

Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental

Amputation: Beyond a Physical Change, a Change Of Mind

Tavera, July ⁽¹⁾

Resumen

La amputación es un procedimiento quirúrgico que se realiza por causas que pueden ser congénitas, traumáticas o debido a enfermedades, donde la única solución es retirar el miembro que ocasiona dolor.

Presentación del caso: Paciente de 63 años de edad de sexo masculino, padre de 4 hijos, procedente de la ciudad de Ibagué, es remitido al Hospital Occidente de Kennedy, al sur de la ciudad de Bogotá por un fuerte dolor en miembro inferior izquierdo que puntúa 9 en la Escala Visual Analógica, es diagnosticado con Enfermedad Oclusiva Crónica, tras su amputación su estado de ánimo, proyecto de vida, autoestima, autoconcepto, relaciones familiares, sueño y alimentación se ven afectadas de manera significativa, por lo que es remitido a la Unidad de Dolor y es valorado por el equipo de psicología; se inicia intervención para mejorar la calidad de vida de todo el sistema familiar.

Discusión: Se confirma la importancia de una intervención psicológica antes, durante y después del proceso de amputación, generando mayores estrategias de afrontamiento, adaptabilidad, así como la mejora del estado de ánimo.

Conclusiones: El presente caso presenta evidencia de los cambios psicológicos que afectan la esfera biopsicosocial, con la intervención psicológica se pretende contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: amputaciones, calidad de vida, proyecto de vida.

Abstract

Amputation is a surgical procedure performed for reasons that can be congenital, traumatic or due to disease, where the only solution is to remove the member that causes pain. Case presentation: patient 63-year-old male, father of 4 children, from the city of Ibagué, he is attended to Kennedy Hospital south of Bogotá by a sharp pain in the left lower limb, punctuating 9 in the Visual Analogue Scale, is diagnosed with occlusive disease Chronic, after amputation, his mood, life projects, self-esteem, self-concept, family relationships, sleep and feeding are affected significantly, so it is referred to the Pain Unit and is valued by the team of psychology; intervention is initiated to improve the quality of life of the entire family system.

Discussion: The importance of a psychological intervention is confirmed before, during and after the amputation, generating greater coping, adaptability and improving mood.

Conclusions: This case presents evidence of the psychological changes that affect biopsychosocial sphere with psychological intervention is to contribute to improving the quality of life of patients.

Key words: amputations, quality of life, life project.

(1) Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá. Colombia.

Introducción

En Colombia se ha registrado un gran número de casos de amputaciones, en especial de miembros inferiores, lo que se ha asociado a hechos de violencia que se viven al interior del país, en especial víctimas de minas terrestres, entre ellos soldados y civiles; aproximadamente desde el año de 1990 al 2007 son 10.559 casos de personas amputadas por esta causa (Ospina y Serrano, 2009).

Es importante señalar que no solo las minas ocasionan pérdida de alguna parte del cuerpo, existen otras causas por las cuales hay amputaciones. Ospina, et al., (2009) explica que se pueden dar por tres grandes categorías: la primera es la congénita, referida desde antes del nacimiento; la segunda es la traumática, que se refiere accidentes y/o como su nombre lo refiere a traumas; y la tercera está asociada a enfermedades vasculares, Diabetes Mellitus, cáncer e infecciones.

Por su parte Díaz, Leal, Echevarría y Martín (2013) afirman que hay diferencias significativas en el origen de una

amputación con relación a la edad: en personas adultas, especialmente mayores de 50 años, este proceso se realiza debido a enfermedades como las mencionadas anteriormente, a diferencia de la población joven, que puede ocasionarse por traumatismos y accidentes. Igualmente, es importante señalar que las consecuencias emocionales, físicas, sociales y psicológicas por las cuales atraviesa una persona amputada discrepan según la causa de la misma; cuando surgen por enfermedades, la amputación se convierte en una salida a esa sensación de malestar y dolor intenso presente antes del proceso quirúrgico; contrario a lo que sucede con los traumatismos, donde el proyecto de vida se ve totalmente afectado.

El modelo biopsicosocial concibe que la conducta del ser humano está regida por factores cognitivos, emocionales, conductuales y sociales; por tanto, cuando una persona padece una enfermedad –cualquiera que ésta sea– la percepción de la misma depende las experiencias previas, las creencias y los pensamientos que se tengan. Un proceso de amputación afecta todas las dimensiones de una persona, tales como pérdida de la capacidad funcional, de la autoestima y la independencia, limitaciones en el autocuidado, afectando la autonomía; dificultades en la interacción social; así como trastornos del estado de ánimo y adaptativos; a nivel social, se dan cambios en área laboral, generando deterioro en la calidad de vida de los pacientes (Moretti, 2010; Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013).

Algunos estudios han hecho referencia tanto a las consecuencias de la amputación, así como a la importancia de desarrollar un proceso psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica. A este respecto, Esquerdo, et al., (2013) realizó una investigación donde contó con la participación de 53 pacientes amputados, a quienes se les presentó un tratamiento psicológico grupal tras su cirugía. Algunas de las estrategias ofrecidas fueron psicoeducación, entrenamiento en las estrategias de afrontamiento adecuadas, manejo de ansiedad, relajación, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones, imagen corporal, autoestima, planificación de actividades, habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas. Los resultados arrojaron que el tratamiento psicológico fue efectivo para mejorar la adaptabilidad a su nueva condición, mayor apoyo de sus familias y amigos, y sobre todo la disminución de ansiedad y depresión.

Además de los problemas emocionales, funcionales y sociales, una de las principales dificultades que se presenta en las amputaciones es el dolor del miembro fantasma. Esta condición fue trabajada inicialmente por Ambroise Paré, cirujano militar, aunque fue Silas Weir Mitchell, neurólogo norteamericano, quien le dio este nombre. Esquerdo, Maruenda y Robles (2013) afirman que tras la amputación aparecen varias sensaciones: 1) Dolor del muñón, que se refiere a la sensación dolorosa dada directamente en el muñón que permanece luego de la cicatrización. 2) Sensación de miembro fantasma: son sensaciones percibidas –en especial hormigueo– en la extremidad que ha sido amputada. 3) Dolor de miembro fantasma: corresponde a una sensación dolorosa, como calambres, punzadas, etc., en la extremidad amputada y que no corresponde a la cicatriz ni al muñón.

Con el objetivo de disminuir la sensación miembro fantasma, se han generado estrategias desde diferentes áreas de

conocimiento. En la terapia física se utiliza la potenciación muscular, higiene postural, electroterapia analgésica, masajes y estimulación táctil. La Neuropsicología hace uso de diversas intervenciones para disminuir el dolor miembro fantasma y evitar que se genere un síndrome, algunas de estas estrategias son la terapia del espejo, en la cual se coloca un espejo que visualice el miembro que aún permanece y se solicita al paciente que realice movimientos por varios minutos. Otra estrategia es la imaginería motora, donde se le solicita al paciente visualizar posturas y movimientos de la extremidad amputada; y, finalmente, la restauración de la lateralidad, que busca que el paciente reconozca por medio de videos o tarjetas las partes de lateralidad del cuerpo, identificar la derecha y la izquierda (Morales-Osorio y Mejía, 2012).

En Colombia son escasos los estudios referentes a los efectos que tiene una intervención psicológica en personas amputadas, razón por la cual resalto la importancia del presente artículo, ya que refleja un estudio de caso que intenta aproximarse a los beneficios que brinda la atención psicológica a este tipo de población. Se realiza un estudio cualitativo, mediante la presentación de un caso clínico y la discusión de la terapia psicológica implementada.

Presentación del Caso

Paciente de 63 años de edad de sexo masculino, padre de 4 hijos, procedente de la ciudad de Ibagué, es remitido al Hospital Occidente de Kennedy al sur de la ciudad de Bogotá por un fuerte dolor en miembro inferior izquierdo que puntúa 9 en la Escala Visual Analógica. Al ingresar al centro hospitalario es diagnosticado con una Enfermedad Arterial Oclusiva Crónica; ésta hace referencia a una patología arterial que produce una obstrucción del flujo sanguíneo que, a su vez, reduce el oxígeno que debe llegar a los tejidos blandos, ocasionando calambres, dolor, incapacidad funcional y sensación de debilidad en la extremidad afectada (Kelley, Boxaca, Fernández, Guerrero, Kaufman, Klajn, Meeroff y Patrone, 1992). El equipo médico realiza tratamiento farmacológico, el cual no tiene éxito; concluyendo que la única solución es la amputación.

Luego de la cirugía, el paciente es remitido a la Unidad de Dolor, donde es tratado con acetaminofén y codeína para aliviar el dolor del muñón. De igual forma, el paciente es atendido por el equipo de psicología, que da inicio a una intervención: para comenzar se establece rapport; este concepto proviene del vocablo francés y según Maffiol y Mateus (2011) es una relación de confianza entre el entrevistador y consultante en un contexto terapéutico. En la evaluación psicológica se observa en el paciente sensación de dolor en el miembro fantasma, así como otros síntomas asociados al post-operatorio; al realizar el examen mental se observa en el paciente una actitud colaboradora frente al terapeuta, estado de ánimo de tendencia a la tristeza, afectividad intensa, ya que durante la sesión lloró constantemente, de igual manera, patrón alterado del sueño y la alimentación; su discurso se caracteriza por respuestas monosilábicas con tono de voz bajo; pensamiento circunstancial asociado a la inutilidad y autocríticas; los procesos cognitivos de memoria, sensorial y juicio se mantienen conservados y realiza un adecuado insight. Debido a las alteraciones en su estado de ánimo, el médico tratante remite al paciente a psiquiatría, donde es diagnosticado con trastorno depresivo y formulado con amitriptilina.

A partir de la identificación de las problemáticas observadas en el proceso de evaluación, se diseña el plan de intervención psicológica, el cual se realizó en seis sesiones, cada una aproximadamente de treinta minutos; algunas se hacen de forma individual y otras en compañía de algunos familiares. Las estrategias psicológicas planteadas fueron relajación, respiración profunda, imaginación, reestructuración cognitiva, expresión de emociones, sentido y proyecto de vida, técnicas para manejo del dolor relacionadas con el miembro fantasma, identificación y refuerzo de recursos y aspectos positivos del paciente, y por último; psicoeducación a la familia para el cuidado del paciente, especialmente en el manejo de emociones y dolor, además de realizar acompañamiento con cuidador, con el fin de evitar el Síndrome de Burnout, mejorando la calidad de vida en todo el sistema familiar.

Discusión

Con la implementación del proceso terapéutico se evidenciaron cambios satisfactorios en el paciente con relación a los objetivos planteados, tales como la mejora de la autoestima, autoconcepto, patrones de sueño, estado de ánimo y fortalecimiento de las relaciones familiares, denotando que maneja y controla el dolor; creando un nuevo proyecto de vida. Lo anterior es confirmado por los familiares, quienes refieren que el paciente duerme mejor, su alimentación es normal, sonríe, habla más con sus familiares y con el equipo médico, no menciona sentimientos de soledad ni pensamientos negativos, tampoco expresa sentirse triste y cuando siente dolor utiliza las técnicas para controlarlo.

Con lo expuesto, se resalta la importancia de una intervención psicológica en el proceso de amputación, pues contribuye a generar una adaptación a su nueva vida, además comprueba que al mejorar el estado de ánimo hay mayor adherencia al tratamiento, conllevando a una recuperación exitosa y a un proyecto de vida reestructurado, mejorando notablemente su calidad de vida.

Cabe resaltar que el presente estudio de caso contribuye a la investigación de un tema que, aunque se presenta con frecuencia, no se le da la prioridad que requiere.

Conclusiones

El presente caso deja muestra que las amputaciones no sólo corresponden a cambios físicos, sino que además traen consigo transformaciones mentales, afectando la esfera biopsicosocial como las relaciones sociales, cambios en el estado de ánimo, disminución de la autoestima, pensamientos de inutilidad y un proyecto de vida reconstruido que, al no ser tratadas a tiempo, pueden generar diferentes trastornos, síndromes y dificultades, obstaculizando un proceso de adaptación y adherencia al tratamiento. Con la intervención psicológica se pretende contribuir a que el paciente genere un nuevo proyecto de vida, donde pueda mejorar su calidad y adecuarse a las demandas del medio en el que se desenvuelve.

Agradecimientos

A los directivos, personal médico y de enfermería del Hospital Occidente de Kennedy por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio de caso. Un agradecimiento muy especial al paciente y la Psicóloga Claudia Patricia Ramos ya que, sin su colaboración, no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Referencias Bibliográficas

- Díaz, J., Leal, C., Echavarría, P. y Martín, M. (2013). La comunicación entre el personal sanitario y afectados por una amputación traumática. La sábana por encima. [Versión Electrónica]. Rev. De Comunicación y Salud. Vol. 3 (2): 5-19.
- Esquerdo, J., Maruenda, R. y Robles, J. (2013). Tratamiento neuropsicológico de dolor de miembro fantasma a propósito de un caso. [Versión Electrónica]. Rev. Sanidad Militar Vol. 69 (3):195-202.
- Kelley, W., Boxaca, M., Fernández, S., Guerrero, L., Kaufman, A., Klajn, D., Meeroff, N. y Patrone, U. (1992). Medicina Interna. (2ª. Edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. [En línea] Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=oulAE-zahQ4C&printsec=frontcover&dq=>
- Maffiol, L. y Mateus, S. (2011). En los zapatos del otro. Un modelo práctico para entrevistar. Bogotá: Broker Ediciones S.A.S.
- Morales-Osorio, M. y Mejía, J. (2012). Imaginería motora graduada en el síndrome de miembro fantasma con dolor. [Versión Electrónica]. Rev. Sociedad Española de Dolor. Vol. 19 (4): 209-216.
- Moretti, L. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia de Dolor Crónico. [Versión Electrónica]. Rev. Argentina de ciencias del comportamiento. Vol. 2 (3): 21-29.
- Ospina, J. y Serrano, F. (2009). El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. [Versión Electrónica]. Rev. Ciencias de la Salud. Vol. 7 (2): 36-46. Bogotá.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 26 de mayo de 2015, aceptado para publicación el 15 de junio de 2015.

Correspondencia a:
 July Andrea Tavera Marín
 Psicología
 Fundación Universitaria Los Libertadores.
 Bogotá, Colombia.
 E-Mail: Julyandrea.tavera@gmail.com