

Acompañamiento psicológico a un adulto mayor en el proceso de duelo por amputación
supracondílea: Un estudio de caso

Psic. Margie Stefanía Quintero Mantilla



Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2018

Acompañamiento psicológico a un adulto mayor en el proceso de duelo por amputación
supracondílea: Un estudio de caso

Trabajo de grado en la modalidad Monografía para optar al título de Especialista en Psicología
clínica

Psic. Margie Stefanía Quintero Mantilla

Asesora

Mg. Claudia Susana Silva Fernández

Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2018

Agradecimientos

A Dios por transmitirme la sabiduría y el entendimiento para abordar cada uno de los casos desde el amor por mi vocación y conocimiento profesional.

A mi familia y mi novio, por brindarme su amor, confianza y apoyo incondicional en cada uno de los retos que decido emprender.

A mi asesora, por ser mi guía y mentora en este proceso formativo, brindándome su respaldo, conocimiento y experiencia.

Y a todas las valiosas personas que tuve la oportunidad de conocer, al área de Psicología hospitalaria de la Clínica Foscal Internacional por permitirme ser parte de su equipo de trabajo y a mis extraordinarios pacientes que aun atravesando por quebrantos de salud y momentos de dolor siempre mostraron disposición y confianza en el proceso de acompañamiento psicológico.

Sin duda cada uno ha contribuido a la mujer, persona y profesional que soy.

Gracias infinitas.

Tabla de contenido

Introducción	VI
Referente conceptual	XIII
<i>La Psicología clínica y de la Salud</i>	XIII
<i>El psicólogo en el contexto hospitalario</i>	XIV
<i>La diabetes mellitus y condición de pie diabético</i>	XV
<i>La amputación: efectos biopsicosociales en el individuo</i>	XVI
<i>Duelo por amputación y su vivencia en el adulto mayor</i>	XVIII
<i>El afrontamiento en el duelo por amputación: Recursos internos y externos</i>	XXI
<i>Intervenciones psicológicas desde el enfoque cognitivo conductual en casos de amputación</i>	XXII
Objetivos terapéuticos	XXIV
<i>Objetivo General</i>	XXIV
<i>Objetivos específicos</i>	XXIV
Marco metodológico	XXV
Formulación del caso	XXV
<i>Descripción del caso</i>	XXV
<i>Motivo de remisión</i>	XXVI
<i>Identificación del paciente</i>	XXVI

Análisis funcional de la conducta	XXVII
<i>Análisis diacrónico – Historia del problema</i>	XXVII
<i>Análisis sincrónico</i>	XXIX
<i>Listado de conductas problema</i>	XXX
<i>Impresión diagnóstica</i>	XXXII
<i>Hipótesis explicativa</i>	XXXIII
Evaluación psicológica	XXXV
Plan de intervención	XL
Resultados	XLVII
Discusión	LII
Conclusiones y recomendaciones	LVII
Referencias	LX

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción de conductas problema y su afectación en las áreas de funcionamiento del paciente	XXVII
Tabla 2. Objetivos terapéuticos distribuidos por sesión y técnicas de intervención Cognitivo-Conductuales (C-C) empleadas	XXXVII
Tabla 3. Comparación por dominios de funcionamiento en el proceso de afrontamiento de la amputación supracondílea	XLIII

Lista de figuras

- Figura 1. Genograma familiar del paciente identificado R.O y representación de relaciones familiares XXVI
- Figura 2. Diagrama de evolución del estado anímico del paciente durante el proceso de acompañamiento psicológico L
- Figura 3. Diagrama de evolución de la percepción del dolor antes, durante y después de la implementación del plan de intervención LI

Lista de anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado pleno	LXXI
Anexo 2. Mini-Mental State Exam (MMSE)	LXXIII
Anexo 3. Test del Dibujo del Reloj (TR)	LXXV
Anexo 4. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)	LXXVI
Anexo 5. Instrumento Índice de Calidad de Vida (QLI - Sp)	LXXVIII
Anexo 6. Evidencia del Test del Dibujo del Reloj	LXXX
Anexo 7. Formato de registro de sesiones	LXXXI

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Acompañamiento psicológico a un adulto mayor en el proceso de duelo por amputación supracondílea: Un estudio de caso
AUTOR(ES):	Psic. Margie Stefanía Quintero Mantilla
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Mg. Claudia Susana Silva Fernández

RESUMEN

El presente estudio de caso simple tuvo como objetivo brindar apoyo psicológico a un paciente adulto mayor en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea. Para ello, se diseñó e implementó un plan de intervención fundamentado en sus fases de evaluación, intervención y seguimiento desde el modelo cognitivo-conductual y estructurado en 12 sesiones en total. Se utilizaron como instrumentos la observación directa, la entrevista clínica, además, escalas analógicas o de medidas subjetivas y una batería de pruebas compuesta por el Mini-Mental State Exam (MMSE), el Test del dibujo del reloj (TR), la Escala de depresión geriátrica (SDG-15) y el Índice de Calidad de vida (QLI-sp). Entre los resultados y logros obtenidos se evidenció: (1).aumento en la adherencia al tratamiento y conducta de salud, introspección de la patología y rol activo del paciente en su proceso de recuperación, (2) disminución de la irritabilidad y sintomatología depresiva, (3) aumento en la percepción de control y empleo de recursos internos/externos en el paciente, (4) disminución de la percepción de la intensidad del dolor en el paciente y aumento de su capacidad de modulación del mismo y (5) aumento de la participación del grupo familiar y compromiso en la promoción de calidad de vida del paciente. Finalmente, en el tratamiento a pacientes con complicaciones de pie diabético y/o plan de amputación, se evidencia el impacto positivo del uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, relajación muscular progresiva y respiración diafragmática, la desensibilización sistemática, la terapia del espejo, la psicoeducación y reforzamiento positivo; siendo fundamental el acompañamiento psicológico intrahospitalario antes, durante y después de la cirugía al paciente y su familia, en prevención de cuadros psiquiátricos y dificultades en el proceso de recuperación, y promoción de una adecuada aceptación, afrontamiento y adaptación psicosocial en la elaboración de la pérdida.

PALABRAS CLAVE:

Apoyo psicológico, amputación supracondílea, duelo, afrontamiento, adulto mayor.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological support to an older adult in the process of grief for supracondylar amputation: A case study

AUTHOR(S): Psic. Margie Stefanía Quintero Mantilla

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Mg. Claudia Susana Silva Fernández

ABSTRACT

The present study of simple case was aimed to provide psychological support to an older adult patient in coping with grief due to supracondylar amputation. For this reason, an intervention plan was designed and implemented based on the evaluation phases, intervention and monitoring from the cognitive-behavioral model and structured in 12 sessions in total. The instruments used were direct observation, clinical interview also analog scales or subjective measures and a battery of tests composed of Mini Mental State Examination (MMSE), the clock drawing test (CDT), the Depression Geriatric Scale (SDG-15) and the Quality of Life Index (QLI-sp). The results and achievements obtained were: (1) increases treatment adherence and health behavior, pathology introspection and active patient role in his recuperation process, (2) decreases irritability and depressive symptomatology, (3) increases perception of the risk and the use of internal/external resources in the patient, (4) decreases perception of pain intensity in the patient and increases his capacity to modulate it and (5) increases commitment and family group participation in the promotion of the patient's quality of life. Finally, in the diabetic foot complication patients treatment and/or amputation plan, the positive impact of the techniques such as cognitive restructuring, training in coping strategies, progressive muscular relaxation and diaphragmatic breathing, systematic desensitization, mirror therapy, psychoeducation and positive reinforcement evidenced; being fundamental the intrahospital psychogical support before, during and after the patient surgery and his family, in prevention of psychiatric syptoms and recovery process difficulties, and promotion of an adequate acceptance, coping and psychosocial adaptation in the elaboration of the loss.

KEYWORDS:

Psychological support, supracondylar amputation, grief, coping, older adult.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica constituida como uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia a nivel mundial y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario (Organización Mundial de la Salud, 2016). Actualmente, la prevalencia de esta enfermedad en el mundo en adultos, mayores de 18 años de edad, ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 (OMS, 2017), considerándose que este porcentaje se eleve para el año 2025, debido sobre todo al aumento, envejecimiento y urbanización de la población (Diabetes Care, 2000, citado en Pineda et al., 2004). Según Untiveros, Charlton, Nuñez, Tapia y Tapia, (2004) esta condición produce un impacto socioeconómico importante que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas. Además, de un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que la padecen, implicando riesgos y problemáticas temidas para los pacientes como el pie diabético y la posterior amputación del miembro afectado trayendo como consecuencia cambios en la esfera física, psicológica y social (Contreras, 2010).

Así pues, la mayoría de pacientes amputados consiguen una adaptación y rehabilitación física satisfactoria. Sin embargo, es frecuente que en dicho proceso experimenten importantes alteraciones emocionales (Gallagher y MacLachlan, 2000, citado en Martorrell y Daniel, 2014), pudiéndose presentar sintomatología depresiva o ansiosa, que en casos extremos pueden dar lugar a un trastorno mental. Según Frank, Kashani, Wonderlick, Umlauf y Ashkanazi (1984) citados en Martorrell y Daniel (2014), aproximadamente el 50% de pacientes amputados necesitan asistencia psicológica en alguna fase del proceso de rehabilitación.

De esta manera, en el marco de la ejecución de las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, en la Clínica Foscal Internacional - FOSUNAB, se llevó a cabo un proceso de acompañamiento psicológico a pacientes remitidos al departamento de *Psicología Hospitalaria*, el cual tuvo como objetivo central contribuir al mejoramiento y adaptación a la estancia hospitalaria de los usuarios y su familia en los servicios de hospitalización, interviniendo de manera puntual en las necesidades específicas del usuario frente a su condición de enfermedad y proceso terapéutico a través de una atención psicológica que permita: (1) La adaptación y apoyo en la aceptación de un diagnóstico; (2) La prevención de complicaciones clínicas; (3) El aumento en la adherencia al tratamiento; (4) El manejo de alteraciones emocionales y del comportamiento del paciente y sus familiares, y (5) El fortalecimiento de las redes de apoyo del paciente (Fundación Oftalmológica de Santander, 2013)

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. Dicha intervención se desarrolló desde el modelo cognitivo conductual, con una duración de 12 sesiones, distribuidas en 4 individuales, 5 grupales (paciente y cuidador principal) y 3 familiares. De esta manera, a lo largo de este documento se presentará de forma detallada el proceso de contextualización conceptual, formulación, evaluación e intervención del caso, haciendo énfasis al finalizar 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.

Referente conceptual

La Psicología clínica y de la Salud

La Psicología clínica y de la Salud es una disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las afectaciones, trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). Esta es un área contemporánea y novedosa en el abordaje de los problemas de los seres humanos, donde además de centrarse en la evaluación, diagnóstico y tratamiento, se enfatiza en la promoción, mejora y mantenimiento de la salud biopsicosocial del individuo (Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009).

De esta manera, Según Matarazzo (1982) citado en Morrison y Bennett (2008), los principales objetivos de este campo, específicamente con relación al paradigma de la salud, se enfocan en desarrollar una comprensión de los factores biopsicosociales implicados en: (a) La promoción y el mantenimiento de la salud; (b) La mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria; (c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades; y (d) Los factores de riesgo/vulnerabilidad de las enfermedades.

Por su parte, en cuanto al campo clínico, según Arias (2014), este abarca la investigación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos comportamentales, teniendo “como mecanismo un tipo de intervención que opera con la finalidad de “eliminar” del repertorio de un individuo aquello que se define como la sintomatología, o los comportamientos que le están causando malestar psicológico”(Piña, 2003, citado en Arias, 2014, p.4); esto aplicando principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de dichas alteraciones.

El psicólogo en el contexto hospitalario

El campo de acción del Psicólogo clínico y de la Salud transversaliza diversos contextos sociales, entre estos las unidades de salud mental de centros médicos y hospitales, los cuales se constituyen como escenarios de interacción profesional donde se brinda atención en los niveles individual, grupal, familiar, comunitario e institucional a problemáticas relacionadas con la salud integral de las personas (COP, 1998). Sin embargo, el contexto hospitalario y sus características físicas, estructurales, sociales y culturales, pueden producir efectos no deseados (iatrogénicos) en las personas que asisten a ellos, siendo descrito como un estresor biopsicosocial, asociado con sufrimiento y muerte, tanto para el paciente como para la familia (Rodríguez y Zurriaga, 1997). A esto, López, Pastor y Neipp (2003) afirman que “el hospital le exige al enfermo un esfuerzo de aculturación...donde la persona experimenta pérdidas en el control de actividades cotidianas, la intimidad, importante restricción en la autonomía, ruptura con los roles habituales y limitación en el uso de recursos sociales” (p.37).

En concordancia, la Psicología Hospitalaria surge a partir de la necesidad de analizar los cambios y riesgos que implican la situación de hospitalización para el paciente, centrándose según Zas (2016) en dos aspectos fundamentales: La observación de las situaciones que se dan en la institución hospitalaria que pueden favorecer o entorpecer una mejor adaptación del paciente hospitalizado y el conocimiento de las reacciones psicológicas más frecuentes y necesidades del paciente hospitalizado para su cuidado y prevención. Con relación a este último aspecto, se reporta en la literatura que entre los efectos secundarios que más se presentan de la condición de hospitalización están el padecimiento de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad y trastornos adaptativos (Remor, Arranz y Ulla, 2014).

Así mismo, es considerado fundamental tener en cuenta las reacciones de la familia del enfermo hospitalizado y su atención, comprendiendo que en este contexto se viven situaciones emocionalmente intensas y crisis que alteran el equilibrio del grupo familiar (Zas, 2016), tales como la enfermedad crónica y el riesgo de muerte. Bautista, Arias y Carreño (2016) la pérdida de la salud supone una crisis situacional en la que el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas como estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto, entre otras, por lo cual se requieren mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio; cuestión en la que la intervención del psicólogo hospitalario se constituye como fundamental para disminuir el impacto emocional y promover dichas estrategias de afrontamiento que favorezcan la adaptación en contextos adversos (Mateos, 2003).

La diabetes mellitus y condición de pie diabético

Las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades de larga duración y de progresión lenta (Santiago et al., 2017), entre estas se encuentra la Diabetes Mellitus (DM) la cual es un síndrome complejo que abarca una serie de enfermedades de diferentes etiologías caracterizadas por el aumento crónico de la concentración de glucosa en sangre (American Diabetes Association, 2011). En específico, la DM Tipo II, es el tipo más común de diabetes (Centers for Disease Control and Prevention, 2017) y se caracteriza por hiperglucemia causada por un defecto en la secreción de insulina, por lo común acompañado de resistencia a esta hormona (OMS, 2017). Según Rodríguez, Córdoba-Doña, Escolar-Pujolar, Aguilar-Diosdado y Goicolea (2017) es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial y conlleva importantes complicaciones agudas que reducen la esperanza y la calidad de vida en las personas con dicha afección.

Dentro de estas complicaciones, se encuentra el pie diabético, pues se estima que aproximadamente del 15 al 25 % de los pacientes con DM desarrollan dicha afección durante el curso de su enfermedad (Cisneros-González et al., 2015). Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, citada en Contreras (2010), el pie diabético es definido como “una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie” (p.16). Siendo el pie diabético y sus determinantes complicaciones, la causa más frecuente de ingreso hospitalario entre personas con diabetes (Contreras, 2010) y llegando a desencadenar en amputaciones menores o mayores de miembros inferiores (Boulton et al., 2008).

La amputación: efectos biopsicosociales en el individuo

“La amputación es una resección total o parcial de una extremidad seleccionada” (Schwartz y Shires, 1995, citado en Henríquez, 2009, p.273), y se constituye como un acto quirúrgico que provoca un cambio irreversible en la persona sometida a ésta, relacionándose, en su mayoría, con un control glucémico inadecuado y prolongado de la DM (Cisneros-González et al., 2015). Según Contreras (2010), en todo el mundo, se realizan más de 1 millón de amputaciones cada año como consecuencia de la diabetes mellitus, lo cual significa que cada 30 segundos se pierde una extremidad inferior debido a complicaciones de esta enfermedad; constituyéndose como la principal causa de amputación no traumática (Armstrong, Wrobel & Robbins, 2007, citado en García, Del Olmo, Zoe, Barnés y Valdés, 2012).

Este alto índice de personas que sufren una amputación, ha acrecentado la preocupación de las instituciones médicas y profesionales de la salud por garantizar una adecuada atención y tratamiento de estos pacientes, ya que al momento de enfrentarse a un paciente que requiere una

amputación es necesario pensar no sólo en salvar su vida sino en conservar posibilidades de independencia (Espinoza y García, 2014), promoviendo, además, adaptación psicológica y social.

Lo anterior resulta fundamental debido a que la pérdida de una extremidad inferior determina una fuerte repercusión en aspectos físicos, funcionales y emocionales, afectando significativamente la calidad de vida de la persona amputada (Muniesa et al., 2009). En este sentido, a pesar de que una gran parte de los pacientes logran adaptarse a su nueva situación, existe un alto riesgo de sufrir problemas psicológicos que pueden afectar su recuperación, siendo frecuentes la aparición de trastornos de ansiedad y depresión con una prevalencia en esta población que oscila entre el 19-25% y el 20-35%, respectivamente (Rojo, 2011). Asimismo, Martorell y Daniel (2003), afirman:

Como toda operación quirúrgica importante, la amputación suele despertar miedo e inseguridad. La misma intervención, la anestesia, la hospitalización, los tratamientos y el dolor, pueden representar una amenaza para el paciente. Además, la amputación suele provocar sentimientos de aflicción porque conlleva una pérdida irreversible y obliga a acomodarse a una vida de limitaciones (pp.463-464).

De esta manera, atravesar por un proceso de amputación repercute en importantes pérdidas de la capacidad funcional y limitaciones en el autocuidado, que por ende impactan la autonomía e independencia del individuo (Moretti, 2010; Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013, citados en Tavera, 2014). Además, dicha limitación en la movilidad y capacidad funcional, por lo general, causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales, encontrándose que las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar

funciones sociales y familiares; lo que se traduce en cambios en el autoconcepto, irritabilidad y sentimientos de culpa (Martorell y Daniel, 2003), percepciones negativas de sí mismo, miedo frente al pronóstico e ira contra los profesionales sanitarios (Contreras, 2010).

Por otra parte, además de las dificultades funcionales, psicológicas y sociales, una de las principales dificultades que se presenta en el paciente amputado es el dolor asociado al síndrome del miembro fantasma (Tavera, 2014). Según Ramachandran y Blakeslee (2010), citado en Tonon da Luz et al. (2012), este tipo de dolor no solamente es de alta intensidad sino también difícil de comprender, siendo considerado un problema clínico muy serio. Además, para Sherman et al. (1989), citado en Tonon da Luz et al. (2012), este dolor es común hasta dos semanas posteriores a la amputación, sin embargo, el 60% de los dolores fantasma son patológicos y perduran durante años con varios tipos de sensaciones: puñaladas, trituración, golpes, ardor, hormigueo, calambres, entre otras. A esto, es fundamental mencionar que los factores psicológicos pueden exacerbar dicho síndrome, estando estrechamente relacionada la percepción de la intensidad del dolor con los estados emocionales y niveles de ansiedad experimentados por el paciente a lo largo de su proceso de recuperación (Mas, Maruenda y Robles, 2013).

Duelo por amputación y su vivencia en el adulto mayor

En concordancia a lo anterior, según Mateo et al. (2015) la amputación constituye para los pacientes una situación catalogada como “catástrofe personal”, constituyendo un duelo significativo. El duelo se define como la reacción consciente e inconsciente ante una pérdida (Acero y Castillo, 2008), en la cual el sujeto acontece cinco fases o solo algunas de ellas (Mateo et al., 2015), mientras elabora gradualmente la pérdida que se ve obligado a afrontar para garantizar su vida. Esto constituye el llamado proceso de duelo, que según Tizón (2004), citado

en Gonzáles, Arce y Zarza (2017), es el conjunto de cambios psicológicos, sociales y emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida, siendo un grupo de representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva la frustración o el dolor.

A esto, Kübler (2007), citado en Barrera (2013); y Serra (2001), citado en Ocampo, Henao y Vásquez (2010); contextualizan las etapas del duelo en dicho proceso, las cuales son:

1. La negación y aislamiento: Esta funciona como “amortiguador” después de una noticia inesperada. Le permite recuperarse al paciente y movilizar sus defensas emocionales. Es en este momento inicial en que a la persona se le imposibilita creer que la extremidad no está y se evita recordar el suceso traumático.
2. La ira: En esta fase el paciente puede presentar la necesidad de buscar algo o alguien a quien culpar por la pérdida, siendo posible la presencia de reacciones emocionales de furia, irritabilidad, resentimiento y oposición al tratamiento médico.
3. La negociación: Es una fase “útil” para el paciente, en la que este realiza un intento por posponer los hechos u “obtener a cambio la restitución de lo perdido, aunque a veces eso sea imposible como en el caso de la amputación”.
4. La depresión: El paciente entonces comenzará a aislarse, con frecuencia en esta etapa pueden presentarse alteraciones del sueño, sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro, desesperación e incluso ideas de muerte. Esta una de las etapas más difíciles y complicadas, sin embargo su existencia indica que la aceptación de la pérdida va siendo más probable.
5. La aceptación: En este momento la depresión y la ira desaparecen, pues el paciente se permite afrontar cognitivamente la situación y está en un proceso de rehabilitación, estando listo para hacer planes y tomar decisiones acerca de su propia vida.

Es así, como los pacientes amputados gradualmente deber ir comprobando que esa parte de su cuerpo ya no existe, que la pérdida es una realidad y que es algo que es necesario aceptar a costa del dolor emocional causado por su ausencia (Barrera, 2013), y todas las implicaciones biopsicosociales ya mencionadas. Siendo cuestión fundamental, según Gonzáles, Arce y Zarza (2017), interpretar las pérdidas de salud a la luz del ciclo vital en el que se encuentra el paciente y los factores personales que intervienen en dicho proceso de duelo.

De acuerdo a esto, en la etapa de la vejez, el ser humano es el resultado de lo que ha vivido a lo largo de sus etapas a nivel individual, social, su historia de salud y de los determinantes de esta (Rodríguez, 2011, citado en Quintero, 2016), encontrándose a pesar de que el envejecimiento sea diferencial y existan un gran porcentaje de adultos mayores que envejecen sin alteraciones de salud, que según Gonzáles, Arce y Zarza (2017) “en el caso de las amputaciones por enfermedad, estas suceden en la mayoría de los casos en las personas de la tercera edad con complicaciones por enfermedad crónico- degenerativas, como la diabetes”(p.43).

Esto acarrea para el adulto mayor, una pérdida determinante y profunda que repercute de forma negativa sobre su calidad de vida, ya que, tal como lo afirman Alcantud y Sotos (2008), en esta etapa normativamente se llegan a experimentar otras pérdidas significativas como la pérdida del rol social activo, tanto en el ámbito laboral como relacional, lo que conlleva disminución del autoestima (Peña, Terán, Moreno, Bazán, 2009); la pérdida del poder adquisitivo, la partida de los hijos y el fallecimiento del conyugue, familiares y/o amigos; lo cual si no se afronta de forma apropiada, haciendo uso de recursos internos y externos, puede conllevar graves afecciones emocionales y psicológicas (Chávez, 2012), considerando como dichas condiciones aumentan sustancialmente el uso de medicamentos, y se asocian con una

recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial (Hirschfeld, 2001, citado en Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez, 2005).

El afrontamiento en el duelo por amputación: Recursos internos y externos

Es indiscutible que las amputaciones, son pérdidas corporales siempre dolorosas, inesperadas y difíciles de elaborar para el individuo (Gonzáles, Arce y Zarza, 2017). En este sentido, tal como se ha mencionado, el duelo por amputación inicialmente puede estar acompañado de sentimientos como tristeza, enfado, culpa y autoreproche, ansiedad, fatiga e impotencia (Chávez, 2011); y la intensidad de las reacciones emocionales y la forma en que la persona afronta dicha situación, dependerá de los recursos que dispone, la habilidad que tiene para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno (McCrae & Costa, 1988, citado en Díaz, 2015), el tipo de intervención, 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).

De esta manera, según Gonzáles, Arce y Zarza (2017) existen dos tipos de recursos de afrontamiento: (a) los recursos internos, como el sentido del humor, el autocontrol, visión del futuro, espiritualidad y las habilidades personales; y (b) los recursos externos, entre los que se encuentra el apoyo familiar, social, instrumental y económico. Este último grupo de recursos, tiene principal relevancia, ya que la calidad de apoyo social que las personas en proceso de duelo reciben puede tener efectos positivos en ellas mismas y en la adaptación a la pérdida (Gonzáles, Arce y Zarza, 2017), siendo la familia fuente principal de soporte, consejo, control, desarrollo de tareas cotidianas, seguimiento de los cuidados y cumplimiento de las recomendaciones médicas (Rodríguez et al., 2017).

En concordancia a lo anterior, los factores personales y ambientales determinaran el tipo de afrontamiento, encontrándose además, la resiliencia como capacidad psicológica primordial en pacientes amputados. Pues tal como lo afirma Barrera (2013) si el individuo cuenta con suficientes factores protectores, se adaptará a la dificultad sin experimentar una ruptura significativa en su vida, lo que le permitirá permanecer en homeostasis, o avanzar a un nivel de mayor resiliencia debido a la fortaleza emocional y a las estrategias de afrontamiento saludables desarrolladas en el proceso de superar la adversidad.

Intervenciones psicológicas desde el enfoque cognitivo conductual en casos de amputación

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se ha hecho fundamental para los profesionales de las ciencias de la salud suministrar atención psicológica a los pacientes amputados y sus familias, pues tal como lo afirma Mooney (1994), citado en Martorell y Daniel (2003), este tipo de apoyo les ayudará a afrontar su nueva situación y prevenir desajustes emocionales, siendo fundamental desarrollar un proceso psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica (Tavera, 2014).

En concordancia, según Martorell y Daniel (2003), de ser posible, la actuación del psicólogo debe iniciar de forma preventiva antes de la intervención quirúrgica y continuar a lo largo del proceso de rehabilitación, distinguiéndose de esta manera dos fases en dicho acompañamiento: (a) la fase prequirúrgica, en la que puede predominar la ansiedad, y (b) la fase postquirúrgica, caracterizada por el duelo. De esta manera, la atención psicológica brindada 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 ha de permitir la prevención y tratamiento de trastornos

psicológicos, tendrá un impacto positivo en su calidad de vida y contribuirá a la adherencia a los tratamientos médicos.

Entre algunas de las técnicas empleadas en la intervención de pacientes amputados están la psicoeducación, entrenamiento en las estrategias de afrontamiento adecuadas, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones, planificación de actividades, habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, técnicas de relajación, respiración profunda, imaginería, expresión de emociones, sentido y proyecto de vida (Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013; Tavera, 2014). Además, la neuropsicología emplea diversas técnicas para manejo del dolor del miembro fantasma, como el biofeedback de tensión muscular y temperatura (Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013), la terapia del espejo, la imaginería motora graduada y la restauración de la lateralidad (Morales-Osorio y Mejía, 2012).

De la misma manera, en ocasiones, también la familia necesita atención psicológica o psiquiátrica por la angustia generada por la situación del paciente (Díaz, Leal y Gómez, 2013). En estos casos, según Tavera (2014), es fundamental el entrenamiento en el manejo de emociones y el dolor, la psicoeducación para el cuidado del paciente y brindar un acompañamiento psicológico al cuidador principal en prevención al síndrome de Burnout. Lo anterior, contribuirá a la calidad de vida de todo el sistema familiar, que al ser el principal apoyo emocional del paciente, resulta indispensable en su estado ánimo y proceso de rehabilitación (Díaz, Leal y Gómez, 2013).

Objetivos terapéuticos

Objetivo General

Brindar apoyo psicológico a un paciente adulto mayor en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea.

Objetivos específicos

Comprender los cambios emocionales y conductuales en la estancia hospitalaria a partir de una valoración del estado emocional y cognitivo del paciente.

Promover la adherencia al tratamiento médico quirúrgico requerido (amputación supracondílea) mediante la aceptación y el fortalecimiento del rol activo del paciente en su proceso de recuperación.

Prevenir el aumento de la alteración emocional en el paciente, a través de un acompañamiento constante en el momento pre y post quirúrgico.

Fortalecer estrategias de afrontamiento y recursos personales del paciente en el proceso de duelo por amputación supracondílea.

Implicar a la red de apoyo familiar del paciente como recurso externo en la promoción de calidad de vida y adaptación a la pérdida.

Marco metodológico

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, el cual basa sus postulados prácticos en las teorías cognitivas y en tres principios fundamentales: (a) la actividad cognitiva afecta el comportamiento, (b) la actividad cognitiva puede ser estudiada y modificada; y en este sentido, (c) la modificación de la actividad cognitiva puede modificar los comportamientos; caracterizándose, además, por ser un proceso activo, colaborativo y directivo, orientado al logro de metas, donde el objetivo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente métodos para evaluar en el futuro sus creencias (Contreras, 2007). De esta manera, para el logro de los objetivos terapéuticos delimitados, se seleccionaron algunas técnicas cognitivo-conductuales como herramienta práctica eficaz para el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas en el ámbito hospitalario, como la Diabetes Mellitus y sus complicaciones (Sánchez, 2007).

Formulación del caso

Descripción del caso

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.

Motivo de remisión

El equipo médico solicita interconsulta por Psicología hospitalaria debido a paciente adulto mayor con dificultad en la aceptación de procedimientos médicos (amputación supracondílea), irritabilidad y cuadro depresivo asociado a condición médica. Además, se refiere una evidente alteración en los procesos cognitivos tales como memoria, atención y lenguaje.

Identificación del paciente

Datos sociodemográficos: Hombre de 80 años de edad, residente de la ciudad de Bucaramanga, estrato socioeconómico 2 y pensionado del sector agropecuario. Casado hace 55 años y padre de cuatro hijos adultos. Previo a la atención intrahospitalaria, el paciente convivía con su esposa (75 años de edad) dedicada a las labores del hogar, una de sus hijas (49 años edad) desempleada y cuidadora principal de sus padres, y dos nietos varones, de 15 y 17 años de edad.

Genograma familiar

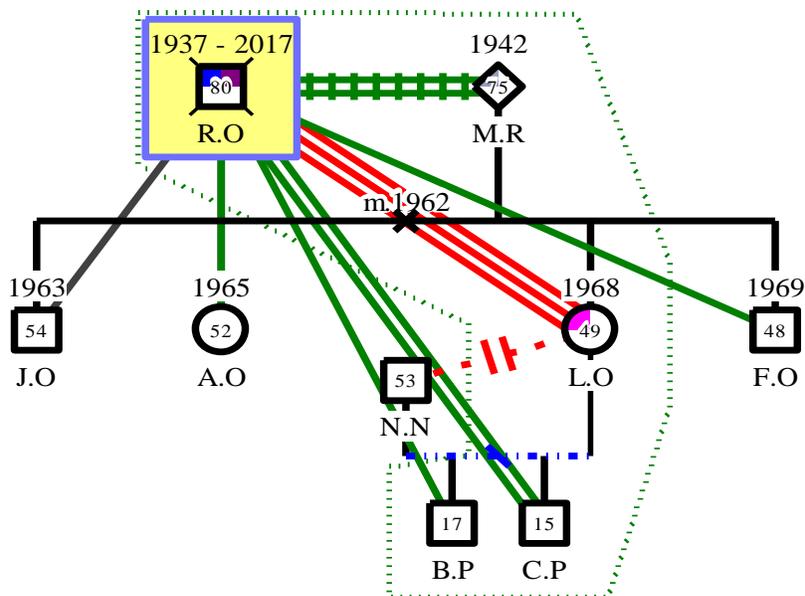


Figura 1. Genograma familiar del paciente identificado R.O y representación de relaciones familiares

Dinámica familiar: El paciente identificado R.O hace parte de una familia extensa compuesta, con hijos mayores y nietos. Se evidencian relaciones vinculares positivas entre el paciente y su pareja, manifestando contar con “un matrimonio sólido de 55 años”, sin separaciones y enmarcado en un vínculo afectivo estable. A su vez, el paciente afirma poseer una relación distante con sus hijos mayores, a pesar de tener una vinculación afectiva positiva con los mismos; además indica tener una relación cercana con sus nietos. Por otra parte, se percibe una pauta fusionada con su hija y cuidadora principal (L.O), relación caracterizada por una constante convivencia y pauta intermitente de conflicto, relacionado a las numerosas demandas por su condición de salud y actitud irritable constante del paciente hacia su pariente. Por otra parte, con relación al subsistema fraternal, se evidencian relaciones funcionales entre hermanos, con dificultades ocasionales principalmente asociadas con el cuidado de los padres y las responsabilidades económicas.

Análisis funcional de la conducta

Análisis diacrónico – Historia del problema

En la exploración de la historia de vida del paciente, se encuentra que comenzó a laborar desde la adolescencia (15 años de edad), cuestión que determinó en gran parte un alto nivel de actividad física durante toda su adultez, además de una larga y exigente vida laboral en el sector de la agricultura. Sin embargo, R.O manifiesta que desde que se jubiló y tuvo que dejar de realizar “los oficios del campo”, ha sido muy complicada su adaptación al hogar y refiere sentirse “inactivo”, “inútil” y “poco productivo” para su familia. En cuanto a esto, sus familiares tratan de alentarlo y que evite dichos pensamientos o afirmaciones, pero afirman que en la cotidianidad del hogar debido a su longevidad y condición de enfermedad, limitan sus

actividades diarias y en lo posible no permiten que ejecute ninguna labor que implique esfuerzos físicos importantes.

En este sentido, se puede evidenciar cómo el proceso de jubilación constituyó para el paciente una crisis vital significativa, que impactó en su autoestima, percepción de productividad y autoeficacia, que según su cuidadora principal repercutió en su estado de ánimo y actitud hacia los otros. No obstante, el paciente no posee antecedentes psicológicos de gravedad y afirma no haber tomado ningún medicamento psiquiátrico hasta su situación de hospitalización.

Por otra parte, con relación a la Diabetes Mellitus, el paciente refiere que atribuye dicha condición a un factor hereditario, ya que afirma que dicha enfermedad la presentaba su padre y su abuelo. Sin embargo, este manifiesta que en su adolescencia y adultez poseía malos hábitos alimenticios y presentó una pauta de consumo de alcohol por más de 20 años, cuestión que pudo haber influenciado significativamente en el desarrollo de dicha condición crónica.

Así mismo, R.O afirma que desde su diagnóstico de Diabetes Mellitus ha seguido “algunas” indicaciones del médico, evidenciándose baja adherencia al tratamiento en lo que concierne a la toma de medicamentos (Metmorfina 500 mg) y las consideraciones alimenticias, de higiene y autocuidado, agregando que “deja de ser juicioso” cuando se siente bien, pero que “eso no pasa a mayores”. Además, al ahondar en el historial del problema médico, el paciente desarrolla pie diabético posterior a que un calzado ajustado le ocasionara una lesión en su extremidad, cuestión a la que no prestó importancia (minimización del problema y poca introspección de la patología), ni informó a sus familiares, hasta que empezó a sentir mucho dolor y el color de su pie se fue tornando oscuro.

Análisis sincrónico

El paciente fue llevado al centro médico en contra de su voluntad y después de exámenes especializados fue hospitalizado en plan de salvamento de su extremidad inferior izquierda debido a diagnóstico de necrosis tipo II, pie diabético tipo III e isquemia crítica. En los primeros días de hospitalización, según su hija y cuidadora principal, dejó gradualmente de hablar y optó por cerrar sus ojos todo el tiempo, incluyendo las ocasiones en que el equipo médico le visitaba. Así mismo, comenzó a presentar ocasionalmente llanto fácil y a tornarse irritable con sus familiares y demás personas de su entorno cercano. Además, R.O presentaba importantes dificultades para dormir, quejándose constantemente por dolor o por querer regresar a su hogar.

Una semana después, los médicos consideran el plan de salvamento de su pierna afectada como fallido e inician el proceso de informar al paciente y su familia acerca de la necesidad de amputar la extremidad. A esto, el paciente se niega, se muestra desorientado, con alteraciones en los procesos de memoria (dificultad en la retención de la información) y atención (altos niveles de somnolencia), y evidencia una reacción de evitación, manifestada en irritabilidad y llanto al mencionar la necesidad de la cirugía; de esta manera el equipo médico presentó gran dificultad para explicar al paciente y solicitar su consentimiento para la cirugía, además, los familiares manifiestan alta preocupación por el riesgo de dicho procedimiento y las repercusiones en la vida del paciente.

De este modo, se acrecienta en el paciente la sintomatología ansiosa, sentimientos de inutilidad y pérdida de la capacidad funcional, relacionadas al proceso de pérdida de su actividad laboral, por la posibilidad de perder su extremidad. Además, el paciente argumenta que “no puede perder su pierna” porque así “no podrá salir al parque”, “caminar con su mujer”, “ir al

mercado” y “hacer todas las cosas que aún le quedan”, sumándose esto, a una reducción significativa de su ingesta de alimentos y cronificación de su estado de ánimo deprimido.

Listado de conductas problema

De acuerdo a lo anterior, se identificaron una serie de síntomas y conductas problema que complejizan la situación de salud física del paciente, dificultando el accionar del equipo médico y el proceso de recuperación/rehabilitación, repercutiendo en sus áreas de funcionamiento. Dichas conductas se describen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de conductas problema y afectación en las áreas de funcionamiento

Conducta problema	Área de funcionamiento afectada	Nivel de gravedad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja adherencia al tratamiento 		
<p>Sigue pocas indicaciones médicas en el cuidado de su enfermedad y se niega al procedimiento médico requerido (amputación supracondílea).</p>	<p>Personal – Estado de salud</p> <p>Familiar</p>	<p>Alto</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negación y pobre introspección de la patología 		
<p>Ignora la gravedad de su condición, se niega a que la amputación sea la única solución a su complicación y evita que se le hable o explique acerca de dicho</p>	<p>Personal – Estado de salud</p> <p>Familiar</p>	<p>Alto</p>

procedimiento quirúrgico.

▪ Irritabilidad y quejas recurrentes

Se muestra constantemente alterado, apático y reactivo agresivamente a los estímulos externos. Además, manifiesta constantemente molestia por la condición de hospitalización, exámenes y demás procedimientos médicos de rutina.	Familiar Social: visitas y personal de enfermería	Medio
---	--	-------

▪ Sintomatología ansiosa

Se observa inquietud, tensión muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad. Pensamientos recurrentes de miedo, angustia y sensación de confusión (en su mayoría en horas de la noche). Sumado a síntomas cognitivos como dificultades de atención, concentración y memoria.	Personal – Estado de salud Familiar Social	Medio
--	---	-------

▪ Estado de ánimo deprimido

Se evidencia labilidad emocional, llanto fácil, insomnio, pérdida de energía, disminución en el apetito, sentimientos de inutilidad y pérdida de la capacidad funcional.	Personal – Estado de salud Familiar Social	Alto
--	--	------

- Inapetencia

El paciente disminuyó su ingesta de alimentos sustancialmente, causando alta preocupación en sus familiares al tener que suplir los nutrientes necesarios para su recuperación con Ensure. La pérdida de apetito no se relaciona con su condición de salud y/o complicaciones de índole biológica.	Personal – Estado de salud Familiar	Medio
--	--	-------

- Insomnio

Presenta dificultad para conciliar el sueño ante manifestaciones ansiosas, quejas constantes e impulsos de querer huir de la clínica.	Personal – Estado de salud Familiar Social: Personal de enfermería	Medio
---	--	-------

Impresión diagnóstica

El paciente está 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) identificado en el

paciente, asociado a la no adherencia al tratamiento médico y consideraciones dietarias de su condición crónica de Diabetes Mellitus Tipo II.

Hipótesis explicativa

La dificultad en la adherencia al tratamiento y escasas pautas de autocuidado del paciente ante su enfermedad, se pueden dotar de sentido a través del Modelo de Creencias en Salud (MCS) que afirma que “la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.)” (Moreno y Gil, 2003, p.94). Este modelo consta de cuatro dimensiones a saber: La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas (Rosenstock, 1974, citado en Moreno y Gil, 2003).

En este sentido, R.O evidencia la ausencia de conductas de salud o de prevención, pues inicialmente, a pesar de poseer un alto deseo de recuperar su salud y estar en su hogar, nunca previamente a su episodio de hospitalización se había sentido vulnerable a complicaciones o enfermarse de gravedad (susceptibilidad percibida), concibiendo que la Diabetes Mellitus, a pesar de ser una enfermedad “incurable” pero “común” en su grupo familiar, no requiere obligatoriamente de cuidados específicos o estos no son eficaces para mejorar su condición (beneficios percibidos), minimizando la gravedad o los riesgos al poseer dicha afección (severidad percibida). De esta manera, se evidencia cómo el paciente hace caso omiso a indicaciones preventivas de seguridad podológica e higiene personal, y al usar un calzado ajustado posterior a prácticas inadecuadas como por ejemplo “meter los pies en agua caliente

para descansar”, este le ocasiona una lesión en su pie izquierdo la cual no es atendida oportunamente en el centro médico y desemboca en una inevitable amputación.

Del mismo modo, al ubicarnos en el episodio de hospitalización y al analizar la reacción emocional elevada de R.O frente a su condición de salud y el procedimiento quirúrgico requerido, se identifica que este a pesar de sentirse adolorido, débil y temeroso frente a su pronóstico, reconociendo en mayor medida su gravedad, y contemplando la cirugía como un posible medio para “aliviar su malestar”, al mismo tiempo la concibe como riesgosa y dolorosa a nivel físico y emocional (barreras percibidas); lo cual le impide aceptarla como única solución a su estado de salud, mostrándose evitativo, apático, confundido e irritable cuando su familia o el equipo médico intentan conversar con él acerca de ello.

Así mismo, es importante complementar 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 por la condición de enfermedad de R.O. En este sentido, al ser el paciente un adulto mayor y atravesar en esta etapa por tantas crisis vitales y pérdidas, su reacción emocional y sintomatología depresiva se puede justificar en un proceso de acumulación de duelos en el que el paciente revive su pérdida laboral, social, económica, y la relaciona a la nueva pérdida que está por atravesar, cuestión que refuerza en mayor medida los sentimientos de limitación de capacidad funcional, inutilidad e invalidez previamente infundados. Es así como sumado a un repertorio de vida del paciente caracterizado por un elevado nivel de actividad e independencia en todas las esferas de su vida, esta cuestión se constituye como una situación altamente

estresante que sobrepasa la capacidad de afrontamiento del mismo y desemboca en alteraciones emocionales, insomnio e inapetencia, cuestión que a pesar de resultar normal para el proceso de duelo anticipatorio en el que se encuentra el paciente, resulta sobredimensionado y complica significativamente la condición de salud física, poniendo en riesgo su vida.

Evaluación psicológica

La 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. De esta manera, se empleó como primera medida el formato de consentimiento informado pleno (Anexo 1), validado por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2016), este documento permitió al paciente y su familia conocer los objetivos, criterios de confidencialidad, beneficios y compromisos en la aceptación del proceso de acompañamiento, todo ello de acuerdo a las disposiciones de la Ley N° 1090 de 2006. Así mismo, se utilizó la observación directa y la entrevista clínica, como herramientas principales para la exploración del caso, tanto con el paciente como con su cuidadora principal; también se aplicó una batería de pruebas compuesta por el Mini-Mental State Exam (MMSE), el Test del dibujo del reloj (TR), la Escala de depresión geriátrica (SDG-15) y el Índice de Calidad de vida (QLI-sp).

A continuación, se describen a mayor profundidad, los instrumentos en mención:

- *Observación directa:* Es una técnica de recogida de datos que se basa en el registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada de forma espontánea por la unidad de análisis en el contexto de estudio, como el estado físico, signos, conducta espacial, verbal y representaciones no verbales (Anguera, 1995).

- *Entrevista clínica*: Este instrumento se constituye como principal herramienta tanto en la fase de evaluación como de intervención, y en su fase inicial, tiene como objetivo reunir suficiente información que ayude a desarrollar hipótesis, seleccionar y aplicar pruebas apropiadas, lograr una evaluación válida del adulto y diseñar intervenciones efectivas (Montoya, Puerta y Arango, 2013).

De esta manera, en el presente caso, la entrevista clínica se empleó para la valoración psicosocial del paciente y su red de apoyo familiar; abordando cuestiones determinantes para la contextualización del caso como la percepción de la condición médica actual, examen mental breve, variables sociodemográficas, dinámica familiar, afrontamiento del proceso de enfermedad e información suministrada por el equipo médico. Así mismo, fue útil en la valoración de la sintomatología depresiva presentada por el paciente, en el análisis de aspectos como variables desencadenantes, ideas irracionales y naturaleza de su estado anímico; lo que a su vez, favoreció en la comunicación de miedos y dificultades en la aceptación del procedimiento médico a realizar (amputación supracondílea), para así seleccionar los instrumentos psicométricos apropiados y comenzar a plantear los objetivos de intervención.

- *Mini-Mental State Exam (MMSE) de Folstein y Cols, (1975), adaptación colombiana de Roselli et al. (2000)*: Esta prueba mide el rendimiento cognoscitivo, evaluando orientación en el espacio, tiempo y lugar; memoria de fijación reciente, atención, cálculo y leguaje (Anexo 2). Asimismo, posee una consistencia interna que oscila entre 0,82-084.
- *Test del dibujo del reloj (TR) o clock drawing test (CDT) de Freedman et al. (1994) y Tuokko, (1990), criterios de calificación de Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y*

Lantada (1999): Es un instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos, como la enfermedad del Alzheimer. Este test valora en dos fases sucesivas, Test del reloj a la orden (TRO) y Test del reloj a la copia (TRC), una tarea compleja consistente en dar al paciente un papel en blanco y las instrucciones para dibujar un reloj y marcar las once y diez, hora que requiere la participación de los dos hemisferios visuoatencionales en los campos temporales (Vicens-Vilanova, 2013) (Anexo 3).

- *Escala de depresión geriátrica (GDS-15) de Sheikh & Yesavage (1986), validación de Bacca, González & Uribe (2005)*: Esta prueba consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Se asigna un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. La GDS-15 cuenta con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89 (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011) (Anexo 4).
- *Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp), versión en español de Mezzich (2000)*: Este instrumento cuantifica en una escala de 1 a 10, siendo 1 malo y 10 excelente, la autoevaluación de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida (Melguizo-Herrera et al, 2014). Es una escala confiable, con una consistencia interna de 0,753, capaz de discriminar grupos con diferentes niveles de calidad de vida, siendo breve y de fácil aplicación (Vargas, 2015) (Anexo 5).

Además de la batería de pruebas mencionada, se emplearon las escalas analógicas o de medidas subjetivas por parte del paciente, una para la valoración de la percepción de dolor (EVA) y otra para la exploración del estado anímico, dicha estrategia se considera fundamental, ya que permite la recolección de datos empíricos de cómo se encuentra el paciente y permite valorar constantemente la efectividad del proceso de acompañamiento (Reynoso y Seligson, 2005).

De esta manera, a modo de presentación de los resultados del proceso de evaluación, en la entrevista inicial realizada al paciente, se consiguió explorar el estado psicológico y emocional del mismo, sus antecedentes y percepción de la condición médica actual, identificando sintomatología depresiva y sentimientos de irritabilidad, impotencia y miedo por pérdida de la capacidad funcional, lo que dificultaba la aceptación del procedimiento médico requerido. Una cuestión bastante relevante en estas primeras sesiones, fue la evidente alteración en los procesos cognitivos memoria, atención y lenguaje en el adulto mayor, condición que dificultaba aún más la autoconciencia del paciente acerca de su condición médica. Sin embargo, posterior a un adecuado establecimiento del rapport, se logró movilizar al paciente entorno a recursos propios útiles en la aceptación y afrontamiento de la cirugía. Además, también se empleó la entrevista clínica con la cuidadora principal (hija) para recabar información adicional del paciente entorno a sus antecedentes psiquiátricos, historia de vida, dinámica familiar, afrontamiento del grupo familiar de la condición médica actual del paciente, entre otros, cuestiones que se consideraron fundamentales en la estabilidad emocional y adherencia al tratamiento del paciente.

Posteriormente, ya firmada la aceptación del procedimiento quirúrgico, se llevó a cabo el proceso de evaluación del estado cognitivo. De esta manera, con relación a la prueba del MMSE el paciente puntuó un total de 16 puntos, lo que se clasifica dentro del rango de posible deterioro,

evidenciándose puntajes bajos en atención y calculo, orientación temporal y espacial, comprensión, lectura y dibujo. Es importante señalar que esta calificación se realizó de acuerdo al nivel de escolaridad del paciente (5to primaria), ajustando el desempeño a los puntos de corte establecidos en Roselli et al. (2000). Así mismo, respecto al TR, complementario en la valoración del estado cognitivo del paciente, se encontraron puntuaciones de 3 puntos en el Test de reloj a la orden (TRO) y de 7 puntos en el Test del reloj a la copia (TRC) lo que según los puntos de corte del instrumento se considera una puntuación positiva para el deterioro asociado al Trastorno Neurocognitivo Mayor tipo Alzheimer (Ver anexo 6). Sin embargo, dadas las condiciones de dolor crónico, infección y malestar significativo en la temporalidad de la aplicación, se llevó a considerar estos resultados como poco determinantes para emitir un criterio diagnóstico.

Por otra parte, en cuanto a los resultados del segundo momento de evaluación, se encontró que en el cribado de sintomatología depresiva y estado emocional el paciente puntuó un total de 9/15, resultado considerado como depresión leve por dicho instrumento. Sin embargo, esta escala se empleó para ahondar a mayor especificidad en los síntomas depresivos somáticos presentes, y no se considera 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, con relación a la percepción del nivel de salud y calidad de vida, el paciente proyectó un nivel intermedio de 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.

Plan de intervención

El proceso de acompañamiento psicológico se desarrolló en una temporalidad de 6 semanas y se estructuró en 12 sesiones en total, con una duración de 40 a 60 minutos cada una, distribuidas en 4 sesiones de tipo individual, 5 con el paciente y cuidadora principal y 3 de intervención familiar. Es fundamental mencionar que el abordaje realizado contempló atención y acompañamiento desde el momento pre quirúrgico hasta el proceso de recuperación post quirúrgica y afrontamiento del duelo del paciente debido al proceso de amputación supracondílea. Además, de estas 12 sesiones realizadas, 11 fueron intrahospitalarias y la última sesión se ejecutó vía telefónica, posterior al egreso médico.

A continuación se describen los objetivos terapéuticos específicos definidos previamente, distribuidos en el proceso de intervención sesión a sesión, y las técnicas de intervención Cognitivo-Conductuales empleadas para el logro de los mismos.

Tabla 2.

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

Objetivo	N° de sesión	Técnicas de intervención C-C
1) Comprender los cambios emocionales y conductuales en la estancia hospitalaria a partir de una valoración del estado emocional y cognitivo del paciente.	1 – 2 – 3 – 4	- Observación conductual - Entrevista clínica - Ventilación emocional y validación emocional - Dialogo socrático

<p>2) Promover la adherencia al tratamiento médico quirúrgico requerido (amputación supracondílea) mediante la aceptación y el fortalecimiento del rol activo del paciente en su proceso de recuperación.</p>	1 – 2 – 11	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica - Ventilación emocional y validación emocional - Reestructuración cognitiva: discusión y debate de ideas irracionales, descubrimiento guiado. - Técnica de búsqueda de recursos - Reforzamiento positivo de estrategias de afrontamiento y empoderamiento. - Psicoeducación en adherencia al tratamiento, estilo de vida saludable y autocuidado.
<hr/>		
<p>3) Prevenir al aumento de la alteración emocional en el paciente, a través de un acompañamiento constante en el momento pre y post quirúrgico.</p>	5 – 8 – 9	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica - Ventilación emocional y validación emocional - Reestructuración cognitiva: discusión y 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.

4) Fortalecer estrategias de afrontamiento y recursos personales del paciente en el proceso de duelo. 8 – 9 – 10

- Entrevista clínica posterior al proceso operatorio
 - Ventilación y validación emocional
 - Reestructuración cognitiva: dialogo socrático y descubrimiento guiado.
 - Terapia del espejo
 - Técnica de búsqueda de recursos
 - Reforzamiento positivo de estrategias aprendidas y promoción de reevaluación positiva.
-

-
- | | | |
|--|-----------------|---|
| 5) 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 | <ul style="list-style-type: none">- Entrevista clínica (cuidador principal y familia)- Ventilación y validación emocional- Dialogo socrático- Psicoeducación en el manejo de cambios emocionales y conductuales del paciente posterior a la amputación.- Psicoeducación en comunicación asertiva y apoyo emocional en 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 al paciente- Entrenamiento en medidas conductuales.- Reforzamiento de conductas sociales y conciencia del autocuidado. |
|--|-----------------|---|
-

En este sentido, el plan de intervención completo, junto a los objetivos, técnicas y actividades por cada sesión, se describen a profundidad en el formato de registro del caso (Anexo

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

- Sesión 1 y 2: Exploración del caso, valoración previa de la sintomatología depresiva presentada por el paciente e intervención individual y familiar favoreciendo la ventilación emocional, comunicación de dificultades en la aceptación del procedimiento médico (amputación supracondílea) y promoviendo la adherencia al tratamiento.
- Sesión 3: Evaluación del estado cognitivo del paciente y manejo de los cambios emocionales y conductuales frente a la realización del procedimiento médico, a fin de promover un mejor afrontamiento en la anticipación a la pérdida de su extremidad.
- Sesión 4: Valoración de la sintomatología depresiva y calidad de vida asociada a la salud del paciente. Promoviendo, además, pensamientos, sentimientos y acciones que contribuyan a la estabilización emocional y afrontamiento positivo frente al procedimiento quirúrgico a realizar.
- Sesión 5: Anticipación de los posibles cambios emocionales y conductuales que pudiese presentar el paciente en el momento previo y posterior a la cirugía, favoreciendo el duelo anticipatorio; enseñando estrategias de manejo del estrés y la ansiedad pre-quirúrgica y continuando con el fomento de estrategias de afrontamiento positivas frente el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Sesión 6: Seguimiento al proceso postoperatorio del paciente, llevando a cabo una valoración de su estado psicológico, cognitivo y emocional del mismo en el momento posterior al procedimiento quirúrgico. En esta sesión, además, se tuvo la finalidad de

preparar a la familia en el manejo de los posibles cambios conductuales y emocionales del paciente asociados a la pérdida.

- Sesión 7: Se brindó acompañamiento psicológico a la cuidadora principal en fomento del control emocional en el afrontamiento de la amputación realizada al paciente y se efectuó una psicoeducación al grupo familiar en la aplicación de medidas anti delirium posterior a la recuperación de la conciencia del paciente
- Sesión 8 y 9: Promoción de un afrontamiento emocional positivo de la amputación, previniendo el desarrollo de un posible duelo patológico, además, en esta sesión fue prioridad reforzar estrategias empleadas para el manejo de la ansiedad y modulación del dolor, psicoeducando al paciente y su cuidadora en la anticipación ante posibles sensaciones de miembro fantasma y su modulación mediante la terapia del espejo.
- Sesión 10: Seguimiento y manejo de nuevos cambios emocionales/conductuales en el proceso de duelo, realizando además, una valoración del estado de ánimo y la intensidad del dolor mediante entrevista clínica. Finalmente, se reforzaron las estrategias de afrontamiento aprendidas, fomentando una reevaluación positiva de la cirugía.
- Sesión 11: Psicoeducación al paciente y la familia respecto a la prevención del pie diabético, hábitos de vida saludables e higiene. Además se fomentó la adherencia al tratamiento y la práctica de estrategias empleadas en prevención a recaídas, todo ello promoviendo la red de apoyo integral para facilitar el afrontamiento y movilización de recursos externos para el paciente.
- Sesión 12: Seguimiento vía telefónica un mes después del egreso médico en el que se realizó un acompañamiento emocional y psicológico a cuidadora principal e hijo mayor del paciente fallecido, favoreciendo la ventilación emocional y brindando pautas para una

vivencia sana del duelo. Además se recabo información de la adaptación del paciente al hogar y el impacto del proceso de acompañamiento en grupo familiar, llevando a cabo el respectivo cierre del caso.

Nota: Se planeaba realizar la evaluación psicológica postquirúrgica intrahospitalariamente, sin embargo, esto no fue posible por la afectación física del paciente y su condición de intoxicación por opioides posterior a la amputación, considerándose a conveniencia del estado de salud del paciente y evitando sesgos en el proceso de evaluación, la realización de la aplicación post en el domicilio del paciente. Lamentablemente, el paciente presentó una serie de complicaciones en su proceso de recuperación y falleció 15 días después del egreso médico.

Resultados

A partir del plan de intervención implementado y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos en el acompañamiento psicológico se logró evidenciar cambios en el comportamiento del paciente tanto en su conducta de salud, estado anímico, afrontamiento de la pérdida y adaptación a la estancia hospitalaria, como en su relación con su red de apoyo principal y el equipo médico. De este modo, a continuación se presenta en la Tabla 3 la comparación por dominios de funcionamiento desde el momento inicial y pre quirúrgico, hasta el momento post operatorio, este último correspondiente al proceso de afrontamiento de la amputación, recuperación y preparación para la rehabilitación.

Tabla 3.

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

Dominios	Etapa inicial y pre quirúrgica (Semana 1 – 3)	Etapa pos operatoria (Semana 3 – 6)
Emocional afectivo	Se mostraba apático, triste, ensimismado y lábil emocionalmente la mayor parte del tiempo. 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.	El paciente gradualmente se comienza a mostrar menos decaído, a pesar de afirmar sentirse triste por la pérdida de su extremidad, verbaliza que se siente mucho más tranquilo de que la cirugía saliera bien, 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

		<p>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.</p>
Cognoscitivo verbal	<p>Cerraba los ojos para evitar el contacto visual, negándose a hablar con el equipo médico y sus únicas expresiones verbales eran quejas recurrentes acerca de dolor o deseo de regresar al hogar. Además, se evidenciaba desorientación, dificultades en la atención y la concentración por sus altos niveles de somnolencia.</p> <p>Visualizándose importantes dificultades para retener información sobre todo con relación a su estado de salud o procedimiento quirúrgico.</p>	<p>Comienza a expresarse de forma más fluida y asertiva, evidenciándose mayor adaptación a la estancia hospitalaria. Con relación a su estado cognitivo 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.</p>
Interacción social	<p>Se mostraba agresivo e irritable ante el equipo médico, y su grupo familiar, incluyendo su cuidadora principal. Así mismo, se manifestaba indispuerto a recibir visitas o recepcionar llamadas</p>	<p>Se visualiza mayor disposición a la interacción social, el paciente se muestra sereno, colaborador y ocasionalmente “bromista” con el equipo médico. Asimismo, aunque continúa siendo</p>

<p>telefónicas.</p>	<p>demandante con su cuidadora principal, esta afirma que sus manifestaciones de irritabilidad han ido disminuyendo y a finalizar la cuarta semana de hospitalización manifiesta querer ver a su esposa y nietos.</p>
<p>Repertorios relacionados a la salud</p> <p>No seguía indicaciones médicas para la diabetes (medicamento y dieta alimenticia), presentaba escaso autocuidado y poca introspección de la patología, negándose a la realización del procedimiento médico requerido (amputación supracondílea).</p> <p>Así mismo, presentaba fatiga, pérdida de energía, rigidez muscular, insomnio, inapetencia y dolor crónico en su extremidad.</p>	<p>Se percibe un aumento en la conciencia de la enfermedad y conductas de salud en el paciente, comenzando por resaltar el logro de su autoreflexión y conciencia frente a la gravedad de su condición, aceptando el procedimiento quirúrgico. De la misma manera, paciente gradualmente estabiliza su rutina de sueño y alimentación, sin embargo, presenta los primeros días de recuperación sensaciones de “picor y ardor” en la extremidad amputada, relacionado al síndrome de miembro fantasma. Llegando a la sesión 9, el paciente manifiesta que comprende mucho más dichas sensaciones y sabe cómo manejarlas, percibiendo un menor nivel de molestia y dolor.</p>

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 de este y un favorecimiento de la adaptación a la estancia hospitalaria y el desarrollo de recursos adecuados en la preparación y elaboración del duelo.

Lo anterior se puede evidenciar en los bajos niveles de alteración emocional del paciente posterior a la amputación, cuestión que se plasman en la Figura 2, donde se presenta la evolución del estado anímico del paciente durante el proceso de acompañamiento pre y post quirúrgico, evaluado a través de una escala de 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”.

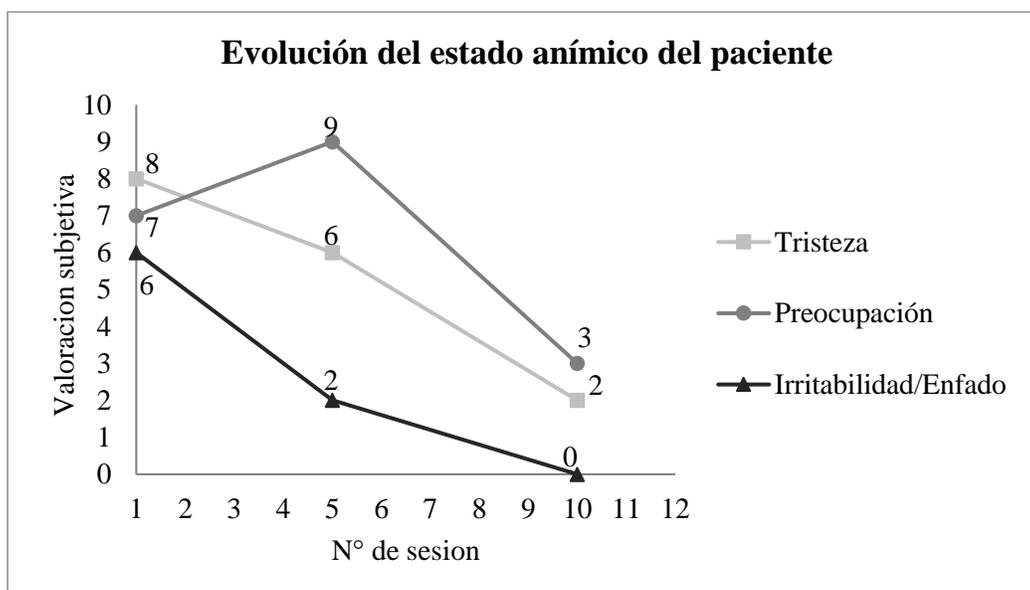


Figura 2. Diagrama de evolución del estado anímico del paciente durante el proceso de acompañamiento psicológico

De la misma manera, en la Figura 3 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 tal como se ha mencionado se utilizó empleando la EVA, en su variación numérica de valoración de la intensidad.

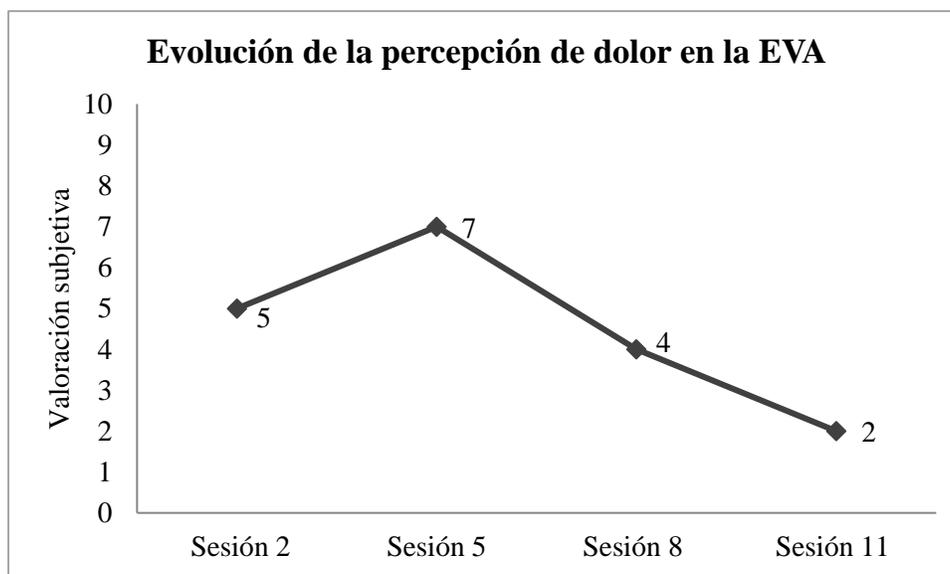


Figura 3. Diagrama de evolución de la percepción del dolor antes, durante y después de la implementación del plan de intervención

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 que en el proceso de exámenes y preparación para la cirugía, bajo criterio médico, la necrosis empeoró y el nivel de complicación de la infección del paciente alcanzó sus niveles más altos. Sin embargo, en las sesiones posteriores de acompañamiento, el paciente aumenta su repertorio de estrategias para la modulación del dolor y refiere percibir menor intensidad del mismo.

Discusión

En el presente trabajo, se plasmó el acompañamiento psicológico brindado a un paciente adulto mayor en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea. Para comprender el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, se considera fundamental contrastar los resultados obtenidos en la implementación del plan de intervención a luz de la literatura, a fin de discutir el impacto de las técnicas empleadas en la problemática del paciente.

Inicialmente, resulta fundamental rescatar el papel que representó el adecuado establecimiento del rapport o alianza terapéutica con el paciente y su familia, considerando que al momento de iniciar el proceso de acompañamiento, existía una relación evitativa y complicada del paciente con el equipo médico, con evidentes dificultades de comunicación. Para ello, en concordancia por lo afirmado por Rogers y Kinguet (1971) y Tizón (1988) citado en Martorell y Daniel (2003) fueron indispensables el apoyo y la contención, donde se facilitó la expresión de sentimientos y apertura al dolor emocional del paciente, empleando la escucha activa, la empatía y respuestas comprensivas que normalizaran y validaran las emociones del paciente.

En este sentido, Krause (2001) citado en Santibáñez, Román y Vinet (2009), complementa el argumento anterior, señalando que la ausencia de este ajuste emocional o *sintonía* (entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda.

Así mismo, se evidenció cómo en el ámbito hospitalario es una prioridad para el terapeuta saber brindar el denominado “apoyo psicológico”, ya que mediante este conjunto de técnicas y actitudes se logra prevenir y tratar las descompensaciones emocionales asociadas a la atención médica, en este caso de la amputación, con la finalidad que el paciente logre un nivel óptimo de

ajuste personal y funcionamiento psicosocial en su proceso de rehabilitación, impactando positivamente en su calidad de vida (Martorell y Daniel, 2003), esto concuerda con el proceso de acompañamiento constante llevado a cabo con el paciente en prevención al aumento de sus reacciones emocionales y en promoción a su nivel de adaptación en el tiempo de recuperación.

En este sentido, con relación a los cambios evidenciados en el estado anímico del paciente, se encontró como a pesar del paciente estar atravesando por un proceso normal de duelo anticipatorio en la transición de la aceptación del procedimiento médico y la preparación pre quirúrgica, esto evidenciado en su alto nivel de activación emocional, con enmarcada sintomatología depresiva y ansiosa, el paciente días posteriores al inicio del proceso de acompañamiento psicológico denota una importante disminución de su ánimo triste y aumenta su percepción de control sobre la situación estresante vivenciada. De tal manera, que posterior a la cirugía se evidencia un mayor ajuste emocional y mayor empleo de recursos internos, lo cual puede dar cuenta de lo fundamental que resulta ser desarrollar un proceso psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica (Tavera 2014), cuestión que concuerda con lo concluido en del estudio realizado por Gonzales et al. (2001) donde los autores posterior a la valoración de la eficacia de un tratamiento psicológico para personas que sufren amputaciones traumáticas, afirman 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).

De igual forma, se evidenció una mejora sustancial en la adherencia al tratamiento médico, fortaleciéndose en el paciente, tal como lo afirmado en Moreno y Gil (2003), la creencia de que algunas conductas específicas, tales como los hábitos de vida saludable (alimentación, toma de medicamentos), autocuidado e higiene personal, pueden aumentar la probabilidad de

recuperar su salud, aumentando además la susceptibilidad percibida, la severidad percibida y los beneficios percibidos tanto del procedimiento quirúrgico como de una mayor adherencia a las prescripciones médicas. Siendo relevante agregar, que esto también se puede relacionar con lo concluido en Tavera (2014) donde se comprobó 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 debido a su condición de salud resulta crónico y de elevada intensidad, el paciente percibe menor presencia de dolor a partir de la cuarta semana (Sesión 8), momento posterior a la amputación, cuestión que a pesar de probablemente estar muy relacionada a los efectos positivos de la cirugía y medicamentos suministrados, también puede explicarse debido a la disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa, teniendo en cuenta que el dolor al considerarse como una experiencia sensorial y emocional desagradable (International Association 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 en su estudio un tratamiento psicológico grupal a 53 pacientes amputados posterior a la cirugía empleando algunas de las técnicas mencionadas, concluyendo que estas fueron

efectivas en la mejora de la adaptabilidad de los pacientes a su nueva condición, disminución de ansiedad y depresión, y fomento de mayor apoyo de sus familias y amigos. 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 competencia y dominio personal del paciente (Hotstadt & Quiles, 2001, citados en Lorente, 2016, p.25).

De igual forma, en un estudio realizado por González et al. (2001), se implementó un tratamiento psicológico en pacientes amputados que incluía la psicoeducación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento adecuadas y entrenamiento en estrategias para el control de problemas de ansiedad, mediante técnicas de respiración y técnicas cognitivas, demostrando ser técnicas eficaces en la mejora del nivel de actividad, la independencia para el cuidado personal, el estado de humor general 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 resulta 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., 2017). 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; por lo cual resulta prioritario en estos casos fomentar en las familias pautas de comunicación asertiva, tolerancia, manejo de las distintas respuestas emocionales, cohesión y flexibilidad en el sistema familiar (Rodríguez y Fernández, 2002).

Finalmente, cabe enfatizar que en relación al proceso de evaluación post operatorio con la batería de pruebas, se presentaron limitaciones ambientales y asociadas a la condición de salud física del paciente (intoxicación por opioides) que dificultaron su aplicación, sumando a ello cuestiones a considera como estancias de corta duración en el centro médico, altos riesgos de complicaciones de salud o posibilidad de fallecimiento que pueden presentar los pacientes con afecciones crónicas o que son sometidos a procedimientos quirúrgicos importantes, como fue el caso de R.O. No obstante, esto sustenta los retos a los que se enfrenta un psicólogo clínico en el ámbito intrahospitalario en el proceso de desempeñarse en una práctica basada en la evidencia, comprendiendo la enmarcada necesidad de por medio 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, tal como lo afirma Nunes, Garcia y Alba (2006), esto resulta fundamental para el establecimiento de guías de tratamiento más eficientes.

Conclusiones y recomendaciones

A partir del presente trabajo se plasma como se logró brindar de forma satisfactoria apoyo psicológico a un paciente adulto mayor en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea, diseñando e implementando asertivamente un plan de intervención en sus fases de evaluación, intervención y seguimiento desde el modelo cognitivo conductual.

En concordancia a ello, inicialmente se logró incentivar la adherencia al tratamiento médico quirúrgico requerido, logrando la aceptación del procedimiento, aumentando la introspección de la patología en el paciente y fortaleciendo la creencia de que algunas conductas específicas, tales como los hábitos de vida saludable en alimentación, correcta toma de medicamentos, autocuidado e higiene personal, pueden aumentar su probabilidad de recuperar su salud. De esta forma, se evidenció un reforzamiento del empoderamiento y rol activo del paciente en su proceso de recuperación.

Así mismo, se consiguió mediante un proceso de valoración y seguimiento constante en momento anterior y posterior a la amputación comprender los cambios emocionales y conductuales en la estancia hospitalaria del paciente, a fin de prevenir el aumento de la alteración emocional, lo cual se denota en la evolución del estado anímico del paciente a través del tiempo de acompañamiento y cómo a pesar de estar atravesando por un proceso normal de duelo, días posteriores al inicio de la intervención se evidencia una importante disminución de la irritabilidad, sintomatología depresiva y un aumento en su percepción de control sobre la situación estresante vivenciada. Por tanto, es uno de los logros principales de este proceso de atención psicológica el menor nivel de activación emocional, mayor ajuste y un empleo adecuado de recursos internos en el paciente, visualizados en el momento post operatorio.

Lo anterior, da cuenta de cómo se contribuyó al fortalecimiento y uso de estrategias de afrontamiento activas y recursos personales del paciente en su proceso de duelo por amputación, evidenciándose gradualmente mayor expresión emocional, búsqueda de apoyo familiar, un discurso más espiritual, de aceptación y de reevaluación positiva de su situación de salud. Además, es fundamental resaltar que el paciente en el transcurso del apoyo psicológico y haciendo uso de técnicas de respiración y relajación muscular, disminuyó su percepción de la intensidad del dolor experimentado y aumentó su capacidad de modulación de dichas sensaciones dolorosas, cuestión que permitió que un mejor afrontamiento del síndrome de miembro fantasma y demás manifestaciones físicas derivadas de la cirugía.

En relación al último objetivo terapéutico propuesto, si bien se logró implicar en mayor medida la red de apoyo familiar del paciente, se logró identificar que la mayor parte de apoyo emocional, social e instrumental era brindado por la esposa e hija (cuidadora principal del paciente), denotándose una evidente carga física y emocional en esta última. En este sentido, si bien la familia durante la estancia intrahospitalaria y posterior al egreso médico presento participación, mayor control emocional y compromiso en la promoción de calidad de vida y adaptación a la pérdida del adulto mayor, existen cuestiones de dinámica y organización familiar entorno al enfermo que subyacen este tipo de casos y que se recomienda abordar a mayor profundidad en futuras intervenciones, todo ello en prevención del síndrome de sobrecarga en el cuidador.

Por otra parte, se recomienda en el marco del tratamiento médico a pacientes con complicaciones de pie diabético y/o plan de amputación kinesplástica, incentivar el reconocimiento de la importancia del acompañamiento psicológico al paciente y su familia, antes, durante y después de la cirugía, resaltando que la atención oportuna en este tipo de

problemáticas contribuye a la prevención de cuadros psiquiátricos y dificultades en el proceso de recuperación, fomentando una mejor aceptación, afrontamiento y adaptación psicológica y social en la elaboración de la pérdida. Considerando, además, que para un adecuado tratamiento y atención integral a este tipo de pacientes es prioritaria la participación de un equipo interdisciplinar compuesto por disciplinas como medicina, enfermería, fisioterapia, psicología y psiquiatría, entre otras; reconociendo que dicha condición es fundamental en la promoción de su salud y rehabilitación biopsicosocial.

Finalmente, 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, siendo en este caso la vejez, donde dicho suceso puede llegar a constituir una crisis vital significativa, vinculada a un sinnúmero 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 reestructurarse, 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 buen funcionamiento cognitivo, afectivo, implicación social activa, satisfacción personal y motivación ante la vida.

Referencias

- Acero, P. y Castillo, M. (2008). Descripción del proceso de duelo en militares víctimas de minas antipersona. *Psicogente*, 11(20), 108-121. Recuperado de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2693/2719>
- Alcantud, F. & Sotos, C. (2008). Discapacidad, envejecimiento y dependencia: el papel de las tecnologías. Valencia: Conselleria de Sanitat, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20900/alcantud_dependencia.pdf
- 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.
- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34 (62), 66-72.
- Anguera, M. (1995). *Método de investigación en psicología*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Arias, M. (2014). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Revista electrónica Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9). Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/22442>
- 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.
- 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.

- Barrera, E. (2013). *Dolor fantasma, impacto emocional y abordaje Tanatológico* (Tesis de grado). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C, México.
- Bautista, L., Arias, M. y Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.330
- 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.
- 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.
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). National diabetes statistics report. Centers for Disease Control and Prevention website. Recuperado de www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf
- Chávez, A. (2011). *Duelo y depresión en el adulto mayor* (Tesis de grado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

- Cisneros-González, N., Ascencio-Montiel, I., Libreros-Bango, V., Rodríguez-Vázquez, H., Campos-Hernández, A., Dávila-Torres, J., Kumate-Rodríguez, J. y Borja-Aburto, V. (2015). Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(4), 472-479.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP). (1998). *Perfiles Profesionales del Psicólogo: Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Contreras, E. (2010). *Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú.
- Contreras, A. (2007). Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual. En N. Hernández y J. Sánchez, (Eds.), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp.12-40). México D.F: Libros en Red.
- Cortés, E., Ramírez, M., Olvera, J. y Arriaga, Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100009&lng=pt&tlng=es
- 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.
- Díaz, J. L., Leal, C. y Gómez, M. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas: Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1).

- Espinoza, M. y Garcia, D. (2014). Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 276-280. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70038-0
- 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.
- Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). (04 de Julio de 2013). Artículos de interés: *Psicología Hospitalaria, una perspectiva de atención integral*. Recuperado de <http://www.foscal.com.co/prensa/articulos/psicologia-hospitalaria-una-perspectiva-de-atencion-integral>
- 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.
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulma, K. & Delis, D. (1994). Clock drawing: a neuropsychological analysis. New York: OxfordUniversity Press.
- García, Y., Del Olmo, D., Zoe, I., Barnés, J. y Valdés, C. (2012). Caracterización clínica de pacientes hospitalizados con una primera amputación de miembros inferiores por pie diabético. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol13_2_12/ang05212.htm
- Gómez-Angulo, C. y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.

- Gonzales, A., Arce, M. y Zarza, S. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con amputacion de una extremidad superior o inferior. *Revista electronica de psicologia Iztacala*, 20(1), 34-56. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/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.
- Henriquez, L. (2009). Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVI(589), 267-273. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2009/rmc094f.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.
- López, S., Pastor, M. y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla, (Eds.), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp.31-48). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Lorente, N. (2016). *Dolor crónico post-amputación, la plasticidad cerebral y su tratamiento* (Tesis de pregrado). Universidad de las Islas Baleares, España.

- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, J., Esquivel-Molina, C. & Velasco-Rodríguez, V. (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- 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.
- Mas, J., Maruenda, R. y Robles, J. (2013). Tratamiento neuropsicológico de "dolor de miembro fantasma" a propósito de un caso. *Sanidad Militar*, 69(3), 195-202. doi: 10.4321/S1887-85712013000300006
- Mateo, J., Casquet, D., Arquero, R., Soto, A., Granero, A. y Acosta, M. (2015). Cómo abordar una amputación de un miembro inferior en la vejez. En J. Gázquez, M. Pérez-Fuentes, M. Molero, I. Mercader, A. Barragán y A. Núñez, (Eds.), *Salud y cuidados en el envejecimiento volumen III* (pp.111-114). España: ASUNIVEP.
- Mateos, J. (2003). Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla, (Eds.), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp.463-487). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Melguizo-Herrera, E., Ayala-Medrano, S., Grau-Coneo, M., Merchán-Duitama, A., Montes-Hernández, T., Payares-Martínez, C. y Reyes-Villadiego T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*, 14(3), 537-548. doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8

- 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.
- Montoya, P. A., Puerta, I. C. y Arango, O. E. (2013). La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 258-277.
- 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.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- 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.
- 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.
- Ocampo, M., Henao, M. y Vásquez, L. (2010). Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física. *Documentos de investigación, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo humano*, 42. Bogotá, D.C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Informe Mundial sobre Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Diabetes: Datos y cifras. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Diabetes action online: Qué es la diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/actiononline/basics/es/index1.html>

Peña, B., Terán, M., Moreno, F., Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 53-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>

Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y. y Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100003

Quintero, M. S. (2016). *Caracterización de adultos mayores sanos: una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga.

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

Rodríguez, G. J., Córdoba-Dona, J. A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M. y Goicolea, I. (2017). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención Primaria*, 3(2). doi: 10.1016/j.aprim.2017.06.011

- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.easp.es/project/estres-enfermedad-y-hospitalizacion/>
- 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. & GENECO. (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.
- 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.
- Santiago, A. D., Hernández, J. L., Martínez, E., Jiménez, E. A., Pérez, M., y Romero, N. P. (2017). Factores y nivel de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial en una comunidad rural. *Revista de la Alta Tecnología y la Sociedad*, 9(4), 50-54.

- Santibáñez, P., Román, M y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Sheikh, J. L. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Tavera, J. (2014). Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *Revista El Dolor*, 62(24), 20-22. Recuperado de http://www.ached.cl/canal_cientifico/revista_eldolor_detalle2.php?id=205
- Tonon da Luz, S., Souza, J., Andrad, M., Ventoza, C., Honório, G., Avila, A., Berral, F. (2012). Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. *Revista Mapfre Trauma*, 23(3), 176-182. Recuperado de <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v23n3/docs/Articulo8.pdf>
- Tuokko, H., Horton, A., Hadjistavropoulos, T., et al. (1990). The clock test: manual for administration and scoring. Vancouver: University Hospital UBC Site.
- 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.
- Untiveros, C., Nuñez, O., Tapia, L. y Tapia, G. (2004). Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete. *Revista Médica Herediana*, 15(2), 64-69. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000200002&lng=es&tlng=es.

Vargas, S. (2015). *Factores asociados a la calidad de vida relacionada con salud en adultos mayores Cartagena 2015* (Tesis de maestría). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias.

Vicens-Vilanova, J. (2013). El test del dibujo del reloj, interpretación de casos. *Revista Española de Medicina Legal*, 39, 82-83. doi: 10.1016/j.reml.2013.03.001

Zás, B. (2016). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. La Habana: ALFEPSI. Recuperado de <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>

Anexo 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO PLENO**

Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga

Datos generales

Nombre:	C.C:	Edad:
Nacimiento:	Ciudad:	
Estado Civil:	Escolaridad:	
Dirección y teléfono:	Barrio/ Ciudad:	
Ocupación:	Empresa:	
Lugar de intervención:		Fecha:

Certifico que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de evaluación e intervención psicológica y a su vez, de que he recibido y comprendido, que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que responde a los principios de confidencialidad, sin embargo, el psicólogo en uso de sus facultades la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, el profesional detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros.

También manifiesto que se me indicó que el procedimiento a seguir en este proceso de evaluación e intervención, comprende tres pasos. 1. Desarrollo de una breve entrevista clínica para ahondar en algunos datos biográficos principales y aspectos psicosociales relacionados al motivo de consulta. 2. La aplicación de cuatro pruebas psicométricas denominadas “Minimal State Examination (MMSE)” y “Test del dibujo del reloj (TR)”, “Escala de depresión geriátrica de Yesavage” y “Índice de Calidad de vida (QLI-sp)”. 3. Planteamiento y desarrollo de un plan de intervención terapéutica, objetivos que se establecerán en conjunto con el profesional.

Al mismo tiempo doy constancia que se me comunicó que tengo derecho a conocer la impresión diagnóstica, por parte del profesional a la luz de los manuales diagnósticos DSM o CIE 10, así como también, el tipo de tratamiento que se llevará a cabo y el posible tiempo que

lleve el mismo. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes de _____ del año 2017, en la ciudad de Bucaramanga.

Firma del usuario

C.C. N°

Firma del psicólogo en práctica

C.C. N°.

T.P. N°.

Firma del supervisor

C.C. N°.

T.P. N°.

Anexo 2

MINI-MENTAL STATE EXAM (ROSELLI et al., 2000)

A. DATOS GENERALES (Información general del sujeto y fecha de la entrevista)
Nombre del entrevistado:
Fecha de la entrevista: ____/día____ mes/____ año
Edad: ____/ años
Escolaridad: _____ (años de primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)

B. ORIENTACIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
¿En qué año estamos?	Año	0	1
¿En qué mes del año estamos?	Mes	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día	0	1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha	0	1
¿Qué hora es?	Hora	0	1
¿En qué departamento estamos?	Departamento	0	1
¿En qué país estamos?	País	0	1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad	0	1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio	0	1
¿En qué país/barrio/vereda estamos?	Barrio	0	1
Subtotal Parte B			

C. RETENCIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta; no se tiene en cuenta el orden en que el evaluado presenta las palabras)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
Subtotal Parte C			

D. ATENCIÓN Y CALCULO	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces (Dé un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta)	93	0	1
	86	0	1
	79	0	1
	72	0	1
	65	0	1
Subtotal Parte D			

E. EVOCACIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Pedir que repita las siguientes palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
	Subtotal Parte E		

F. LENGUAJE	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de dichos objetos (Dar un punto por cada respuesta correcta).	Lápiz	0	1
	Reloj	0	1
	Puntaje		
Pedir que repita: “si no baje entonces usted suba” (Dar un punto si es correcta).	Repetición	0	1
	Puntaje		
Decir: a continuación le voy a dar una orden: escúchela toda y realícela: “tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo” (De un punto por cada paso correcto).	Toma el papel en su mano derecha	0	1
	Lo dobla por la mitad	0	1
	Lo coloca en el suelo	0	1
	Puntaje		
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: “cierre los ojos”. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Cierra los ojos		
	Puntaje		
Pedir que escriba una oración, se le puede especificar que esta consisten en un sujeto realizando una acción. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase	0	1
	Puntaje		
Subtotal Parte F			

G. COPIA	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Copiar dos pentágonos en un ángulo- Se muestra el dibujo- (Dar un punto si lo hace correctamente).	Dibuja pentágonos	0	1
Subtotal Parte G			

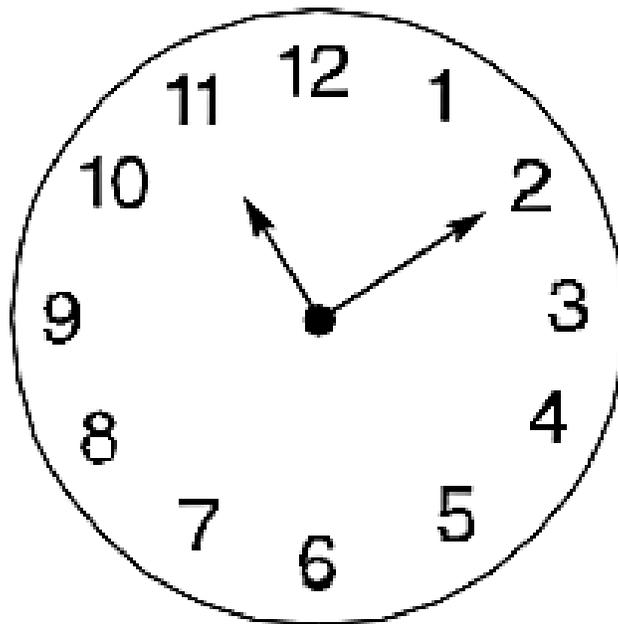
ADICIÓN DE PUNTOS			
(Sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente) (Sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años) (Sumar 2 puntos sujetos mayores de 75 años)	Alteración visual evidente	0	1
	Mayor de 65 años	0	1
	Mayor de 75 años	0	1
Subtotal adición de puntos			

Anexo 3**TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ (TR)****(Freedman et al., 1994 y Tuokko et al., 1990)****1. Condición experimental del TRO**

Se le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lapicero y una goma de borrar, y se le da la siguiente instrucción: “Me gustaria que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus nuumetos y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso que cometa algun error tiene un borrador para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo limite, por lo que le pedimos lo realice con tranquilidad, prestandole toda la atencion que le sea posible”.

2. Condición experimental TRC

Se le presenta al sujeto una hoja en posición vertical con un reloj como el expuesto en el modelo, pidiendo que copie de la forma más exacta posible el dibujo, captando todos sus detalles.



Modelo de aplicación TRC

Anexo 4**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS-15) DE SHEIK & YESAVAGE (1986)**

Nombre: _____ Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o problemas y cómo se ha sentido *en los últimos quince días*.

1. En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

NOTA: Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada uno de los ítems tiene un valor de 1 punto.

Anexo 5

INSTRUMENTO INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI - Sp)

Instrucciones: Por favor indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de “mala” a “excelente”, marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas.

1. Bienestar Físico (Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo									Excelente

2. Bienestar psicológico/emocional (Sentirse bien consigo mismo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo									Excelente

3. Autocuidado y funcionamiento independiente (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo									Excelente

4. Funcionamiento ocupacional (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo									Excelente

5. Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

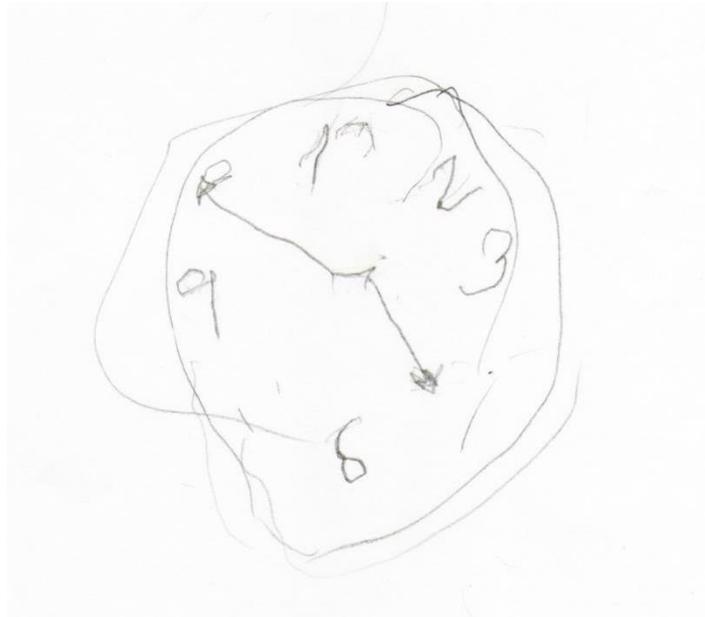
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo									Excelente

6. Apoyo social – emocional (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

Anexo 6

EVIDENCIA DEL TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

Test del reloj a la orden (TRO)



Test del reloj a la copia (TRC)



Anexo 7

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

FORMATO DE REGISTRO DE SESIONES

Consultante	R.O.R Edad: 80 años Ocupación: Pensionado
Motivo de Consulta	Paciente con Dx de pie diabético, necrosis tipo II en miembro inferior izquierdo, sin posibilidad de salvamento y otras comorbilidades. Se atiende llamado por Psicología debido a paciente con dificultad en la aceptación de procedimientos médicos (amputación supracondílea), irritabilidad y cuadro depresivo asociado a condición médica.
Número de Sesión	1 y 2
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración del caso: condición médica actual, examen mental, variables sociodemográficas, dinámica familiar, afrontamiento del proceso de enfermedad e información suministrada por el equipo médico. • Valorar la sintomatología depresiva presentada por el paciente, desencadenantes, ideas irracionales y naturaleza del estado anímico. • Realizar una intervención individual y familiar favoreciendo la ventilación emocional, comunicación de dificultades en la aceptación del procedimiento médico (amputación) y favorecimiento de la adherencia al tratamiento.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mental breve (valoración primer encuentro) - Entrevista clínica - Ventilación emocional y validación emocional (paciente y cuidadora principal) - Terapia cognitiva: Detección de ideas irracionales y mitos frente a

	<p>procedimiento médico a realizar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de valoración del estado anímico - Escala de valoración analógica del dolor (EVA) - Psicoeducación en apoyo a la adherencia al tratamiento y favorecimiento de la comunicación asertiva en el grupo familiar.
<p>Actividades Desarrolladas en Sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primer encuentro y valoración de condición psicológica e intensidad del dolor. - Manejo de condición médica actual y sintomatología depresiva - Conversación entorno a mitos y falsas creencias en aceptación de tratamiento médico - Movilización de recursos internos y externos en aceptación del procedimiento a realizar - Conversación con familiares (hija, cuidadora principal) respecto a ideas irracionales frente a cirugía y la importancia de la familia en la adherencia al tratamiento.
<p>Resultados de las actividades</p>	<p>En estos dos primeros encuentros se consiguió explorar la problemática del paciente, sus antecedentes, historia de vida, dinámica familiar y percepción de condición médica actual y estado anímico, identificando sintomatología depresiva y sentimientos importantes de pérdida de su capacidad funcional, lo que limitaba la aceptación del procedimiento médico. Una cuestión bastante relevante en estas primeras sesiones, fue que se identificó una evidente alteración en los procesos cognitivos memoria, atención y lenguaje, en el adulto mayor, condición que dificultaba aún más el conversar acerca de la condición médica y psicológica. Sin embargo, posterior a un adecuado establecimiento del rapport, se logró realizar una enunciación e identificación de algunas ideas irracionales y mitos entorno a la sintomatología presentada, validando emociones y movilizando entorno a recursos presentes en el paciente para la aceptación y afrontamiento de la cirugía.</p> <p>Además, se tuvo que realizar una intervención familiar dada la alta afectación y nivel de carga de la cuidadora principal, favoreciendo la expresión de preocupaciones, validando emociones frente a la decisión de realizar la</p>

	amputación. Finalmente, se, conversó frente al manejo de la comunicación asertiva, importancia del rol de la familia en la estabilidad emocional y adherencia al tratamiento del paciente.
Número de Sesión	3
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado y posible deterioro cognitivo del paciente a través del empleo del Minimental State Examination y el Test del dibujo del reloj. • Manejar los cambios emocionales y conductuales del paciente frente a la realización del procedimiento médico, a fin de promover un mejor afrontamiento en la anticipación a la pérdida de su extremidad.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación y validación emocional - Introducción a dialogo socrático entorno a ideas irracionales frente a la cirugía e ideas depresivas por pérdida de su extremidad, búsqueda de pensamientos positivos alternos. - Reforzamiento de estrategias de afrontamiento de corte espiritual. - Instrumento psicométrico Minimental State Examination - Test del dibujo del reloj
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de condición anímica y exploración nuevos pensamientos y síntomas somáticos con relación al tratamiento médico. - Promoción de pensamientos positivos alternos y espiritualidad - Evaluación estado cognitivo
Resultados de las actividades	En esta tercera sesión, ya aceptado el procedimiento quirúrgico, se inició el proceso de evaluación. Inicialmente se consideró fundamental una evaluación del estado cognitivo, la cual se ejecutó mediante el uso de dos instrumentos psicométricos. Por otro lado, se continuó con la promoción de la expresión de emociones y pensamientos negativos que generan malestar o tristeza en el paciente, para abordarlos y contrastarlos con una reformulación de pensamientos alternos positivos, continuando la flexibilización del sistema de creencias entorno a la condición médica.
Número de Sesión	4
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la sintomatología depresiva y calidad de vida asociada a la salud

Terapéutico	<p>del paciente a través de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y el Índice de Calidad de vida (QLI-sp).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar pensamientos, sentimientos y acciones que contribuyan a la estabilización emocional y afrontamiento positivo frente al procedimiento quirúrgico a realizar.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de depresión geriátrica de Yesavage - Índice de Calidad de vida (QLI-sp) - Ventilación y validación emocional (paciente y familiar) - Dialogo socrático entorno a la reafirmación de pensamientos y sentimientos positivos frente a la cirugía. - Técnica de búsqueda de recursos - Psicoeducación entorno a técnicas de autocontrol emocional ante síntomas de irritabilidad.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del estado afectivo (síntomas depresivos) y la percepción de calidad de vida relacionada a la salud. - Seguimiento y manejo de condición anímica del paciente y familiar. - Abordaje de dificultades, sentimientos obstaculizantes y recursos personales. - Reafirmación de sentimientos y emociones positivas encaminadas a la adherencia al tratamiento y recuperación. - Charla educativa y en sensibilización al manejo emocional especialmente en condiciones de irritabilidad.
Resultados de las actividades	<p>Se realizó una valoración de la sintomatología afectiva y la percepción de calidad de vida del adulto mayor, para poder profundizar en las manifestaciones somáticas de la depresión y visualizar posterior al proceso de intervención individual una posible medida de cambio. Así mismo, se continuó con el acompañamiento del estado anímico del paciente y su familiar, conversando acerca de nuevos sentimientos limitantes del proceso de recuperación, pero normales por el proceso por que atraviesa el paciente. Siendo fundamental, la movilización de recursos personales en el afrontamiento del episodio de enfermedad y en el favorecimiento a la</p>

	<p>adherencia al tratamiento. Al finalizar la sesión, se logró brindar algunas pautas en la gestión y regulación emocional, especialmente de estados de irritabilidad, tanto para el paciente como para su cuidadora principal (hija), sensibilizando frente a la comprensión, y un adecuado manejo de dichos cambios emocionales y conductuales.</p>
Número de Sesión	5
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipar los posibles cambios emocionales y conductuales que pueden presentarse en el paciente previo y posterior a la cirugía, favoreciendo el duelo anticipatorio. • Enseñar estrategias de manejo del estrés y la ansiedad pre-quirúrgica. • Continuar con el fomento de estrategias de afrontamiento positivas frente el procedimiento quirúrgico a realizar.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación emocional y validación emocional - Visualización y desensibilización sistemática - Psicoeducación en técnicas de relajación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática en el manejo de la ansiedad anticipatoria y posteriormente en la modulación del dolor. - Escala de valoración del estado anímico - Escala de valoración analógica del dolor (EVA) - Reforzamiento positivo en estrategias de afrontamiento de corte espiritual y apoyo familiar.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de estrategias para gestionar de mejor forma el estrés y la ansiedad: Relajación y respiración. - Sesión de visualización al día de la cirugía, momentos antes de la misma de forma detallada, en la disminución del temor y la ansiedad anticipatoria. - Valoración del estado anímico e intensidad del dolor - Fortalecimiento de apoyo familiar (importancia de apoyo afectivo y favorecimiento de la espiritualidad como estrategia identificada como positiva en el paciente)
Resultados de las	En este encuentro, ya programada la cirugía, se brindaron estrategias

actividades	cognitivas y conductuales que favorecieron el manejo de una posible ansiedad pre quirúrgica y proyectando dichas técnicas a la modulación del dolor. Así mismo, se logró anticipar al paciente al momento previo, durante y posterior a la cirugía, proveyendo demás condiciones ambientales que podrían presentarse, favoreciendo la disminución del factor desconocido o sorpresa que genera temor o preocupación excesiva en las personas próximas a ser intervenidas. Reforzando además estrategias de afrontamiento de corte espiritual y apoyo social presentes previamente como factor protector.
Observaciones	Alrededor de la sesión 4 y 5, se dificultó aún más la intervención individual, ya que el paciente por su condición de necrosis y dolor crónico estaba más somnoliento y bajo altos niveles de morfina para el manejo de dicha situación. Sin embargo, se logró identificar momentos del día en este espacio de tiempo, en que el adulto podía estar receptivo y dispuesto a la interconsulta. Además, con este tipo de paciente, se consideró fundamental el establecimiento de una adecuada empatía y relación terapéutica con el paciente, considerando la escasa motivación y sintomatología depresiva.
Número de Sesión	6
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento al proceso postoperatorio del paciente. • Valorar el estado psicológico, cognitivo y emocional del paciente posterior al procedimiento quirúrgico. • Preparar a la familia en el manejo de los posibles cambios conductuales y emocionales del paciente asociados a la pérdida.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica con la cuidadora principal (hija). - Ventilación y validación emocional - Psicoeducación entorno al manejo de los posibles cambios emocionales y conductuales en el paciente posterior a la amputación, formas asertivas de comunicación y apoyo emocional adecuado en afrontamiento del proceso de duelo.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional y psicológico en proceso de postoperatorio a la familia. - Promoción de estrategias de afrontamiento positivas (cuidadora principal) en el afrontamiento de cambios emocionales y conductuales que

	posiblemente experimentará el paciente por la pérdida.
Resultados de las actividades	<p>Se acudió un día después a la intervención quirúrgica, encontrando la familiar bastante preocupada y con altos niveles de alteración emocional (angustia y labilidad emocional). Por lo cual, se realiza una intervención en la cuidadora, logrando proporcionar mayor tranquilidad y respaldo psicológico en el proceso de afrontamiento de la pérdida de su padre. Se brindan estrategias conductuales para afrontar el momento en el que el paciente despierte, y se mitigan algunos de los temores enunciados en dicho acompañamiento.</p> <p>Finalmente, se reporta la observación en la ficha psicológica, de la poca o nula conciencia del paciente posterior a la cirugía al equipo médico</p>
Observaciones	En esta sesión se proyectaba, acompañar al paciente en su recuperación postoperatoria inmediata, sin embargo, se tuvo que posponer dicha intervención pues el paciente presentó una complicación en el despertar de la anestesia, lo cual imposibilitó valorar su estado psicológico, cognitivo y emocional. .
Número de Sesión	7
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un acompañamiento psicológico a la cuidadora principal en fomento del control emocional en el afrontamiento de la amputación realizada al paciente. • Psicoeducar al grupo familiar en la aplicación de medidas anti delirium posterior a la recuperación de la conciencia del paciente.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica con la cuidadora principal (hija). - Ventilación y validación emocional - Terapia Cognitiva en la detección de pensamientos automáticos, sentimientos de identificación, culpa y sistema de creencias - Reforzamiento positivo en estrategias de afrontamiento activas y de corte espiritual - Psicoeducación y modelado en protocolo de medidas anti delirium.
Actividades Desarrolladas en Sesión	- Conversación reflexiva con familiar entorno a ideas irracionales, mitos, sentimientos de identificación y culpa, por el procedimiento de amputación en su padre.

	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de alteración emocional y conductual en familiar. - Movilización de recursos internos y externos en afrontamiento de la situación médica del paciente y en prevención a síndrome confusional.
Resultados de las actividades	<p>En esta sesión se trabaja nuevamente con la familiar, logrando mayor control emocional y validación de la concurrencia de duelos identificados en la experiencia de vida de la cuidadora (pérdida de un seno por cáncer de mama). Esto favoreció el reforzamiento de las estrategias aprendidas en encuentros previos y la psicoeducación en prevención de síndrome confusional agudo en el paciente por la intervención quirúrgica reciente, generando un modelado en vivo de cómo realizar dichas medidas con el paciente empleando un protocolo anti delirium en contraposición a factores de riesgo en el adulto mayor.</p>
Observaciones	<p>En este encuentro no se realizó intervención individual con el paciente, ya que, a pesar de tener mayor nivel de conciencia, se encontraba recuperándose de la ya identificada “intoxicación por opioides” y en adaptación a nuevas medidas analgésicas de la clínica del dolor.</p>
Número de Sesión	8 y 9
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un afrontamiento emocional positivo de la amputación, previniendo el desarrollo de un posible duelo patológico. • Reforzar estrategias empleadas para el manejo de la ansiedad y modulación del dolor. • Psicoeducación y anticipación ante posibles sensaciones de miembro fantasma.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica posterior al proceso operatorio - Ventilación y validación emocional - Terapia del espejo - Reforzamiento positivo de técnicas de relajación y respiración en la modulación del dolor y manejo de cambios emocionales. - Psicoeducación en síndrome de miembro fantasma y anticipación a las posibles implicaciones del mismo. - Reforzamiento positivo de estrategias de afrontamiento positivas de

	<p>expresión emocional y espiritualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de valoración analógica del dolor (EVA)
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional y psicológico al paciente en proceso de adaptación a la ausencia de su extremidad. - Brindar estrategias que favorezcan el proceso de recuperación y estancia hospitalaria. - Valoración de intensidad del dolor - Promoción de estrategias de afrontamiento positivas. - Anticipación en la experimentación del síndrome del miembro fantasma y su manejo.
Resultados de las actividades	<p>Se logró realizar un acompañamiento psicológico constante al estado médico del paciente en dos encuentros, cercanos temporalmente, y apoyo emocional posterior a la regulación de medicamentos y recuperación de conciencia. Se fomentó el reconocimiento del cuerpo del paciente posterior a la pérdida, se abordaron preguntas, preocupaciones y emociones, evidenciando un avance en la interiorización de las técnicas enseñadas, y una reacción emocional controlada en la vivencia del duelo. Además, se logró instruir a paciente y familiar respecto al síndrome de miembro fantasma, validando dichas sensaciones físicas en días posteriores a la cirugía y haciendo uso de la terapia del espejo (con repeticiones diarias bajo supervisión del cuidador principal) brindando información visual al cerebro que module las manifestaciones del síndrome. Finalmente, se dedicaron los últimos minutos de las sesiones a la realización de actividades cognitivas de orientación, retención, concentración y atención, como parte del protocolo anti delirium.</p>
Número de Sesión	10
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y manejo de nuevos cambios emocionales/conductuales en el proceso de duelo. • Valorar el estado de ánimo y la intensidad del dolor mediante entrevista clínica. • Reforzar estrategias de afrontamiento aprendidas, fomentando una reevaluación positiva de la cirugía.

Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica (paciente y familiar) - Ventilación y validación emocional. - Dialogo socrático - Escala de valoración del estado anímico - Escala de valoración analógica del dolor (EVA) - Reforzamiento positivo de estrategias aprendidas y búsqueda de reevaluación positiva.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y valoración de condición anímica del paciente - Valoración subjetiva del dolor. - Movilización de recursos internos y externos en la reevaluación positiva de la experiencia.
Resultados de las actividades	<p>Se continuó con el proceso de acompañamiento y seguimiento al paciente, logrando a través de la entrevista clínica visualizar una mejora significativa en su estado emocional con relación a la sintomatología depresiva evidenciada a inicios del caso.</p> <p>Así mismo, se evidencio una mejora positiva en los estilos de afrontamiento del paciente y empleo de algunas técnicas enseñadas como parte de su repertorio de recursos para gestionar la estancia en la clínica, el dolor y problemas esporádicos en el sueño.</p> <p>Finalmente, se doto de sentido la experiencia de la pérdida a iniciativa del paciente, fomentando una reevaluación positiva de dicha situación, connotado en una mejor salud, en haber conservado su vida de una infección muy grave y visualizando su proceso de recuperación como una nueva oportunidad personal.</p>
Número de Sesión	11
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar respecto a la prevención del pie diabético, hábitos de vida saludables e higiene. • Fomentar la adherencia al tratamiento y la práctica de estrategias empleadas en prevención a recaídas. • Promover la red de apoyo integral para facilitar el afrontamiento y movilización de recursos externos para el paciente.

Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica (paciente y familia) - Psicoeducación en estilo de vida saludable y autocuidado. - Psicoeducación y ejercicio reflexivo en la adherencia al tratamiento - Estrategia cognitiva y reflexiva en el fortalecimiento de la red funcional de apoyo al paciente - Reforzamiento y entrenamiento en estrategias para implementar en el hogar en el fomento de la autonomía, la autoeficacia y el bienestar emocional.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización de recursos internos y externos en el hogar. - Fortalecimiento de apoyo familiar (importancia de interacción y apoyo emocional/afectivo) - Apoyo en adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.
Resultados de las actividades	<p>En esta sesión, se enfoca la intervención a la prevención de complicaciones de salud física y psicológica posterior al egreso médico. Así mismo, se contribuyó de forma positiva a la sensibilización frente a los hábitos de vida, dieta y adherencia al tratamiento en su condición de Diabetes, se fomentó la adherencia al tratamiento en su recuperación de la amputación y fortalecimiento de autocuidado en la salud en general. Siendo fundamental en esta sesión haber logrado la orientación con dos familiares asistentes sobre las medidas fundamentales a implementar en el hogar para fortalecimiento de la percepción de apoyo en el adulto y promoción de sentimientos positivos.</p>
Número de Sesión	<p>12</p>
Objetivo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar en un tiempo de entre una semana a un mes posterior al egreso médico, un seguimiento vía telefónica con paciente y cuidadora principal.
Técnicas Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica con miembros de la familia (hija cuidadora principal e hijo). - Ventilación y validación emocional. - Reforzamiento positivo en estrategias de afrontamiento de corte espiritual y apoyo familiar. - Reforzamiento de conductas sociales (externalizar sentimientos y pensamientos entorno al duelo con personas cercanas, amigos o familiares)

	y conciencia del autocuidado.
Actividades Desarrolladas en Sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Contención emocional - Manejo sentimientos de negación y sistema de creencias de los miembros del grupo familiar - Movilización de recursos internos y externos en afrontamiento del fallecimiento. - Fortalecimiento apoyo y unión familiar
Resultados de las actividades	<p>A pesar de importantes dificultades para contactar a la familia, posterior al egreso médico, se logró, dos semanas después realizar el seguimiento telefónico con dos intervenciones importantes a saber:</p> <p>a) Se realizó un acompañamiento emocional y psicológico a cuidadora principal e hijo mayor del paciente fallecido, favoreciendo la ventilación, validación emocional y brindando pautas para una vivencia sana del duelo.</p> <p>b) Se recabo información de las últimas semanas del paciente, su adaptación en ese corto tiempo al hogar y el impacto cualitativo del proceso de acompañamiento en el paciente y grupo familiar.</p> <p>Finalmente, se llevó a cabo el agradecimiento a la familia y respectivo cierre del caso.</p>
Observaciones finales	Se proyectaba realizar una visita domiciliaria para seguimiento presencial y aplicación post de instrumentos, sin embargo a la sesión 12 los familiares (hija e hijo) informan que el paciente falleció una semana después al egreso médico.