

ISSN: 2145-6569

VOL. **10**
Nº.2

DICIEMBRE
2019

REVISTA DE
PSICOLOGÍA
G3PU



GRUPO ESTUDIANTIL Y PROFESIONAL
DE PSICOLOGÍA UNIVALLE - GEPU -
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>





REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 10 No. 2 – Diciembre de 2019
ISSN 2145-6569



Editor
Andrey Velásquez Fernández
andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Cindy Carolina Valencia Corporación Viviendo	Laura Daniela de los Ríos Universidad Javeriana Cali	Nicole Andrea Pérez Universidad del Valle	María Alejandra Claros Universidad del Valle	Dangelly Muñoz Universidad del Valle
Diego Alejandro López González Fundación Católica Lumen Gentium	Natalia Ramírez Moncada UCC Cali	Diana Mildred Rodríguez Universidad del Valle	Helena Rojas Garzón Secretaría de Paz Cali	Rosa Elena Bejarano Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda Universidad San Buenaventura	Jorge Alexander Daza Universidad Católica de Pereira	Andrés de Bedout Hoyos Universidad San Buenaventura	Ximena Ortega Delgado Universidad Mariana	Daniel Hurtado Cano Universidad Manuela Beltrán
--	--	---	---	---

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra Universidad Autónoma de Barcelona	Blanca Hurtado Caceda Universidad Alas Peruanas	María Amparo Miranda Salazar Universidad del Valle de México	Adriana Savio Corvino Universidad de la República	Hilda Janett Caquias Escuela de Medicina de Ponce
---	---	--	---	---

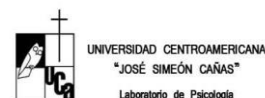
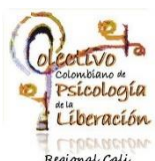
COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda Asociación Paraguaya de Neuropsicología	Mario Rosero Ordoñez Universidad Mariana	Nora Couso Área de Medición Educativa Provincia del Chubut de Argentina	Pablo Antonio Vásquez Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental
---	--	---	---

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la diseñadora de portada y separadores interiores: Daniela Moskvín Torres. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 10 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-10-No-2.htm>



2145-6569-0-7

ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO A ADULTO MAYOR EN PROCESO DE DUELO POR AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA: UN ESTUDIO DE CASO*

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR OLDER ADULTS IN THE PROCESS OF MOURNING DUE TO SUPRACHONDRIAL AMPUTATION: A CASE STUDY

Margie Stefanía Quintero Mantilla & Claudia Susana Silva Fernández

Página | 252

Universidad Pontificia Bolivariana & Universidad de Investigación y Desarrollo / Colombia

Referencia Recomendada: Quintero, M., & Silva, C. (2019). Acompañamiento psicológico a adulto mayor en proceso de duelo por amputación supracondílea: un estudio de caso. *Revista de Psicología GEPU*, 10 (2), 252-271.

Resumen: En presente estudio de caso simple tuvo como objetivo brindar apoyo psicológico a un paciente adulto mayor con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II y Pie Diabético grado III, en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea. Se diseñó e implementó un plan de intervención desde el modelo cognitivo-conductual, estructurado en 12 sesiones. Al finalizar el plan de tratamiento, se evidenció en el paciente: (1) aumento en la adherencia al tratamiento, sus conductas de salud y su rol activo en el proceso de recuperación, (2) disminución de la irritabilidad y la sintomatología depresiva, (3) aumento en la percepción de control y empleo de recursos internos/externos, (4) disminución de la percepción de la intensidad del dolor y aumento de su capacidad de modulación del dolor y (5) aumento de la participación de su grupo familiar y compromiso en la promoción de calidad de vida del paciente.

Palabras claves: Apoyo psicológico, amputación supracondílea, duelo, afrontamiento, adulto mayor.

Abstract: In this simple case study, it was aimed at providing psychological support to an elderly patient with a diagnosis of Type II Diabetes Mellitus and Grade III Diabetic Foot, in coping with supracondylar amputation. An intervention plan was designed and implemented from the cognitive-behavioral model, structured in 12 sessions. At the end of the treatment plan, it was evident in the patient: (1) increase in adherence to treatment, their health behaviors and their active role in the recovery process, (2) decrease in irritability and depressive symptomatology, (3) increase in the perception of control and use of internal / external resources, (4) decrease in the perception of pain intensity and increase in their ability to modulate pain and (5) increase in the participation of their family group and commitment in promoting the patient's quality of life.

Key words: Psychological support, supracondylar amputation, grief, coping, older adult.

Recibido: 26 de Noviembre de 2019 / **Aprobado:** 30 de Diciembre de 2019

* Datos de correspondencia: Margie Stefanía Quintero Mantilla Dirección: Calle 90 A # 17 D 53 – Barrio San Luis, Bucaramanga. Teléfono: 314 439 09 20 Correo electrónico: marquinterom@gmail.com; margie.quintero@upb.edu.co

Margie Stefanía Quintero Mantilla. Psic. Esp. en Psicología Clínica, Docente investigadora. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Santander, Colombia. Campus universitario Km 7 vía Piedecuesta, Santander, Colombia. Correo electrónico: margie.quintero@upb.edu.co

Claudia Susana Silva Fernández Psic. Mg. en Psicología, Docente Investigadora. Universidad de Investigación y Desarrollo. Bucaramanga, Santander, Colombia. Calle 9 No. 23-55 Bucaramanga, Santander, Colombia.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica considerada como uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia a nivel mundial y una de las cuatro enfermedades no transmisibles de más alta prevalencia (Organización Mundial de la Salud, 2016). Esta enfermedad puede conllevar a complicaciones agudas que afectan la calidad de vida de las personas que la presentan, convirtiéndola en un foco de intervención prioritario (Rodríguez, Córdoba-Doña, Escolar-Pujolar, Aguilar-Diosdado y Goicolea, 2018); siendo el pie diabético la complicación de la diabetes mellitus que causa más ingresos hospitalarios (Contreras, 2010) y presenta un alto riesgo de desencadenar en amputaciones (Boulton et al., 2008).

La pérdida de una extremidad inferior debido a una amputación puede generar repercusiones en aspectos físicos, funcionales y emocionales (Muniesa et al., 2009); siendo frecuente el desarrollo de trastornos de ansiedad (19-25%) y depresión (20-35%) (Rojo, 2011). Así mismo, atravesar por un proceso de amputación genera importantes pérdidas de la capacidad funcional y limitaciones en el autocuidado, que impactan la autonomía e independencia del individuo (Moretti, 2010; Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013, citados en Tavera, 2014), y pueden generar cambios en su autoconcepto, sus relaciones interpersonales y el surgimiento de irritabilidad, sentimientos de culpa (Martorell y Daniel, 2003), miedo frente al pronóstico e ira hacia los profesionales de salud (Contreras, 2010).

Es indiscutible que las amputaciones son pérdidas corporales dolorosas, inesperadas y difíciles de elaborar para el individuo (González, Arce y Zarza, 2017). Este duelo inicialmente puede estar acompañado de tristeza, enfado, culpa, ansiedad, fatiga e impotencia (Chávez, 2011); la intensidad de las reacciones emocionales y el afrontamiento de dicha situación, dependerán de los recursos que dispone la persona y su habilidad para emplearlos a las demandas del entorno (McCrae & Costa, 1988, citado en Díaz, 2015), el grado de incapacidad resultante, el estado de salud física, las características personales y el soporte socio-familiar (Livneh, Antonak y Gerhardt, 1999, citado en, Martorell y Daniel, 2003).

Es así como la atención psicológica se constituye como un apoyo profesional fundamental para los pacientes amputados y sus familiares, que les ayudará a afrontar la pérdida ante la amputación y prevenir los desajustes psicosociales que conlleva (Mooney, 1994 citado en Martorell y Daniel, 2003), siendo relevante el acompañamiento psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica (Tavera, 2014). Esta atención puede ser de índole individual, familiar y/o grupal, teniendo como principal meta la adaptación y rehabilitación del paciente, pues

según González, Noguerales, Cruzado Rodríguez, Rozalén y Fernández-Conde (2001), esto puede permitir la prevención y tratamiento de trastornos psicológicos, generar impacto positivo en la calidad de vida y contribuir a la adherencia a los tratamientos médicos.

En concordancia a lo anterior, el presente trabajo está orientado al estudio de caso único realizado en el acompañamiento psicológico brindado a un paciente adulto mayor con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II y condición de Pie Diabético grado III, en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea. A lo largo de este documento se presentará de forma detallada el proceso de formulación, evaluación e intervención del caso, haciendo énfasis en el impacto positivo del acompañamiento realizado en el afrontamiento, calidad de vida y adaptación del paciente a la pérdida, delimitado en el accionar del área de la Psicología Clínica y de la Salud.

Método

El presente trabajo está enmarcado en un diseño de estudio de caso simple con única unidad de análisis y se fundamenta en sus fases de evaluación, intervención y seguimiento desde el modelo cognitivo-conductual. Para el logro de los objetivos terapéuticos se seleccionaron técnicas cognitivo-conductuales como herramientas prácticas eficaces para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas en el ámbito hospitalario (Sánchez, 2007).

Procedimiento

Descripción del caso y motivo de remisión

Hombre de 80 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, diagnóstico de necrosis tipo II, pie diabético tipo III e isquemia crítica en extremidad inferior izquierda, hospitalizado por plan de salvamento de extremidad inferior fallido y plan de tratamiento médico reformulado para amputación kinesplástica. El equipo médico solicita interconsulta por Psicología hospitalaria debido a que el paciente presenta dificultad en la aceptación de los procedimientos médicos (amputación supracondílea), irritabilidad y cuadro depresivo asociado a condición médica. Además, se refiere una posible alteración en los procesos cognitivos.

Evaluación psicológica

Se distribuyó en dos momentos principales: (1) valoración del estado cognitivo del paciente; (2) valoración de la sintomatología depresiva y calidad de vida asociada a

la salud del paciente. Se empleó como primera medida el formato de consentimiento informado pleno, validado por Hernández y Sánchez (2016) desde el Colegio Colombiano de Psicólogos, todo ello de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 1090 de 2006. Así mismo, la observación directa y la entrevista clínica se utilizaron como herramientas principales para la exploración del caso con el paciente y con su cuidadora principal. En la entrevista inicial realizada al paciente, se consiguió explorar su estado psicológico y emocional, antecedentes y percepción de la condición médica actual; en la entrevista clínica con la cuidadora principal (hija) se recabó información adicional del paciente entorno a sus antecedentes psiquiátricos, historia de vida, dinámica familiar, afrontamiento del grupo familiar de la condición médica del paciente, entre otros aspectos relacionados a la estabilidad emocional y adherencia al tratamiento del paciente.

También se aplicó una batería de pruebas compuesta por el Mini-Mental State Exam (MMSE) (Folstein y Cols, 1975), el Test del dibujo del reloj (TR) (Freedman et al., 1994; Tuokko, 1990; Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999), la Escala de depresión geriátrica (SDG-15) (Sheikh & Yesavage, 1986; Bacca, González & Uribe, 2005) y el Índice de Calidad de vida (QLI-sp) (Mezzich, 2000). Además, se emplearon escalas analógicas o de medidas subjetivas, una para la valoración de la percepción de dolor (EVA) y otra para la exploración del estado anímico, dicha estrategia permitió recolectar datos empíricos del estado del paciente y valorar constantemente la efectividad del proceso de acompañamiento (Reynoso y Seligson, 2005).

En relación con la prueba del MMSE, el paciente puntuó un total de 16, lo que se clasifica dentro del rango de posible deterioro, evidenciándose puntajes bajos en atención y cálculo, orientación temporal y espacial, comprensión, lectura y dibujo; dicha calificación se ajustó al nivel de escolaridad del paciente respecto a los puntos de corte establecidos en Roselli et al. (2000). Así mismo, respecto al TR, complementario en la valoración del estado cognitivo, se encontraron puntuaciones de 3 en el Test de reloj a la orden (TRO) y de 7 en el Test del reloj a la copia (TRC), lo que se considera una puntuación positiva para el deterioro asociado al Trastorno Neurocognitivo Mayor tipo Alzheimer. Sin embargo, dadas las condiciones de dolor crónico, infección y malestar significativo en la temporalidad de la aplicación, se consideran estos resultados como poco determinantes para emitir un criterio diagnóstico.

En cuanto al cribado de sintomatología depresiva y estado emocional, el paciente puntuó un total de 9/15, resultado considerado como depresión leve; sin embargo, esta escala se empleó para ahondar a mayor especificidad en los síntomas depresivos somáticos presentes, pero no se consideró determinante a criterio

diagnóstico, dado que dicha sintomatología se evidenció como reactiva a la condición médica del paciente y al proceso de duelo anticipatorio por la inminente pérdida de su extremidad. Finalmente, el paciente proyectó un nivel intermedio en su percepción del nivel de salud y calidad de vida (62 puntos), evidenciándose puntajes bajos en las dimensiones de bienestar físico, psicológico/emocional, plenitud personal, percepción global de la calidad de vida, autocuidado y funcionamiento independiente.

Formulación clínica del caso

En relación con lo anterior, el paciente se encontraba atravesando por un proceso de *duelo no complicado* V62.82 (Z63.4) ante la amputación supracondílea de su extremidad inferior izquierda, clasificado en el DSMV (American Psychiatric Association, 2014) como “*Otros problemas de atención clínica*”, con presencia de sintomatología ansiosa reactiva a procedimiento médico. Así mismo, se evidencian “*Otras circunstancias de la historia personal*” que hacen parte prioritaria de la atención clínica y es un denominado “*Problema relacionado con el estilo de vida*” V69.9 (Z72.9), asociado a la no adherencia al tratamiento médico y consideraciones dietarias del paciente ante su condición crónica de Diabetes Mellitus Tipo II.

La dificultad en la adherencia al tratamiento y las escasas pautas de autocuidado del paciente, se pueden explicar mediante el Modelo de Creencias en Salud (Moreno y Gil, 2003); este modelo consta de cuatro dimensiones: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios y las barreras percibidas (Rosenstock, 1974, citado en Moreno y Gil, 2003). En este sentido, se identificó que el paciente previo a su episodio de hospitalización no se había sentido vulnerable a complicaciones o enfermedades de gravedad (baja susceptibilidad percibida), concibiendo que la Diabetes Mellitus, a pesar de ser una enfermedad “incurable” pero “común” en su grupo familiar, no requería obligatoriamente cuidados específicos o estos eran ineficaces para mejorar su condición (escasos beneficios percibidos), minimizando la gravedad o los riesgos al poseer dicha afección (baja severidad percibida). Lo anterior llevó a que el paciente omitiera las indicaciones preventivas de seguridad podológica e higiene personal, usando calzado ajustado posterior a prácticas inadecuadas de limpieza “meter los pies en agua caliente para descansar”, generando una lesión en su pie izquierdo, la cual no fue atendida oportunamente y desencadena en una inevitable amputación.

Del mismo modo, al analizar la reacción emocional elevada del paciente durante su hospitalización, se identificó que a pesar de sentirse adolorido, débil y temeroso frente a su pronóstico, con mayor reconocimiento de su gravedad y de la cirugía como un posible medio para “aliviar su malestar”; al mismo tiempo concebía esta

última como riesgosa y dolorosa a nivel físico y emocional (altas barreras percibidas), lo cual le impidió aceptarla como única solución a su estado de salud, mostrándose evitativo, apático, confundido e irritable con su familia y el equipo médico.

Así mismo, se complementa dicha perspectiva con las ideas irracionales identificadas en el paciente, relacionadas a un proceso de duelo inconcluso por la pérdida de su ocupación, evidenciado en verbalizaciones como “soy un inútil”, “ya no apporto nada a mi familia”, “no puedo hacer nada”; cogniciones reforzadas por el grupo familiar debido a una denotada concepción de fragilidad, vulnerabilidad e incapacidad en la vejez, sumado a la alta sobreprotección dada al paciente. En este sentido, relacionando la acumulación de duelos no resueltos en el paciente (pérdida laboral, social, económica) con la aparición de un nuevo duelo por amputación, se identifica un refuerzo en sus sentimientos de limitación de capacidad funcional, inutilidad e invalidez previamente infundados; así, el antecedente del duelo sobre el repertorio de vida del paciente caracterizado por un elevado nivel de actividad e independencia, constituye como una situación altamente estresante que sobrepasa la capacidad de afrontamiento y desemboca en alteraciones emocionales, insomnio e inapetencia, reacción que resulta sobredimensionada y complica significativamente la condición de salud física.

Plan de intervención

El proceso de acompañamiento psicológico se desarrolló desde el momento prequirúrgico hasta la recuperación postquirúrgica, en una temporalidad de 6 semanas y se estructuró en 12 sesiones (4 sesiones de tipo individual, 5 con el paciente y cuidadora principal y 3 de intervención familiar), con una duración de 40 a 60 minutos cada una.

A nivel general, dichas sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

- Sesión 1 y 2 (paciente y cuidador): Exploración del caso, valoración de la sintomatología depresiva presentada por el paciente e intervención individual y familiar favoreciendo la comunicación de dificultades en la aceptación del procedimiento quirúrgico.
- Sesión 3 (Individual): Evaluación del estado cognitivo del paciente, manejo de los cambios emocionales y conductuales frente a la realización del procedimiento quirúrgico a fin de promover el afrontamiento funcional.

- Sesión 4 (Individual): Valoración de la sintomatología depresiva y calidad de vida asociada a la salud del paciente. Se promovieron pensamientos, sentimientos y acciones que contribuyen a la estabilización emocional y afrontamiento positivo del procedimiento quirúrgico.
- Sesión 5 (Individual): Teniendo a consideración los riesgos de alteración emocional y conductual del paciente, se entrenó en estrategias de manejo del estrés y la ansiedad.
- Sesión 6 (paciente y familia): Seguimiento al proceso postoperatorio del paciente, llevando a cabo valoración de su estado psicológico, cognitivo y emocional. Preparación a la familia en el manejo de los posibles cambios conductuales y emocionales del paciente.
- Sesión 7 (Familiar): Acompañamiento psicológico a la cuidadora principal en el fomento del control emocional para el afrontamiento de la amputación y psicoeducación al grupo familiar en la aplicación de medidas anti delirium.
- Sesión 8 y 9 (paciente y cuidador): Promoción de un afrontamiento emocional funcional de la amputación, previniendo el desarrollo de un posible duelo patológico. Se reforzaron estrategias en el manejo de la ansiedad y modulación del dolor, psicoeducando al paciente y su cuidadora en la anticipación y manejo de las posibles sensaciones de miembro fantasma.
- Sesión 10 (Individual): Seguimiento y manejo de nuevos cambios emocionales y conductuales en el proceso de duelo, realizando una valoración del estado de ánimo y la intensidad del dolor mediante entrevista clínica. Se reforzaron las estrategias de afrontamiento aprendidas, fomentando una reevaluación positiva de la cirugía.
- Sesión 11 (paciente y familia): Movilización de recursos externos mediante la psicoeducación al paciente y la familia respecto a la prevención del pie diabético, hábitos de vida saludables e higiene. Se fomentó la adherencia al tratamiento y la práctica de estrategias empleadas en prevención de recaídas.
- Sesión 12 (Familiar): Seguimiento vía telefónica un mes después del egreso médico, en el que se conoce el fallecimiento del paciente. Se brindó acompañamiento emocional a cuidadora principal e hijo mayor, orientando frente a pautas para una vivencia sana del duelo; se recabó información de la adaptación del paciente al hogar y el impacto del proceso de

acompañamiento por parte del grupo familiar. Se realizó el respectivo cierre del caso.

En la Tabla 1, se describen los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención Cognitivo-Conductuales que se aplicaron durante el proceso de acompañamiento psicológico.

Tabla 1.

Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención Cognitivo-Conductuales (C-C) distribuidos por sesión

Objetivo	Nº de sesión	Técnicas de intervención C-C
Comprender los cambios emocionales y conductuales durante la estancia hospitalaria a partir de la valoración del estado emocional y cognitivo del paciente.	1 – 2 – 3 – 4	- Observación conductual. - Entrevista clínica. - Ventilación y validación emocional. - Diálogo socrático.
Promover la adherencia al tratamiento mediante la aceptación y el fortalecimiento del rol activo del paciente en su proceso de recuperación.	1 – 2 – 11	- Entrevista clínica. - Ventilación y validación emocional. - Reestructuración cognitiva: debate de ideas irracionales, descubrimiento guiado. - Técnica de búsqueda de recursos. - Reforzamiento positivo de estrategias de afrontamiento activas. - Psicoeducación en adherencia al tratamiento, estilo de vida saludable y autocuidado.
Prevenir la alteración emocional en el paciente a través del acompañamiento psicológico pre y post quirúrgico.	5 – 8 – 9	- Entrevista clínica. - Ventilación y validación emocional. - Reestructuración cognitiva: debate de ideas irracionales. - Visualización y desensibilización sistemática. - Entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración diafragmática. - Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional. - Psicoeducación en síndrome de miembro fantasma e implicaciones. - Reforzamiento positivo en estrategias de afrontamiento de corte espiritual, expresión emocional y búsqueda de apoyo familiar.

Fortalecer en el paciente sus estrategias de afrontamiento funcionales en el proceso de duelo.	8 – 9 – 10	- Entrevista clínica posterior al proceso operatorio. - Ventilación y validación emocional. - Reestructuración cognitiva: diálogo socrático y descubrimiento guiado. - Terapia del espejo. - Técnica de búsqueda de recursos. - Reforzamiento positivo de estrategias aprendidas y promoción de reevaluación positiva.
Implicar a la red de apoyo familiar del paciente como recurso externo en la promoción de calidad de vida y adaptación a la pérdida.	6 – 7 – 11 – 12	- Entrevista clínica (cuidador principal y familia). - Ventilación y validación emocional. - Diálogo socrático. - Psicoeducación en el manejo de cambios emocionales y conductuales del paciente posterior a la amputación. - Psicoeducación en comunicación asertiva y apoyo emocional para afrontamiento del proceso de duelo. - Psicoeducación y modelado en protocolo de medidas anti delirium. - Psicoeducación en estilo de vida saludable y autocuidado. - Reforzamiento positivo de la red funcional de apoyo. - Reforzamiento de conductas sociales y conciencia del autocuidado.

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Se logró evidenciar cambios en el paciente tanto en su conducta de salud, estado anímico, afrontamiento de la pérdida, adaptación a la estancia hospitalaria y fortalecimiento de la relación con su red de apoyo principal y el equipo médico. Teniendo a consideración los dominios funcionales del paciente, en la Tabla 2 se muestra la comparación de los mismos según la reacción conductual del paciente en el momento inicial o pre-quirúrgico y el momento post operatorio.

Tabla 2.

Comparación por dominios de funcionamiento en el proceso de afrontamiento de la amputación supracondílea.

Dominios	Etapas pre quirúrgica (Semana 1 – 3)	Etapas post operatoria (Semana 3 – 6)
Emocional afectivo	La mayor parte del tiempo se mostraba apático, triste, ensimismado y lábil emocionalmente. Posterior a la aceptación del procedimiento médico se evidenció angustia, inquietud, tensión muscular y pensamientos recurrentes de miedo, junto a sentimientos de inutilidad y pérdida de la capacidad funcional.	De forma gradual se comienza a mostrar menos decaído, verbaliza que se siente más tranquilo ante los resultados de la cirugía, evidenciándose un discurso espiritual y de aceptación “ahora entiendo que Dios me dio otra oportunidad” “yo ya sentía mucho dolor y mi pierna ya no aguantaba más”. De la misma manera, los síntomas de ansiedad fueron desapareciendo, evidenciando preocupación ocasional por su adaptación a la vida cotidiana posterior al egreso médico.
Cognoscitivo verbal	Cerraba los ojos para evitar el contacto visual, negándose a hablar con el equipo médico; sus únicas expresiones verbales eran manifestaciones de dolor y deseo de regresar al hogar. Además, se evidenciaba desorientación, dificultades en la atención y la concentración por sus altos niveles de somnolencia. Mostró dificultades para retener información sobre todo con relación a su estado de salud o procedimiento quirúrgico.	Comienza a expresarse de forma más fluida y asertiva. Se visualiza mejoría en las dimensiones de orientación, atención y conciencia. En cuanto a su memoria, el paciente presenta mayor retentiva y a pesar de estar en un proceso de elaboración de su pérdida, evidencia mayor aceptación y reconocimiento de dicho suceso.
Interacción social	Se mostraba agresivo e irritable ante el equipo médico y su grupo familiar. Se manifestaba indispuerto a recibir visitas o llamadas telefónicas.	Se identifica mayor disposición a la interacción social, el paciente se muestra colaborador y ocasionalmente “bromista” con el equipo médico. Aunque continúa siendo demandante con su cuidadora principal, ella afirma disminución de sus manifestaciones de irritabilidad. Expresa deseos de ver a su esposa y nietos.
Repertorios relacionados a la salud	No seguía indicaciones médicas para el control de la diabetes mellitus (medicamento y dieta alimenticia).	Se percibe un aumento en la conciencia de la enfermedad y conductas de salud. Debido a

Presentaba poca introspección de la patología, negándose a la realización del procedimiento quirúrgico.

Evidenciaba fatiga, pérdida de energía, rigidez muscular, insomnio, inapetencia y dolor crónico en su extremidad.

conciencia de riesgo aceptó el procedimiento quirúrgico.

Gradualmente estabiliza su rutina de sueño y alimentación. Los primeros días presentó el síndrome de miembro fantasma, sin embargo, percibe un menor nivel de molestia y dolor ante conocimiento de estrategias para el control de sus síntomas.

Fuente: Elaboración propia

En este sentido, es importante enfatizar que los cambios descritos fueron reafirmados por verbalizaciones y manifestaciones tanto del paciente como del grupo familiar y el equipo médico, indicando una mejora sustancial en las conductas problema, un favorecimiento de la adaptación a la estancia hospitalaria y el desarrollo de recursos adecuados en la preparación y elaboración del duelo.

Ahora bien, en el proceso de evaluación psicológica se aplicó una valoración subjetiva adaptada a la sintomatología del paciente, de aplicación oral y cuantificación en escala Likert de 0 a 10, siendo 0 “nada” y 10 “mucho”; sus resultados denotan bajos niveles de alteración emocional del paciente posterior a la amputación, lo cual se plasma en la Figura 1, donde se presenta la evolución del estado anímico del paciente durante el proceso de acompañamiento pre y post quirúrgico.

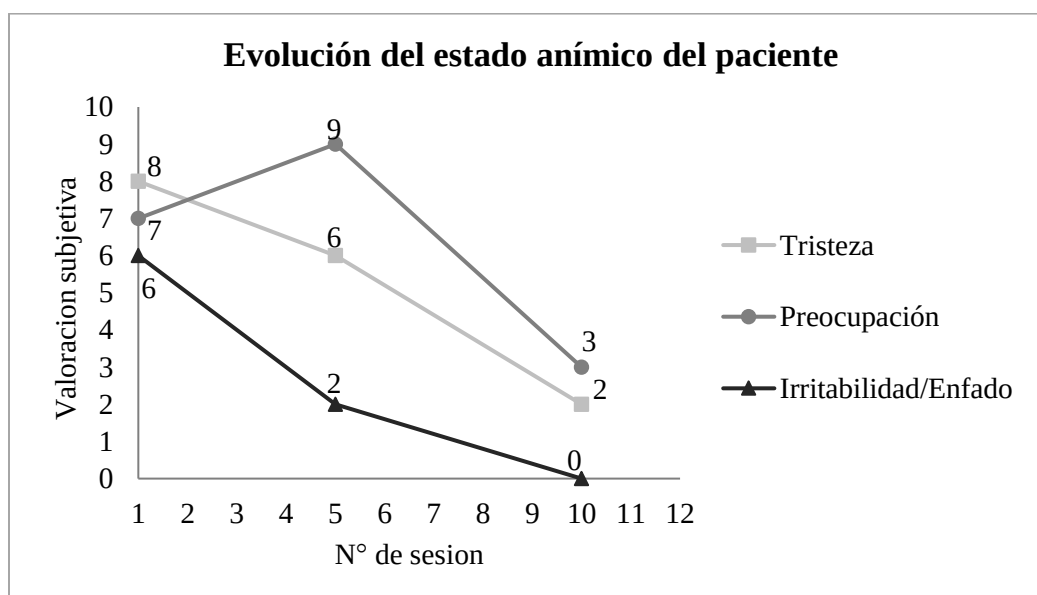


Figura 1. Diagrama de evolución del estado anímico del paciente durante el proceso de acompañamiento psicológico (por sesión).

De la misma manera, en la Figura 2 se presentan los resultados de la evaluación de la percepción del dolor que se realizó en el paciente antes, durante y finalizando la implementación del plan de intervención, esta mediante la aplicación de la EVA respecto a la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 donde cero era “intensidad nula” y 10 la “máxima intensidad”.

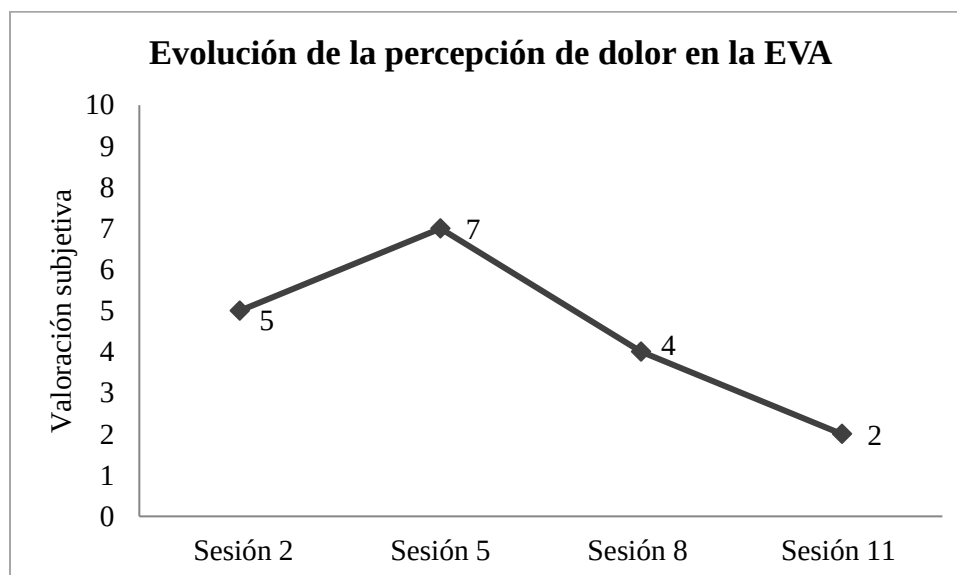


Figura 2. Diagrama de evolución de la percepción del dolor antes, durante y después de la implementación del plan de intervención.

En general, el paciente evidenció una mejora significativa en su valoración subjetiva del dolor experimentado, denotándose que en la sesión 5 se presentó un aumento importante de dicha percepción (7 puntos), debido a que en ese momento la necrosis del tejido muscular de la extremidad inferior empeoró y con él su nivel de complicación de la infección. Sin embargo, en las sesiones posteriores el paciente aumenta su repertorio de estrategias para la modulación del dolor y refiere percibir menor intensidad del mismo, aludiendo a su autocontrol.

Discusión y conclusiones

El proceso de intervención psicológica realizado rescata la importancia del establecimiento del rapport o alianza terapéutica, puesto que aportó en la implicación activa del paciente y su familia en el proceso de rehabilitación; en concordancia, Rogers y Kinguet (1971) y Tizón (1988) citados en Martorell y Daniel (2003) indican la importancia del apoyo y la contención, al facilitar la expresión de

sentimientos y la apertura al dolor emocional del paciente, empleando la escucha activa, la empatía y respuestas comprensivas que normalizaran y validaran las emociones del paciente.

Así mismo, se evidenció la relevancia que posee el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, ya que mediante la aplicación de conocimientos y técnicas aporta a la prevención de alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas asociadas a la atención médica y su estado de salud física, con la finalidad que el paciente logre un nivel óptimo de ajuste personal y funcionamiento psicosocial en su proceso de rehabilitación y recuperación, impactando positivamente en su calidad de vida (Martorell y Daniel, 2003). Lo anterior se refuerza cuando posterior al acompañamiento psicológico, el paciente empleó recursos internos de afrontamiento y aumentó su percepción de control sobre la situación estresante, lo que impactó en la importante disminución de la alteración de su estado anímico (síntomatología depresiva y ansiosa asociada al duelo) ocurrida durante su proceso de aceptación de la amputación.

Así, se demuestra el impacto positivo del acompañamiento psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica (Tavera 2014), lo que concuerda con la conclusión del estudio de eficacia de un tratamiento psicológico en personas que atraviesan por una amputación traumática realizado por Gonzales et al. (2001), en la que se afirma que “se podría mejorar aún más la adaptación de los pacientes, si la intervención psicológica se diera junto con la rehabilitadora en las fases inmediatamente posteriores a la amputación” (p.62); agregando que para un adecuado tratamiento y atención integral a este tipo de pacientes es prioritaria la participación de un equipo interdisciplinar, reconociendo que dicha condición es fundamental en la promoción de su salud y rehabilitación biopsicosocial.

De igual forma, en el paciente se evidenció una mejora en la adherencia al tratamiento médico, explicado según afirmación de Moreno y Gil (2003) en la que rescata el fortalecimiento en la creencia del impacto positivo de las conductas saludables (hábito como alimentación balanceada y toma de medicamentos) y el autocuidado e higiene personal, puesto que permite aumentar la susceptibilidad percibida, la severidad y los beneficios percibidos de los tratamientos. Teniendo a consideración el logro del control anímico del paciente mediante el proceso de acompañamiento psicológico, también se puede indicar que su adherencia al tratamiento se fortaleció según lo concluido en Tavera (2014), al indicar que al mejorar el estado de ánimo del paciente hay mayor adherencia al tratamiento, conllevando a una recuperación exitosa y una mejora notable en la calidad de vida.

Por otra parte, se considera fundamental en la comprensión de los logros alcanzados, que a pesar que el dolor experimentado por el paciente resulta crónico y de elevada intensidad debido a su condición de salud, el paciente percibe menor presencia de dolor a partir de la octava sesión momento posterior a la amputación, cuestión que a pesar de estar probablemente relacionada a los efectos positivos de la cirugía y medicamentos suministrados, también puede explicarse debido a la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, teniendo en cuenta que el dolor al considerarse como una experiencia sensorial y emocional desagradable (International Asociation For The Study Of Pain, 1986), contempla el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor (Belloch, 1989, citado en Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008)

En este orden, se resaltan algunas técnicas cognitivo-conductuales empleadas que resultaron de gran impacto en el acompañamiento de la problemática del paciente, tales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en relajación y respiración diafragmática, la visualización y desensibilización sistemática, la psicoeducación y el reforzamiento positivo. Al respecto, Esquerdo, Maruenda y Robles (2013), brindaron un tratamiento psicológico grupal a pacientes amputados posterior a la cirugía empleando algunas de las técnicas mencionadas, concluyendo que fueron efectivas para mejorar la adaptabilidad de los pacientes, disminuir ansiedad y depresión, y fomentar mayor apoyo social. Así mismo, Lorente (2016) menciona la relajación como un tratamiento psicológico efectivo para pacientes amputados, afirmando que dicha técnica interrumpe el círculo vicioso de tensión-dolor-tensión, produciendo en el sujeto cierto sentido de control sobre su funcionamiento fisiológico y contribuyendo a incrementar la percepción de dominio personal (Hotstadt & Quiles, 2001, citados en Lorente, 2016, p.25).

De igual forma, en un estudio con pacientes amputados realizado por González et al. (2001), demostraron la eficacia de técnicas la psicoeducación, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el entrenamiento en estrategias para el control de la ansiedad, en la mejora del nivel de actividad, la independencia para el cuidado personal, el estado de humor y la calidad de vida de los pacientes. Siendo igualmente fundamental mencionar la efectividad de la terapia del espejo, la cual según Casale et al. (2009) a través de las ilusiones del movimiento de la extremidad amputada podrían mejorar la retroalimentación sensorial a nivel cerebral y aliviar el dolor del miembro fantasma.

En relación a la participación e implicación del grupo familiar en el acompañamiento psicológico, esto resultó favorecedor en el proceso de recuperación, rehabilitación

y elaboración de la pérdida del paciente (González, Arce y Zarza, 2017), pues tal como lo afirma Bañol et al. (2003) el apoyo familiar es fundamental en el proceso de aceptación, adaptación y reincorporación a la vida cotidiana, ya que la familia es fuente principal de soporte, control, seguimiento de los cuidados y cumplimiento de las recomendaciones médicas (Rodríguez et al., 2018). En este sentido, Alós (2008) enuncia que un error frecuente es dejar de lado a la familia en este proceso, sin contemplar que el duelo también está presente en los familiares inmediatos y que la actitud que tengan estos con el enfermo influirá decisivamente en la actitud que el paciente amputado adopte consigo mismo (Rodríguez y Fernández, 2002).

Finalmente, cabe enfatizar sobre el proceso de evaluación post operatorio con la batería de pruebas que se presentaron limitaciones para su aplicación tales como factores ambientales asociadas a la condición de salud física del paciente (intoxicación por opioides), estancias de corta duración en el centro médico y fallecimiento. No obstante, esto sustenta los retos a los que se enfrenta un psicólogo clínico en el ámbito intrahospitalario, comprendiendo la enmarcada necesidad del binomio práctica/investigación para trabajar en la creación y desarrollo de protocolos de evaluación psicológica de pacientes específicamente en los ambientes de salud (Baptista y Dias, 2003, citado en Nunes, Garcia y Alba, 2006), ya que esto resulta fundamental para el establecimiento de guías de tratamiento más eficientes (Nunes, Garcia y Alba, 2006).

Para concluir, es necesario comprender que el acompañamiento en el proceso de duelo por amputación debe contemplar el ciclo vital en el que se encuentra el paciente, como lo fue en este caso la vejez, donde dicho suceso puede llegar a constituir una crisis vital significativa vinculada a un sin número de estereotipos y pérdidas percibidas normativamente en esta etapa como lo son la pérdida de la salud, el rol social y laboral, el poder adquisitivo, entre otras. Estas cuestiones, a pesar de estar relacionadas a factores diferenciales y esquemas personales de los individuos, en un proceso de acompañamiento deben flexibilizarse, proyectando como fin último la mantención de la capacidad funcional y la promoción de una percepción positiva de bienestar del adulto mayor con afecciones crónicas o disminuciones físicas, en donde para él y su familia debe reconocerse que a pesar de dichas limitaciones aún continua siendo posible un funcionamiento sano a nivel cognitivo, afectivo, social, con satisfacción personal y motivación ante la vida.

Agradecimientos

Al área de Psicología hospitalaria de la Clínica Foscal Internacional – FOSUNAB, por permitir el desarrollo de este estudio de caso en el marco de trabajo de grado en la modalidad Monografía para optar al título de Especialista en Psicología clínica.

Un agradecimiento especial al paciente y su grupo familiar que aun atravesando por momentos de dificultad siempre mostraron disposición y confianza en el proceso de acompañamiento psicológico.

Referencias

Alós, J. (2008). *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: un problema multidisciplinar*. Barcelona: Glosa, DL.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Bacca, A., González, A. y Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53-63. Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/30>

Bañol, A., Briceño, D. R., Cuervo, L., Parra, S., Rodríguez, A., y Rojas, M. (2003). Paciente amputado de miembro inferior: necesidades físicas, emocionales y sociales insatisfechas. *Repertorio de medicina y cirugía*, 12(3), 144-150. Recuperado de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/330>

Boulton, A. J., Armstrong, D. G., Albert, S.F., Frykberg, R.G., Hellman, R., Kirkman, M.S., Lavery, L., Lemaster, J., Mills, J., Mueller, M., Sheehan, P. & Wukich, D. (2008). Comprehensive foot examination and risk assessment: A report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*, 31, 1679-1685. doi: 10.2337/dc08-9021

Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista neurología*, 28(7), 648-655. doi: 10.33588/rn.2807.98501

Casale, R., Damiani, C. & Rosati, V. (2009). Mirror therapy in the rehabilitation of lower-limb amputation: are there any contradictions? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 10, 837-42. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181b74698

Chávez, A. (2011). *Duelo y depresión en el adulto mayor* (Tesis de grado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/22%20Duelo%20y%20depresion%20en%20el%20Adulto%20Mayor%20.pdf>

Contreras, E. (2010). *Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/246/Contreras_se.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, A. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior* (Tesis de doctorado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1089/3/D%C3%ADaz_AA.pdf

Esquerdo, J., Maruenda, R. y Robles, J. (2013). Tratamiento neuropsicológico de dolor de miembro fantasma a propósito de un caso. *Revista Sanidad Militar*, 69(3), 195-202. doi: 10.4321/S1887-85712013000300006

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (1975). Mini-mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulma, K. & Delis, D. (1994). *Clock drawing: a neuropsychological analysis*. New York: OxfordUniversity Press.

González, A., Arce, M. y Zarza, S. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior. *Revista electronica de psicologia Iztacala*, 20(1), 34-56. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/58922/52024>

González, M., Noguerales, J., Cruzado, J., Rozalén, M. y Fernández-Conde, E. (2001). Diseño y experimentación de sistemas de evaluación y tratamiento psicológico de personas que sufren amputaciones traumáticas. *Mapfre Medicina*, 12 (2), 127-137. Recuperado de <https://sid.usal.es/docs/F8/ART6784/disenio.pdf>

Hernández, G. y Sánchez, M. (2016). *Validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio del profesional de la*

Psicología en Colombia. Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/EntregaFinal_Validaci%C3%B3ndelaLis-tadeChequeo_DC_vs._3.pdf

International Asociation For The Study Of Pain, IASP. (1986). Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *European Journal of Pain Supplements*, 3, 1-225.

Ley N° 1090. Ministerio de la protección social del Congreso de Colombia, Bogotá, D. C., 6 de septiembre de 2006. Recuperado de <https://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>

Lorente, N. (2016). *Dolor crónico post-amputación, la plasticidad cerebral y su tratamiento* (Tesis de pregrado). Universidad de las Islas Baleares, España. Recuperado de http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2122/TFG_Noelia%20Lorente%20Berm%C3%BAdez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martorell, B. y Daniel, M. (2003). Intervención psicológica en pacientes amputados. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla, (Eds.), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp.463-487). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Mezzich J. (2000). The spanish versión of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301-305. doi: 10.1097/00005053-200005000-00008

Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>

Muniesa, J.M., Pou, M., Marco, E., Boza, R., Guillén, A., Duarte, E., Escalada, F., Belmonte, R. Ytejero, M. (2009). Calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. *Rehabilitación*, 43(1), 28-33. doi: 10.1016/S0048-7120(09)70393-7

Nunes, M., García, C y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios sociales*, 14(28), 137-161. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572006000200005&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Informe Mundial sobre Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report>

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México D. C: Manual Moderno.

Página | 270

Rodríguez, G., Córdoba-Doña, J., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M. y Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención Primaria*, 50(10), 611- 620. doi: 10.1016/j.aprim.2017.06.011

Rodríguez, B., y Fernández, A. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud. *Revista de medicina familiar y comunitaria*, 12(4), 60-72. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000400006&lng=es&tlng=es.

Rojo, E. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. *Nuberos Científica*, 1(3), 14-20. Recuperado de <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/95/91>

Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, D., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., Camacho, M. & GENEKO. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30(5), 428-432. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3005.99125>

Sánchez, J. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. En N. Hernández y J. Sánchez, (Eds.), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp.49-66). Editorial: Libros en Red.

Sheikh, J. L. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173. doi: https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

Tavera, J. (2014). Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *Revista El Dolor*, 62(24), 20-22. Recuperado de

https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/55dddb2d3e34c_original3_62_final.pdf

Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es&tlng=es.