificación del tratamiento psicosocial hay que incluir planes para ayudar a los pacientes a vivir en plenitud hasta que la vida acaba.

Nuestra finalidad es ayudar al bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como un hecho natural, trascendental y aprovechar al máximo el poco tiempo que le queda, sin darse por vencido ante el deterioro físico, considerando que psicológica, social y espiritualmente hay mucho que hacer. Una parte de este plan consiste en ayudar a la familia a prepararse para resistir el dolor por la muerte del paciente. En este caso, la primera tarea del psicoterapeuta consiste en apoyar y reforzar todos los puntos fuertes de afrontamiento que manifieste la familia. En un principio, la mayoría de las familias niegan la posibilidad de la muerte, y aparentemente no oyen los pronósticos no deseados.

El personal puede permitir que la familia mantenga la esperanza mientras la prepara de manera sutil con declaraciones honestas en las que se contempla a la muerte con una evolución que es posible aceptar. Confortar a los que se quedan y ayudarles a cuidar de sí mismos tanto física como espiritualmente, son elementos esenciales de un plan que fomente la capacidad de la familia para participar en el proceso. El hecho de mantener informados a los familiares de los cambios en el estado del paciente y de asistirles activamente, a veces instruyéndoles, para que continúen con su relación con el paciente moribundo, ayuda a este y a la familia en éste difícil trance. (Hendon, D. 2009).

En el momento de la muerte, el personal puede sostener psicológicamente a la familia ayudándole con los trámites necesarios (por ejem. Firma de consentimiento para disponer del cuerpo o para la autopsia), permitiendo que permanezcan en privado sin ser molestados con el ser querido muerto antes de que el cuerpo sea

retirado. Los miembros de la familia que quedan suelen querer conservar algo que perteneciera o que representara al fallecido. (Hendon, D. 2009).

2.0 GRUPOS

Las lenguas antiguas no disponen de ningún término para designar una asociación de pocas personas que persiguen objetivos comunes.

Es imprescindible conocer, en primer término, qué es un grupo y cuáles son sus características. (Díaz, D. (2000)

La palabra grupo es derivada del concepto italiano *gropo* o *gruppo* y hace referencia a la pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, ya sea material o mentalmente considerado.

Por otro lado de acuerdo con (Anziu, *et al.* 1997):

El término francés de grupo es reciente. Viene del italiano gruppo, término técnico de las bellas artes, que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, formando un tema, son los artistas franceses, como Mansart, los que han importado hacia mediados del siglo XVII, después de su estancia en Italia.

La palabra se extiende rápidamente en el lenguaje corriente y designa una reunión de elementos, una categoría de seres o de objetos (Anziu, et al. 1997.)

A pesar de la existencia de agrupamiento desde la prehistoria, el estudio de los grupos pequeños en un campo de aparición reciente. De acuerdo con (Díaz, D. 2000) manifiesta:

La dificultad de su abordaje obedece, entre otras razones, a que algunas formas de vida grupal no provocan en sus miembros consciencia diferencial acerca de lo que es un grupo. Lo viven como ya dado, natural inevitable, permanente anterior y superior al individuo; éste no plantea problemas acerca del grupo vive en, por y para el grupo, al que ingresa por nacimiento (familia, clan, tribu). Una segunda dificultad proviene de la actitud

de las grandes organizaciones colectivas (imperios, estados, ejércitos, órdenes religiosos) hacia los grupos pequeños, cuya fuerza puede volverse contra ello.

Conforme el sujeto va creciendo y se va desarrollando en su sociedad, va conociendo otros sujetos, va entablando relaciones interpersonales y va formando parte de diversos grupos, ya sean, políticos, educativos, religiosos y deportivos.

Definición: El concepto de grupo posee varias interpretaciones de diversos autores que han realizado estudios en torno a las estructuras de los grupos. Por ejemplo, (Andueza, M. 2001) manifiesta que un grupo es la reunión de individuos en la que existe interacción de fuerzas y energía. En el grupo cada miembro debe percibir al otro como persona individual. Además, hay una conciencia colectiva, puesto que se tiene en cuenta la existencia de los demás.

Para otros autores como (Fernández, J. & Cohen, G. (2003) un grupo es: una relación significativa entre dos o más personal, entendiendo por relación significativa un vínculo estrecho en el que los sujetos que integran a un grupo y expresan sus ideas, sentimientos, valores, convicciones... su forma de ser.

Siguiendo con estas interpretaciones sobre el "grupo". (De Brasi, J. (1995) manifiesta que un grupo es un conjunto de individuos relacionados entre sí de acuerdo con ciertos objetivos. Todas y cada una de estas interpretaciones arrojan características importantes que describen lo que es un grupo Es por ello que, de acuerdo con estas interpretaciones se puede estructurar una sola interpretación que abarque los aspectos más significativos del concepto.

Esta interpretación se expresa de la siguiente manera: Un grupo es un conjunto de sujetos que interactúan, que establecen vínculos interpersonales, con características, metas u objetivos en común, donde los sujetos manifiestan su ideología, sus valores, conocimientos y sentimientos, es decir, su personalidad y

pueden influir en la personalidad de sus compañeros, donde los sujetos se comprometen con sus compañeros para llevar al cabo los objetivos que tienen en común y donde cada integrante del grupo reconoce a su semejante como ser individual, único e irrepetible, estableciendo con todo ello un vínculo significativo.

Con ello se pretende dejar claro que un grupo no es una simple reunión de sujetos sino que un grupo implica una interacción más o menos frecuente entre ellos, en la que dan a conocer sus intereses, sus ideas, sus conocimientos, sus sentimientos, donde existe un compromiso recíproco para alcanzar las metas en común que tienen establecidas. Los que componen el grupo se hallan frente a frente y forman opiniones distintas unos de otros. El tamaño de los grupos varía según las características de sus miembros y por las metas que se pretenden alcanzar.

PSICOTERPIA GRUPAL

Nacimiento y evolución de la Psicoterapia de grupo: Mucho antes de que el hombre aprendiera a encender una hoguera o a construir un alberge, seguramente se había percatado de las ventajas que obtenía de la asociación con sus congéneres: “el hombre es sociable por naturaleza“(Rousseau, en Gómez, R. 2008). El método de la psicoterapia de grupo fue uno de los resultados del interés y del estudio de esta característica, así como del principio fundamental de comportamiento grupal. (Gómez, R 2008).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Orígenes Americanos: De acuerdo con (Freeman, A. Kaplan, H (1993) Los comienzos de la terapéutica de grupo en este país de debe a un Internista Joseh Henry Pratt, trabajo con pacientes tuberculosos gravemente enfermos y desalentados en un sanatorio de Nueva York, en donde organizó su primer grupo en 1907. Pratt de reunía una o dos veces por semana con 20 a 30 pacientes a la vez. Hablaba sobre la enfermedad y el método de tratamiento y adoptaba en general una actitud de apoyo y confianza con respecto al pronóstico. Los pacientes que habían respondido con éxito se presentaban ante el grupo y explicaban cómo se les había ayudado. (Freeman, A. Kaplan, H 1993)

En 1919 L. Cody Marsh un psiquiatra que se había familiarizado con el trabajo de Pratt, empezó a aplicar el método de tratamiento de grupo a pacientes mentales institucionalizados.

Éstos asistían a lecturas que daba Marsh sobre distinto temas relativos al origen y manifestaciones de la enfermedad mental. Se asignaron trabajos para ser leídos fuera del grupo, se pidió que se escribieran y disertaciones y se les hicieron exámenes para valoración.

E.W. Lazell también aporoto lecturas didácticas a pacientes institucionalizados, sobre su enfermedad llegando a la conclusión de que los pacientes mejoraban en parte debido a sus temores disminuían resultado de la educación. También creía que el proceso de socialización explicaba cambios positivos. (Freeman, A. Kaplan, H 1993)

Trgan Burrow examino la relación del paciente individual con las fuerzas sociales con que forma parte. Este interés condujo en seguida al uso de la situación de grupo como un vehículo para el tratamiento psicoanalítico. En las sesiones de grupo, Burrow alentaba a sus pacientes para que hablaran abiertamente a cerca de sus

pensamientos y sentimientos. Consideraba que la validación consensual que el grupo como un todo, ofrece al miembro individual es la fuerza principal para conseguir una consciencia psicológica.

A principios de 1930 Louis Wender empezó a utilizar concepto psicoanalíticos en las situaciones de grupo. Considero que el grupo reproducía lo del paciente, Wender propugnaba el tratamiento combinado, en que el terapeuta ve al paciente individualmente una o más veces por semana, así como sesiones de grupo establecidas en forma regular.

(Paul Schilder) amplio el concepto de Wender de que el grupo reproduce a la familia. También utilizo la técnica de la asociación libre en grupo, (Samul Slvson) estimuló el interés de la psicoterapia de grupo de niños desarrollo el método de terapéutica de grupo de actividad, en que el líder del grupo es permisivo y acogedor, y los niños, que se colocan en grupos proyectados especialmente, pueden relacionarse entre sí de manera espontánea. Como resultado, los conflictos se proyectan al exterior y pueden ser examinados. (Freeman, A. Kaplan, H (1993)

Alexander Wolf aplico directamente los principios y medios del psicoanálisis basado en la Teoría Freudiana a la situación de grupo. El grupo terapéutico hace revivir los problemas que tuvo el paciente en su grupo familiar original. La atención se dirige al paciente individual y sus relaciones con los otros miembros del grupo y con el terapeuta.

Orígenes Europeos: Nos refiere (Freeman, A. Kaplan, H (1993) que Jacob Moreno es identificado principalmente por la técnica del psicodrama, pero también fue uno de los pioneros europeos en la psicoterapia de grupo, describiendo ya en el año 1910 su utilización en varias aproximaciones de grupo en el Theater of Spontaneous Man. Los miembros del grupo pueden hacer comentarios y, por lo tanto, ayudar, o pueden observar uno de sus propios problemas de este modo ser ayudados.

Freud distinguía el grupo sin líder, un tumulto capaz de hacer grandes desordenes, del grupo centrado en el líder, un vehículo de disminuir la ansiedad y la neurosis. En el grupo que se tiene un líder los miembros se identifican entre si y tiene un lazo común con la figura central, que es considerada como un sustituto parental; los miembros también reaccionan entre sí como hermanos dentro de la familia. (Freeman, A. Kaplan, H 1993)

Aunque Freud no practico la psicoterapia de grupo como tal, muchos de sus formulaciones sobre el psicoanálisis y la psicoterapia de grupo se desarrollaron a partir del grupo de estudio que organizo con sus primeros seguidores. Al parecer, Freud participaba hasta cierto punto en la auto exposición de fantasías y experiencias vitales.

(Alfred Adler) se interesaba sobre todo por la adaptación social y la cultura del hombre influido por algunos conceptos marxistas, especialmente por la lucha de clases, postulo que los miembros del grupo consideraban al líder como un sustituto de muchas de las fuerzas opresoras que actúan contra el proletariado. Adler subrayaba la atmosfera de igualdad que caracterizaba al grupo de psicoterapia, así como el estímulo, optimismo y apoyo que los miembros se ofrecen entre sí.

Adelantos recientes. Los psicólogos sociales, encabezados por hombres como (Kurt Lewin) consideran que el grupo es cualitativamente distinto a la simple suma de sus partes. Lewin definió el concepto de presión de grupo por lo que la influencia se dirige a un miembro particular del grupo. Aunque el grupo puede estar compuesto de elementos heterogéneos, funciona como una unidad y desarrolla normas, éticas y objetivos.

Actualmente, la psicoterapia de grupo esta polarizada entre el que dirige su atención hacia el individuo dentro del grupo y los que se centran en el grupo como un todo.

Definición de psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento en la que el terapeuta selecciona un conjunto de personas con disfunciones mentales, emocionales o de comportamiento, para que se ayuden unos a otros, para lograr un cambio en su personalidad.

Existen otras clases de grupos, como los grupos de encuentro (grupos de entretenimiento o sensibilización), que tienen un propósito de educarlas en relación con otros, a fin de que desarrollen tanto su autodeterminación como crecimiento emocional, y den significación a sus vidas. También, hay grupos directivos que se organizan alrededor de una tarea específica, como alcohólicos anónimos, en las que no se busca cambiar la personalidad sino corregir una conducta. (Gómez, R *et al.* 2008).

2.1 TIPOS DE GRUPOS TERAPEUTICOS

Grupos con un cometido (hacer deporte). Grupos puramente terapéutico (para que sus integrantes calmen, y discutan sus problemas) el terapeuta debe poner especial cuidado en evitar la utilización del grupo para sus propios fines y debe corregir sus propias valoraciones a la luz de las del grupo, y no al contrario.

Grupos de encuentro, buscan el crecimiento emocional de sus miembros por medio de “maratones” terapéuticos.

Métodos grupales de tratamiento

Hay una gran variedad de enfoques en los métodos grupales de tratamiento. Como fue encontrado por (Gómez, R *et al.* 2008). Los más difundidos son:

- 1º. Psicoanalítico: de Sigmund Freud, basado en el análisis de la transferencia.
- 2º. Análisis Transaccional: creado por Eric Berne se fundamenta en las interacciones de sus miembros con sus actitudes de “padre, de adulto o de niño”, en el aquí el ahora.
- 3º. Terapia comportamental: de Joseph Wolpe, utiliza el método de la desensibilización y reforzamiento para cambiar conductas.
- 4º. Terapia Centrada en el cliente: de Carl Rogers, busca una mayor congruencia entre el Yo ideal y el Yo real, sin interpretar ni dirigir.
- 5º. Psicodrama: Creado por Jacobo Moreno, fundamentado en el teatro y el juego de roles, hace conscientes los conflictos y su resolución.
- 6º. Terapia A. Adler: recalca la igualdad entre los miembros del grupo, pues da aliento e inyecta optimismo.
- 7º. Terapia Gestal: creada por Fritz Perls, intenta aumentar la consciencia del individuo sobre el momento, al explorar sus fantasías, sus sueños y sus

comunicaciones no verbales; utiliza, entre otros el método del dialogo con una silla vacía.

8°. Bioenergética: De Alexander Lowen, utiliza el lenguaje del cuerpo (Relación mente-cuerpo) para curar los problemas de la mente.

9°. Programación Neurolingüística: creada por John Grinder y Richard Bandler, clasifica las formas de comunicación (visual, auditiva o cinética) y su influencia sobre las relaciones interpersonales. Enseña a pensar y ser uno mismo.

A pesar de las diversas escuelas presentan encuadres y enfoques diferentes, todas - todas son efectivas. Ello se debe a que todas las técnicas citadas tienen similitudes entre sí: Actúan sobre los procesos de representación, es decir, sobre el modo como la persona crea y organiza; así cambian sus percepciones y su conducta.

Papel del Psicoterapeuta es el líder del grupo, es quien debe saber los diagnósticos y la historia de los pacientes y conocer las distintas modalidades terapéuticas, para detectar los beneficioso para el grupo.

Así tenemos que, (Gómez, R *et al.* 2008). Encontraron que:

En la psicoterapia de grupo, psicoanalíticamente orientada, el papel del terapeuta debe ser el de facilitar: servirá de espejo neutral para que los pacientes proyecten sus ideas y sentimientos, pero también podrán hacer interpretaciones y señalamientos cuando lo considere necesario. Lo ideal es, sin embargo, que los mismos miembros del grupo sean fuente primaria de su cambio por medio de sus interacciones y comentarios.

El terapeuta debe inspirar confianza, ser comprensivo invitar a la confidencialidad y saber señalar los límites del comportamiento. Su papel puede ser directivo, estimulador, ampliador o interpretativo.

Es importante que el terapeuta no revele abiertamente su personalidad y menos aún su vida privada. No actuar impulsivamente para permitir que los pacientes reconozcan reflexionen y corrijan su conducta.

Selección de pacientes: La psicoterapia de grupo sirve para todos los casos de alteraciones emocionales; incluso, iguales patologías en distintos sujetos a veces mejoran más con la terapia individual que en la grupal, o viceversa. Por esto, a menudo es difícil predecir que los pacientes tendrán mejores resultados en cual tipo de psicoterapia. La meta siempre será ayudar a los participantes alcanzar un crecimiento y desarrollo emocional como consecuencia de su interacción colectiva.

(Gómez, R *et al.* 2008). Menciona que los grupos se pueden formar, por ejemplo de la siguiente manera:

- Entre los pacientes que tienen problemas con autoridad como podrían ser los adolescentes.
- Con las personas que sienten ansiedad frente a sus compañeros, como los hijos únicos o los esquizoides, aunque estos últimos deben reforzarse con una terapia individual.
- Con pacientes que emplean los mismos mecanismos de defensa (procesos mentales utilizados para protegerse de la ansiedad).
- Con pacientes que tengan el mismo diagnóstico.

Tamaño del grupo: El número ideal de miembros es de ocho a diez; pueden oscilar entre tres y quince participantes.

Frecuencia de las sesiones: La mayoría de los grupos se reúne una vez a la semana en un día y hora fijos. Sin embargo terapeutas psicoanalíticos pueden reunirlos dos o tres veces por semana. Hay analistas que hacen lo que se les llama sesiones alternadas, que consisten en que el terapeuta se reúne con los miembros una vez sí y otra no, y durante las vacaciones del terapeuta, los participantes se reúnen solos.

Coterapeuta: *Generalmente, en la terapia de orientación Gestaltica, comportamental y de análisis transaccional hay un coterapeuta que ayuda en los ejercicios que se realizan. En las de corte psicoanalítico puede haber, usualmente de sexo diferente al del psicoterapeuta principal; ellos representarían las figuras paterna y materna del grupo.*

La existencia de un coterapeuta garantiza que siempre haya un líder en las reuniones, si es que el terapeuta tiene que ausentarse.

Duración de las sesiones: Usualmente, las sesiones duran de una a dos horas, según el número de pacientes. Siempre deben durar el mismo tiempo porque así se introducen límites, y así puede detectarse el caso de algún miembro que usualmente plantea algún problema cuando ya se esté acabando la sesión.

Proceso de grupo: (Corsini y Rosenberg en Gómez, R et al. 2008). Resumen estos procesos en tres categorías:

- **Factores intelectuales:** en los cuales el paciente constaría la universalización, la racionalización y la terapia de espectador el cual imita o se identifica con otros.
- **Factores emocionales:** consta de aceptación, altruismo y transferencia (fenómeno inconsciente de sentimientos y actividades que sujetan al individuo con el terapeuta y con otros participantes).
- **Factores de actuación:** incluyen la comprobación de la realidad, interacción y la ventilación de problemáticas. La forma como se desarrolla la sesión y el consenso que se da de esta rara vez es independiente de otro.

Fases de desarrollo del grupo: El desarrollo del grupo tiene tres etapas:

- **Inclusión:** en la que cada participante pretende ser aceptado y querido por el *terapeuta*.
- **Poder:** *cuando los participantes buscan ganar su autonomía frente al terapeuta.*
- **Efecto:** *en que los miembros desean recibir y dar ayuda a los demás.*

Todos los participantes se encuentran en la misma fase de desarrollo al mismo tiempo. Una tarea del terapeuta es interpretar esos esfuerzos y lograr que sean reconocidos como necesidades infantiles.

Proceso de grupo

Es como se desarrolla la sesión, y la aprobación que se da de esta. El terapeuta debe llevar los diversos procesos a unirse con los problemas particulares que se presentan, y cada miembro debe verbalizar los sentimientos y pensamientos hacia otros, los cuales son analizados por todos.

La terapia de grupo permite al terapeuta observar la conducta interpersonal directamente dentro de la situación de laboratorio que es el grupo, más que confiar en los relatos del paciente sobre su experiencia con otros. La realidad social del participante puede ser mejor comprendida y aprobada por los demás miembros.

Usualmente, el grupo ejerce presión hacia el cambio de la conducta de algunos de sus miembros.

Por lo demás, el grupo proporciona una sensación de seguridad y desarrollo, un sentimiento de pertenencia, que las personas que dicen estar o sentirse muy solas les ofrece compañía, amén de los otros beneficios que produce esta técnica de tratamiento, como el desarrollo lealtad y amistad entre ellos. Así, también el paciente reafirma su propia identidad al separar sus problemas de los problemas de los otros y aprende a compartir en forma realista.

Ventilación, catarsis y Abreacción:

- Ventilar un problema o un sentimiento es expresar abiertamente algo secreto.
- Catarsis recordar los tonos de los sentimientos y afectos que están asociados con dichos pensamientos.
- Abreacción revive los sucesos pasados y las emociones pasadas, con ellos con una carga de afecto mayor. (Gómez, R et al. (2008).

Tanto la ventilación como la catarsis alivian los sentimientos de culpa y la ansiedad debido a la confesión que se hace. Esto, además, estimula las asociaciones de los otros y permite surgir material del inconsciente de ellos hacia el consciente

La abreacción proporciona una conciencia del grado de emoción previamente bloqueado. Es una experiencia muy terapéutica. Alentar la abreacción, desarrollar la confianza de alguien desconfiado, Golpear un cojín con fuerza para expresar la rabia contenida contra alguien o para explicar la rivalidad entre dos miembros, invitándolos a hacer un pulso. Esta técnica debe ir unida a una explicación cognoscitiva y a la interpretación para que sea adecuada.

Acciones Terapéuticas: En los grupos abiertos algún participante puede terminar su terapia porque se supone que ya ha conseguido los objetivos. La finalización de alguno en lo posible, debe ser aprobada por todos los miembros restantes. Y que resuma los logros que obtuvo durante el tratamiento y que, a manera de despedida, le diga a cada uno de los que quedan como lo ven desde el punto de vista emocional y que le recomendaría cambiar. De igual manera, en un grupo abierto, en cualquier etapa, puede ingresar una persona nueva; esta puede ser acogida rápidamente o por lo contrario, puede ser objeto de hostilidad, independientemente de su patrón de personalidad. Cualquiera que sea la actitud frente al nuevo miembro, el terapeuta debe analizar su significado y protegerlo, si es que ha sido atacado por los demás.

Algo que infaliblemente consigue un paciente en una terapia de grupo, si es que antes no lo poseía, es aprender a escuchar, a respetar y ver “no está solo” en el “mar de defectos y equivocaciones” que ha tenido.

La psicoterapia de grupo es utilizada en los medios hospitalarios, resulta ser tan efectiva como la individual, con un costo más económico y que puede alcanzar un mayor número de pacientes, y menor tiempo.

2.2 FORMACION DE GRUPOS AUTOAYUDA

Grupo de Apoyo hospitalario. El profesional de la salud convoca este tipo de grupo para ofrecer un marco acogedor y seguro que permita la gestión de las capacidades mutuas de los miembros frente a una situación conflictiva o amenazante.

Desde una perspectiva socio-afectiva este tipo de grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico, ofrecen recursos de afrontamiento; sensación de control; soporte emocional paliativo; aumento del estado de ánimo positivo, de la autoestima; oportunidad de tener interacciones sociales legalizadas y, un feedback de los demás miembros del grupo que servirá de guía para identificar síntomas y poder actuar ante cualquier desajuste. La persona podrá hacer una mejor valoración de su propia situación (Rodríguez Marin, Pastor, y Lopez-Roig, 1993 en González, P. (1999).

Grupos de autoprotección

Recogen la necesidad de ciertos grupos o colectivos en organizaciones, sobre todo de contextos como el educativo y en la salud. Es el surgimiento de grupos auto gestionado que pretenden compartir actividades y facilitar protección ante una situación percibida como estresante y desgastadora. Están compuestos por personas con un problema o experiencia común, se reúnen de forma periódica en forma de grupos pequeños y están estructurados y controlados por ellos mismo (Taylos y cols., 1988 en Gózales, P.1999).

(*Fernández, F. et al. 2004*). Hace referencia a la definición y terminología usada para describirla. Es común que en la literatura se encuentren múltiples referencias a -soporte-, -ayuda mutua-, -asistencia mutua-, y autoayuda. Para hablar de redes de ayuda en estrategias de afrontamiento ante determinados problemas. (Gartner y Reissman 1982, en *Fernández, F. et. al 2004*) hace énfasis en los aspectos de organización y disponibilidad de un programa formalizado, en relación a los grupos de

autoayuda. Si esto no existiera, dice no podría hablarse de grupos de autoayuda, sino simplemente de alguna forma de ayuda mutua.

No existe un tipo de estándar de asociación o de grupo de autoayuda para trastornos de la alimentación, como también en el grupo de autoayuda de jóvenes a la vida sin adicciones del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (Castro, M. & Briseño, J. (1999) Parece que cada asociación sigue la filosofía o los criterios que marcan el fundador o fundadores y sus miembros. Actualmente, existen muchos de estos grupos repartidos tanto en Estados Unidos como en Europa.

Grupo de autoayuda mutua.

(González, P. (1999) Menciona ciertas características de este tipo de grupos que en ocasiones devienen asociaciones. Estos constituyen, sin lugar a dudas, una fuente de apoyo que adquiere, cada vez más, un rol influyente en la atención de la salud y de la competencia socio-afectiva.

Este tipo de grupos atiende tanto a los enfermos crónicos, mentales y físicos, como a sus familiares. Existen numerosas asociaciones, surgidas en primera instancia como pequeño grupo, que ofrecen información sobre el problema compartido, soporte emocional y, además, la posibilidad de compartir un fuerte sentimiento de utilidad social (como en toda oferta voluntaria) que revierte positivamente en la autoestima.

Se puede señalar, generalmente, una doble misión en los grupos de autoayuda:

Los grupos de ayuda mutua, cumplen la función de paliar estas circunstancias, además informan, orientan y apoyan a los familiares en la adquisición de recursos frente a los prejuicios y a la angustia vinculados al desconocimiento de determinadas enfermedades y sus consecuencias.

Algunos ejemplos de estos grupos pueden ser aquellos en torno a las asociaciones de enfermos crónicos de colitis ulceras y enfermedad de Crohn, mujeres mastectomizadas, grupos de enfermos de Sida.

Grupos de autoayuda con diferentes padecimientos

Los grupos de esta categoría están compuestos por personas interesada en afrontar un problemas o crisis vital completa. Generalmente organizados con una tarea específica, los grupos no intentan analizar la psicodinámica individual con la profundidad ni intentan cambiar significativamente funcionamiento de la personalidad. Los grupos de autoayuda tuvieron un impacto significativo sobre la salud emocional y el bienestar de muchísimas personas. (Harald,I. Kaplan B. & Sadock (1997) sin embargo:

Una característica distintiva del grupo de autoayuda es su homogeneidad. Los miembros padecen el mismo trastorno y comparten sus experiencias buenas o malas, de éxito o de fracaso. Al hacerlo, se educan mutuamente, proporcionan apoyo y alivian la sensación de alineación que habitualmente tiene la persona incluida en ese tipo de grupos. El grupo de autoayuda suele ser dirigido por una persona que ha padecido o aun padece el mismo problema que los demás miembros del grupo

Muchos de los miembros de los grupos de autoayuda se han reunido a causa de los problemas que padecen han sido resistentes a los métodos tradicionales de intervención. Muchos de los grupos de autoayuda se centran en torno a una enfermedad crónica como la diabetes, enfermedad renal, hemofilia, ileitis y colitis y, especialmente, las adicciones como el alcohol, la heroína (Harald,I. Kaplan B. & Sadock (1997)

El grupo de autoayuda más conocido es Alcohólicos Anónimos (A.A), que fue fundado en 1934 por dos alcohólicos uno de los cuales era médico. Jugadores

Anónimos (GA) fundada en 1957 que sigue el modelo de A.A y está compuesto por jugadores patológicos que buscan la abstinencia total del juego como meta.

Diversas condiciones son caracterizadas bajo el título de grupos de abuso de sustancias, además de alcohol, incluidos los narcóticos y otras drogas, comida y tabaco. Cada una de ellas tiene uno o varios grupos de autoayuda compuesto por personas que intentan superar el problema particular; Weight Watchers está compuesto por personas obesas; Smoke-Enders, como adictos al tabaco; Daytopo Village y Phoenix House está compuesto principalmente por consumidores por opiáceos. Cada grupo se basa en la premisa de los que han tenido el problema y lo han superado pueden prestar la ayuda más efectiva a quienes intentan hacer lo mismo. (Harald,I. Kaplan B. & Sadock(1997).

2.3 GRUPO DE AUTOAYUDA INTRAHOSPITALARIA DE PERSONAS QUEMADAS

El Hospital General Dr. Rubén Leñero perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal maneja un programa llamado GAPEQ (Grupo de Autoayuda a pacientes Quemados), dicho programa lleva más de 17 años funcionando dentro del hospital obteniendo excelentes resultados. Está compuesto de antiguos pacientes que han trabajado durante la Psicoterapia de Grupo Intrahospitalaria, vienen a apoyar al paciente que se encuentra en proceso de su rehabilitación Bio-Psicosocial, se base en los principios de Gapeq, con el enfoque de la Logoterapia de Viktor E. Frankl considerado dentro de la psicología existencial, con sentido de vida, y auto trascendencia. (Frankl, V. (2004)

Terapia de grupo intrahospitalario y de rehabilitación

La terapia de grupo tiene su propio lugar en un programa de rehabilitación bien desarrollada para los individuos que sufren una incapacidad como son las personas con quemaduras, así como para sus familiares. Los enfoques orientados a la acción basados en los principios de aprendizaje que incorporan la realización de modelos, interpretación de papeles y el refuerzo son los más comprometedores (Krueger, D. 1988)

La terapia de grupo está orientada a la solución de problemas en los que miembros trabajan en cuestiones o temas que emanan del propio grupo. En su programa de rehabilitación está bien concebido que hay momentos en que la terapia de grupo resulta especialmente efectiva, en el área intrahospitalaria

Las principales problemáticas tratadas en la Psicología Hospitalaria nos menciona (Gaetano, T.(12112013) tiene que ver con:

-El malestar psicológico que, en medida diversa, acompaña cada experiencia de la enfermedad o quemadura; representa la rotura del equilibrio, una amenaza

que, dependiendo del tipo y de la gravedad, produce cambios en la vida personal, familiar, social y laboral. En otras palabras, cuando una persona se enferma en su totalidad.

El sufrimiento emotivo de enfermos con quemaduras, afectados por patologías a menudo graves, crónicas y/o con pronóstico fatal, que además de los problemas físicos, tienen que enfrentarse con reacciones emocionales muy intensas, y con complejas secuelas psicológicas que hacen más difícil la experiencia de enfermedad, y su rehabilitación psicosocial

Ventajas de la terapia de grupo

Los miembros aportan ayudas a los demás: Las personas que sufren una incapacidad por quemaduras, suelen ser con frecuencia receptores de ayuda, y pueden tener menos oportunidades para prestarla. En un grupo cada miembro, a la vez, recibe y proporciona ayuda. La oportunidad de sentirse necesitado y útil representa un importante estímulo para seguir sintiendo en sí mismo la satisfacción de ayudar a los demás.

Desarrollo de la capacidad de comunicación: Para la mayoría de los sujetos que padecen una incapacidad por quemaduras, el desarrollo de su capacidad afectiva de comunicación es esencial para satisfacer sus necesidades.

Las interacciones en grupo aportan experiencia para escuchar a los demás, y encontrar solución en esa comunicación emocional.

Apoyo al encontrar patrones similares: Las personas incapacitadas por quemaduras, suelen luchar con problemas similares. Un grupo aporta la riqueza que supone encontrar con perspectivas distintas y soluciones diversas. Antes de sufrir su incapacidad por quemaduras, la mayoría de las personas tenían muy poca experiencia, o ninguna, en estas cuestiones, y por lo tanto en el momento actual carecen de patrones en qué basarse. En el grupo de individuos pueden convertirse en

modelo de los demás miembros, siendo posible capitalizar esa poderosa herramienta de aprendizaje.

Ayuda para personas menos comunicativas: Para aquellas personas que se muestran con resistencia a hablar de sí mismas, el grupo ofrece un ambiente menos tenso que el que supone las sesiones individuales. Con frecuencia son los otros quienes expresan los sentimientos de un miembro reservado. Mediante el uso de estas manifestaciones, la persona silenciosa, hombre o mujer, puede adquirir seguridad para expresarse. Incluso los sujetos que se encierran en un absoluto mutismo pueden indirectamente resultar beneficiados (Salhoot, 1974 en Kueger, D. 1988)

Grupo de asesoramiento entre iguales/autoayuda

El asesoramiento entre iguales es un concepto que se desarrollo en los sistemas de rehabilitación, pese a la prolongada historia de usos eficaces de los grupos de autoayuda en otros campos (Griffin y Martin, 1979 en González P.1999). El asesoramiento entre iguales es un proceso por el cual una persona recibe la ayuda de otra que padeció una experiencia similar o parecida. No hay criterios específicos para el asesoramiento entre iguales que sean ampliamente aceptados. Sin embargo, la mayoría de los programas que utilizan estos servicios aportan una preparación relacionada con la función que deba desarrollarse. Los asesores de grupos entre iguales han de tener las características de los asesores en general, aparte de ser “modelos” de éxito en su acoplamiento a la comunidad, mostrándose capaces de realizar con efectividad una apertura de sí mismos a los demás y una buena confrontación a los demás miembros del grupo. Esta última suele tener mayor eficacia cuando el sujeto que la realiza es un igual.

Para esta población son especialmente útiles tres importantes componentes (Peer Counseling, 1981, en W, krueger, D. 1988):

- La confrontación producto de una discrepancia entre la expresión de lo que un miembro desea ser y lo que realmente experimenta que es (ideal frente a la realidad del propio ser).

- Confrontación producto de la diferencia existente entre la expresión verbal de la conciencia de sus experiencias reales personales.

- Confrontación derivada de la diferencia existente entre la forma en que el asesor ve al miembro, y la expresión que éste hace de sus experiencias personales.

El asesoramiento que ofrece un grupo de iguales resulta especialmente útil para los individuos integrados en su comunidad a causa de la efectividad del grupo a la hora de ofrecer ayuda concreta de los problemas cotidianos que afectan a la vida independiente y la búsqueda profesional. A los iguales se les pide que participen en hospitales de rehabilitación, principalmente en grupos educativos.

2.4 TECNICAS GRUPALES EXISTENCIALES

La terapia existencial es un tipo de terapia dinámica que ayuda al estar en contacto con estas preguntas y preocupaciones primordiales que con frecuencia están por debajo de muchos en conflictos, ansiedades y motivos a la vida. (Feixas, G. 1993)

Estas preocupaciones primordiales incluyen:

- Conciencia de nuestro limitado periodo de vida
- Nuestra libertad de hacer elecciones
- Consciencia de nuestra existencia como individuos
(Estado de separación)
- La amenaza de lo que no tiene sentido

Es una terapia que proviene de una rama de la filosofía conocida como existencialismo, la cual examina el significado de la existencia. Se refiere a la comprensión de la posición de la gente en el mundo y a la clarificación de lo que significa estar vivo. El acercamiento terapéutico existencial acentúa “libremente voluntad,” la capacidad de hacer las opciones que no son dictadas por herencia o más allá del condicionamiento, con el cual un individuo puede hacer la persona que desea Ser. (Andrés Y. 2013)

Dicha terapia está basada en el entendimiento de que cada persona es la creadora de su propia vida y tiene la libertad de elegir cómo responder a cada momento de la existencia. En el enfoque existencial, el terapeuta busca comprender cómo el paciente experimenta la vida desde su perspectiva única. Este enfoque trata las causas en lugar de los síntomas de los problemas psicológicos y no sigue procedimientos rígidos prescritos. (Andrés Y. 2013)

Logoterapia análisis existencial de Viktor Frankl

La Logoterapia es el método de tratamiento psicoterapéutico que parte del espíritu y está centrado en la búsqueda de sentido. A diferencia de la psicoterapia que parte de la dimensión psicológica, la logoterapia parte desde la dimensión espiritual.

El fundador de esta "tercera escuela vienesa de psicoterapia" llamada Logoterapia es Viktor E. Frankl considerado dentro de la psicología existencial desarrollada en Europa, como su máximo exponente. Para la Logoterapia, la búsqueda de sentido es más que un derecho inalienable del hombre, es la esencia misma de su humanidad. (Frankl, V. (2004)

Si la reprime en su interior, encontrará el vacío existencial, pero si se consagra en ésta búsqueda verá su vida no solamente plena de sentido sino así mismo de los beneficios derivados de una existencia significativa, entre los cuales se encuentran la paz espiritual, la estabilidad mental y la capacidad de desarrollar un proyecto de vida auto trascendente.

Estos beneficios, sostiene Frankl, solamente se podrán alcanzar en tanto el ser humano se proponga conscientemente, llevar a cabo su consecución y solo podrá disfrutar como los resultados indirectos de su búsqueda de sentido. Frankl sostiene que el hombre busca incansablemente el sentido de su vida, es decir, se pregunta el para qué de su existencia y se siente frustrado o vacío cuando no encuentra respuesta.

Logoterapia grupal estructurada

La psicoterapia de grupo es tan antigua como el hombre. Por ser en relación, en buscar encontrar, con otros de su propia naturaleza dando como resultado el enriquecimiento, la unión, la integración, y complicidad de una intimidad la mayoría de las veces compartida de forma voluntaria.

La logoterapia de grupo sana al participante porque el apoyo que sus miembros pueden ofrecer se multiplica por el número de personas que participan en él. La sinergia que se establece entre los participantes ayuda a resolver situaciones en forma individual no sería posible, y da una sensación de pertenencia que con frecuencia los pacientes buscan. (Asencio, L.2005).

El mismo Dr. Frankl señala como importante en el manejo de grupos:

“El desenmascaramiento es completamente legítimo. Pero éste debe concluir ahí en donde el “psicólogo desenmascarador” tropieza con algún genuino, con los genuinamente humanos del individuo que, precisamente, no deja de desenmascarar. Y si el psicólogo no se detiene ahí, solo desenmascarará una cosa: su propio motivo inconsciente de envilecer y devaluar lo humano de la persona”.

La Red Existencial y los Círculos de Encuentro y Sentido son dos modelos de logoterapia grupal estructurada. Ambos se han aplicado en diferentes ámbitos socio-culturales y en distintos países como resultados siempre positivos. Es por eso que recomendamos específicamente estos dos que son ampliamente conocidos y agregados a la logoterapia Frankleana que toman por decreto el respeto, dignidad, paciencia, y responsabilidad del facilitador frente a los pacientes o estudiantes que conforman el grupo. (Asencio, L. (2005).

Ese manejo grupal se refiere al cúmulo coherente de actividades aplicadas a un grupo de personas organizados a través de un ciclo de temas, con objetivos y sesiones preestablecidas, límites y normas definidas, papel del facilitador asignado y el esquema de aplicación específicos.

La logoterapia de grupo estructurado está definida y organizada para su aplicación a través de guías o protocolos preestablecidos, en donde el logoterapeuta es un animador, facilitador y/o profesor que conduce la sesión hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Algunas técnicas de la logoterapia

Esriptoterapia: Para el paciente razonadamente literato o no, una de las mejores herramientas para ventilación emocional es escribir.

Algunos usan como catarsis de sus sentimientos escribir acerca de su vivencia emocional más profundas. Funciona de la misma manera que la catarsis en una sesión de terapia. (Asencio, L.(2005).

Biblioterapia: (Frankl en Asencio, L. 2005). Disertó acerca de “El libro como tratamiento terapéutico”. Esta técnica no constituye una de las grandes propuestas de la logoterapia. “teniendo en cuenta que la psicoterapia se basa en una colaboración entre el médico y el enfermo, no hay que pensar que el libro puede sustituir al médico y la bibliotecaria a la psicoterapia”.

Sin embargo dice (Frankl, en Asencio, L. (2005): “un libro adecuado leído en un momento oportuno ha salvado a muchas personas del suicidio, y esto lo sabemos los psiquiatras por experiencia. En este sentido, el libro presta una auténtica ayuda en la vida... y en la muerte he visto cartas escritas en el lecho de muerte o en la cárcel, en las que una sola frase puede aportar tales situaciones aislamiento exterior.

Se usa la lectura no para discusiones intelectuales, sino como trampolín para llegar a profundizaciones personales.

La biblioterapia es la utilización terapéutica de toda letra escrita como: poesía canciones, aforismos, reflexiones y frases célebres.

La biblioterapia (Asencio, L. (2005). Nos ofrece los siguientes beneficios

NO CONSTITUYE UN RIESGO, ya que los relatos son aceptados habitualmente como una intervención no instructiva y nos permite llegar al interior del otro con mayor facilidad.

REDUCE EL NIVEL DE RESISTENCIA por parte de los pacientes nuestras intervenciones y se agiliza el proceso de cambio.

IDENTIFICA LA IDEA Y LA DIRECCION DE CAMBIO con una imagen que permanece en el individuo estableciéndose en un nuevo recurso para él.

OFRECES NUEVOS MODELOS DE FLEXIBILIDAD señalando otros esquemas de respuesta posibles ante situaciones similares a las propias.

FOMENTA LA INDEPENDENCIA DEL PACIENTE y asegura su valiosa participación en el proceso terapéutico (“yo me sano”) al tener que inferir o, mejor aún, descubrir, el mensaje del relato llegando a sus propias conclusiones y no siguiendo interpretaciones del logoterapeuta.

La mayoría de los relatos, y textos religiosos, cuentos, contienen una enseñanza y una promesa. (Lukas, I. (2004).

La enseñanza no es más que una lección en la forma de vivir. En lo que se refiere a la promesa, por un lado se vincula a un polo positivo de la enseñanza, es decir, que todo saldrá bien si hacemos hincapié en los aspectos positivos de la vida. La promesa va más allá de la enseñanza y se transforma en auténtica, de esperanza (Lukas, E. 2004).

Psicoterapia existencial de Irvin Yalom

Psicoterapia de Grupo ¿Qué es la psicoterapia de grupo? Para (Yalom, I. 2010): La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, aunque no sólo se reduce a ello. En la psicoterapia individual una persona establece un contacto profesional con el paciente y lleva a cabo intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y desarrollo de la personalidad.

En la terapia de grupo, (Yalom, I. 2010) tanto la interacción paciente-paciente como interacción paciente-terapeuta, se utilizan para efectuar cambios en la conducta de cada uno de los miembros del grupo. El grupo, así como la aplicación de

técnicas específicas y en la realización de intervenciones por parte del terapeuta, sirve como instrumento de cambio. Y la característica que le da la terapia de grupo su potencial terapéutico.

Técnicas de psicoterapia de grupo: Aunque el psicoterapeuta individual y el psicoterapeuta grupal utilizan frecuentemente técnicas terapéuticas similares tales como escuchar enfáticamente, aceptar sin emitir ningún juicio e interpretar hay una serie de intervenciones que son específicas de la terapia de grupo. Éstas incluyen el trabajo *aquí-ahora*, la utilización de la transparencia del terapeuta y el empleo de varias ayudas de procedimientos que potencian el trabajo de grupo. (Vinogradoy, S. (1996).

Trabajar en el *Aquí-ahora*: Todos los grupos, incluyendo aquellos que carecen de liderazgo directo (por ejemplo, un grupo de autoayuda que carece de líder designado), pueden crear un entorno en el cual la mayoría de los factores terapéuticos, desde la universalidad al altruismo, sean operativos. El factor terapéutico del aprendizaje interpersonal, sin embargo, sólo se produce en los grupos dirigidos por un psicoterapeuta. (Vinogradoy, S. 1996).

El aprendizaje interpersonal en la psicoterapia de grupo requiere un líder versado en las técnicas terapéuticas específicas del trabajo en el seno del *aquí-ahora*. En general, los principios del trabajo en el *aquí-ahora* y la utilización del aprendizaje interpersonal son de gran importancia para los grupos interactivos prototípicos, pero estos conceptos pueden manifestarse para adaptarse a las necesidades de otra clase de grupos y forma parte esencial del repertorio instrumental de todo terapeuta grupal.

La importancia del *aquí-ahora*: El objeto principal de un grupo de terapia para pacientes externos a largo plazo y, en menor medida, de muchas otras clases de grupos, es ayudar a cada individuo a comprender sus interacciones con los restantes miembros del grupo, incluidos los terapeutas. Para esto los miembros deben aprender

a concentrar su atención en las transiciones interpersonales inmediatas que tiene lugar en el grupo. Centrarse en el presente. (Vinogradoy, S. 1996).

El principio técnico más importante para el psicoterapeuta de grupo consiste concentrarse en el presente, en lo que sucede en la sala durante el *aquí-ahora* de la sesión grupal. Al concentrar su atención directamente sobre el *aquí-ahora*, el líder atrae la participación activa de todos los miembros, y el hacer lo maximiza el poder y la eficacia del grupo. (Cabañas, R. *at el.* 2013).

Experimentación y examen del afecto: Es una experiencia grupal, se requiere ser terapéuticamente eficaz, debe contener tanto un enfoque afectivo como un componente cognitivo. Los miembros del grupo deben relacionarse mutuamente en un matiz afectivo: deben interactuar libremente, deben revelar una gran parte de sí mismos, y deben experimentar y expresar emociones importantes. Pero también deben distanciarse de dicha experiencia y analizar, comprender e integrar el significado de la experiencia emocional que acaban de atravesar. Por lo tanto, un foco del *aquí-ahora* consiste en una secuencia de rotación en el cual a la experimentación de afecto le sigue el examen de dicho afecto.

Un cambio terapéutico real no se produce a menos que los miembros del grupo pueden integrar lo que han aprendido en el *aquí-ahora*, para más tarde transferir dicho aprendizaje a una situación de la vida real. Los líderes se concentran en explicación y la integración intelectual, acaban por ahogar toda expresión de afecto espontaneo y crean un grupo estéril y sin vida.

Esta son las dos fases del enfoque *aquí-ahora* experimentación de afecto seguido de examen de afecto. Cada uno de ellas es importante para su carácter es muy diferente y exige dos conjuntos de técnicas (Vinogradoy, S.1996). muy diferenciadas:

1.- Para la primera fase de la experiencia emocional el terapeuta necesita un conjunto de técnicas que sumerja al grupo en sus interacciones inmediatas.

2.- Para la segunda fase la clasificación de la experiencia emocional, el terapeuta necesita un conjunto de técnicas que ayuda al grupo a trascender con el objeto de analizar e interpretar su propia experiencia.

Todo aquel que desvía hacia el pasado, la vida exterior o la intelectualización, debe ser devuelto suavemente al presente, para vivir en el aquí y el ahora, y asegurar su futuro.

Las propiedades únicas de la terapia de grupo: La terapia de grupo tiene ventajas más allá de las simples consideraciones económicas: es una forma de tratamiento que utiliza propiedades terapéuticas que no comparten otras psicoterapias. Se apoyó en una herramienta terapéutica muy poderosa: el escenario grupal, que proviene de la importancia que tienen las interrelaciones personales en nuestro desarrollo psicológico y las experiencias grupales cohesivas.

Beneficios de la terapia de grupo: La terapia de grupo no es terapia individual diluida, sino que ofrece otras posibilidades únicas y es una forma de tratamiento ampliamente practicada. Por su naturaleza es única, por su trato de relaciones interpersonales y las experiencias grupales cohesivas; en otros aspectos es comprobadamente tan eficaz como la individual, más eficiente en costos y resultados; y se adapta a pacientes no psiquiátricos como en caso de prevención, grupos de apoyo y sobrevivientes.

3. LOGOTERAPIA

La Logoterapia es una escuela psicológica de carácter multifacético - huella fenomenológica, existencial humanista, también conocido como "Psicoterapia del sentido de la vida ", o incluso la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia. La teoría de Viktor Emil Frankl (1905-1997) tiene una visión del hombre distinta de otras concepciones psicológicas de su tiempo en proponer la comprensión de los fenómenos; específicamente la existencia humana a través de la identificación de su dimensión noética o espiritual. (Moreira, N. & Holanda, A. 2010).

3.1 PRINCIPIOS FILOSOFICOS DE LA LOGOTERAPIA

Uno de los grandes méritos de Viktor Frankl, fue el enlace o inclusión que hizo de disciplinas que por tradición se mantenían alejadas: psiquiatría, psicología y filosofía. (Etcheverry, E.1990)

Desde muy pequeño, su espíritu inquieto lo llevó a interesarse por temas filosóficos. En su adolescencia y juventud profundizó en su estudio, en especial en la filosofía existencialista que en esos años era tema de controversia y gran interés en el ambiente intelectual de Viena. (Etcheverry, E 1990)

El joven Frankl, se reunía con los propios representantes del pensamiento existencialista Martin Heidegger y Karl Jaspers- para discutir esos temas.

Para Frankl la filosofía es una parte esencial de la naturaleza humana y en distintas ocasiones afirmó que no puede ni debe desligarse de la actividad terapéutica ya que muchos problemas humanos, angustias y hasta neurosis se derivan con frecuencia de una postura filosófica determinada.(Lukas, E.2006)

El profundo estudio de la obra de Max Scheler lo marca de tal manera que más tarde incluiría en el desarrollo de su teoría la importancia de la actualización de los valores para un sano desarrollo de la personalidad. . (Etcheverry, E.1990)

Por otro lado, como estudiante de Medicina y Neuropsiquiatría, Frankl profundizaba en el estudio del psicoanálisis freudiano. Reconoció la genialidad de Sigmund Freud, sin embargo, no estaba de acuerdo en algunos de sus planteamientos. En especial se opuso a la visión determinista y dogmática del psicoanálisis y a su visión reduccionista del ser humano. Para Víktor Frankl, la concepción que Freud tenía del hombre era tal, que deformaba al ser humano a una caricatura. (Instituto Humanista de psicología Gestalt A.C. 1998)

Se une entonces al grupo Adleriano e inicia con sus maestros Allers y Zchwartz varios centros de consultoría para los jóvenes afectados por los efectos de la Primera Guerra Mundial. Los temas más frecuentes eran entonces, depresión y suicidio. Estos centros tienen tal bienvenida que pronto se abren varios más en Frankfurt, Praga, Zurich y Berlín.

Víktor Frankl tuvo la influencia de muchos pensadores, mas siguió siempre su propio camino. Su Logoterapia es el resultado, por un lado, de la maduración de dichas influencias y de los aportes de la propia experiencia de Frankl. . (Etcheverry, E.1990)

A continuación haremos una breve revisión del origen y principales conceptos de la filosofía existencial surgida en Europa.

La filosofía existencial-humanista

La filosofía existencialista representa un parte aguas para la filosofía tradicional.(Gutiérrez, R. 2001)

Sören Kierkegaard (1813-1855) es considerado el padre de dicha filosofía. Pero hasta casi un siglo después fue retomada y continuada en Alemania por Martin Heidegger. (Gutiérrez, R. 2001)

Kierkegaard hablaba de la existencia concreta de la persona con su singularidad, autonomía, con su sentido de libertad y responsabilidad. Fue el primer autor en señalar que cuando surge la angustia, la impotencia, la desesperación, el quebranto y

la culpa, es cuando el ser humano puede concientizarse de su humanidad. (Gutiérrez, R. 2001).

Rollo May define el movimiento existencialista como “tomar como centro a la persona existente”, donde el énfasis se pone en el ser humano como surge y deviene. Cuando el ser humano se enfrenta a los supuestos básicos de la existencia: la libertad, el aislamiento, la carencia de sentido vital y la muerte, entra en conflicto y angustia existencial. Sin embargo, no enfrentarse a ellos significa vivir dormido. (Gutiérrez, R. 2001)

Siguiendo la línea de Kierkegaard, Martín Heidegger desarrolla una “ontología fundamental”. Heidegger fue alumno de Husserl, el creador de la fenomenología.

Plantea que el ser humano -por ser consciente de sí mismo- está en situación de preguntarse acerca de su ser, de su existencia y con ello ser simultáneamente en relación con otros seres humanos y objetos del mundo. (Gutiérrez, R. 2001)

Este ser-en-el-mundo es “arrojado” a su existencia. Otros existencialistas empiezan a surgir y a hacer sus propios aportes. Por un lado, el existencialista francés Jean Paul Sartre, quien desde una postura atea enfatiza el sinsentido de la existencia y por otro, lado el alemán Karl Jaspers quien se ubica dentro del existencialismo teísta junto con Gabriel Marcel.

Jaspers considera las “situaciones límite” que nos presenta la vida como la ocasión para el hombre de trascenderse. Tanto para Jaspers como para Kierkegaard abrirse a la trascendencia implica “devenir lo que se es”, asumir la angustia de la propia condición del ser. (Andrés Y. (2013)

Por su lado, Martin Buber, destaca la filosofía del diálogo y plantea que la existencia auténtica sólo se logra en el “encuentro” con el otro, en el diálogo yo-tú.

Todos los autores existencialistas concuerdan en usar el método fenomenológico al abordar un tratamiento con un paciente. “Esto significa entrar en el mundo de su experiencia y escuchar los fenómenos que relata sin ningún presupuesto previo que distorsione la comprensión”. (Yalom, I. 1984)

Los escritos de Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Buber, Jaspers y Sartre que planteaban una nueva visión del ser humano y de la vida fueron tan bien acogidas como las ideas de la filosofía oriental (Zen y Tao).

Tras esta revolución ideológica, se establece en 1950 una nueva escuela ideológica encabezada por Abraham Maslow a la que llamaron “psicología humanista”, pero no fue hasta 1961 que aparece públicamente con la aparición del Journal of Humanistic Psychology, y un año más tarde se funda la Asociación Americana de Psicología Humanista presidida por A. Maslow.

En 1963 James Bugental formula cinco principios básicos de la psicología humanista:

1. “El hombre, sobrepasa la suma de sus partes (es decir, que el hombre no puede explicarse simplemente a partir del estudio científico de sus funciones parciales)

2. El hombre es un ser dentro de un contexto humano (es decir, que el hombre no puede entenderse estudiando simplemente sus funciones parciales y dejando de lado su experiencia interpersonal)

3. El hombre tiene una conciencia (y sólo puede explicarse psicológicamente desde teorías que reconozcan el curso continuo de la autoconciencia humana, tomada por sus distintas capas).

4. El hombre tiene una capacidad de elección (no es un espectador de su propia existencia, sino que crea sus propias experiencias).

5. El hombre tiene una intencionalidad (tiende hacia el futuro, tiene un propósito, unos valores y un significado” (Yalom, I.1984)

Similitudes y diferencias entre la psicoterapia existencial y la psicología humanista:

A pesar de que la psicoterapia existencial (a la que pertenece la Logoterapia) mantiene relaciones un tanto confusas con la psicología humanista, comparten

muchos supuestos básicos y no son pocos los psicólogos humanistas que tienen una orientación existencial. Entre ellos Maslow, Perls, Bugental, Bühler y Rollo May. (Yalom, I. 1984)

La teoría que Viktor Frankl desarrolla, al estar fundamentada sobre la tradición existencialista, toma en cuenta las limitaciones humanas y la dimensión trágica de la existencia. Es un gran optimista pero no basa ese optimismo en la negación u omisión de las limitaciones sino en la posibilidad de trascenderlas y de encontrar sentido, incluso en la tragedia. Intuye que el sufrimiento puede no ser en vano, puede abrir nuevas y profundas perspectivas en la persona y transformarse en un logro personal.

Frankl menciona el concepto central de su teoría –el sentido de la vida- desde muy temprano (1925), pero es en los campos de concentración donde lleva a la práctica su teoría. “Las auténticas facultades humanas de la autotrascendencia y el autodistanciamiento fueron verificados y convalidados en forma existencial en los campos de concentración”. Este empirismo en su más amplio sentido de la palabra confirmó “la voluntad de sentido” y la autotrascendencia y sus efectos terapéuticos.

Parte de su persona, más aún, responde a través de su vivencia a la pregunta que, como psiquiatra, intenta responder: “¿Cómo puede uno despertar en un paciente el sentimiento de que tiene la responsabilidad de vivir, por muy adversas que se presenten las circunstancias?” (Frankl, V.1989)

Gordon Allport –en el prefacio de “El hombre en busca de sentido”- pregunta: “¿Cómo pudo él –que todo lo había perdido, que había visto destruir todo lo que valía la pena, que padeció hambre, frío, brutalidades sin fin, que tantas veces estuvo a punto del exterminio-, cómo pudo aceptar la vida como digna de vivirla?”

Se podría afirmar que la psicología humanista va de más (el potencial humano) a más (la autorrealización) mientras que la logoterapia va de menos (limitación y sufrimiento) a más (logro personal, sentido).

3.2 Marco conceptual investigación documental

El marco metodológico tiene su base en los modelos humanistas de la psicoterapia, abarca a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia guesáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (Quintmann, H. (1989)

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

Estas psicoterapias se desarrollan sobre todo en Norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838-1917) que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers(1883-1969), filósofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida y la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger (1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado dasein análisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P. Sartre (1905-1980), que destaca el cómo la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo. El ser humano es radicalmente libre, y se auto determina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones (hay que notar que la concepción budista del "karma" es similar a esta existencial en cierto grado) y al psiquiatra V. Frankl(1905-1997) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la importancia del encuentro o pérdida del sentido de la propia existencia, describiendo las

llamadas "neurosis oncogénicas" como forma de pérdida de este sentido. (Quintmann, H. (1989)

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "neopsicoanálisis" de K. Horney, E. Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tillich y Martin Buber, residentes en EE.UU, y la escuela Gestalt, sobre todo a través de K. Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C. Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas (Rogers en 1952 publica su obra "Psicoterapia centrada en el cliente") y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra "Motivación y personalidad". En 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la psicología académica, dominada por el conductismo que entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto. (Ortiz A. (2006)

(Beristáin y Nitela (1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

1. La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
2. La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
3. La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
4. Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo

rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas).

5. La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

3.2.1 Holismo

Holismo: Del griego "hólos" (entero, completo). El holismo es una posición metodológica y epistemológica según la cual el organismo debe ser estudiado no como la suma de las partes sino como una totalidad organizada, de modo que es el "todo" lo que permite distinguir y comprender sus "partes", y no al contrario. Las partes no tiene entidad ni significado alguno al margen del todo, por lo que difícilmente se puede aceptar que el todo sea la "suma" de tales partes.

El filósofo alemán Georg Wilhem Friedrich Hegel (1770-1831) investigo los siguientes postulados relacionados con una nueva manera de resolver problemas, que consistía en analizar el fenómeno como un Todo y consideraba a cada una de las partes que lo formaban según (Ortiz, P. 2006):

- El Todo es mayor que la suma de sus partes.
- El Todo determina la naturaleza de sus partes.
- Las partes no pueden comprenderse si se considera aisladas del Todo.
- Las partes están dinámicamente interrelacionadas y además son independientes

Dentro del Holismo se inscribe el pensamiento estructuralista como el reconocimiento de que un todo no es la suma de sus partes sino una totalidad por las relaciones internas en la continua contradicción y que constituye una estructura con un sistema donde la modificación de un elemento implica la de los demás. (Ortiz, P. 2006)

En la filosofía Gestalt el hombre debe ser contemplado de una forma holística, involucrando cuerpo, mente y emociones y reconociendo y aceptando sus emociones básicas (miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto) dándose cuenta de cómo afectan a su cuerpo y a su mente. Esto es lo holístico, lo integral, interdependiente e interrelacionado (Esteve, P 2006)

La Psicoterapia Gestalt es una corriente que pertenece a la teoría Humanista-Existencial, y que dentro de sus postulados se basa en un cambio de visión del mundo, un cambio que se inserta en el nuevo enfoque holístico, que comenzó a darse

desde principios del siglo XX, en las ciencias, sobre todo en la física y que llegó más tarde a ser parte de la Psicoterapia Gestalt, por lo que esta corriente se sitúa como una nueva propuesta de lo que hasta entonces se venía haciendo. Fritz Perls retoma el trabajo de J.C. Smuts Holismo y Evolución donde Smuts “proponía un programa de investigación denominado holismo.” (Ortiz A. (2006)

(Müller, G. 2007) Menciona:

“Según tal programa, la ciencia debería interesarse no tanto por las características atómicas de los fenómenos estudiados, sino por la configuración global formada por ellas. Sin embargo, tal configuración no correspondería al resultado de la suma de las partes. Más bien, se trataría de una organización autónoma que no por eso sería indiferente a aquellas partes. Si una de ellas se alteraba, todas las demás también, hasta que se restablecía una nueva estructura unificada.”

3.2.2 Fenomenología

El término fenomenología significa literalmente "la ciencia de los fenómenos" y se basa en la premisa de que la realidad se compone exclusivamente de los objetos y los acontecimientos tal como son percibidos o comprendidos en la conciencia humana. Por lo tanto, la realidad no se compone de algo independiente de la conciencia humana. Aquí es donde otra conexión con el existencialismo se puede encontrar: la primicia de la mente humana, o de la conciencia. (Martínez, A. 2013)

Método fenomenológico

Método fenomenológico propuesto por Edmund Husserl, consiste en examinar todos los contenidos de la conciencia, determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza. (Quintmann, H. 1989)

Hablar de lo fenomenológico es hablar de lo que sucede cuando tomamos un objeto en la conciencia. Es "volver a las cosas mismas", a partir de la experiencia, evitar toda explicación, para que se convierta en una ciencia objetiva e imparcial. Para Husserl detrás de lo que sucede no hay nada. Intencionalidad de la conciencia. Rechazan los sistemas filosóficos como el naturalismo o positivismo.

Para poner en marcha el método fenomenológico hay que adoptar una actitud radical, esto es la de la 'suspensión' del 'mundo natural'. De esta manera, podría decirse que la creencia en la realidad del mundo natural así como las proposiciones que dan lugar a esas creencias, son colocadas 'entre paréntesis'. No se trata, pues, de negar la realidad natural. El método propone colocar un nuevo 'signo' a la 'actitud natural', lo que significa abstenerse respecto a la existencia espacio-temporal del mundo. (Quintmann, H. 1989)

En síntesis, el método fenomenológico, consiste en:

- Examinar todos los contenidos de la conciencia
- Determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios.
- Suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado, en cuanto a tal y describirlo en su pureza.

La fenomenología, no presupone nada: Ni el sentido común, ni el mundo natural, ni las proposiciones científicas, ni las experiencias psicológicas. Se coloca antes de cualquier creencia y de todo juicio para explorar simplemente lo dado.

Los primeros seguidores de Husserl, como el filósofo alemán Max Scheler, influenciado por su libro anterior, Investigaciones lógicas (1900-1901), proclamaron que el cometido de la fenomenología es estudiar las esencias de las cosas y la de las emociones. (Martínez, A. 2013)

Martin Heidegger (1889-1976) Todos los fenomenólogos siguieron a Husserl en el intento de utilizar descripciones puras. Así, suscribieron la frase de Husserl que conducía a aprender "las cosas mismas". Sin embargo, diferían entre sí tanto en lo referente a si la reducción fenomenológica puede ser llevada a cabo, como en lo tocante a lo que es evidente para el filósofo al dar una descripción pura de la experiencia. El filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976), colega de Husserl y su crítico más brillante, proclamó que la fenomenología debe poner de manifiesto qué hay oculto en la experiencia común diaria. Así lo mostró en *El ser y el tiempo* (1927) al describir lo que llamaba la 'estructura de la cotidianidad', o 'ser en el mundo', que pensó era un sistema interrelacionado de aptitudes, papeles sociales, proyectos e intenciones. Para Heidegger, el individuo, y por extensión el ser humano, es lo que uno hace en el mundo, pues una reducción fenomenológica a la experiencia privada es imposible, y como la acción humana se compone de un dominio directo de los objetos, no es necesario situar una entidad especial mental, llamada significado, para explicar la intencionalidad. Para Heidegger, la situación dentro del mundo entre las

cosas en el momento de realizar proyectos es un tipo de intencionalidad más trascendente y fundamentadora que manifiesta sólo con mirar o pensar sobre los objetos, y es esta intencionalidad más fundamental la que hace posible la direccionalidad analizada por Husserl desde el saber científico.

Fenomenología francesa: (Andres, Y 2013). El filósofo francés Jean-Paul Sartre (1905-1980), uno de los principales representantes del existencialismo, trató de adaptar la fenomenología de Heidegger a la filosofía de la conciencia, recobrando de ese modo, las enseñanzas de Husserl. Coincidió con éste en que el conocimiento está siempre orientado hacia los objetos, pero criticó su afirmación de que tal direccionalidad fuera posible sólo por medio de entidades mentales peculiares llamadas significados. Otro filósofo francés, Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) rechazó la idea de Sartre de que la descripción fenomenológica revelara que los seres humanos son puros, aislados y con una conciencia libre. Recalcó el papel de un cuerpo activo y comprometido en todo el conocimiento humano, y por esta vía amplió las nociones de Heidegger destinadas a incluir en la fenomenología el análisis de la percepción. Como Heidegger y Sartre, Merleau-Ponty es un fenomenólogo existencial que niega la posibilidad de situar la experiencia del hombre entre paréntesis o en suspenso respecto a la conciencia del ser.

La fenomenología ha tenido una influencia creciente sobre el pensamiento del siglo XX. Se han desarrollado interpretaciones fenomenológicas de teología, sociología, psicología, psiquiatría y crítica literaria, y la fenomenología sigue siendo una de las escuelas más importantes dadas. (Andres, Y 2013)

3.3 LOGOTERAPIA COMO ESCUELA PSICOLOGICA

La historia de la Logoterapia y Análisis Existencial está estrechamente ligada a su fundador Viktor E. Frankl. (Frankl, V. (2004)

A muy temprana edad hace consciencia de la temporalidad de la vida y empieza a cuestionarse sobre su sentido: “¿Para qué vivimos si un día tendremos que morir?”

Esta pregunta lo acompaña en su adolescencia y juventud donde ya se había sembrado -sin que él lo supiera- la semilla de la Logoterapia.

Siendo muy joven, se involucra en proyectos comunitarios donde se da atención a jóvenes que sufrían los estragos de la primera guerra mundial: falta de oportunidades, desempleo, falta de sentido.

Ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena y se interesa por los planteamientos de Sigmund Freud y su psicoanálisis. Mantiene correspondencia con él –aunque vivían en la misma ciudad- y por petición del propio Freud es invitado a publicar su primer artículo en la Revista Internacional de Psicoanálisis cuando tenía apenas 19 años.

Al terminar su formación como médico se especializa en Neuropsiquiatría y partiendo del psicoanálisis freudiano y de la psicología individual de Alfred Adler, -escuelas que en un momento lo fascinaron pero que no lo convencieron totalmente-, desarrolla su propio enfoque en el que abarca también la dimensión noética del ser humano para enriquecer y rehumanizar el trabajo psicoterapéutico.

Viktor Frankl se oponía al psicologismo de la época y rechazaba el determinismo del psicoanálisis -“infancia es destino”- defendiendo la libertad humana y su capacidad de auto-determinación.

La visión del ser humano que distingue el Análisis Existencial Frankliano incluye

conceptos fenomenológico-antropológicos como la libertad, la responsabilidad, la capacidad de auto-distanciamiento y auto-trascendencia, el valor único del ser persona, la incondicionalidad del sentido de la vida, la multidimensionalidad del ser y la consciencia como ‘órgano’ del sentido. (Frank, V 2004)

La Logoterapia como la aplicación clínica del Análisis Existencial se puede describir como una forma de psicoterapia cuya motivación final es aplicable a la existencia concreta de la persona, en su contexto global, orientada a la solución, para beneficio de la persona y de la comunidad y por lo tanto centrada en el sentido. Por esta visión y sus conceptos, la Logoterapia es considerada una forma de psicoterapia “existencial-humanista”. (Fabry J. 2009)

Es también conocida a nivel mundial como la Tercera Escuela de Psicoterapia Vienesa después del Psicoanálisis y la Psicología Individual.

Su concepto de la “voluntad de sentido” como motivación central de la persona resalta las áreas sanas de la personalidad capaces de sanar, disminuir o apartar los síntomas patológicos para crear una nueva organización de la experiencia y conductas individuales orientadas hacia el sentido.

Los métodos y técnicas con los que trabaja la Logoterapia se utilizan en el trabajo con algunas neurosis psicógenas, neurosis noógenas y en la modificación de actitudes y conductas disfuncionales. Esto a nivel correctivo; sin embargo, la Logoterapia tiene una amplísima aplicación a nivel preventivo orientando a la persona hacia un estilo de vida de conservación de la salud mental. (Frank, V 2004)

En la intención paradójica se moviliza la capacidad de auto-distanciamiento acompañada del sentido del humor –forma directa de experimentar dicha capacidad-, de modo que la persona desee provocar precisamente lo que teme; de esta forma el miedo patológico es sustituido por un deseo paradójico provocando que el síntoma desaparezca. La intención paradójica acaba con la ansiedad anticipatoria que

refuerza el síntoma –síntomas fóbicos, obsesivos, insomnio, tics nerviosos, algunos casos de tartamudeo. (Frank, V 2004)

La derreflexión por otro lado, refuerza la capacidad de auto-trascendencia - capacidad de salir de uno mismo- y amplía el campo de visión de la persona para reducir o eliminar la tendencia neurótica a la hiperreflexión y a la hiperintención. Esta técnica se usa de manera exitosa en ciertos casos de disfunciones sexuales como la impotencia, la incapacidad para lograr el orgasmo originado en la hiperintención, en casos de actitudes neuróticas como la actitud de víctima, la postura egocéntrica, la excesiva timidez, entre otras. (Frank, V 2004)

La ampliación del campo de visión retoma aquí su importancia y para ello se apoya en la visualización, en la fantasía guiada, en la confrontación, en la búsqueda de alternativas significativas, de manera que se amplíe la consciencia de la persona para poder hacer una elección más libre y responsable. (Fabry J. 2009)

Durante el diálogo existencial-analítico se identifican nuevas posibilidades hacia el descubrimiento del sentido, metas, proyectos y tareas significativas, aplicables a la experiencia concreta.

Este diálogo se apoya en la Mayéutica, técnica conocida también como diálogo socrático que guía hacia un cuestionamiento profundo de lo significativo en el mundo del paciente, movilizándolo así la voluntad de sentido. (Frank, V.2004) Otros métodos son la interpretación de los sueños para descubrir en ellos contenidos existenciales y mensajes de sentido.

La meditación logoterapéutica, la visualización guiada, la metáfora como herramienta de auto-descubrimiento y de identificación de elementos con un contenido de significado, el logodiario como un registro que sensibiliza y

responsabiliza a la persona hacia una existencia más plena y la biblioterapia como recurso terapéutico que orienta hacia el sentido. (Ascencio, L 2005)

La relación cliente-terapeuta se centra en el “encuentro personal” y en una ética siempre respetuosa de los derechos del cliente.

La Logoterapia de grupo se da en la aplicación de la Terapia Familiar centrada en el sentido donde se considera a la familia como una comunidad capaz de aportar actitudes y conductas significativas para el beneficio y crecimiento común. Se aplica también en los grupos de encuentro logoterapéutico. (Ascencio, L 2005)

Entre éstos, los más importantes serían los medios de supervivencia económica, la insatisfacción con la familia, la búsqueda de *estatus* social, entre otros. Estos puntos fueron articuladas con la concepción de Viktor Emil Frankl , mientras éste se encuentre en la búsqueda insaciable de sentido de la vida. Era de esperar, por tanto, arrojar luz sobre esta relación.

El reconocimiento internacional en el mundo científico y la investigación empírica para la validación y eficacia de la Logoterapia la confirman como una teoría psicoterapéutica científica para el trabajo con la experiencia y conducta humana.

El Dr. Frankl insistió en su apertura a nuevas aportaciones siempre y cuando no se desviaran de lo medular de su teoría. Estas aportaciones se han venido realizando alrededor del mundo, en su natal Viena, en Alemania, Italia, México, Argentina, Uruguay, España, Japón y algunos otros países.

4. PROPUESTA

TALLER “CIRCULO DE ENCUENTRO Y SENTIDO”

La propuesta del presente estudio consiste en un taller llamado “Circulo de encuentro y sentido”, que va dirigido para pacientes con secuelas de quemaduras que, han sido dados de alta del área de hospitalización del hospital Dr. Rubén Leñero de la Secretaria de Salud del D.D.F.

Si el sentido de vida es la razón para vivir, cuando se presentan situaciones dolorosas, críticas, traumáticas que rebasan la estructura física y emocionales del Ser es muy probable que se pueda caer en el vacío existencial, que no solamente se caracteriza por una neurosis noógeno, sino que se manifiesta también en la mediocridad, totalitarismo, conformismo y en las neurosis de masas (adicción, agresión y suicidio). (Lukas E. (2006).

Con este taller, se pretende sensibilizar al paciente para encontrar el sentido de vida, a ese vacío existencial de su sufrimiento por las secuelas de quemaduras, para un cambio de actitud a la vida, a través de ayudar a otros con la misma experiencia postraumática. Con el apoyo del modelo análisis existencial de la logoterapia de Víctor Frank. (Frankl, V. (2006).

Considerando lo anterior se propone un taller para pacientes con quemaduras basado en los siguientes fundamentos de la logoterapia.

- Que la vida tiene sentido en todas las circunstancias
- Que el hombre es dueño de una voluntad de sentido y se siente vacío cuando deja de ejercerla.
- Que el hombre es libre, dentro de sus innegables limitaciones, para consumir el sentido de su vida

Este cambio planeado, induce a implementar un plan de acción como aportación con el fin de lograr. Utilizando la metodología que a continuación se desarrolla.

4.1 JUSTIFICACION

A través del tiempo de rotar por diferentes hospitales de Urgencias, sobre todo en las Unidades de Quemados, se han percibido las consecuencias graves en su rehabilitación bio-psico-social y espiritual de los pacientes con quemaduras, cuando son dados de alta del área de hospitalización para su recuperación psicosocial.

Considerando en la investigación de (Acosta, Rafael.10102013). En México según datos del I.N.E.G.I. existen en toda la República Mexicana más de 118.4 millones habitantes, de los cuales en promedio el 62%, ha sufrido algún tipo de accidente; de cuya cifra son entre 50 millones de habitantes y de los cuales el 5.7% ha sufrido y ha tenido que ser atendido por causa de quemaduras, casi 3 millones de estos. Con respecto al lugar de accidente; en el hogar es más frecuente con un 67% en promedio, seguido de la vía pública e industria. En relación con el sexo y edad, encontramos que el hombre se quema con mayor frecuencia que la mujer, siendo en la edad más productiva de su vida, con un promedio del 68% al 32% respectivamente. Las cuales traen como consecuencias secuelas graves en respectivas áreas tanto biológica, psicológica, así como la incorporación social del ser humano a su medio.

Muchos pacientes con quemaduras sufren problemas psicosociales, como el cambio de la personalidad, trastorno de estrés post-traumático, problemas familiares, y la carga financiera. Como nos menciona (Park, S. *et. al.* (2008). En su investigación “Los factores de riesgo de problemas psicosociales para pacientes con quemaduras”.

El propósito de este estudio es identificar los factores de riesgo de estos problemas psicosociales que impiden que desarrollen ajustes oportunos después de la quemadura; como han sido las secuelas y el estigma físico, psicológico, social, y familiar originando, falta de sentido a la vida, y por ende un vacío existencial, influyendo de manera negativa como consecuencia la separación de la familia, alcoholismo o alguna toxicomanía, así como intento suicida, y en ocasiones producir

la muerte por los duelos no resueltos por la modificación del esquema corporal, causado por las quemaduras, tanto para el paciente como para los familiares. Sin duda son muchos los factores que influyen en la personalidad el paciente con quemaduras.

Así, (Viktor Frankl, 1950) aplicando la logoterapia en la posguerra logró disminuir considerablemente, la huida de los hogares, la depresión, y sobre todo el índice de suicidios, y por esta razón, su método se extendió y aplico en muchas ciudades de Europa y países como Hungría, Polonia, Yugoslavia Lituania (Pareja, G. 2001). Entonces que el descubrimiento del sentido de vida puede ser, evidentemente, cuestión de vida o muerte. De ahí la importancia de propiciar este descubrimiento en el paciente quemado.

La presente propuesta es producto de una inquietud personal y experiencia profesional, como las demandas de población, y atención al paciente hospitalizado, surgió la idea de formar un taller de los antiguos pacientes que han trabajado durante la Psicoterapia de Grupo Intrahospitalaria con la teoría del análisis existencial de la Logoterapia de Viktor Frankl. Que se centra en el significado de la existencia humana la cual sostiene que la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrar un sentido a su propia vida apoyándose sobre los pilares: La libertad de voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida, considerando tres dimensiones somática, psíquica y noética, esenciales en cada persona (Lukas, E. 2006).

Se optó trabajar en un taller porque, para (Frank, 1950) el órgano que nos guía para descubrir el sentido de vida es la consciencia y esta no es otra cosa que el “darse cuenta” de las propias sensaciones, sentimientos, pensamientos y acciones lo cual, se puede lograr de manera individual, pero en el taller, y gracias al encuentro con otros es más fácil el autodescubrimiento, ya que el hombre es un ser social. Otra razón de trabajar en el taller es la importante necesidad del paciente con quemaduras de estar en un grupo de iguales.

Por lo tanto la creación de grupos de autoayuda de personas quemadas (Gapeq). Como dice uno de sus principios de “ayudar a quien necesita cuando yo lo necesite”.

En donde el paciente quemado encontrara un significado y un propósito, a las pérdidas, por las quemaduras, que le permitirá ofrecer su comprensión, y ayuda al recién llegado, así como su identificación con sus sentimientos del grupo, que pueden significar un gran progreso hacia la restauración de su propia autoimagen o estima aliviando de esta manera las presiones internas.

El taller se llama: “Círculos de encuentro y sentido” se realizará en 5 sesiones con una duración 15 horas en total, con 3 horas de duración cada sesión, dos días por semana, y una última en la siguiente semana, se le ofrecerá un apoyo, para ayudar a otros para que puedan dar un sentido a sus vidas y trascendencia, basado en los pilares y dimensiones de la logoterapia.

Definición de Taller:

Taller: Medio por el cual se busca promover que las personas logren una percepción mejor y más completa de ellos mismos, y del mundo que les rodea. Todo esto apoyado en un fundamento teórico y filosófico llevando a cabo con una metodología coherente como dicho fundamental. (Muñoz, M. 2008)

Además el “trabajo con talleres se caracteriza por un sistema activo que incita a la creatividad, hace tomar conciencia de los sentimientos, obliga a reflexionar, recrea, divierte y fomenta el trabajo comunitario” (Suarez, O.2006)

Lo que se propone en este espacio es un taller semiestructurado el cual trata de promover que la persona se ponga más en contacto con ella misma, y con el mundo para que esté más alerta a su propia experiencia y se auto descubra, y descubra a los otros y se responsabilice de sus potenciales y caminos que pueden conducir al descubrimiento del sentido de la vida.

En otra palabras; el taller semiestructurado en una técnica que se caracteriza porque pone el marco para trabajar sobre algo, pero lo que vaya surgiendo en este marco será lo que la persona vaya proyectando; es decir hay una estructura pero al mismo

tiempo hay la libertad de lo espontáneo para que se revele lo que está ahí y el descubrimiento se logre durante el ejercicio vivencial y procesamiento posterior. (Muñoz, M.2000)

4.2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Al término del taller los participantes adquieran habilidades para fomentar su sentido de vida, a través de una estrategia grupal que le permitan identificar los recursos con los que cuentan, para responder a su necesidad.

Objetivos Específicos:

Que los participantes conozcan información sobre las quemaduras y sus consecuencias Bio-Psico-Social y Espiritual, así como el modelo de la logoterapia a través de un caso clínico.

Favorecer que los participantes se identifiquen con otros que padecen las mismas circunstancias semejantes.

Utilizarán los participantes las capacidades de creación y sentimientos, que generen sentido de vida.

Que identifiquen los participantes los recursos que tienen para decidir con responsabilidad y libertad, para generar un sentido de vida.

Valuarán la capacidad de sí mismo, apoyando a los demás con sentido de vida y de trascendencia.

4.3 POBLACION Y PARTICIPANTES

Este taller está dirigido a todos los pacientes con secuelas de quemaduras, por postraumatismo, que deseen encontrar sentido de vida, a su vacío existencial, a través de su voluntad de sentido, con un promedio de edad de 15 años en adelante, de ambos sexos, sin importa el grado de escolaridad, con un nivel de económico indefinido, que hayan sido atendidos en el Hospital Dr. Rubén Leñero de la Secretaria de Salud del D.D.F. Así como de cualquier institución de atención al paciente con quemaduras, que sean canalizados a esta. Con un mínimo de 10 de participantes y un máximo de 12, se hará la convocatoria a través de la Asociación Mexicana de Quemaduras A.C.

4.4 MATERIALES

MATERIALES			
Nombre	Descripción	Cantidad	
1.	Etiquetas	Adheribles para gafete	30
2.	Paquete Hojas en blanco	Bond Tamaño carta	1
3.	Plumones	De agua de diferentes colores	20
4.	Lápices,	no. 2 o 2 1/2	25
5.	Cajas de colores	De 24 colores	10
6.	klines	Caja de pañuelos desechables	5

4.5 ESCENARIO

INSTITUCIÓN	
Hospital Dr. Rubén Leñero de Secretaria de Salud del D.D.F.	
AULA	
El Taller se realizada en la Aula de Enseñanza e Investigación del Hospital R.L.	
Dimensiones	Min.: 30 m ² Máx.: 36 m ²
Mobiliario	Mesas 2 mesas
	Sillas 20 a 30 sillas en Círculos
Iluminación	Buena iluminación
Ventilación	Suficiente ventilación
Equipo necesario	Laptop, Cañón, Pantalla, Rotafolio, Grabadora Audios.

4.6 CARTA DESCRIPTIVA

-----“CIRCULO DE ENCUENTRO Y SENTIDO ”-----

Objetivo Específico: Que los participantes conozcan información sobre las quemaduras y sus consecuencias Bio-Psico-Social y Espiritual, así como el modelo de la logoterapia a través de un caso clínico.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
PRIMERA SESION Presentación	Información general del taller	Información a los participantes sobre tipo de quemaduras y sus repercusiones Bio-Psico-Social, y Espiritual. -Y que es la Logoterapia	Computadora y Cañón	1 hora	Lluvia de ideas y conclusiones	El Logo- terapeuta
	Caso clínico “Sentido de vida”	Experiencia de vida	-El objetivo es que participante conozca “Testimonio de vida” y su autotracedencia a través de una experiencia de vida -Analizar el caso clínico de vida y su aprendizaje - Sentido de vida a través del trabajo con mis iguales y mi expansión de la consciencia de lo que tengo, y no lo que perdí.	-Hojas blancas -Lápiz o bolígrafo para cada participante -Plumones y Rotafolio		

		<p>EXPECTATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que espera del taller -En que cree que va aplicar los conocimientos adquiridos -Que me gustaría que ocurriera -Qué tema me interesa <p>REGLA DEL JUEGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que estoy dispuesto a dar -Puntualidad -No criticar ni juzgar solo analizar -Que todo lo que hable aquí, aquí se queda todo es confidencial - Esto lo escribirá en una hoja en blanco o en el rotafolio y lo comentara en el grupo. 		1 horas		
--	--	---	--	---------	--	--

-----“ CIRCULO DE ENCUENTRO Y SENTIDO ”-----

Objetivo Específico: Utilizaran los participantes las capacidades de creación y sentimientos, que generen sentido de vida.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
TERCERA SESION Película “ El circo de las mariposas” “	Foro de discusión de la película “ El circo de las mariposas”	-El objetivo es que grupo analice, la película, así como el aprendizaje que obtuvo de esta.	Computadora y Cañón Bocinas	1 hora	Lluvia de ideas y conclusiones	El Logo- terapeuta
		-Se formaran subgrupos, para su análisis como conclusiones a través de sus secretario	Película el Circo de las Mariposas	1 horas		
				1 horas		

-----“ **CIRCULO DE ENCUENTRO Y SENTIDO** ”-----

Objetivo Específico: Que identifiquen los participantes los recursos que tienen para decidir con responsabilidad y libertad, para generar un sentido de vida.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
<p>CUARTA SESION</p> <p>Responsabilidad-libertad</p> <p>“EL hombre milagro”</p>	<p>Foro de discusión del Video</p> <p>“EL hombre milagro”</p>	<p>-El objetivo es que el grupo analice la importancia de la libertad del hombre y su relación con su responsabilidad.</p> <p>-La toma de consciencia de sus responsabilidades, libertades, y de su elección.</p> <p>-El aprendizaje obtenido compartirlo con el grupo para ponerlo en práctica.</p> <p>-Conclusiones: A través de los secretarios de cada subgrupo .</p>	<p>Computadora y Cañón</p> <p>-Hoja de Trabajo de la línea de la vida para cada participante</p> <p>-Lápiz o bolígrafo para cada participante</p> <p>-Plumones y Rotafolio</p>	<p>3 horas</p>	<p>El secretario de cada Subgrupo da sus conclusiones y evaluación, como su aprendizaje</p>	<p>Logoterapeuta</p>

-----“ **CIRCULO DE ENCUENTRO Y SENTIDO** ”-----

Objetivo Específico: Valuaran la capacidad de sí mismo, apoyando a los demás con sentido de vida y de trascendencia.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
<p align="center">QUINTA SESION</p> <p align="center">Sentido de trascendencia</p> <p align="center">Caso Clínico “ Lección de vida”</p>	<p align="center">Foro Discusión Del “Caso real de trascendencia”</p>	<p>-El objetivo es que grupo analice la importancia del sentido de trascendencia a través de lo expuesto.</p> <p>-El despertar de consciencia del sentido de vida a través de la trascendencia de apoyar a mis iguales.</p> <p>-Aprendizaje compartirlo con el subgrupo en relación con el caso clínico.</p> <p>-Como me sirve en mi vida personal y trascendental hacia la humanidad.</p>	<p>Computadora -Cañón</p> <p>-Hojas blancas</p> <p>-Lápiz o bolígrafo para cada participante</p> <p>-Plumones y Rotafolio</p>	3 horas	<p>El secretario de cada Subgrupo de sus conclusiones como su aprendizaje</p>	El Logoterapeuta

Cierre		<p>-Conclusiones : a través del secretario de cada Subgrupo</p> <p>Dinámica: Vela encendida</p> <ul style="list-style-type: none">-Como llego mi luz-Como se va mi luz-Qué debo hacer para que no se apague mi luz				
Despedida		<p>-Abrazo terapia</p>				

4.7 CRITERIOS DE EVALUACION

Pre-post Test

Al inicio y al termino del taller se aplicará el Test de Sentido de Vida (Pil, Purpose In Life, Test) desarrollado y validado por James C. Croumbaugh Ph. D y Leonard T Matholick M.D. en 1968 (ver anexo). El Test de Sentido de la Vida es una escala de actitudes construida a partir de los principios de la logoterapia es el primer instrumento formal para cuantificar esta variable compleja y personal.

Aunque se han desarrollado nuevas herramientas para medir los valores noógenos, como el Logo de Test de Lukas, el PIL se ha convertido en uno de los instrumentos más comúnmente empleados en investigaciones diversas (Fabre, L. en memoria del primer congreso mexicano de logoterapia, 2000).

La prueba PIL tiene como objetivo detectar qué tanto sentido le encuentra la persona en su vida en el momento presente, y consta de tres partes. La primera está formada por 20 preguntas, donde el sujeto se sitúa a sí mismo en una escala tipo Likert de 7 puntos. La posición cuatro se considera “neutral” y se emplean distintos términos descriptivos para la posición 1 a 7. Esta fase es la única que se puede medir cuantitativamente ya que se ha verificado científicamente.

La segunda parte consiste en trece frases incompletas sobre el sentido de la vida y la tercera es una pregunta abierta que consiste en una descripción bibliográfica sobre metas, ambiciones, esperanzas. (Noblejas, M. 1994) menciona que los intentos para cuantificar estas dos partes han añadido poca información a la aportada por la primera parte. Debido que el Test PIL queda constituido por un cuestionario de 20 reactivos, asimismo se propone aplicar a los participantes del taller.

La manera en que se puede calificar el instrumento es sumando los valores numéricos. Estos pueden variar entre 20 y 140 y su interpretación es objetiva. Las puntuaciones del PIL indican mayor sentido de vida cuando mayor alta es:

Puntuación menor de 91 indicar una falta de sentido de vida.

Puntuación entre 92 y 112 indican una zona de indefinición o incertidumbre.

Puntuaciones mayores de 113 indican la presencia de sentido de vida (Fabre, L. 2001 & Noblejas, 1994).

Aplicar la prueba de sentido de vida como un pre-test y un pos-test se podrá tener un registro inicial de cada uno de los participantes que se comparara con los registros obtenidos al finalizar el taller.

La eficacia del taller se podrá constatar en el aumento de las puntuaciones de cada uno de los participantes en el pos-test, indicando, la sensibilización de sentido de vida.

4.8 ALCANCES Y LIMITACIONES

.....

A través de este taller llamado “Círculos de encuentro y sentido” logoterapéutico, el paciente con secuelas de quemaduras se verá forzado a encontrar sentido a su existencia en esta vida.

Con logoterapia podemos darnos cuenta que la primera fuerza motivante del hombre, es la lucha por encontrar sentido a su propia vida, aun por mas adversa que ésta sea, siempre tiene algún sentido. Porque la vida, vale la pena, ya que hay muchas razones y motivos por los cuales vivir, esto es lo que le da sentido a la existencia humana, y debe ser encontrado por uno mismo. Y nos invita a pasar del ¿por qué a mí? Me pasó esto. Que no encontrará respuesta, pero si pasa al ¿para qué a mí? Encontrará solución de sentido de vida.

Dentro de las limitaciones que puede presentar la realización del taller las siguientes:

- Que su estado de crisis o de impacto niegue el riesgo en que se encuentra.
- Que el tratamiento por el grado de quemadura sea a largo plazo que no le permita ver los beneficios del trabajo psicológico.
- Que por su estado depresivo no se dé cuenta de lo que está pasando.
- Que la situación económica del paciente no le permita acudir al taller.
- Que se requiera de la participación de la familia en el taller y ésta no esté dispuesta.
- Que su actitud en la cooperación para su rehabilitación física y psicológica no sea adecuada o pertinente.
- Que hay muy pocos psicólogos especialistas en logoterapia que faciliten el desarrollo del grupo.

Sugerencias:

- Estar en contacto con el médico tratante para el alta.
- Estar en contacto con el paciente a través de Terapia en Grupo intrahospitalaria.
- Estar en contacto con los familiares para su canalización, al área Psicología
- Informar al personal del hospital del taller para su canalización.
- Que el taller sea impartido a la par con un programa dirigido a los familiares en donde se le concientice del sentido de vida, y la manera que pueden construir a la vez de prevenir, conductas autodestructivas.
- Promover que el equipo multidisciplinario esté informado del quehacer del psicólogo en la formación de Grupos de Autoayuda para rehabilitación Psicosocial.
- Promover situaciones alternativas que favorezcan la rehabilitación (espiritualidad)

Concluyendo aunque existen otras teorías terapéuticas para el paciente postraumático. Sin embargo a través de la experiencia en la atención psicológica a pacientes con quemaduras, y en esa búsqueda de encontrar el modelo adecuado para la rehabilitación.

Así dicha Rehabilitación es integral en la "Calidad de vida del paciente que ha sido definida cómo una sensación personal de bienestar que lleva implícita una perspectiva de amplia dimensión que generalmente incluye dominios Físicos, Psicológicos, Sociales y Espirituales". (Ramírez, J. 2013)

Por lo cual estoy convencido que el modelo análisis existencial de la logoterapia de Víctor Frank. Se apega a las necesidades del paciente en la rehabilitación Psicosocial

4.9 CONCLUSIONES:

Las quemaduras se encuentran entre las lesiones más graves que pueden afectar al hombre. Su etiología se asocia a la exposición súbita y dañina a agentes físicos, químicos o biológicos.

El presente trabajo se ha dado a conocer las consecuencias de las quemaduras en el ser humano, que son Biológicas, Psicológicas, Sociales y Espirituales, y como éstas repercuten en la vida del hombre en su incorporación Psicosocial.

Creando un “vacío existencial” o falta de sentido de vida, el cual identificado por Frankl como un agotamiento espiritual o noético, es un problema existencial angustiante de nuestro tiempo. Donde la persona pierde el rumbo a toda razón de existencia. Constituye un síntoma en que se experimenta una gran soledad. Por lo tanto tiende a negar todo lo que está pasando, como un mecanismo de defensa al dolor físico como el dolor anímico, originando una serie de conductas destructivas hacia el mismo, como hacia la familia y la sociedad.

La propuesta del presente estudio consiste en un taller que va dirigido para pacientes con secuelas de quemaduras del Hospital Dr. Rubén Leñero, con especialidad en quemaduras de la Secretaría de Salud del D.D.F.

De allí crear esta propuesta de un Taller llamado “Círculos de encuentro y sentido”. Con este taller, se pretende sensibilizar al participante a encontrar sentido a su propia vida, aun por mas adversa que ésta sea, siempre tiene algún sentido, a su sufrimiento de las secuelas de quemaduras, para un cambio de actitud ante la vida, a ese vacío existencial, a través de apoyar a otros con la misma experiencia postraumática. Con el apoyo del modelo análisis existencial de la logoterapia de Víctor Frankl.

La Logoterapia es sentido de vida, libertad responsable, práctica de valores, autotranscendencia, sobre todo espíritu de renuncia, entre otros conceptos, que

tienen que ver con lo que nos hacemos cada día más humanos. Y por lo tanto la creación de Grupos de autoayuda de personas con quemaduras en la unidad de quemados para su rehabilitación Psicosocial.

Se hará la convocatoria a través de la Asociación Mexicana de Quemaduras A.C donde se brindará una nueva alternativa que es el apoyo grupal, y se podrán tratar a más personas en menor tiempo, mejorando las circunstancias, económicas y de recursos humanos de la institución.

Los Grupos de autoayuda son una alternativa para brindar apoyo al paciente con secuelas de quemaduras como:

- El sentirse cobijado y acompañado por un grupo de personas que han vivido las mismas experiencias de las quemaduras.
- La orientación sobre las etapas físicas y emocionales de la modificación del esquema corporal, sirven para saber que es “normal”, sentirse enojado confundido, triste, y ser guiado hacia la aceptación.
- El ser comprometido en sus emociones y tener un lugar donde expresar abiertamente, sobre otras preocupaciones.

Debido a la experiencia vivida en grupos, se ha observado que con información, el duelo de la modificación de la imagen corporal se vive mejor el proceso en la rehabilitación. Es decir, podemos despejar dudas sobre las quemaduras, la libertad para llorar y desahogarse, sus temores, inseguridades, apegos, el miedo a morir, y la muerte, por lo tanto la libertad de continuar y rehacer la vida sin culpas.

El papel del psicólogo es muy importante para desarrollar esta propuesta, ya que tomará el rol guía que ayudará a los participantes a desarrollar sus recursos y herramientas, para que se dé un autoconocimiento facilitando, y mejorando la vida de los participantes.

La propuesta incluye la intervención psicológica que potenciará el beneficio en los grupos de autoayuda, que ofrece una base terapéutica muy eficaz para usarse en momento de crisis

En conclusión , es fundamental que en los grupos de autoayuda se cuente con la participación del equipo multidisciplinario, donde cada uno de ellos y desde su propia espiritualidad, promueva el desarrollo y la atención integral del paciente o usuario y su familia, con el fin de alcanzar el bienestar y la aceptación de los hechos por dolorosos que sean. Mediante las aportaciones conjuntas de las diferentes especialidades de la Ciencia de la Salud se integren los conocimientos, experiencias y las estrategias para lograr la aceptación del proceso del duelo de las pérdidas que implicará la fe y la esperanza que pueda desarrollar el paciente, cuando vive la capacidad que tiene para recuperarse y entonces trascenderá a sí mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Achauer, Bruce. (1987) Atención al paciente quemado_ Causas prevención, cuidados intrahospitalarios valoración, tratamiento de urgencias y pronóstico. Choctaw, William; Eisner, Martin & Wachtel, Thomas. E. Manual moderno. México
- Acosta, R (10102013). "Enfoque actual del paciente quemado", Recuperado <http://redmedica.com.mx/medicina/quemado.htm>
- Aguado, J. (2004). Cuerpo humano, identidad e imagen corporal. Cap. Cuerpo e imagen. Notas para una antropología de la corporalidad. Instituto de investigación antropológica. Facultad de Medicina. México.
- Aguilera, M.(1999, 6 de abril). Tratamiento a pacientes quemados, Sección B. Excélsior.
- Álvarez, C. (2001) Quemados: un problema de salud pública: Cuidados intensivos del paciente quemado, Prado: México 1-6
- Álvarez, M. (2010). Eficacia del tratamiento rehabilitador, aplicado en pacientes quemados ingresados en la unidad de aproquen del hospital metropolitano vivianpellas, en el periodo comprendido del 1º. De enero a 31 de diciembre de 2008. Título de especialista de medicina física y rehabilitación. Universidad Nacional de Nicaragua. <http://es.scribd.com/doc/32628283/TESIS-PARA-OPTAR-AL-TITULO-DE-ESPECIALISTA-EN-MEDICINA-FISICA-Y-REHABILITACION>
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Andrés Y. (2013) Filosofía existencial para terapeutas. Lag. Mexico
- Andueza, M (2001) Dinámica de grupos en educación María Andueza. Trillas. México :
- Anzuer, D. (2007). Función del yo piel. La envoltura del sufrimiento. (5º.E.) Biblioteca nueva. España.
- Anziuer D. Jaquez –Yues M. (1997) Dinámica de los Grupos Pequeños Biblioteca nueva. Madrid, España.
- Aparecida, L. Barruffini L. Cásia P. Barcelos M, Fernández, E. Campos E. (10102013). Las representaciones sociales de los familiares de pacientes quemados. Portal de Revistas Científicas em Ciências da Sau'de. Recuperado de [http://tone.udea.edu.co/revista/mar 99/representaciones.htm](http://tone.udea.edu.co/revista/mar%2099/representaciones.htm)
- Asencio, L. (2005). Logoterapia orientada al manejo grupos. La logoterapia grupal estructurada. Algunas técnicas de la Logoterapia. Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. México.

- Baz, M. (1999). El cuerpo y la encrucijada en una estética de la existencia. En Carrizosa, Silvia (Comp.) Cuerpo: significaciones e imaginario. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México
- Bruce, M. (1988) Atención del paciente Quemado. Manual Moderno. México
- Bustamante, J. (2002). Psiquiatría técnica terapéutica. Modalidades Editoriales Científica-Técnica, Ciudad la Habana
- Cabañas, R. Glazer, Glaser, B. Saravia M. & Viau, G.(2013). Presentación de la terapia de Irvin Yalom. Instituto Ciencias de la Familia. Guatemala. Recuperado <http://www.slideshare.net/GerardoViau/terapia-grupal-en-el-aqu-y-el-ahora-segn-irvin-yalom>
- Cano, J. (2012) XII Curso: Manejo multiplicinario del paciente quemado, impartido en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del Issste.
- Cardon, F.(2007). Atención al paciente con quemaduras. Atención psicológica del paciente quemado 2º. E. Formación Continua. La paz san Luis México.
- Carole, L. O'shaughnessy, E. & Ostergren, G. (2003). Tratado de quemaduras. I. Magnitud del problema. El manual moderno. México.
- Carrillo, R. (2001) Cuidados intensivos en el paciente quemado. Típicos innovadores en medicina crítica. Quemaduras: un problema de salud pública. Prado. México.
- Castro G.(2007). La familia ante la enfermedad y la muerte. Trillas, México
- Castro, M. & Briseño, J. (1999) Manual de autoayuda para jóvenes contribuyendo a la vida sin adicción. Organización panamericana de la salud. México.
- Cordon, F.& Garrido, J.(2007). Atención al paciente quemado. I. Historia del tratamiento de quemaduras. 2º. Edición. Logos. México.
- Davidson T , Bowden M , & Tholen D , James M , Feller, Y. (1981). Social support and post-burn adjustmen. Arco. Phys.. Med. . Rehabil 1981; 62 : 274-278 Recuperado: http://www.burnsjournal.com/medline/record/ivp_00039993_62_274
- De Brasi, J(1995.)“Grupo: Multiplicidad”. En “Dimensiones de la Grupalidad”. Multiplicidades. Montevideo-ROU.
- De los Santos, C (1999) Guía básico para tratamiento del paciente quemado. Historia y tratamiento de las quemaduras. 2º. Edición. Libros electrónicos.net. España http://www.indexer.net/quemados/capitulo_uno.htm
- Díaz I. (2000) Bases de la terapia de grupo. E. Pax. México
- Esteve, G.(2006) Contribución en la filosofía Gestalt. Univ. Gestalt, América. México.

- Etcheverry, E (1990) Frankl, V. y la Logoterapia. Almagesto. Argentina.
- Fabry J. (2009) Señales del camino hacia el sentido. Descubriendo que realmente es importante. Colección sentido. Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia A.C. México.
- Feixas, G. Miró, T. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia: 15°. E. Paidós, España.
- Fernández, F. Aranda, V. & Gil, T. (2004). Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento anorexia y bulimia. Mason.*
- Fernández, J. & Cohen, G. (2003) El grupo operativo - teoría y práctica. Extemporáneas. México.
- Fragoso, J. (1986). Estudio de seguimiento del paciente quemado. Tesis Especialista en Rehabilitación. Universidad Autónoma de México, México. 23
- Frankl, V. (2004) El hombre en busca de sentido. Herder. España
- Frankl, V. (2006) El hombre en busca del sentido último. Paidós. Barcelona
- Freeman, A. Kaplan, H. (1993) Compendio de psiquiatría. Psicoterapia de grupo. Salvad Editores. Barcelona España.
- García, María de Lourdes (1991), La contribución del trabajo social en el tratamiento de niños quemados con secuelas biopsicosociales, Tesis para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México, México,
- Gaetano, T. (2013) (Psicología hospitalaria) Recuperado <http://www.helitaly.eu/es/mentale/psicologia>
- Göens, A. (2013) Quemaduras. Tratamiento de emergencia en pacientes pediátricos y adultos. Recuperado: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Quemaduras-El%20Salvador.pdf>
- Goffman Erving (2010). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Gomez, R. Hernández B., Rojas U. Santibáñez U. Uribe R. (2008). Psiquiatría Clínica . Psicoterapia de grupo. E. Medica panamericana. Bogotá ; Colombia.
- González, D & Saldevila, A. (2013). Tratamiento de las quemaduras. CedimCat Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. 26042010. <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2439/doc26907.html>
- González, P. (1999) Psicología de los grupos. Teorías y aplicación. Síntesis de psicología.

- Guido, A. & Musso, A. (2008). La meditación como proceso cognitivo-conductual. Suma Psicol. v.15 n.1 Bogotá mar. 2008. Recuperado http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S012143812008000100013&script=sci_arttex
- Gulia, A. (2008). Manual de terapéutico médico y procedimientos de urgencia. Sección XII. Misceláneas. (6º.Edición).Mc Graw Hill. México
- Hanumadass, M. & Ramakishnan, K. (2006). Arte y ciencia del cuidado de heridas por quemaduras. Amolca. Columbia.
- Harald, I. Kaplan B. & Sadock (1997) Tratado de psiquiatría. C.29.5 Psicoterapia de grupos, individual y grupal combinada. V.II. 2º E. Salvad. Barcelona España.
- Hendon, D. (2009) Tratamiento Integral de las Quemaduras. 3º. E. Elsevier. España
- Johnson, C. (1983). Introducción al tratamiento de las quemaduras. Manual moderno. México: 1-5
- Julie, W. (2013) The impact of psychological distress on the healing of burns Volume 9, Issue 3, 2013, Pages 14-1 Wythenshawe Hospital, University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom Recuperdo: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84888035799&origin=inward&txGid=8672DDDE315A72DB0D5AF7669446CED0.WeLimyRvBMk2ky9SFKc8Q%3a2>
- Knudson, Cooper M (1993). Rehabilitación psicosocial y vocacional. Berdin, Arnaldo. Tratado de quemaduras. Nueva editorial Interamericana de Mac. Graw Hill México.
- krueger, D. (1988) Psicología de la Rehabilitación. Terapia de Grupo y rehabilitación. Herder. Barcelona.
- Lillo, J.L. (2001) Duelo perdida corporal. Informes Psiquiátricos Primer trimestre Num.163
- Lujan, F. (comunicación personal 7 de octubre 2013)
- Lukas E. (2004). Psicología espiritual. San pablo. 2º. E. Buenos Aires.
- Lukas E. (2006). Logoterapia. Busca de sentido. Paidós. México.
- Maite Pérez B, José Lara M, Javier Ibáñez M, Leopoldo Cagigal G, & Carlos M. León L. (2006) Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado Málaga
- Mayol, J. (2007). Tratamiento de las quemaduras en pediatría. Sociedad Española de Pediatría. 97
- Medallo, A. Garcia, S. & Yelamos, L. (2013) La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33

(120),737-747.Recuperado

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16761/16600>

- Montemayor, C. (2012) Manejo en los diferentes centros, unidades, clínicas o servicios de quemados en México. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Mexicana de Quemaduras. Disponible en la Asociación Mexicana de Quemaduras. <http://www.amq.org.mx>
- Moreira, N. & Holanda, A. (2010) Logoterapia y el sentido del sufrimiento: convergencias en las dimensiones espirituales y religiosas *Psico-USF (Impr.) vol.15 no.3 Itatiba Sept./Dec. 2010* <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000300008>
- Müller-Granzotto, M. (2007). "Fenomenología y Terapia Gestalt". Cuatro Vientos.
- Muñiz E. (2007) El cuerpo y su corporalidad. Lectura sobre el cuerpo. Aguilar, Miguel, & Raid A. Tratado de Psicología Social. Perspectivas socioculturales .Artrópodos. México 65-67
- Muñoz, M. (2008). La sensibilización Gestalt. Una alternativa para el desarrollo del potencial humano. Pax. México
- Murano, J (11112013). Cuidado del paciente quemado. Argentina Recuperado <http://cuidadosdequemados.blogspot.mx/2012/02/historia-del-tratamiento-de-las.html>
- Ngdh, C. Theodore A. Stern., J. Rosgmbaum, F. .& Jellingk, M.(1998). Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Marcowet Brace. Massachussetts
- Niño, J. García. (2010). Despersonalización en pacientes quemados. 23/jun/2010 Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010 Mar;39(1):168-177 http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/tr_disociativos61/47900/
- Noblejas, M. (1994) Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicaciones. Una experiencia de evaluación de logro interior. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madr. Faculta de educación. Departamento de Psicología evolutiva y de la Educacion. Madrid : Recuperado http://www.asil.com.ar/_bibliografia/bases_73.php
- Orozco, V, Miranda, A. Méndez, C. & Celis, R. Alfredo, de J. (2012). Tendencia de mortalidad por quemaduras en México, 1979-2009 Recuperado http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=92416&id_seccion=211&id_ejemplar=9069&id_revista=48
- Ortiz A. (2006) Filosofía gestalt. El escalafón que sigue en la historia del humanismo. Universidad Gestalt de América. México
- Pareja, G. (2001) Victor Frankl: Comunicación y resistencia. Coyoacán. México.

- Park, S. Choi, K. & Chul, Y. Oh, S(2008)The risk factors of psychosocial problems for burn patients de Burns , Volumen 34, Número 1 , febrero 2008 , páginas 24-31. Recuperado. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417907000836>
- Quintmann, H. (1989) Psicología humanista. Concepto fundamental y trasfondo filosófico. Herber. España
- Raich, Rosen (2000) ¿Por qué hay personas que sufren el trastorno de la imagen corporal? Desarrollo del trastorno de la imagen. La imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Pirámide. Madrid
- Ramírez J. (12102013). Las reacciones emocionales del paciente quemado. Drogas endógenas Recuperado <http://www.redmedica.com.mx/medicina/reacciones.html>
- Ramírez, J. (2011) Reseña del equipo multidisciplinario en las Jornadas de cirugía extramuros con pacientes con secuelas de quemaduras. Ponencia presentada en el XXXI Congreso de la Federación Latinoamérica de la Asociación Mexicana de Quemaduras. Disponible en la Asociación Mexicana de Quemaduras. <http://www.amq.org.mx>
- Rangel Gapar Heriberto (2008) Visión integral del manejo de la quemaduras Vol.1-5 E..intersistemas. México.
- Rossi, L. (2005) The stigma of burns: Perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. *Burns, Volume 31, Issue 1, February 2005, Pages 37-44* Recupedo <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417904001925>
- Salisbury, R. E.; Marville, S. y Dingeldein, G. P. (1986). Manual de tratamientos en las Quemaduras Salvad editores. Barcelona.
- Sánchez, M.(1985).La imagen corporal del paciente quemado. Tesis para octener el titulo de Lic. En Psicologia. Universidad nacional Autonoma de México. México.
- Santos X. Baena, P. Fernández, Gabilondo, J. Gómez, P. Palao, R. Valero, J. (2000). ¿Quemaduras? 100 preguntas más frecuentes. Médicos, España.
- Schwartz R J, Chirino C N, Sáenz S V, & Rodríguez T V.(09102013). Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil. A propósito de 47 pacientes pediátricos. IIª. Parte. Rev. argent. dermatol. v.89 n.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./sep. 2008. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851300X2008000300005&script=sci_arttext
- Sheridan, R (2012). Rehabilitación del paciente quemado. Hospital General de Massachusetts y la Escuela Médica de Harvard. Massachusetts recupera<http://www.cirujanoplasticoonline.com/main.php?type=leerart&idcat=55&id=106>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

- Soulie, B (1995) ¿Y el amor? Los discapacitados y la sexualidad. Herber. Barcelona.
- Suarez, O. (2006) Talleres para crecimiento en grupo. Paulina Sta. Fe, Colombia.
- Torres, G.(2013). Modelos de intervención psicológica en personas enfrentadas a psicotraumas. *Rev.fac.med.unal vol.54 no.4 Bogotá Oct. 2006. Recuerda http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000400011&lang=pt*
- Trujillo, E (2007). Una visión dentro. La experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados. Tesina Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana, México. 199-205
- Velázquez J. (1985). Rehabilitación integral a pacientes con secuelas quemaduras producidas en el siniestro de San Juan Ixhuantepec. Edo. de México Unidad Física y Rehabilitación región Norte. Tesis de especialidad en Medicina de Rehabilitación Universidad Autónoma de México. 103
- Vinogradoy, S. Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia. 4°. Técnicas terapéuticas de grupo. E. Paidós. Buenos Aires
- Yalom, Irvin. (1984) Psicoterapia existencial. El campo de la psicoterapia existencial E. Herder. Barcelona.
- Yalom, Irvin. (2010). Psicoterapia existencial y terapia de grupo. El trabajo del terapeuta en el aquí y el ahora.4°.E. Paidós. Madrid España.

ANEXOS

PRUEBA DE PROPÓSITO VITAL (PIL)

Dr. James C. Crumbaugh
Hospital de Administración de
Veteranos Gulfport, Mississippi

Dr. Leonard T. Maholick
Clínica Psiquiátrica
Atlanta, Georgia



PARTE A

Para cada una de las siguientes afirmaciones, rodee con un círculo el número que más se aproximaría a su caso. Observe que los números siempre oscilan entre un sentimiento extremo y el sentimiento opuesto. "Neutral" no se inclina en ninguna dirección; trate de evitar esta valoración siempre que le sea posible.

1.- Generalmente me encuentro:						
1 completamente aburrido	2	3	4 (neutral)	5	6	7 exuberante entusiasmado
2.- La vida me parece:						
1 completamente rutinaria	2	3	4 (neutral)	5	6	7 siempre emocionante
3.- En la vida tengo:						
1 ninguna meta o anhelo	2	3	4 (neutral)	5	6	7 muchas metas y anhelos
4.- Mi existencia personal es:						
1 sin sentido ni propósito	2	3	4 (neutral)	5	6	7 llena de sentidos y propósitos
5.- Cada día es:						
1 exactamente igual	2	3	4 (neutral)	5	6	7 siempre nuevo y diferente
6.- Si pudiera elegir:						
1 nunca habría nacido	2	3	4 (neutral)	5	6	7 tendría nueve vidas iguales a ésta
7.- Después de retirarme:						
1 holgazanearía el resto de mi vida	2	3	4 (neutral)	5	6	7 haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

8.- En el logro de mis metas vitales:

1 no he conseguido ningún proceso	2	3	4 (neutral)	5	6	7 he llegado a mi realización completa
--------------------------------------	---	---	----------------	---	---	---

9.- Mi vida es:

1 vacía y llena de desesperación	2	3	4 (neutral)	5	6	7 un conjunto de cosas buenas y emocionantes
-------------------------------------	---	---	----------------	---	---	---

10.- Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:

1 una completa basura	2	3	4 (neutral)	5	6	7 muy valiosa
--------------------------	---	---	----------------	---	---	------------------

11.- Al pensar en mi propia vida:

1 me pregunto la razón por la que existo	2	3	4 (neutral)	5	6	7 siempre encuentro razones para vivir
---	---	---	----------------	---	---	---

12.- Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:

1 me confunde por completo	2	3	4 (neutral)	5	6	7 se adapta significativamente a mi vida
-------------------------------	---	---	----------------	---	---	---

13.- Me considero:

1 una persona irresponsable	2	3	4 (neutral)	5	6	7 una persona responsable
--------------------------------	---	---	----------------	---	---	------------------------------

14.- Con respecto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:

1 completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente	2	3	4 (neutral)	5	6	7 absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales
--	---	---	----------------	---	---	--

15.- Con respecto a la muerte, estoy:

1 falta de preparación y atemorizado	2	3	4 (neutral)	5	6	7 preparado y sin temor
---	---	---	----------------	---	---	----------------------------

16.- Con respecto al suicidio:

1 lo he considerado seriamente como una salida a mi situación	2	3	4 (neutral)	5	6	7 nunca le he dedicado un segundo pensamiento
--	---	---	----------------	---	---	--

17.- Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:

1 prácticamente nula	2	3	4 (neutral)	5	6	7 muy grande
----------------------------	---	---	----------------	---	---	-----------------

18.- Mi vida está:

1 fuera de mis manos y controlada por factores externos	2	3	4 (neutral)	5	6	7 en mis manos y bajo mi control
--	---	---	----------------	---	---	--

19.- El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye:

1 una experiencia dolorosa y aburrida	2	3	4 (neutral)	5	6	7 una fuente de placer y satisfacción
---	---	---	----------------	---	---	--

20.- He descubierto:

1 ninguna misión o propósito en la vida	2	3	4 (neutral)	5	6	7 metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida
---	---	---	----------------	---	---	--