



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



CARATULA
INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA

PROCESO DE DUELO POR AMPUTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS

AUTOR:

THALIA MISHHELL VELASCO PAREDES

TUTOR:

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ

BABAHOYO- SEPTIEMBRE 2019



RESUMEN

El proceso de duelo es un proceso psicológico que experimenta una persona luego de la pérdida de alguna extremidad se describe como un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, todas estas reacciones ante una pérdida son normales, sin embargo, no todo el mundo que está de duelo experimenta todas estas reacciones, y no todos las experimentan en el mismo orden, es común volver a atravesar algunas de estas reacciones, las etapas y síntomas más de una vez.

El objetivo de la investigación es determinar el desarrollo del proceso de duelo en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS), es una investigación descriptiva-analítica.- empleando la técnica de la observación clínica, encuestas clínicas, entrevistas clínicas, análisis documental, test psicométrico, y para recolección de datos guía de observación, cuestionario de preguntas, historia clínica, revisión bibliográfica, escala de las etapas del duelo (EE-D), los resultados obtenidos fueron que un porcentaje considerable de los pacientes adultos aún se encuentran atravesando por la primera y segunda fase del duelo, según Freud el duelo tiene relación con la melancolía, aportando la psicoanalista Ross con su investigación acerca de las etapas del duelo afirma que existen complicaciones durante cada una de las fases del proceso de duelo, sino se cuenta con intervenciones psicológicas necesarias podría convertirse en una patología o a su vez no podrían llegar a la aceptación del proceso, perjudicando su calidad de vida

La propuesta del presente trabajo investigativo es un programa de reducción de signos y síntomas del proceso de duelo, a través de técnicas individuales basadas en terapia de duelo aportando a la culminación del proceso, es decir la propuesta está enfocada en la recuperación emocional del paciente en el menor tiempo posible.

Duelo – complicaciones- amputación

SUMMARY

The grieving process is a psychological process that a person experiences after the loss of some limb is described as a five-stage process: denial, anger, negotiation, depression and acceptance, all these reactions to a loss are normal, however, Not everyone who is grieving experiences all these reactions, and not everyone experiences them in the same order, it is common to go through some of these reactions, stages and symptoms more than once.

The objective of the investigation is to determine the development of the grieving process in adult patients of the Babahoyo General Hospital (IESS), it is a descriptive research - analytical.- using the technique of clinical observation, clinical surveys, clinical interviews, documentary analysis, test Psychometric, and for data collection, observation guide, questionnaire, clinical history, bibliographic review, scale of the stages of grief (EE-D), the results obtained were that a considerable percentage of adult patients are still going through The first and second phase of the duel, according to Freud, the duel is related to melancholy, with the psychoanalyst Ross contributing with his research about the stages of the duel, affirming that there are complications during each of the phases of the dueling process, but there is Necessary psychological interventions could become a pathology or in turn could not reach acceptance of the process, damaging their quality of life.

The proposal of the present research work is a program of reduction of signs and symptoms of the grieving process, through individual techniques based on grieving therapy contributing to the culmination of the process, that is, the proposal is focused on the emotional recovery of the patient in the as little time as possible

Duel - complications - amputation

ÍNDICE GENERAL

CARATULA	i
RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO i.- DEL PROBLEMA	3
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2. MARCO CONTEXTUAL	3
1.2.1. Contexto Internacional	3
1.2.2. Contexto Nacional	5
1.2.3. Contexto Local o Institucional	6
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.4.1. Problema general	8
1.4.2. Subproblemas o derivados	8
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.6. JUSTIFICACIÓN	9
1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
1.7.1. Objetivo general	10
1.7.2. Objetivos específicos	10
CAPITULO ii.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL	11
2.1. MARCO TEÓRICO	11
2.1.1. Marco conceptual	11
2.1.2. La amputación	11
2.1.2. 1. Antecedentes investigativos	27
2.1.2.2. Categoría de análisis	36
2.1.3. Postura teórica	36
2.1.2. 2. Hipótesis	42
2.2. HIPÓTESIS	42
2.2.1. Hipótesis general	42

2.2.2. Sub-hipótesis o derivadas	42
2.2.3. Variables	43
CAPITULO iii	44
3.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1.1 Pruebas estadísticas aplicadas.	44
3.1.2. Análisis e interpretación de datos.	46
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES	69
3.2.1. Específicas.....	69
3.2.2. General.....	69
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES.....	70
3.3.1. Específicas.....	70
3.3.2. General.....	71
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	72
4.1.1. Alternativa obtenida.	72
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa.	73
Fuente: Técnicas del proceso de duelo.....	77
Desarrollo de la propuesta:	80
ANEXOS	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1 ¿Actualmente se encuentra pasando por un proceso de duelo por amputación?	46
Tabla N°. 2 ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?	48
Tabla N°. 3 ¿Cómo fue el afrontamiento ante la noticia de la pérdida de su extremidad, porque?	50
Tabla N°. 4 ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?..	51
Tabla N°. 5 ¿Si se encuentra en un proceso de duelo cree usted ya a través por todas las etapas?	54
Tabla N°. 6 ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad? Porque.....	56
Tabla N°. 7 ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?.....	58
Tabla N°. 8 A nivel familiar, personal de salud y demás	60
Tabla N°. 9 ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?	62
Tabla N°. 10 ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?.....	64
Tabla N°. 11 ¿En qué tiempo cree usted que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?.....	66
Tabla N°. 12 Técnicas utilizadas en terapia del duelo.....	66
Tabla N°. 13 De lo que se debe y no hacer en proceso de duelo.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°. 1 ¿Actualmente se encuentra pasando por un proceso de duelo por amputación?.....	46
Gráfico N°. 2 ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?	48
Gráfico N°. 3 ¿Cómo fue el afrontamiento ante la noticia de la pérdida de su extremidad, porque?	50
Gráfico N°. 4 ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?	51
Gráfico N°. 5 ¿Si se encuentra en un proceso de duelo cree usted ya a través por todas las etapas?.....	54
Gráfico N°. 6 ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad?	56
Gráfico N°. 7 ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?.....	58
Gráfico N°. 8 ¿Ha reprimido o escondido sus sentimientos? Porque	60
Gráfico N°. 9 ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?	62
Gráfico N°. 10 ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?.....	64
Gráfico N°. 11 ¿En qué tiempo cree usted que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?.....	66

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo pretende determinar el desarrollo proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS) .La amputación de una extremidad dañada o enferma de forma irreparable están mucho más cerca de lo que parece, pues la diabetes o un accidente de tránsito puede darse en cualquier momento, lugar o situación llegando a cambiar la vida de un ser humano, de tal manera que tendrán que enfrentarse a un proceso de duelo que será necesario dar a conocer.

Al referirse a un proceso de duelo se viene a la cabeza una etapa en el cual atraviesa una persona por el fallecimiento de algún ser querido, separación de pareja, separación de hijos, pérdida laboral y migraciones, pero en este caso este trabajo investigativo abordara un proceso de duelo por amputación, es decir pérdida de alguna extremidad del cuerpo, mediante la aplicación de métodos, herramientas e instrumento psicológico que son de gran aporte a la investigación, será aplicado a los pacientes adultos amputados, que experimentan graves alteraciones emocionales, es decir que el 50% de pacientes amputados necesitan atención psicológica en especial al inicio de la fase del proceso de duelo.

Llegar a un proceso de duelo realizado a los pacientes adultos amputados logrando mejorar las etapas y mejorando la relación socio-familiar. Esta investigación tuvo como finalidad determinar el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, mediante técnicas psicológicas como se obtuvo gran información a través de los instrumentos utilizados como la guía de observación, cuestionario de preguntas, historia clínica, revisión bibliográfica y la escala de las etapas del duelo (EE-D), que permitieron contribuir a una mejor investigación de esta temática, a través de este trabajo se pueda ayudar a la sensibilización en los pacientes adultos amputados y a sus familiares resaltando cuán importante es atravesar por todo el proceso, para que finalmente puedan culminar con todas las etapas obteniendo una mejor calidad de vida es decir un vínculo afectivo más saludable.

El estudio se ubica en el campo psicológico en el área de interacción personal escogiendo las líneas de investigación de la universidad educación y desarrollo social, y la Sub-Línea de la investigación funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su entorno en el aspecto bienestar psicológico en pacientes amputados del Hospital General Babahoyo IESS

En cuanto los resultados permitieron recabar información de primera mano estableciendo el proceso de duelo por amputación que atraviesan los pacientes adultos se llegó a conocer las fas, y los tipos de duelo que tienen los pacientes amputados en proceso de duelo, a través de las técnicas e instrumentos se conoció el afrontamiento que tuvieron los pacientes adultos en la primera etapa.

El presente trabajo investigativo se constituye de la siguiente manera:

En el desarrollo del primer capítulo se presenta la contextualización internacional, nacional, local e institucional de la temática de investigación, en la cual también se describe la situación problemática general del proyecto, el problema general y los problemas derivados, luego la delimitación de la investigación y la justificación de la misma, finalmente tenemos el objetivo general y los objetivos específicos.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico de los diferentes conceptos que surgieron durante el desarrollo de la investigación, explicando el marco referencial de la investigación, los antecedentes y las posturas teóricas de diferentes autores. En el tercer capítulo, se describe los resultados obtenidos de acuerdo a las técnicas e instrumentos utilizados durante el proceso de investigación.

En el Cuarto Capítulo se plantea la planificación a trabajar de acuerdo a resultado obtenido de la Guía de observación, Cuestionario de preguntas, Historia clínica, Revisión bibliográfica, Escala de las etapas del duelo (EE-D).

CAPÍTULO i.- DEL PROBLEMA

1.1.IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN.

Proceso de duelo por amputación en pacientes adultos

1.2.MARCO CONTEXTUAL

1.2.1. Contexto Internacional

Según la organización mundial de salud, OMS informa que hay más de 780 mil casos de amputación en el mundo, y no han recibido tratamiento psicológico alguno, refiriendo que aún se encuentran en un proceso de duelo, en el 2012 se registra, más de 5 millones de personas que tienen dificultades para desplazarse, presentando problemas emocionales graves, por otra parte expuso que la academia nacional de cirugía reporta que se amputan en México 75 personas a diario, ninguna de esas personas registran haber recibido tratamiento psicológico, los datos en el 2014 muestran que hay cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna discapacidad incluyendo a personas de todas las edades, esta es la población que se debe atender para lograr su rehabilitación, la problemática alrededor del mundo tiene cifras muy elevadas y la gran parte de la población se encuentran en la primera etapa del duelo que es la negación, solo en Estados Unidos existe alrededor de 1,9 millones de personas sufren de amputación de cualquier índole, en especial amputaciones en sus miembros inferiores (piernas, pies), debido a varias causas, una de ellas es la guerra, según estudios la mayor parte de la población aun atraviesan por la fase de negación y la de ira , por otra parte aún quedan secuelas de los traumas que han pasado estas personas. La causa más común de las amputaciones son por pie diabético, según las estimaciones el número de personas adultas son más de 422 millones en el 2014, cuya prevalencia alcanzo el 8.5% de la población, se estima que la diabetes ha ido aumentando con mayor rapidez en los países de bajos recursos presentando alteraciones emocionales, por otra parte las causas que se producen la amputación son de manera traumáticas que representan el 16% de la

población quedando secuelas graves en las personas que la pasaron, como por ejemplo, los accidentes de tránsito y tumores malignos, existiendo poca probabilidad de aceptación por parte del paciente, por otro lado existe entre 20 y 50 millones de personas que sufren traumatismos no mortales y muchos de ellos provocan una discapacidad, ocasionando pérdidas económicas considerables para las personas y familiares, las consecuencias son los costos del tratamiento y la pérdida de productividad de las personas que mueren o quedan con alguna discapacidad a causa de las lesiones sufridas, se produce gran desequilibrio en la vida del ser humano, por otra parte no han llegado al final del proceso de duelo, aun cuando han recibido ayuda psicológica, En España hay en torno a unos 59.000 amputados” España es el segundo país del mundo, solo superado por Estados Unidos, con más amputaciones de miembros inferiores a causa de la diabetes tipo 2, con una tasa de 3,19 por cada 1.000 afectados. La diabetes es la causa más frecuente de amputación no traumática de la extremidad inferior en España, pues siete de cada diez se deben a esta patología, según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV). En cuanto a la prevalencia, el estudio establece que no existen grandes diferencias por sexos (el 49,6% de los pacientes con diabetes tipo 2 son hombres y el 50,4% mujeres), ni por hábitat rural o urbano, si bien a medida que aumenta la edad de la población se incrementa también la prevalencia, ha informado la Fundación en un comunicado. Por estado civil, la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 están casadas (57,7%), aunque destaca el elevado porcentaje de viudedad (27,4%), quizá por la mayor prevalencia en la tercera edad, la atención multidisciplinar e inmediata de la persona que sufre una amputación, especialmente en lo emocional, es la principal conclusión del estudio pionero realizado en España, que analiza las causas del síndrome del dolor fantasma, esa sensación de dolor en el miembro perdido, cuando se pierde un miembro eso tiene una representación cerebral y si no se rehabilita correctamente la parte emocional con psicólogos, terapeutas y médicos, el dolor se extiende a otras partes del cerebro, en los casos en los que la rehabilitación tras la amputación no fue muy buena, con problemas con las prótesis y tratamientos no muy bien resueltos en la parte afectiva, con depresiones o ansiedad posteriores, el dolor del miembro perdido es mayor y persistente, sobre los tratamientos, y de acuerdo a los participantes en el estudio, se concluye que no hay un tratamiento protocolizado porque tampoco existen equipos multidisciplinarios en el medio hospitalario tanto para prevenir como para tratar el dolor fantasma, y la mayoría de los pacientes no habían tenido un tratamiento específico, ni conocían un tratamiento efectivo ni cómo afrontar el dolor. (Cisneros,2019).

1.2.2. Contexto Nacional.

En el Ecuador, el 13,2% son personas con algún tipo de discapacidad, esta cifra indica que alrededor de 592.000 personas en el país sufren de una discapacidad física, se dice que gran parte de estas personas han llegado al final de las etapas del proceso de duelo, la mayoría de amputaciones se dan a causa de accidentes de tránsito, accidentes deportivos, accidentes laborales, y por enfermedades adquiridas o congénitas como la diabetes, según el Consejo Nacional de Discapacidades (Conadis), hasta el 2013 unas 14 257 personas registradas en el organismo padecen alguna discapacidad por siniestros viales quedado con secuelas imborrables , según las investigaciones realizadas estas personas no reciben ningún tipo de ayuda psicológica, en Ecuador no se cuenta con datos estadísticos relacionados específicamente a las complicaciones que generan al realizar amputaciones en pacientes diabéticos; por lo que es importante conocer la realidad de este problema para tomar medidas preventivas. Los pacientes diabéticos sometidos a algún tipo de amputación de su extremidad inferior junto con las morbilidades que presentan, así como la evolución posterior a la cirugía y al egreso hospitalario es propenso a disminuir su expectativa de vida, la falta de seguimiento médico y psicológicos en programas de rehabilitación temprana (creación de prótesis u órtesis), lleva a este grupo poblacional a un estado de discapacidad funcional y emocional que consume recursos económicos importantes que podrían evitarse con un mejor programa, por el cual los pacientes no toman gran importancia a su salud física y emocional. (Zambrano, 2015).

En el Ecuador, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011, la diabetes se dijo que era la primera causa de muerte y como la primera causa de amputaciones no traumáticas, alcanzando más del 84% de estas, la prevalencia de amputaciones menores y mayores fueron tan altas según los registros el 41,4% de personas amputadas tienen alteraciones emocionales y no han recibido ningún tratamiento psicológico es decir que aún se encuentran en la primera y segunda fase del proceso de duelo, mientras que el 30,1% de los pacientes han recibido ayuda psicológica y han alcanzado la etapa final del proceso, en un estudio se reportó una incidencia de 284 muertes por 1 000 pacientes al año, luego de una amputación mayor, y de 113 muertes por 1 000 pacientes al año, después de una amputación menor, los pacientes que requieren amputaciones conllevan un alto costo económico, social y psicológico, el cual la familia

juega un papel fundamental durante todo el proceso de duelo que debe pasar el paciente (Valverde, 2015).

1.2.3. Contexto Local o Institucional.

En el Hospital General Babahoyo (IESS) funciona desde el 25 de agosto de 2014, manteniendo programas de educación, prevención, evaluación y tratamiento de pacientes adultos con algún tipo de amputación, tomado como base un promedio de 100 pacientes que acuden diariamente para una previa atención, por casos de procesos de duelo, la amputación padecen entre el 20% y 25% de pacientes adultos, tratándose de lesiones provenientes de quemaduras, heridas quirúrgicas, traumatismos, retiro de puntos, úlceras, accidentes, desastres naturales, entre otros, el médico cirujano vascular y médico internista son quienes cubre las demandas de medicina interna y hospitalización para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones, mediante procedimientos terapéuticos a los pacientes se cubre la demanda de alguno de los casos con amputaciones graves, según estudios el 25% de los pacientes aún se encuentran en la segunda y tercera etapa del proceso de duelo en el 2018, en el Hospital del IESS Babahoyo se atendieron a 10.938 pacientes con diagnóstico de enfermedades la más frecuente es la diabetes, accidentes, desastres naturales, quienes recibieron capacitaciones sobre prevención y manejo de pie diabético, y la técnica de administración de insulina, pero de todos aquellos pacientes atendidos no recibieron una intervención psicológica necesaria en el momento a consecuencia de ello no culminaron dicho proceso de duelo (IESS 2016).

1.3.SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el Hospital General Babahoyo (IESS), existe un gran índice de pacientes adultos amputados hospitalarios que tienen algún tipo de enfermedad presentando como mayor demanda la diabetes, por otra parte los accidente de tránsito son comunes en la sociedad, debido a irresponsabilidades por parte de los conductores, o peatones, son llevados de emergencia a dicha unidad de salud, recibiendo la intervención médica necesaria, como todo hecho traumático quedan secuelas imborrables, pero modificables dependiendo de la magnitud de asunto necesitaran intervenciones psicológicas necesarias para su mejora, ya

que un sujeto entrará a un proceso de duelo a causa de la pérdida de alguna de sus extremidades, y se enfrentara a diferentes etapas del duelo, pero si no recibe la ayuda psicológica necesaria podría convertirse en una patología mucho más difícil de superar, trayendo como consecuencia el suicidio.

En el Hospital General Babahoyo (IESS) se calcula que se han incrementado los casos de amputaciones, debido a que los pacientes con diabetes no han tenido los cuidados necesarios de su enfermedad, al igual que los casos de accidentes traumáticos, no reciben la ayuda psicológica necesaria, por lo que pueden estar existiendo complicaciones en el proceso de recuperación, cabe recalcar que si un paciente que se ha sometido a una cirugía de extirpación de una o varias extremidades de su cuerpo se estará enfrentando a un proceso de duelo dependiendo de la intervención psicológica que han tendió se podría determinar si puede ser un duelo normal , se verán atravesados por todas las etapas, o a su vez puede ser un duelo complicado o patológico, es decir que se detuvo en alguna de las etapas por un gran tiempo sin poder salir de ello, con facilidad.

Debido a la situación problemática que existe en el Hospital General Babahoyo (IESS), a causa de los diferentes factores que inciden a la pérdida de una o varias extremidades del cuerpo los pacientes hospitalizados, tienen como consecuencia de ello un duro proceso en el cual se estarán enfrentando con sentimientos de negación, ira, pacto, depresión, y en alguno de los casos han llegado al proceso de aceptación o culminación, los pacientes hospitalizados manifiestan que no solo se enfrentan a cambios en su cuerpo sino también en su forma de pensar, sentir, dando a conocer que están pasando por un proceso de dolor y de cambios en su vida, como es su imagen corporal, autoestima y su calidad de vida. Frente a todas las consecuencias que se produce, este trabajo investigativo pretende abordar, el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, del Hospital General Babahoyo (IESS), para evidenciar el afrontamiento de la persona en cada etapa.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema general.

¿Cómo es el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS)?

1.4.2. Subproblemas o derivados

¿Cuáles son las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos?

¿Qué tipo de proceso de duelo experimentan los pacientes adultos amputados?

¿De qué manera conocer el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado en los pacientes adultos?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación aquí realizada se encuentra delimitada a los siguientes aspectos:

Línea de la investigación de la universidad:	Educación y desarrollo social.
Línea de la investigación de la facultad:	Talento humano educación y docencia.
Línea de la investigación de la carrera:	Prevención y diagnóstico.
Sub-Línea de la investigación:	Funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su entorno
Delimitación temporal:	Este proyecto investigativo se realizara en el año 2019

Delimitación espacial:	Hospital General Babahoyo (IESS)
Delimitación demográfica:	Av. Juan Agnoletto y By pass
Campo:	Psicológico (diagnóstico personal)
Área:	Interacción personal
Aspecto:	Bienestar psicológico (pacientes amputados del Hospital General Babahoyo IESS)

1.6.JUSTIFICACIÓN

Es importante no solo enfocarse en lo complicado y problemático que es el proceso de duelo por amputación sino también se debe abordar los conflictos emocionales que este provoca en los pacientes amputados y trae consigo un cambio brusco en su entorno. Actualmente la forma de vivir el proceso de duelo de los pacientes es de la negación y que esta funciona como amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, cabe destacar que el proceso de duelo es algo que se vive día a día por lo que es importante mencionar las actividades que se lleva a cabo posterior al evento.

El presente tiene como propósito fundamental determinar el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, del Hospital General Babahoyo (IESS) para establecer un punto de inicio hacia la lucha de aceptación de este duro proceso que no solo afectara a los pacientes sino a sus familiares, enfrentaran sentimientos de ira, en algunos casos con lleva a refugiarse en síntomas más graves como es la depresión, pensamientos suicidas, pues las relaciones interpersonales influyen de la misma manera la poca aceptación de su cuerpo y de sí mismos.

La investigación se podrá llevar a cabo con mayor factibilidad ya que se cuenta con los permisos pertinentes a su vez, con una orientación por parte de profesionales de la salud, por otro lado la facilidad de acceso a la población de pacientes que están pasando por esta dura etapa de su vida, en donde los beneficiarios no solo van hacer los pacientes sino sus

familiares ,esta investigación tendrá un gran impacto para los pacientes adultos en proceso de duelo por amputación ya que se determinara que experimentan a través de técnicas psicológicas, por medio del cual ayudara a una mejor investigación, de la misma manera la sociedad también se beneficiaran porque se informara más de la importancia que tiene conocer el proceso de duelo que atraviesan las personas amputadas.

1.7.OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo general

Determinar el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS).

1.7.2. Objetivos específicos

Identificar las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos

Explicar el tipo de proceso de duelo por amputación en pacientes adultos

Determinar el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado por amputación en los pacientes adultos

CAPITULO ii.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Marco conceptual

2.1.2. La amputación

La palabra amputación proviene del latín amputatio y significa la acción y efecto de amputar ,por otro lado, amputar de amputare significa cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro por lo tanto, la amputación es la eliminación de una extremidad del cuerpo a causa de un trauma o cirugía, la amputación, que es consecuencia de un acto quirúrgico, ocasiona un cambio irreversible en la persona a quien se le práctica, el trauma se entiende una lesión catastrófica provocada por accidentes producidos por lo general como consecuencia de accidentes, enfermedades, entre los tipos de amputaciones están las siguientes: amputaciones de miembro superior e inferior(Domínguez, 2016).

Tomando en cuenta otro autor menciona que la amputación es la “extirpación de un miembro (brazo o pierna) u otra parte del cuerpo mediante cirugía como consecuencia de una lesión o enfermedad, como la diabetes o el cáncer” entendiéndose como un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación de una parte o la totalidad de una extremidad, Debido a que el riesgo de desarrollar dolor fantasma es mayor en las personas que han experimentado dolor en la extremidad antes de la amputación, algunos médicos recomiendan anestesia local (espinal o epidural) en las horas o días previos a la amputación. Eso puede disminuir el dolor que sigue inmediatamente a la cirugía y reducir el riesgo de dolor de miembro fantasma permanente. (Valdez, 2017).

Avulsión

Por otro lado otro termino que se debe mencionar es la avulsión que es una amputación no reglada, sino producida por una extirpación por tracción o arrancamiento de una extremidad, generalmente debida a accidentes laborales, de medios de transporte, o por distintos rituales es traumática y puede poner en peligro la vida de la persona afectada si no hay a continuidad un cierre quirúrgico de la lesión producida o la reimplantación de la extremidad perdida.

La avulsión se refiere a un desgarro o pérdida de un miembro, particularmente puede referirse a una forma de amputación cuando la extremidad es arrancada por un traumatismo, en vez de ser cortada mediante intervención quirúrgica

Causas de amputación

Amputación por enfermedad es la única vía que existe cuando no es factible ningún tratamiento, entre algunas de las enfermedades están las siguientes: enfermedades vasculares, diabetes, neoplasias o tumores.

Las neoplasias pueden producir resorción del tejido óseo, lo que significa la destrucción del mismo, las amputaciones de los miembros inferiores son relacionadas con la diabetes son precedidas de una úlcera en el pie.

Dolor previo a la amputación. Algunos investigadores descubrieron que las personas que sentían dolor en un miembro antes de la amputación suelen padecerlo después. Esto puede deberse a que el cerebro retiene en la memoria el dolor y sigue enviando señales de dolor, incluso después de que se haya amputado la extremidad.

Dolor de la extremidad residual. Las personas que generalmente sienten dolor en la extremidad residual también sienten dolor fantasma. Es posible que el dolor de la extremidad

residual sea el resultado de un crecimiento anormal en las terminales nerviosas dañadas (neuroma) que a menudo causa una actividad nerviosa dolorosa.

- Tumores cancerígenos en huesos (por ejemplo: osteosarcoma, osteocondroma)
- Heridas graves en las extremidades, en las que no se puede salvar el miembro, o donde los intentos de salvar la extremidad han fracasado
- Problemas de circulación sanguínea
- Deformidades de los dedos o extremidades
- Cáncer avanzado
- Gangrena
- Infección en los huesos (osteomielitis)
- Amputación en el útero (Amniotic band)
- Mastectomía (amputación de la mama) por cáncer de mama

Traumatismo son las amputaciones traumáticas completas de extremidades se producen como consecuencia de accidentes violentos como por ejemplo accidentes con vehículos, máquinas entre otros.

Los desastres naturales aquellos cambios violentos del medio ambiente, entre ellos encontramos los siguientes: terremotos, tsunamis, incendios forestales, entre otros en los cuales pueden encontrarse víctimas humanas no logrando escapar a tiempo o no recibieren el auxilio médico oportuno pueden tener serias consecuencias tales como la pérdida de uno o varios de sus miembros.

Tipos de amputaciones

Según el procedimiento quirúrgico que se presente en el momento de la amputación por su ubicación de corte recibe cierto nombre y clasificación

Pierna

- Amputación de dedos
- Amputación parcial de pie
- Desarticulación del tobillo
- Amputación debajo de la rodilla
- Amputación en la rodilla
- Amputación arriba de la rodilla
- Desarticulación de muñeca
- Desarticulación del codo
- Desarticulación de la cadera
- Desarticulación del hombro y posterior amputación
- Amputación en la pelvis.

Brazo

- Rotación de Van-ness (Rotación del pie y reimplantación de forma que la articulación del tobillo se utiliza como rodilla.
- Amputación de dedos
- Amputación metacarpiana
- Amputación del antebrazo
- Amputación arriba del codo

Riesgos del procedimiento

Los pacientes con diabetes, afecciones cardíacas, o infecciones presentan un mayor riesgo de tener complicaciones en una amputación que las personas que no presentan estas condiciones. Las lesiones traumáticas graves aumentan el riesgo de complicaciones. Además, es más probable que las personas a las cuales se les realiza una amputación por encima de la rodilla tengan un estado de salud deteriorado, con lo cual, estas cirugías pueden ser más riesgosas que las amputaciones por debajo de la rodilla.

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Algunas complicaciones posibles que pueden presentarse específicamente con un procedimiento de amputación incluyen deformidad de la articulación, hematoma (un área con un moretón por acumulación de sangre debajo de la piel), infección, abertura de la herida, o necrosis (muerte de porciones de piel).

La trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar constituyen un riesgo después de una amputación principalmente debido a la inmovilización prolongada después de la cirugía.

Es posible que existan otros riesgos dependiendo de su estado de salud específico. Recuerde consultar todas sus dudas con su médico antes del procedimiento.

El dolor fantasma es un dolor que se siente como si proviniera de una parte del cuerpo que ya no está allí. Los médicos creían que este fenómeno luego de una amputación era un problema psicológico, sin embargo, en la actualidad los expertos reconocen que estas sensaciones reales se originan en la médula espinal y el cerebro.

La mayoría de las personas a quienes se les amputó una extremidad dicen que a veces se siente como si la extremidad amputada todavía estuviera allí, este fenómeno indoloro, conocido como sensación de miembro fantasma, no es lo mismo que el dolor fantasma.

Para algunas personas, el dolor fantasma mejora con el tiempo sin tratamiento. Para otras, controlar el dolor fantasma puede ser un desafío, el paciente amputado y el médico pueden trabajar juntos para tratar el dolor fantasma de manera efectiva con medicamentos u otras terapias.

Complicaciones

La amputación es una intervención compleja, cuyas complicaciones constituyen a menudo el fracaso de la intervención y consecuencias graves, las principales son:

- Percepción de la extremidad amputada como es el caso del síndrome del miembro fantasma
- El hematoma
- Fracaso en la cicatrización como consecuencia de una inadecuada elección de nivel de amputación.
- La infección
- Contractura en flexión de la articulación de la rodilla o cadera por dolor en el muñón

Síntomas

Las características del dolor fantasma comprenden las siguientes:

Comienzo dentro de la primera semana posterior a la amputación, aunque se puede demorar algunos meses o más.

Dolor que aparece y desaparece o es continuo.

Los síntomas afectan la parte del miembro más alejada del cuerpo, como el pie de una pierna amputada.

Dolor que puede describirse como un disparo, una puñalada, un calambre, un pinchazo, un apretujón, una pulsación o ardor. (Husney,2017).

El duelo

El duelo es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia, una muerte o un abandono tomando en cuenta que es diferente para cada persona, se pueden

sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

El dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por la muerte, sino cada vez que en la vida tienen una experiencia de interrupción definitiva de algo de pérdida como por ejemplo la distancia que no podrá ser cubierta, la experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida es lo que se conoce como elaboración del duelo, que lo conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación. Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales. Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida. Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica. (Navarra, 2016)

Fases del duelo

En el proceso de duelo experimentan diferentes periodos de tiempo, y las expresan con diferente nivel de intensidad, las fases del duelo no tienen por qué darse en un orden determinado, pueden saltar de una a otra hasta alcanzar la deseada fase de aceptación de la pérdida.

El proceso de duelo es un conjunto de fases de adaptación que, pasando por distintos estadios, puede ayudar a comprender y tolerar la nueva situación, para poder sobreponerse a la pérdida de un miembro es necesario vivir las etapas del duelo, El duelo también se puede exteriorizar con llantos, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, todas ellas consideradas "normales" en esos momentos. Hay que tener en cuenta que los especialistas reconocen que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten. Lo contrario

es la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos. (Molina, 2019).

Etapas del proceso de duelo

Negación y aislamiento

Consiste en el reconocimiento de la extremidad pérdida cuya aceptación es imprescindible, es decir la negación de la pérdida se puntualiza paz, conlleva la imposibilidad de todo desarrollo consecutivo y puede llegar a perturbar gravemente el contacto y el reconocimiento de la realidad del sujeto, esta es la primera etapa del proceso, permite amortiguar el dolor y asimilar la pérdida, se presenta más marcada cuando es una noticia inesperada ,la negación la suelen experimentar personas que se someten a amputaciones por traumatismo, normalmente aquéllas a las que se les ha practicado amputaciones quirúrgicas no la sufren, permitiendo amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, ayuda a recobrase es una defensa provisoria y será sustituida por una aceptación parcial (Claude, 2017).

Ira

En esta etapa la persona afectada experimenta varios sentimientos afirma “se piensa que la pérdida fue injusta, se presenta rabia, envidia y resentimiento, suele haber quejas por todo, además de muchas lágrimas, culpa y vergüenza” se enfadan con el mundo y piensan que lo que ha pasado no es justo en su vida. Consiste en el paulatino desligamiento libidinal del objeto perdido, este proceso consiste en la sobrecarga de los vínculos y recuerdos tenidos con el fallecido o amputado alternando con momentos de retiro de estas cargas , a menudo se culpa de la pérdida a Dios, al médico o a otras personas, la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento, surgen todos los por qué, es una fase difícil de afrontar esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, esta etapa se manifiesta por lo general con la expulsión de los sentimientos reprimidos en la primera etapa del duelo, y por lo general se expresa por una explosión de emociones y sentimientos, entre ellos la culpa y/o la ira., esta rabia o ira se manifiesta hacia cualquier persona de nuestro círculo familiar, amistades, extraños, a nosotros

mismos y hasta a Dios. El darnos cuenta que nuestros planes, sueños o esperanzas no se llegarán a cumplir debido a la muerte de este ser querido, nos genera este fuerte sentimiento. La rabia nos hará repetimos frases como: “¿Por qué a mí?... no es justo” “¿Quién tiene la culpa?” y eso alimentará más nuestra ira haciendo muy difícil el que nos ayuden (Goffi, 2016).

Pacto

En esta tercera etapa que Freud describe en Duelo melancolía, el objeto perdido es incorporado al Yo y se mantiene ahí mediante una identificación, aquí Paz señala que aunque este proceso ha estado aceptado por la mayoría de los psicoanalistas, el propio Freud no estaba totalmente convencido de la acción del mecanismo de la identificación con el amputado, se busca llegar a acuerdos para superar la pérdida, puede ser por medio de acondicionamientos en las expectativas, consigo mismo, con Dios, en esta fase, “los pacientes intentan posponer la realidad de la amputación y la mayoría intentará regatear con su doctor o alguna autoridad superior” lo que están haciendo es imposible, pero de alguna manera ayuda a superar el duelo por pérdida. En la fase del pacto los pacientes intentan regatear con el médico o alguna autoridad como por ejemplo, una figura religiosa ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la etapa de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia (Martinez,2019).

Depresión

Este estado es generalmente temporal y es preferible que se apoye a la persona a superarlo, al permitir a la persona expresar su dolor y buscar una forma de llevarlo a cabo, la aceptación final llegará prontamente (Calderon, 2014) afirma que “Se presenta cuando ya no se puede seguir negando la pérdida, la persona se debilita, se siente mal, triste o intranquilo” es normal que piensen que nunca saldrán de esta etapa, pero están lejos de la realidad.

En esta fase es un estado en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo ,la depresión sustituye a la rabia, esta es probablemente la fase

más complicada de la adaptación, pero también desaparecerá, no es una depresión clínica; es normal, los síntomas más frecuentes son el exceso o la falta de sueño, los sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro, los sentimientos de desesperación y hablar de la muerte, es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir.

Aceptación

Es la fase de resolución del trabajo de duelo, cuando se produce la reconexión con el mundo objetal y la reaparición de las posibilidades de investir nuevos objetos quedando el Yo libre y exento de inhibiciones, Freud la caracteriza así: El duelo normal vence sin duda la Pérdida del objeto, la realidad emite su resolución: el objeto ya no existe más, y el Yo se abandona llevar por el aumento de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto perdido amputado. Es la etapa se acepta la pérdida y se asume que se debe seguir sin aquello que ya no es parte de sí mismo, es en esta parte del proceso en la que se llevan a cabo permiten el aprendizaje de la nueva condición que acaba de comenzar también de incorporar nuevos intereses.

En la etapa de culminación trata sobre la aceptación de la pérdida, comienza a sentir una paz interior, el paciente puede estar bien solo o acompañado y no tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor, se va imponiendo nuevos retos cabe mencionar que sería de gran ayuda si habla con alguien que haya superado todo el proceso y le pueda dar algunos consejos que le ayuden a afrontar la pérdida (Velarde, 2017).

Tipos de proceso de duelo

Duelo patológico

Es un tipo de duelo intenso y de muy larga duración (más de seis meses), donde el dolor por la pérdida de su extremidad se apodera de la vida diaria, la pérdida conlleva al

dolor, pero la intensidad del mismo se ve reducido con el tiempo, en el duelo patológico la intensidad siempre es la misma a la sufrida en el momento de la pérdida, es decir el duelo patológico o complicado llega a dominar la mente de quien lo sufre, no dejándole seguir con su diario vivir.

Duelo anticipatorio

Este duelo tiene lugar cuando tiene conciencia de que se sufrirá una pérdida inminente, pero esta no se ha concretado todavía, se produce cuando se presenta una enfermedad terminal o se programa una eutanasia, en caso de enfermedad, el duelo se produce cuando se emite un pronóstico de incurabilidad.

Duelo ausente

Es una forma de duelo en la persona afectada bloquea sus sentimientos, trata de actuar como si nada hubiera sucedido y se vuelve completamente cerrado al tema, de hecho si lo menciona no le da un valor distinto al que le daría a cualquier otro asunto.

En este caso lo que opera es un mecanismo de negación, es tan fuerte el impacto, que la persona no se siente capaz de afrontarlo, por tal motivo se enfoca hacia otros aspectos de la vida, el problema aquí es que el dolor oculto siempre retorna, bien sea en forma de irritabilidad, ansiedad o de una enfermedad física, entre otros.

Duelo crónico

El duelo crónico se presenta cuando una persona no logra superar la pérdida de su miembro, de uno u otro modo se resiste a aceptar lo ocurrido y se enfoca obsesivamente en mantener vivo el recuerdo de ese miembro que ya no está, termina paralizando su vida y manteniendo constantemente una postura de dolor.

Las personas con tendencias depresivas son más propensas a instalarse en este tipo de duelo, que también se convierte en una forma de vida acompañado de la ansiedad, la tristeza y la culpa, así como una sensación de impotencia. Un duelo crónico es la persistencia del duelo a través del tiempo, un tiempo mayor al que se espera que deba resolverse, para considerar que estamos en un duelo crónico tenemos que tomar en cuenta dos factores, uno de ellos es el tiempo, si bien no existe un tiempo específico para terminar el duelo; si el dolor persiste mucho tiempo dos años por decir una fecha es un signo de duelo crónico, otro de los factores que tenemos que tomar en cuenta es si el dolor no va disminuyendo en forma paulatina (por ejemplo: un mes es mejor que el anterior) puede ser un indicio que nos enfrentamos a un duelo complicado, aunque no haya pasado un año.

Duelo retardado

Es un duelo ausente, aunque en un principio la persona pretenda ignorar su dolor, pasado un tiempo emerge con mayor fuerza y quizás en el momento menos esperado, a veces pueden transcurrir incluso varios años antes de que se inicie el duelo.

También se da el caso de que una persona no puede experimentar el duelo en el momento en que se produce la pérdida, debido a condiciones especiales, como un compromiso laboral demasiado exigente o una situación familiar.

Duelo inhibido

Este tipo de duelo lo experimentan las personas que tienen gran dificultad para expresar sus sentimientos, por lo general suele venir asociado a quejas somáticas, existen limitaciones de la personalidad del individuo el cual le impide llorar o expresar los sentimientos, a diferenciación del duelo ausente, no es un mecanismo de defensa.

También se inhibe el duelo en el caso de las personas con algún tipo de discapacidad cognitiva, o cuando la persona es reservada y no tiene la oportunidad de hablar acerca de lo que siente, Puede haber sentimientos de tristeza pero no sabe cómo expresar las emociones

de forma adecuada, hay personas a las que les cuesta muchísimo expresar y decir cómo se sienten, si sufren un duelo inhibido pueden tener algún tipo de dolor psicopatizado, entendiendo como Psicopatizar como un modo de expresar las emociones en nuestro cuerpo, de expresar el dolor.

Duelo desautorizado

El duelo desautorizado es un rechazo del entorno hacia el dolor que experimenta una persona, a la larga, tarde o temprano, los demás siempre intentan desautorizar el duelo en algún punto porque, para quien no experimenta el sufrimiento, lo que debe hacer el doliente es dejar ir a quien ya se fue y seguir con su vida, el sentimiento de pérdida no es reconocido por la sociedad. La persona doliente no es vista como tal, de manera que sus sentimientos, pensamientos, necesidad de consuelo y apoyo emocional son fuertemente reprimidos por su entorno. Un entorno que presupone que no le ha ocurrido nada que pueda llegar a provocarle sufrimiento o, en caso contrario, que tiene que recuperarse de la noche a la mañana... como por arte de magia, la consecuencia de tener que acallar el sufrimiento que conlleva la pérdida es que aumenta la dificultad a la hora de elaborar el duelo, de manera que puede llegar a complicarse o hacerse patológico. (Sanchez, 2019)

Cuadro clínico del proceso de duelo complicado

Se han propuesto una serie síntomas que pueden utilizarse como punto de referencia ante el proceso de duelo y la reacción que tienen los pacientes ante la pérdida del miembro amputado son clasificados de la siguiente forma:

Tristeza complicada: Aunque no es común en pacientes amputados, usted debe ser consciente de sus síntomas, que incluyen aislamiento severo, comportamiento violento, ideas suicidas, adicción al trabajo, depresión severa o prolongada, pesadillas y evitar pensar en su amputación.

Sentimientos: Tristeza, rabia, ideas suicidas, irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad, sentimientos de soledad , anhelo ,cansancio, indefensión, shock, alivio, y/o anestesia emocional.

Sensaciones físicas: Hipersensibilidad al ruido, molestias gástricas, dificultades para tragar, opresión precordial, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular,pérdida de energía, trastornos de sueño sequedad de boca.

Cogniciones: Confusión, incredulidad, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del miembro de pérdida y/o del evento traumático.

Alteraciones perceptivas: Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, sensoriales en el caso de la pérdida de miembros suele presentarse el fenómeno del miembro fantasma, en el cual las personas dicen sentir dolor, comezón del miembro amputado e incluso omitiendo el dato de su memoria lo cual en muchos casos produce caídas de los sujeto, generalmente son transitorias y seguidas de crítica, existiendo fenómenos de presencia.

Conductas: alteraciones del sueño , hiperfagia o anorexia, deseos reprimidos en sueños frecuentes donde se revelan poseer la extremidad amputada o la situación traumática, distracciones abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conducta de búsqueda del miembro, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos. (Morris,2018)

Síntomas de alarma en el duelo patológico:

- Ideas de suicidio en el primer mes
- Retardo psicomotor
- Culpabilidad morbosa

Trabajo de duelo

1ª etapa:

Reconocimiento de la pérdida.

2ª etapa:

Sobreinvertimiento y retiro de cargas

3ª etapa:

Aceptación perdida e identificación.

4ª etapa:

El yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones.

Freud sostiene que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, jamás se ocurrirá considerarlo un estado patológico, ni remitirlo al médico para su tratamiento.

Duelo y melancolía

Coinciden en sus características a diferencia de un punto, comparten el dolor, la pérdida de interés por el mundo exterior (en lo que no recuerde del miembro amputado), la pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor y el extrañamiento respecto al labor productivo que no tenga relación con la memoria de la extremidad perdida. Pero en la melancolía aparece además una perturbación del sentimiento de sí, un rebajamiento de sí que no se da en el duelo, estos factores forman parte de la realización del trabajo del duelo que se produce del siguiente modo. La realidad muestra que el objeto amado ya no existe y es necesario entonces retirar toda la libido de sus enlaces con el objeto. Sin embargo, a este

trabajo se opone el hecho de que el humano no abandona de buen grado una posición libidinal. Este trabajo se realiza entonces pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y energía de investidura y durante ese tiempo la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.

Freud plantea entonces que en la melancolía puede ocurrir también una pérdida de un objeto amado, muerto, amputado o perdido de forma más ideal, por ejemplo, como objeto de amor (novia abandonada), y en otros momentos aunque se supone una pérdida, no se sabe lo que se perdió, esto puede ocurrir aun conociendo la pérdida que ocasiona la melancolía, es decir, el sujeto puede saber a quién perdió pero no lo que perdió en él, la melancolía se refiere por tanto a una pérdida de objeto amputado sustraída de la conciencia, algo en lo que se diferencia del duelo.

En el trabajo que el melancólico realiza ante la pérdida, Freud añade a los aspectos ya detallados en el duelo, un enorme empobrecimiento del yo, si en el duelo el mundo se hace pobre, en la melancolía eso le ocurre al yo, describe al yo como indigno, moralmente despreciable y se hace reproches, se ofende y espera repulsión y castigo, Freud afirma que el melancólico es realmente tan falto de interés e incapaz de amar como dice pero que esto es la consecuencia del trabajo interior que devora su yo. También en otras de sus autoimputaciones parece tener razón y que capta la verdad con más claridad que otros no melancólicos, en el melancólico por tanto, aunque se puede afirmar que ha sufrido una pérdida en el objeto, de sus declaraciones sobre sí mismo, surge una pérdida en su yo. Vemos que una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente y la toma por objeto, los autorreproches son en el fondo, reproches contra el objeto de amor que se vuelven sobre el yo propio.

El proceso es el siguiente: se elige un objeto, una ligadura de la libido a una persona; una afrenta o desengaño por parte de la persona amada lleva a conmover ese vínculo de objeto; la libido libre, en lugar de dirigirse a otro objeto, se retira sobre el yo, ahí sirve para establecer una identificación del yo con el objeto resignado: la sombra del objeto cae sobre

el yo que será juzgado por una instancia particular superyó como el objeto abandonado, la pérdida del objeto se transforma en pérdida del yo y el conflicto entre el yo y el objeto, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación.

Las tres premisas de la melancolía son: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo, la tercera es el factor eficaz de la melancolía. Freud afirma que pasado el tiempo el yo ha liberado su libido del objeto perdido, el duelo vence la pérdida de objeto que mientras persiste absorbe todas las energías del yo, para cada uno de los recuerdos y situaciones que muestran a la libido anudada con el objeto perdido, la realidad revela que el objeto no existe y el yo, que podría compartir ese mismo destino, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le procura estar con vida y de este modo desata su ligazón con el objeto perdido, este proceso de desasimiento de la libido se produce muy lentamente, el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida (Freud, 2015).

2.12. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

2.1.2. 1. Antecedentes investigativos

Para mayor conocimiento sobre la investigación a desarrollarse en este capítulo se ha tomado en cuenta estudios e investigaciones de diferentes autores que cuya particularidad es el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos.

Entre los antecedentes tenemos la investigación titulada “la amputación y su impacto a nivel físico, emocional, familiar y social” la pérdida de una extremidad es similar al dolor provocado por la muerte de un familiar, surgiendo un proceso de duelo, todo ello repercute en la salud psicológica, especialmente en los primeros dos años, con un alto porcentaje de ansiedad y depresión, el objetivo del estudio fue mostrar la evidencia sobre los aspectos

psicológicos y sociales en el amputado y aportar conocimientos suficientes que permitan mejorar la práctica clínica dirigida a esta población, para ello se realizó una búsqueda sistemática de artículos sobre las experiencias y el impacto psicosocial en las personas amputadas dando como conclusión que tras la amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de la situación, ira y pensamientos suicidas, el cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles social y profesional, también se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general, se presentan una tasa de depresión y ansiedad en porcentajes superiores a la población general, entre el 18-31% cuyos factores predisponentes son la falta de autonomía, la discapacidad, la dificultad en la adaptación a las limitaciones, la alteración de la imagen corporal y la falta de apoyo social. (Llaurado, 2016).

En referencia al análisis de la investigación acerca de la amputación y su impacto a nivel físico, emocional, familiar y social, se realiza con el fin de mostrar los aspectos psicológicos y sociales que sufre una persona amputada, arrojando como resultado sentimientos de tristeza, ira y pensamientos suicidas, afectando su calidad de vida, las estrategias de afrontamiento presentadas son la actitud positiva, la determinación firme de querer superar las dificultades, el apoyo familiar, social y profesional, que les permitirán alcanzar la «normalidad». Observando que esta normalidad estará marcada por la discapacidad. Otro punto valioso es el apoyo recibido por otros amputados, que aportan la voz de la experiencia, el reflejo de lo esperado.

En estos estudios, no se menciona el asociacionismo como elemento de apoyo social, que sí se encuentra presente en nuestro país, los pacientes buscan información en los profesionales y en las experiencias de otros amputados. Describen que los profesionales se orientan hacia la discapacidad física, el dolor y la depresión como enfermedad dejando un vacío en la atención emocional, la jerga especializada dificulta la comunicación y la posibilidad de decisión del paciente, los gestos de empatía y soporte emocional son mejor valorados que los conocimientos técnicos de los profesionales, los estudios coinciden en señalar que el papel del profesional de la salud es crucial en las áreas funcional y psicológica,

donde la información sobre los acontecimientos futuros y la estimulación hacia metas alcanzables favorecen la adaptación y afrontamiento de la nueva situación, los pacientes reclaman de los profesionales que los atienden mayor empatía y formación psicosocial, por ello, tener al alcance estudios que muestren estos sentimientos y experiencias favorece la creación de programas de salud adaptados a esta población.

La investigación sobre “el duelo en personas que han sufrido alguna amputación de una extremidad” cuyo objetivo es conocer el proceso de duelo que afrontan las personas que sufren alguna amputación de una extremidad ya sea superior o inferior, este trabajo de enfoque cuantitativo, deductivo y de nivel descriptivo de corte transversal dando como resultados que los pacientes que sufrieron una amputación por enfermedad experimentan sentimientos de vergüenza y enojo, por otro lado el ámbito familiar es un factor importante en el proceso de duelo pues las relaciones interpersonales influyen en su elaboración, así como la poca aceptación de su cuerpo y de sí mismo, los pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión significativos, repercutiendo en la funcionalidad e imagen corporal; aquellos que recibieron tratamiento de intervención psicológica presentaron mejores resultados en las problemáticas ya mencionadas, en relación con el estilo de afrontamiento adaptativos positivo, aquellos en periodo de seguimiento eligen más la autorregulación. Esta se caracteriza por acciones que van auto dirigidas a confrontar activamente al problema de salud, teniendo efectos positivos en el bienestar, mejor ajuste a la enfermedad, mejor adhesión terapéutica y menor disfuncionalidad, en relación con la intervención psicológica, se presentó un mejor afrontamiento adaptativo incluso a 6 meses de seguimiento, disminuyendo sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la amputación, los hallazgos apoyan el planteamiento acerca de la intervención psicológica, la cual permite, mediante estrategias orientadas, a la solución de problemas relacionados con la amputación. (González, 2018)

En referencia al análisis de la investigación realizada acerca del duelo en personas que han sufrido alguna amputación de una extremidad fue realizada con un enfoque cuantitativo el cual dio como resultado que todo paciente que ha sufrido alguna amputación experimenta sentimientos de vergüenza e ira, el cual la familia es un pilar fundamental en la recuperación, Los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual como intervención psicológica,

acuden más a afrontamientos dirigidos a la emoción (auto indulgencia) beneficiándose en el bienestar personal y ajuste a la enfermedad. Se requiere implementar estrategias que promuevan el desarrollo de estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción, que coadyuven a una mejor adaptación y reducción de síntomas de ansiedad, depresión e incremento de la adherencia terapéutica.

La investigación se realiza sobre “la amputación traumática desde un punto de vista cualitativo y humanista” los objetivos planteados fueron describir el sufrimiento y estrategias de afrontamiento de las personas amputadas, así como analizar la aparición del concepto de resiliencia en los discursos de los amputados exponiendo la importancia de la ayuda psicológica en las distintas etapas, se utilizó una metodología de estudio cualitativo de tipo etnográfico, la unidad de análisis principal son personas amputadas de miembros inferiores residentes en la región de Murcia España se han recogido los datos mediante técnicas como la entrevista semiestructurada, el método biográfico y la observación participante, los resultados fueron que las experiencias de sufrimiento, estrategias de afrontamiento y aplicaciones psicoterapéuticas, se define de muy variadas maneras, Estos dependerán de estilos de afrontamiento con los que el paciente cuente, influyendo en su adaptación emocional ante la amputación, la presencia de una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, dificultad en el tratamiento del miembro fantasma y falta de adherencia terapéutica, afectara en la mejoría del paciente, dichas intervenciones han demostrado la presencia cuadros depresivos en su mayoría; los pacientes que recibe una intervención han tenido un mejor pronóstico sobre aquellos que no la reciben, se calcula que alrededor del 30% de los pacientes presentan trastornos de ajuste con ansiedad y depresión o mixtos, cerca del 5 al 10% depresión mayor y del 2 a 3% trastornos de ansiedad, la literatura muestra que entre el 20 y el 50% de los pacientes con cáncer requieren alguna alternativa de intervención psicológica, menciona que el 70% de los pacientes la requieren durante todo el tratamiento (Díaz, 2015)

El análisis referente a la investigación acerca a la amputación traumática desde el punto de vista cualitativo y humanista en la región de Murcia España, se ha tomado en cuenta como objetivo planteado la descripción de estrategias de afrontamiento, mediante el cuándo se analizar la resiliencia de las personas amputadas, se expuso también la ayuda psicológica

que es de vital importancia para la recuperación de un paciente amputado, arrojando como resultado que se define de una manera diferente dependiendo de cada experiencia se aplicara una estrategia.

La investigación que se realiza es el “proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos” dirigido a la población que asiste al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y al grupo de apoyo amputados unidos, que sufrieron la amputación de miembros inferiores a causa de complicaciones de la diabetes que padecen, para determinar las etapas de duelo que presentan con mayor frecuencia, identificar los sentimientos que experimentan y explicar los factores psicosociales que influyen en la resolución del duelo tras la intervención quirúrgica tanto de forma positiva o negativa, para la obtención de datos se utilizaron las técnicas de observación y muestreo conjuntamente con la aplicación de instrumentos como el cuestionario, entrevista y ficha de testimonio de pacientes, los resultados obtenidos arrojan que la prevalencia de amputaciones como consecuencia de pie diabético según datos de la Organización Mundial de la Salud, la pérdida de extremidades es una condición potencialmente incapacitante, una causa de incidencia se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades vascular periférica y crónico degenerativas tal como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, constituye un problema de salud pública, cada año se diagnostican 150 mil nuevos casos, cerca de 63% fallecerá por una detección tardía, los tumores de extremidades se incluyen dentro de una categoría conocida como sarcomas. Cuando no es posible lograr el control local del cáncer, ni preservar el funcionamiento de la extremidad y es necesaria la amputación; en ocasiones logran conservar la extremidad en un 90% de los casos, en México esto no es posible, ya que generalmente los tumores se detectan en etapas local mente avanzadas, la amputación, tiene un fuerte impacto que repercute en un cúmulo de aspectos psicoafectivos, sociales y funcionales.⁴ Se ha demostrado que la intervención psicológica en estos pacientes, mejora la calidad de vida así como la adhesión al tratamiento, en Estados Unidos, aproximadamente 1.8 millones de personas han tenido amputaciones, es del 85 %, además se logró establecer que la aceptación de la intervención quirúrgica y el proceso de duelo que vive el paciente dependen de los factores psicosociales inmediatos y significativos para el sujeto. (Rivera, 2015)

El análisis referente a la investigación acerca del proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos, como objetivo planteado fue identificar los sentimientos que experimentan tras la intervención quirúrgica positiva y negativa, a través de técnicas de observación los resultados fueron que a consecuencia de una intervención el proceso de duelo dependerá mucho de los factores familiares significativos para los pacientes.

En la investigación que se realiza acerca de conflicto armado en Colombia ha traído consigo la utilización de minas antipersona, que se siembran para proteger territorios de influencia y cuando los grupos guerrilleros son perseguidos por la fuerza pública. Este trabajo describe el proceso de duelo de las personas que han sufrido la pérdida de miembros de su cuerpo y, en específico, los elementos que inciden en el afrontamiento del suceso traumático. Se utilizó una metodología cualitativa, a partir de una entrevista aplicada a 8 miembros del ejército colombiano afectados por la situación descrita. Los resultados permiten observar dos clases de mecanismos psicológicos de afrontamiento: los mecanismos de defensa ante la angustia proveniente de la hostilidad del medio externo (negación, minimización regresión, racionalización, represión y aislamiento), que aparecen en los primeros momentos del impacto explosivo; y los mecanismos psicológicos, que ayudan al amputado a adaptarse a su nueva condición (comparación, atemporalidad, trascendencia y espiritualidad). Estos últimos aparecen en un segundo momento, cuando la amputación se realiza bajo condiciones quirúrgicas y por lo tanto es percibida como una medida para la preservación de la vida. Como objetivo general, la investigación se propuso comprender y describir las características de los procesos de duelo y las vivencias psico-emocionales de un grupo de militares afectados por las minas antipersona en período de recuperación en el Batallón de Sanidad de Bogotá. Los objetivos específicos, entre otros, consistieron en describir las características sociodemográficas de la población militar afectada como edad, procedencia, nivel educativo, condición económica, conformación familiar, etc. Así como caracterizar y describir las diversas etapas de duelo, las vivencias del mismo y los mecanismos psicológicos que emplean las víctimas de las minas antipersona frente al evento de la mutilación. Como planteó Acero, en este sentido, la explosión y el aturdimiento que causa la onda explosiva ya son suficientes motivos para generar una angustia de muerte, ante la cual la persona desarrolla mecanismos de defensa (Acero, 2012).

En el análisis referente acerca del proceso de duelo de las personas que han sufrido la pérdida de miembros de su cuerpo y en específico, los elementos que inciden en el afrontamiento del suceso traumático se dice que el impacto psicológico que causa una lesión con minas antipersona proviene no sólo de la pérdida de un órgano corporal sino también del hecho de producirse bajo circunstancias extremadamente amenazadoras para la vida. Se observa también que los entrevistados manifiestan otros mecanismos de defensa, como la minimización y la racionalización. Esto último compromete su proceso cognitivo al reprimir sus emociones, sus pensamientos y su sentir, lo cual conlleva a un conflicto interno que se ve reflejado en un aislamiento de su contexto social y en sus relaciones interpersonales. Tanto los mecanismos psicológicos como las vivencias psicoafectivas determinan las características del proceso de la elaboración del duelo por la pérdida física. De otra parte, la filosofía de vida de los militares es un factor de contención o de represión de todos aquellos sentimientos y actitudes que puedan ser percibidos como debilidad, razón por la cual ellos reiteraron en sus testimonios la idea de que no había que llorar o estar triste porque con eso no se gana nada. Habría que preguntarse si, en estos casos, la depresión en realidad subyace bajo sus apreciaciones o si se presenta luego de forma más evidente. A manera de cierre, una conclusión que se extrae del presente trabajo tiene que ver con la profesión del psicólogo, pues los hallazgos de la misma le plantean a la psicología un examen profundo acerca de la dimensión afectiva del ser humano, de la manera como confluyen las emociones y sentimientos para afrontar situaciones catastróficas y de la importancia del trabajo con esta dimensión para posibilitar las condiciones que contribuyan a la recuperación del afectado, de modo que, en definitiva, no se conviertan en un factor de estancamiento del proceso de duelo.

La rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior es un proceso en el cual se incluye el manejo físico, psicológico, ocupacional y no solo la simple restitución del miembro amputado. El tratamiento global se debe considerar como un procedimiento dinámico continuo, que comienza en el momento de la lesión y continúa hasta que el paciente haya alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo. En Cuba, debido a la alta prevalencia de diabetes mellitus, enfermedades arteriales obstructivas y los accidentes, cada vez es más frecuente la atención de pacientes amputados en centros de rehabilitación. El presente artículo tiene como objetivo, establecer una pauta de tratamiento a partir de la

información disponible sobre la rehabilitación de pacientes amputados de miembros inferiores como formato de protocolo de actuación basado en la evidencia. Brindar una atención integral multidisciplinaria a todos los pacientes amputados de miembros inferiores que ingresen en el servicio de Rehabilitación de Lesiones después de una amputación, por lo general, el 100% de las personas experimenta la sensación de miembro fantasma, que suele describirse como la percepción de que el miembro amputado todavía está presente (Govantes,. 2016).

Análisis del estudio acerca de la rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior La meta principal del paciente amputado de miembro inferior será aprender a caminar con su nueva prótesis como sustitución del miembro ausente y el éxito de esta etapa dependerá de muchos factores como: la edad, su nivel de energía y motivación, además, y en gran medida, de la habilidad y ayuda de los rehabilitadores y fisioterapeutas en la preparación de un programa de rehabilitación basado en sus necesidades individuales. En los pacientes que han sido sometidos a una amputación de la extremidad inferior, el enfoque se dirige a conseguir un patrón de marcha suave y simétrica, para lograr el máximo rendimiento energético y mejor estética. Después de conseguir la adaptación a la prótesis y realizar el entrenamiento, el resultado funcional suele ser bueno. Si el entrenamiento no se inicia antes de la cirugía, debe realizarse tan pronto como sea posible después de la operación. Los objetivos en esta etapa consisten en conseguir una independencia funcional respecto a los autocuidados y la movilidad sin una prótesis, así como preparar al paciente y a su miembro residual para el uso de la prótesis. Terapeuta ocupacional: aplica estrategias para mejorar la independencia del pacientes en las actividades de la vida diaria principalmente transferencias y vestido del tren inferior, además de actividades para fortalecer los miembros indemnes, Psicólogo realiza la evaluación psicológica del paciente y aplica terapias compensadoras según los resultados de la evaluación del paciente.

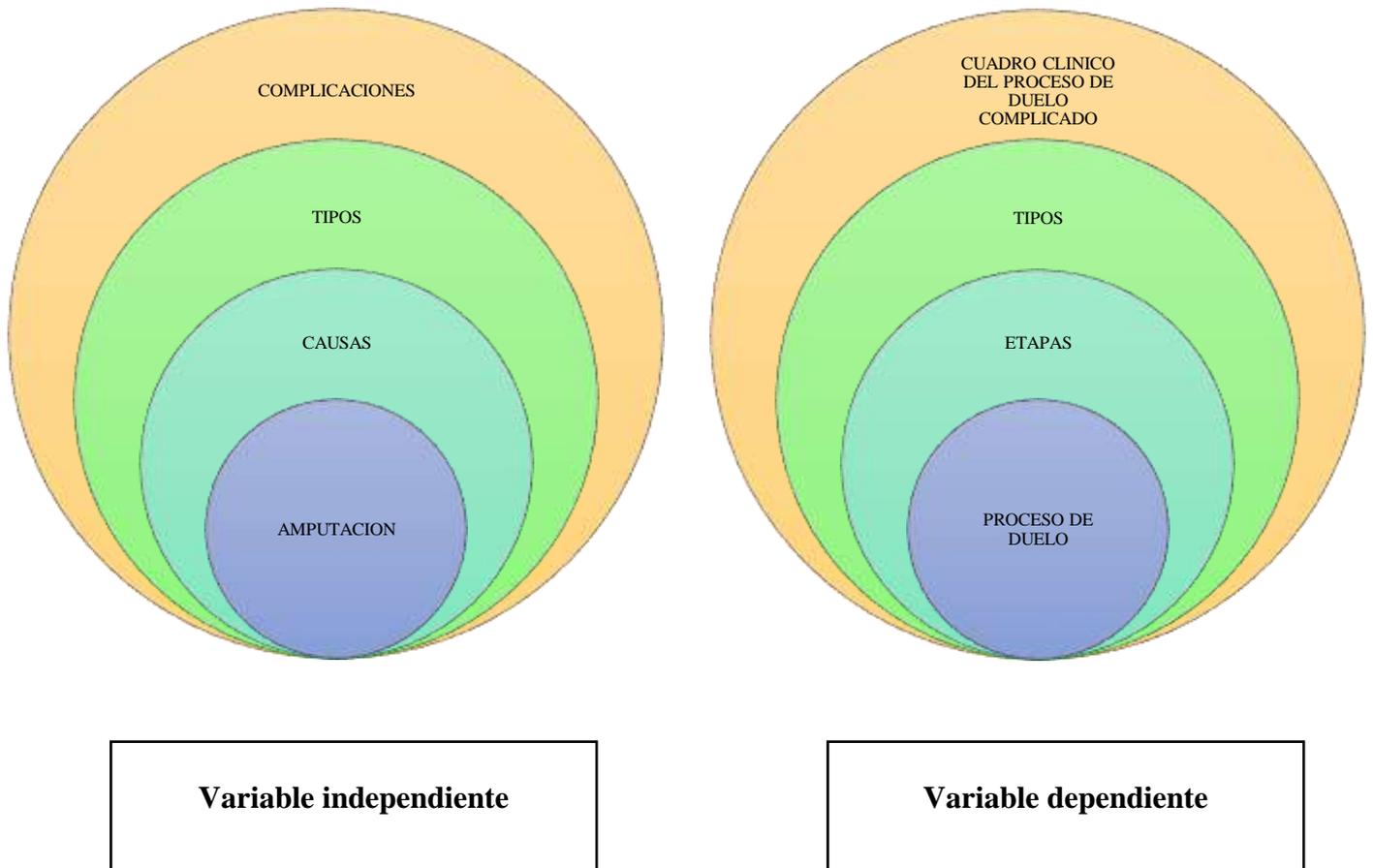
Otra de las investigaciones es acerca de La pérdida de una extremidad es un cambio de vida, cuánto cambia la vida depende de variables que hacen que los desafíos que enfrenta cada persona sean únicos, una amputación podría ser sólo un pequeño punto en el panorama de la vida para algunos; para otros, puede ser como entrar en otro mundo en el que incluso las actividades más comunes de la vida diaria tienen que ser reconsideradas y reaprendidas,

la persona sometida a una amputación es probable que no esté sola en su transición. No solo está él o ella afectado(a), en cierta medida, también lo están todos los que están relacionados con esa persona, incluyendo su esposo(a) o compañero(a), hijos, otros miembros de la familia, amigos, empleados y compañeros de trabajo,"El Impacto psicológico de la amputación puede ser tan significativo como los desafíos físicos," señala el Coronel Retirado Paul F. Pasquina, MD, y colegas en un artículo La Ética en Rehabilitación: Acceso a Atención Protésica y de Calidad Después de la Amputación la percepción de pérdida de la capacidad de participar en las actividades pre-vocacionales, recreativas, sociales, sexuales y de ocio pueden jugar un papel más importante en la calidad de vida post-amputación que la ausencia misma de la extremidad. "La amputación puede influir negativamente en la imagen corporal, la auto-estima y la calidad de vida. El retorno al trabajo puede ser también difícil. Sin embargo, la clave para obtener mejores resultados es garantizar que los pacientes reciban una atención interdisciplinaria apropiada e integral para las necesidades físicas y psicológicas, con la atención protésica como una necesidad fundamental, señalan los autores. "El aumento del uso de prótesis está asociado con mayores niveles de empleo, aumento de la calidad de vida, disminución del dolor del miembro fantasma, y menores niveles de síntomas psiquiátricos en general. Adicionalmente, el uso de prótesis se ha demostrado que facilita una reducción de los problemas de salud secundarios y por lo tanto un mayor grado de movilidad e independencia funcional para las personas amputadas. Las familias y los equipos de salud, incluyendo los protesistas y terapeutas físicos y ocupacionales, pueden hacer mucho para lograr una vida plena y exitosa para las personas con amputaciones mientras ellos se adaptan a los cambios en sus vidas. Para tener una visión de cómo ayudar a los pacientes y sus familias con la transición (Fairley,2016).

Análisis del estudio acerca de la pérdida de una extremidad es un cambio de vida, a diferencia de la mayoría de las personas con pérdida de extremidades secundaria a trastornos vasculares, las personas con amputaciones traumáticas a veces sufren de trastornos de estrés post-traumático adicionalmente, podría haber fallas involucradas con las amputaciones traumáticas, provocando remordimientos e ira, las amputaciones por trastornos vasculares se deben a un proceso por enfermedad. Si hay una falla involucrada, podría ser por causa de un patrón de descuido de sí mismo del paciente en lugar de una fuente externa, experimentar una conmoción y un PTSD es más probable con las amputaciones traumáticas y puede estar

complicado por circunstancias en las cuales alguien más causó la lesión que dio lugar a una amputación.

2.1.2.2. Categoría de análisis



2.1.3. Postura teórica

En este apartado se desarrollarán algunas posturas teóricas sobre el proceso de duelo, que trabajan con base en un enfoque común: el psicoanálisis. Estos enfoques destacarán la importancia de procesos y emociones similares durante el duelo e igualmente se observará la evolución de este concepto, se abarcará el modelo Freudiano (S. Freud) que fue el primero en destacar su postura en referencia al duelo, posteriormente varias investigaciones

realizadas por Kleiniano (M. Klein), (J. Bowlby), (J. Tizón), (E. Lindemann y E. Kubler-Ross), (G. Pollock, J. W. Worden, T. A. Rando), dan a conocer el duelo, sus tipos y su proceso.

Freud afirma que el duelo es una reacción que experimenta la persona ante una pérdida de cualquier índole, existiendo un latente dolor, pérdida de interés del mundo exterior que recuerde el objeto perdido incapacidad de escoger un nuevo a qué tipo de amor imposibilidad para entregarse al trabajo productivo, no se considera un estado patológico, se lo supera pasado cierto tiempo y juzga inoportuno y aún dañino perturbarlo, esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses .

Paz dice que el duelo puede no desarrollarse normalmente y dar lugar a un duelo patológico trastorno cercano a la melancolía.

M. Klein remite a Freud cuando habla del juicio de realidad el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida dice que obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el sujeto en duelo de fortalecer su confianza en la persona amada perdida, solo así puede aceptar que el objeto no fuera perfecto, sólo así puede no perder la confianza y la fe en él, ni temer su venganza.

Freud en dicho texto, define al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una extirpación de algún órgano, no lo consideró un estado patológico y afirmó que se lo superaría pasado cierto tiempo señalando que incluso era inoportuno y dañino perturbarlo.

Para Freud, el duelo normal vence sin duda la pérdida del objeto, la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata así su ligazón con el objeto perdido, por otro lado, el analista no sistematizó al duelo patológico, pero se puede entender entre líneas, que

lo asemejó a la melancolía, pero con la diferencia de que en el duelo patológico la pérdida sí resulta conocida.

Melanie Klein expresa su hipótesis acerca de que todo duelo reactiva duelos tempranos y conmueve toda la estructura psíquica. Esta analista, remite a Freud cuando habla del juicio de realidad el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida como parte del proceso de duelo y lo jerarquiza como el método más importante para que la persona venza los estados de duelo, refiere que es sólo gradualmente y obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores que el sujeto en duelo es capaz de fortalecer su confianza en la persona amada perdida. Solamente así puede aceptar que el objeto no fue perfecto, sólo así puede no perder la confianza y la fe en él, ni temer su venganza. El sujeto en duelo necesita aliviarse recordando la bondad y buenas cualidades de la persona o extremidad perdida.

Klein destaca los aspectos positivos y creativos del duelo y va mucho más lejos refiriendo que cualquier dolor causado por experiencias dolorosas de cualquier naturaleza, tiene algo de común con el duelo, y será el encuentro y la superación de la adversidad de cualquier especie lo que ocasione un trabajo mental similar al duelo.

Lindemann refuerza el modelo propuesto por Freud y define etapas del duelo en base a observaciones de personas que perdieron algo significativo en forma trágica. Lindemann, a pesar de ser el que originalmente habla de trabajo de duelo, éste lo define como un proceso psicológico relativamente pasivo y universal, en donde sucede algo que la persona no desea, la muerte o pérdida de algo significativo, que produce en los deudos una secuencia de reacciones psicológicas que estos no eligen, pero que serán las que permiten elaborar el duelo. Esta elaboración consiste en retirar la energía desde el objeto significativo que se ha perdido, para dedicarla a nuevas relaciones.

Bowlby aporta en sus portaciones reconoce la influencia de otras disciplinas y enfoques, como de la psicología cognitiva, propone su primer modelo sobre las etapas del

duelo, basado principalmente en los influyentes trabajos de Freud y Lindemann. El duelo, para Bowlby, es una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego en la sobrevivencia. Señala la importancia de condicionantes sociales en el duelo y de la redefinición del sí mismo y de su contexto. La causa para no lograr un duelo normal duelo crónico y ausencia prolongada de aflicción consciente implica que existen lazos con el fallecido. Esto lleva a un impulso de búsqueda, lo que explica la ausencia de pesar y tristeza que se puede dar en ambas variantes del duelo patológico. En ambas el duelo está inconcluso: el duelo crónico significaría quedarse en la fase de añoranza y búsqueda y la ausencia de aflicción en la fase de embotamiento.

Haciendo referencia en las aportaciones realizadas por Freud, la idea del duelo como un proceso de etapas relativamente universales, también la encontramos en Kübler-Ross en su conocido libro *On death and dying*, mencionó la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Estas etapas ayudan a comprender el proceso por el que pasa el enfermo terminal al vislumbrar su propia muerte o, mejor dicho, la pérdida de la propia vida.

Para Worden, W. el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando la pérdida. Para este autor pues, existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida., Worden y Rando conciben el duelo como un proceso más activo, se cambia la idea de pasar por fases o etapas a la de realizar tareas, para que haya un trabajo de duelo efectivo. Las tareas de Worden son: Aceptar la realidad de la pérdida; experimentar el dolor de la pérdida; adaptarse a su medio, en el que ahora falta el ser querido, y retirar la energía emocional desde la persona que falta, reinvirtiéndola en otras relaciones.

Rando además enfatiza que se debe tomar en cuenta la idiosincrasia de cada duelo, la que estaría determinada por una combinación única de factores psicológicos, sociales y fisiológicos, como los que mencionamos más adelante en el apartado de variables del duelo, para estos dos, el trabajo de duelo es más activo y particular.

El modelo psicoanalítico del duelo en Sigmund Freud En 1910, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena se expondría sobre el suicidio, Freud matizó la importancia de establecer una comparación entre la melancolía y los estados normales de duelo, recalcando que el problema allí involucrado en esos momentos era todavía inexplicable, fue con la introducción de los conceptos del narcisismo y del ideal del yo lo que le permitieron reabrir el tema, se dio a la labor de comparar la naturaleza de la melancolía con la del duelo, considerando este último como un afecto normal, la melancolía es fluctuante aún en la psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada; y de ellas algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas.

El duelo en cambio menciona es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera, a raíz de idénticas influencias en muchas personas se observa, en lugar de duelo melancolía y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza (Freud, 2015).

El duelo trae consigo graves perturbaciones en la conducta humana, muestra los mismos rasgos que la melancolía, a excepción de que en éste falta la perturbación del sentimiento de sí. En cambio, la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Cuando se presenta el duelo, el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto, es preciso aclarar sobre esta pregunta que Freud se hizo, ya que el psicoanalista no se cuestionó por qué la pérdida es dolorosa, sino más bien, por qué el trabajo de duelo es doloroso y no pudo indicar con facilidad una fundamentación económica; sin embargo, afirmó que una vez cumplido el trabajo de duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido, mientras que en la melancolía la libido permanece en el yo donde se produce la identificación ambivalente con el objeto perdido.

El odio que se le tiene a lo perdido ataca a la parte del yo que se encuentra identificada con éste, y es a través de la humillación que se encuentra una satisfacción sádica. Para contestar también la interrogante planteada por Freud del carácter doliente del compromiso del orden de la realidad, es preciso nombrar los tres niveles de la elaboración del duelo: sobreinvestidura, desinvestidura y traslado del afecto al conjunto del yo; es decir, la identificación. Desde la lectura Freudiana, el dolor es la causa de la desvinculación, de la separación y de la disolución de lazos. El dolor se engendra en el desplazamiento de las investiduras que abandonan la representación de objeto para irradiarse en el yo en tanto investiduras narcisistas. Se observa claramente que la sobreinvestidura afectiva de una representación significa mayor apego interno al objeto que ya no existe en el exterior.

Nasio señala que el dolor de duelo no es dolor de separación sino dolor de lazo. Afirma que lo que duele no es separarse sino aferrarse más intensamente que nunca al objeto perdido.

Freud, concluyó que la causa del dolor no dice el dolor, sino reacciones dolorosas se explica porque la intensidad del desprendimiento es tan fuerte como la intensidad de la investidura. El psicoanalista en este sentido permaneció en una postura ambigua. Freud planteó diferencias entre duelo normal, patológico y la melancolía. En el duelo la pérdida es consciente, mientras que en el duelo patológico es solamente inconsciente y en la melancolía se puede saber a quién se perdió pero no lo que se perdió con la persona. El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yo , un enorme empobrecimiento del yo. (Freud, 2015).

Con respecto a mi postura teórica estoy de acuerdo con lo que afirma Freud ya que el proceso de duelo conlleva diferentes etapas en la que se delimitara si se trata de duelo normal o patológico dependiendo del tiempo en el que la persona haya sufrido la pérdida, el duelo trae consigo graves perturbaciones en la conducta humana, muestra los mismos rasgos que la melancolía.

Haciendo un énfasis con lo que sostiene M. Klein cuando habla del juicio de realidad el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida estoy de acuerdo ya que obteniendo confianza en las situaciones externas es capaz el paciente en proceso de duelo de fortalecer su confianza en el miembro amputado, por lo tanto sería eficaz para su tratamiento psicológico.

El psicoanálisis ayuda para poder diferenciar si se trata de un duelo normal o patológico el cual atraviesa una persona a causa de la amputación, si se trata de un duelo normal se refiere que la pérdida es consciente, mientras que el duelo patológico la pérdida es inconsciente.

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis general.

¿Si se determina el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS), se podrá evidenciar el afrontamiento de la persona en cada etapa?

2.2.2. Sub-hipótesis o derivadas

¿Identificando las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, se contribuirá a una mejor investigación de la temática?

¿Explicando el tipo de proceso de duelo, se podrá determinar el impacto que tiene en los pacientes adultos amputados?

¿Determinando el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado por amputación se evidencia los signos y síntomas que se producen en los pacientes adultos?

2.2.3. Variables

Variable independiente

Amputación

Variable dependiente

Proceso de duelo

CAPITULO iii

3.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Pruebas estadísticas aplicadas.

Población.- La población estará determinada por la totalidad de los pacientes atendidos en la unidad de emergencia, medicina interna, y el área de traumatología o cirugía en el Hospital General Babahoyo, serán 50 pacientes.

POBLACION POR ESTAMENTOS		
Involucrados	Población	Porcentaje
Pacientes de emergencia	10	20%
Pacientes de medicina interna	20	40%
Pacientes de cirugía	20	40%
Total	50	100%

Fuente: Hospital General Babahoyo

Elaborado por: Thalia Velasco

Muestra.

En donde:

n = Muestra

N = Población o número de elementos.

P/Q = Probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia (50 / 50%).

Z = Nivel de confianza (95%) Equivale a 1.96.

E = Margen de error permitido (5%).

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$
$$n = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times 0,50 \times 50}{0,05^2 (50 - 1) + 1,96^2 \times 0,50 \times 0,50}$$
$$n = \frac{3,8416 \times 0,50 \times 0,50 \times 50}{0,0025 (49) + 3,8416 \times 0,25}$$
$$n = \frac{48,02}{1,08}$$

$$n = 44,46 \quad R// 44$$

Total de muestra a encuestarse: 44

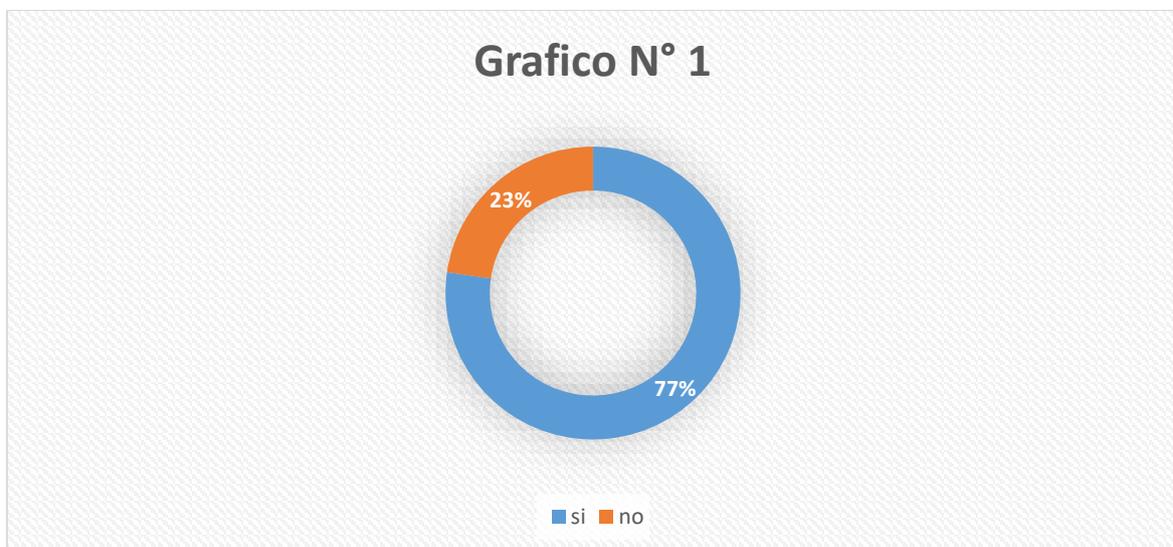
Es importante enfatizar, antes de aplicar el cuestionario, los participantes del estudio serán informados sobre los fines del mismo, asegurando la confidencialidad de las respuestas, y aquellos pacientes que voluntariamente quieran participar se les pedirá la firma del consentimiento informado, basado en los fundamentos éticos.

3.1.2. Análisis e interpretación de datos.

Encuesta realizada a pacientes amputados del Hospital General Babahoyo del IESS

Tabla N°. 1 ¿Actualmente se encuentra pasando por un proceso de duelo por amputación?

¿Actualmente se encuentra pasando por un proceso de duelo por amputación?		
alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	34	77%
no	10	23%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

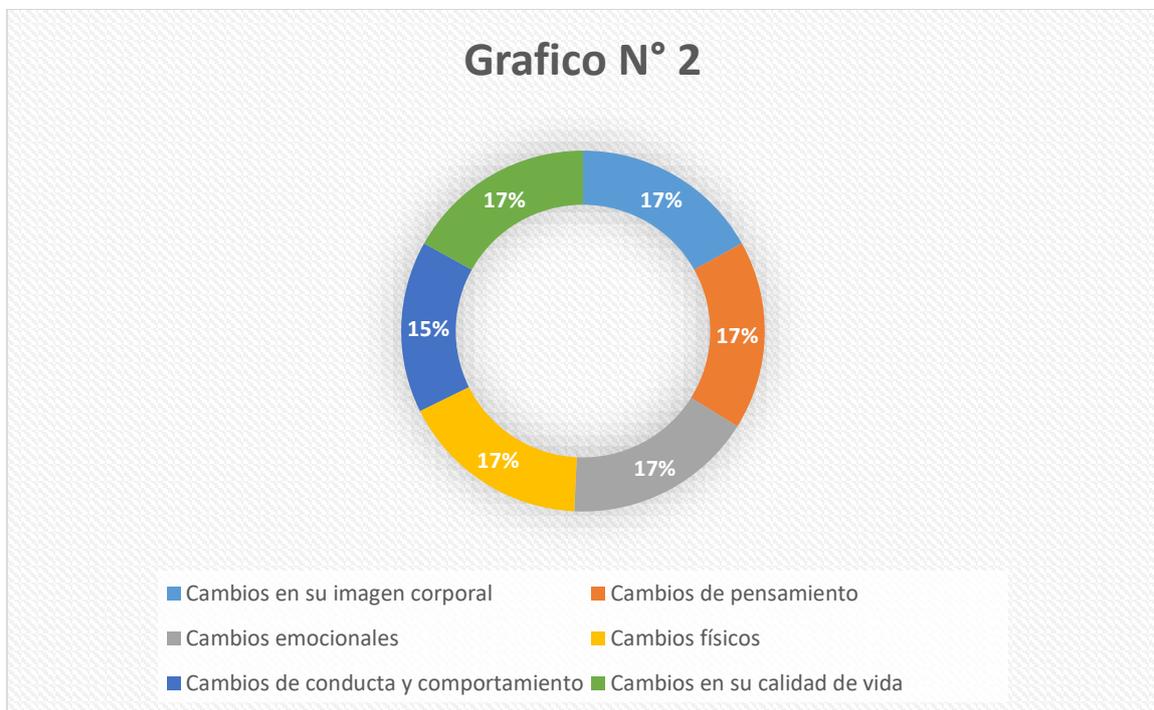
Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 23% que representan a 10 personas encuestadas se encuentra pasando por un proceso de duelo, por otra parte un 77% que representan a 34 pacientes encuestados no están pasando por un proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que un porcentaje de los pacientes encuestados están atravesando por un proceso de duelo manifestando que no pueden aceptar que su miembro ya no esté presente, siguen experimentando el mismo dolor que tenían al

momento de recibir la noticia, frente a un porcentaje considerable que no están atravesando por un proceso de duelo debido a que no creen que un proceso va ayudar a aliviar el dolor, o les va a regresar la extremidad amputada.

Tabla N°. 2 ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?

¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Cambios en su imagen corporal	44	17%
Cambios de pensamiento	44	17%
Cambios emocionales	44	17%
Cambios físicos	44	17%
Cambios de conducta y comportamiento	40	15%
Cambios en su calidad de vida	44	17%
total	264	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

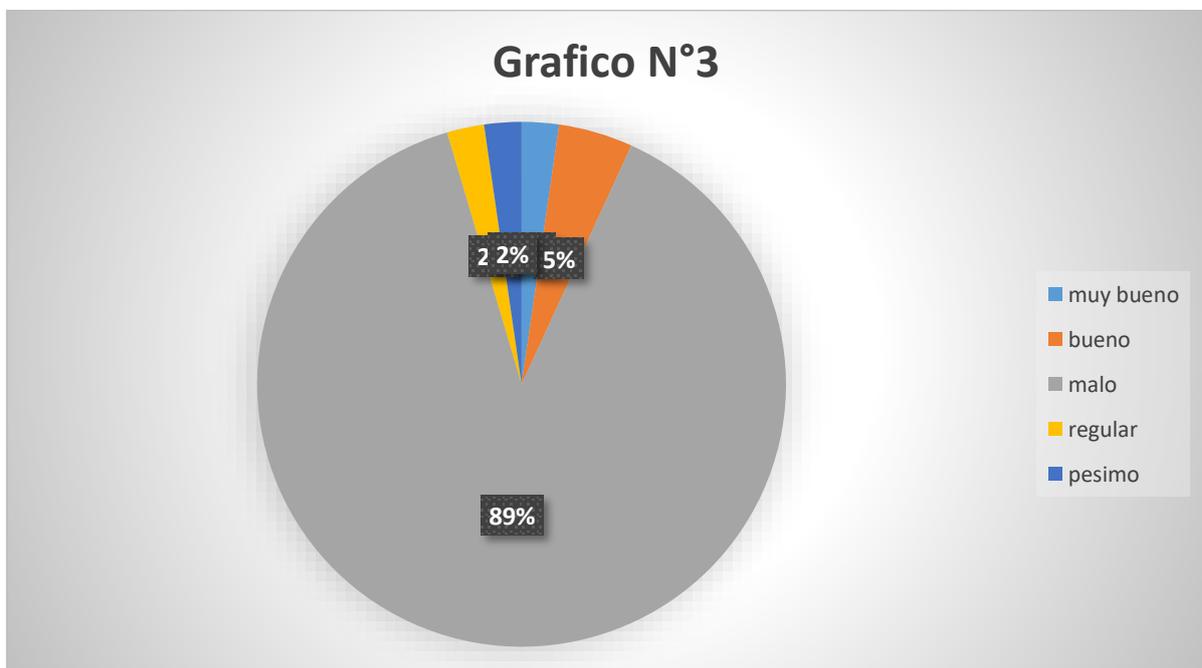
Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 17% que representan a los 44 pacientes encuestados han experimentado cambios durante el proceso de duelo en su imagen corporal, frente a un 17% que representan a 44 pacientes encuestados han experimentado cambios durante el proceso de duelo con respecto a su pensamiento, por

otro lado un 17% que representan a los 44 pacientes encuestados han experimentado cambios durante el proceso de duelo en sus emociones, por otro lado un 17% que representan a los 44 pacientes encuestados han experimentado cambios físicos durante el proceso de duelo, por otra parte un 15% que representan a 40 pacientes encuestados han experimentado cambios en su conducta y comportamiento durante el proceso de duelo, finalmente un 17% que representa a los 44 pacientes encuestados han experimentado cambios en su calidad de vida durante el proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que un gran porcentaje de los pacientes encuestados han experimentado cambios en su imagen corporal, manifestando que ya no se ven iguales, sin su extremidad todo su aspecto físico ha cambiado mucho por eso prefirieron no mirarse a un espejo, por otro lado han experimentado cambios en su pensamiento ya no tienen las mismas motivaciones que antes, manifestando que su vida ya no tiene sentido, por parte han experimentado cambios en sus emociones, pasan de estar tristes a estar alegres dependiendo de lo que el medio les dice con respecto a su recuperación, por otro lado otro porcentaje de pacientes sostienen que han experimentado cambios físicos durante el proceso de duelo, ya no tienen la misma energía que antes, por lo tanto se han venido presentado cambios en su conducta y su comportamiento, ya no desean hablar con nadie, manifestando que no quieren realizar nada de lo que hacían antes, por otra parte un porcentaje de pacientes han experimentado cambios en su calidad de vida, manifestando que todo ha cambiado sobre todo el apoyo de su círculos sociales.

Tabla N°. 3 ¿Cómo fue el afrontamiento ante la noticia de la pérdida de su extremidad, porque?

¿Cómo fue el afrontamiento ante la noticia de la pérdida de su extremidad, porque?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
muy buena	1	2%
buena	2	5%
Mala	39	89%
Regular	1	2%
Pésima	1	2%
Total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

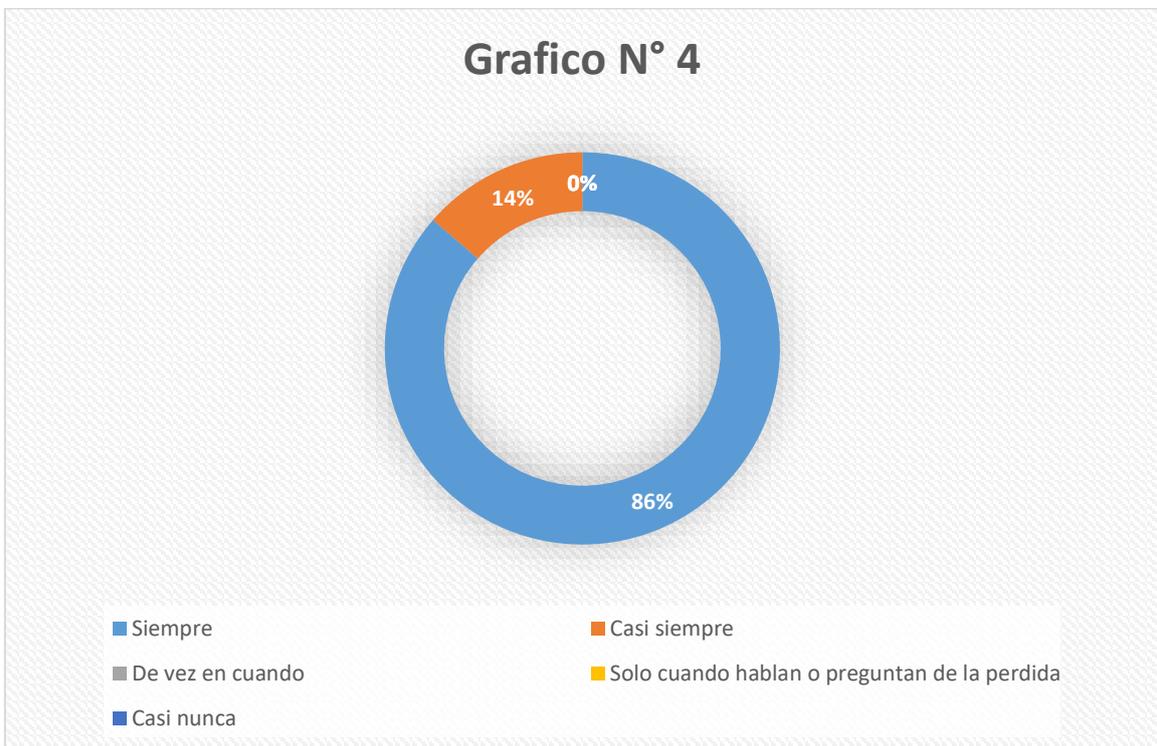
Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 2% que representan a 1 persona encuestada ha afrontado la noticia de la pérdida de su miembro de

muy buena manera, por otro lado el 5% que representan a 2 personas encuestadas han afrontado la noticia de la pérdida de su miembro de buena manera, por otra parte el 89% que representan a las 39 personas encuestadas han afrontado la noticia de la pérdida de su miembro de mala manera, frente a un 2% que representa a 1 persona encuestada que afrontado la noticia de la pérdida de regular manera, finalmente un 2% que representa a 1 persona que ha enfrentado la noticia de una pésima manera.

Interpretación: La muestra nos indica que un porcentaje de los pacientes encuestados han afrontado la noticia de la pérdida de muy buena manera porque ha contado con el apoyo de su familia, por otro lado unos pacientes amputados han afrontado de buena manera la noticia porque por su enfermedad avanzada era la única solución que tenían en esos momentos, por otro lado un porcentaje considerable han enfrentado la noticia de la pérdida de mala manera debido a que no tienen los recursos necesarios para los gastos de las medicinas , rehabilitaciones y ya no tienen el mismo aspecto físico que antes, por otra parte un porcentaje de los pacientes han enfrentado la noticia de la pérdida de su miembro de manera regular, porque ya no tienen la misma fuerza que tenían antes de la amputación, finalmente un porcentaje que han afrontado la pérdida de pésima manera porque desde la amputación ha presentado complicaciones, como infecciones , cambios de estados de ánimo.

Tabla N°. 4 ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?

¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Siempre	38	86%
Casi siempre	6	14%
De vez en cuando	0	0%
Solo cuando hablan o preguntan de la perdida	0	0%
Casi nunca	0	0%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

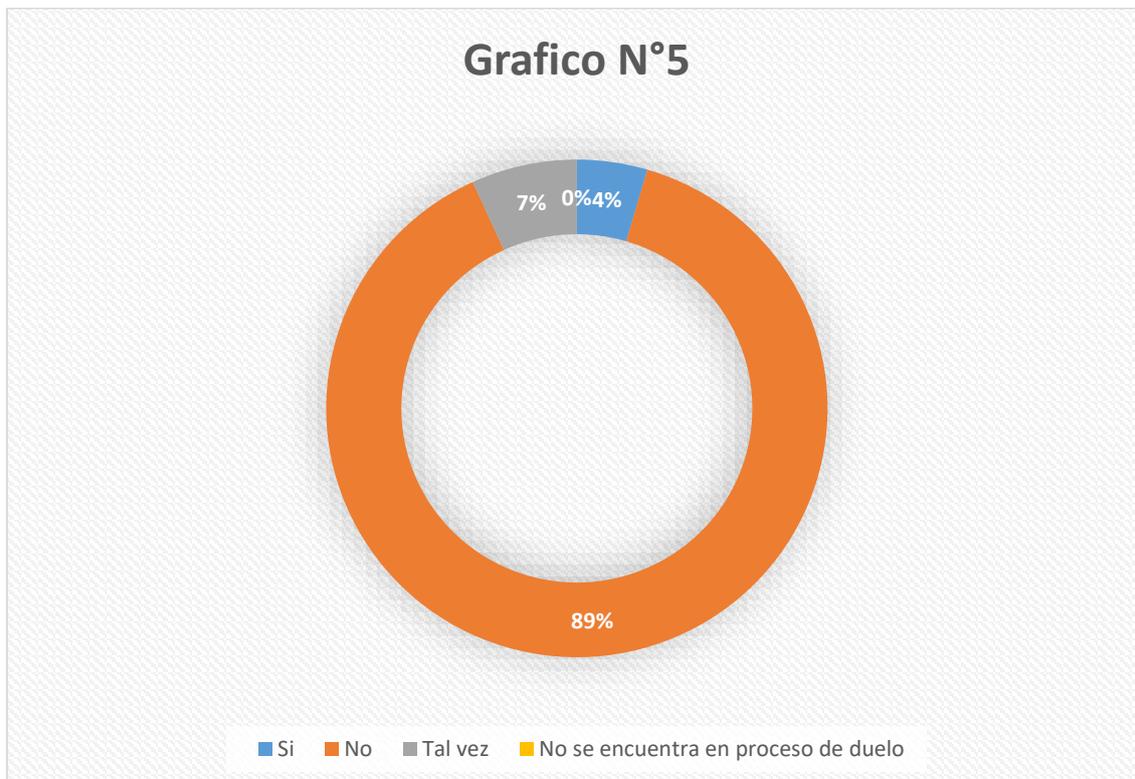
Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 86% que representan 38 pacientes encuestados siempre tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida, por otra parte un 14 que representa 6 pacientes adultos

encuestados casi siempre tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida.

Interpretación: La muestra indica que un gran porcentaje de los pacientes encuestados siempre tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida, porque la mayoría de tiempo durante las cirugías, posterior a su recuperación tienen que pasar en la unidad de salud hasta que les den el alta, y no tienen otro medio en el cual ocupar su tiempo, por otro lado un porcentaje considerable casi siempre tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida porque desde que ocurrió lo de la pérdida de sus extremidades el medio que lo rodea les miran de una manera extraña y eso les produce que solo pasen pensando en la amputación de su miembro.

Tabla N°. 5 ¿Si se encuentra en un proceso de duelo cree usted ya a travesó por todas las etapas?

¿Si se encuentra en un proceso de duelo cree usted ya a travesó por todas las etapas?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Si	2	4%
No	39	89%
Tal vez	3	7%
No se encuentra en proceso de duelo	0	0%
Total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

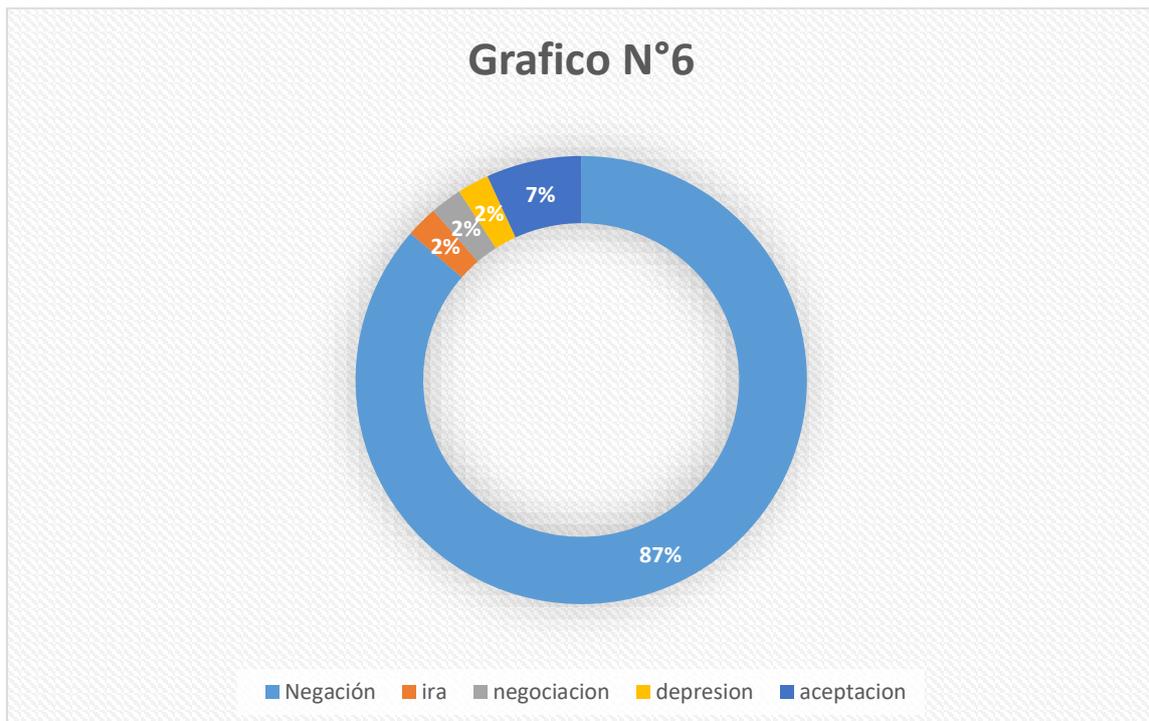
Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 4% que representan a 2 pacientes encuestados se encuentra en un proceso de duelo creen que ya han atravesado por todas las etapas, frente a un 89% que representan a 39 pacientes adultos encuestados creen que no han atravesado por todas las etapas del proceso de duelo, finalmente un 7% que representan a 3 pacientes adultos encuestados tal vez ya han atravesado por todas las etapas del proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que un porcentaje bajo de los pacientes encuestados creen que ya han travesado por todas las etapas, y que solo les queda resignarse a su nueva condición, por otro lado un porcentaje considerable de los pacientes adultos encuestados creen que no han atravesado por todas las etapas del proceso de duelo y aún tienen muchas fases que pasar para poder aceptar su nueva condición, finalmente un porcentaje de los pacientes adultos encuestados tal vez ya han atravesado por todas las etapas del proceso de duelo, porque creen que ya han pasado por mucho dolor en esta nueva condición.

Tabla N°. 6 ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad? Porque

¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad? Porque		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Negación	38	87%
ira	1	2%
Negociación	1	2%
depresión	1	2%
Aceptación	3	7%
Ninguna de las opciones	0	0%
Total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

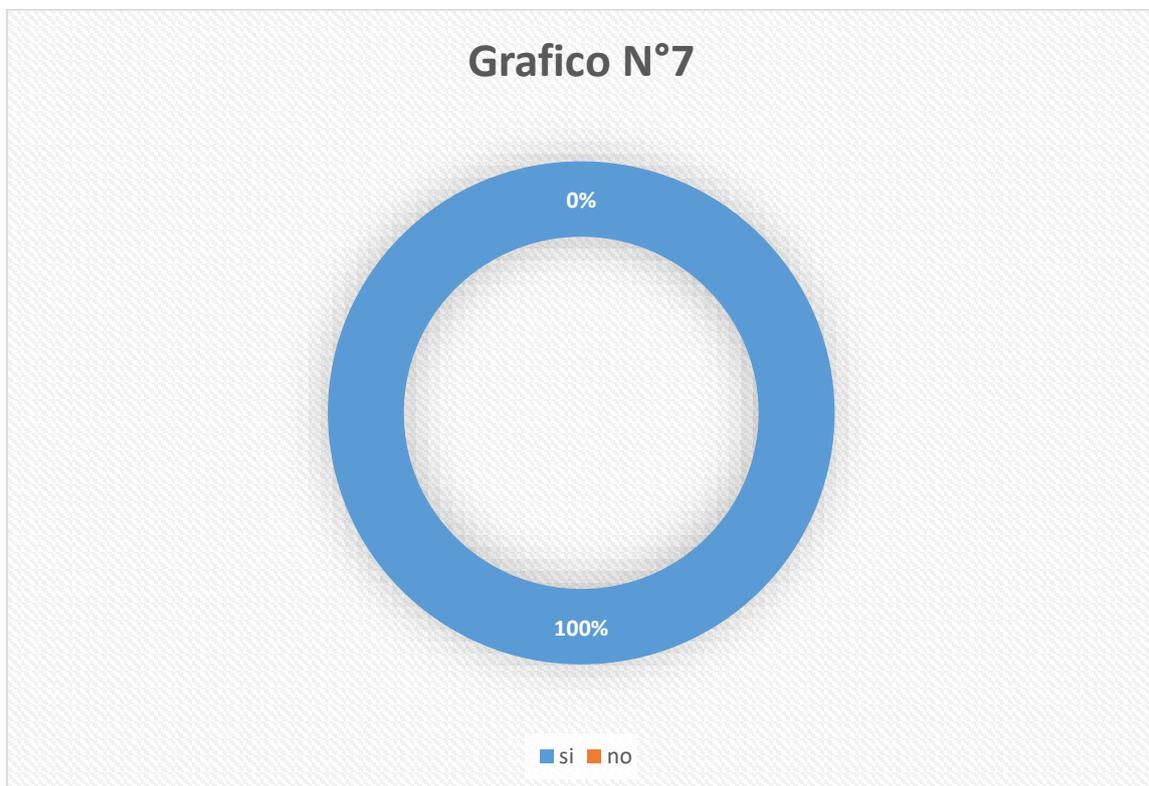
Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 87% que representan a 38 pacientes encuestados se encuentran en la primera etapa del proceso de duelo, frente a un 2% que representan a 1 persona encuestada se encuentra en la segunda etapa del proceso de duelo, por otro lado un 2% se encuentra en la tercera etapa del proceso de duelo, frente a un 2% que representa a una persona encuestada se encuentra en la cuarta etapa del proceso de duelo, finalmente un 7% que representa a 3 personas encuestadas se encuentran en la última etapa del proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que un porcentaje considerable de los pacientes encuestados se encuentran en la primera etapa porque aún se siguen negando a la pérdida y continuando sintiendo la misma tristeza que tuvieron desde el momento de la amputación no creen en los médicos, ni en su recuperación, por otro lado un porcentaje se encuentra en la segunda etapa del proceso de duelo porque tienen sentimientos de ira, frustraciones miedo al fracaso y no poder seguir así con su condición , frente a un porcentaje que se encuentra en la tercera etapa del duelo porque el tiempo , los médicos, la familia no lo han dejado solo y han tenido que aceptar la pérdida para que tener una recuperación rápida, por otra parte un porcentaje se encuentra en la cuarta etapa del duelo manifestando que tienen síntomas depresivos y poca asimilación de la condición en la que se encuentran, finalmente un porcentaje se encuentra en la última etapa del duelo porque ya han aceptado la amputación de su miembro y desean continuar con su vida, proponiéndose metas.

Tabla N°. 7 ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?

¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Si	44	100%
No	0	0%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

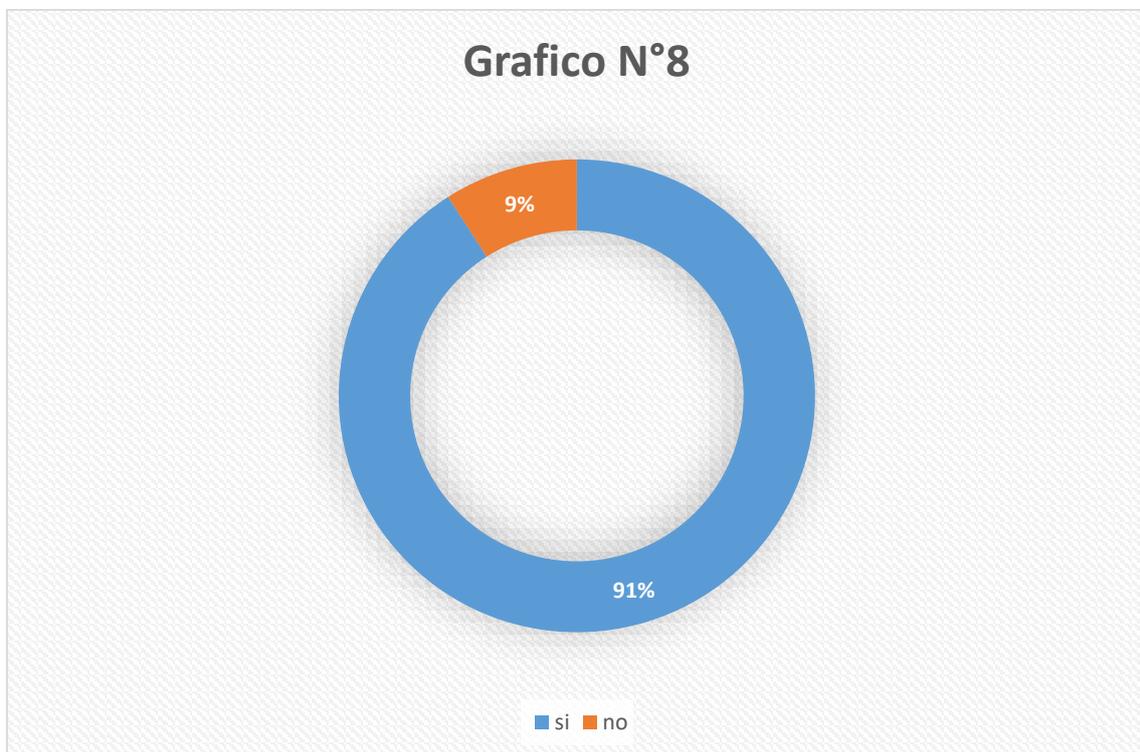
Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 100% que representan a los 44 pacientes adultos encuestados han presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que la totalidad del porcentaje de los pacientes encuestados han presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo porque desde que se enteraron que la extremidad será desprendida o amputada presentando temor al rechazo, miedo de no poder hacer las actividades de antes, tristeza por no tener los instrumentos para cambiar lo inevitable también presentando miles de ideas , sobresaliendo más la del suicidio, piensan que la vida no tiene sentido, y no ha sido justa con ellos.

Tabla N°. 8 A nivel familiar, personal de salud y demás ¿ha reprimido o escondido sus sentimientos? Porque

A nivel familiar, de amistades, conocidos, personal de salud ¿ha reprimido o escondido sus sentimientos? Porque		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Si	40	91%
No	4	9%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

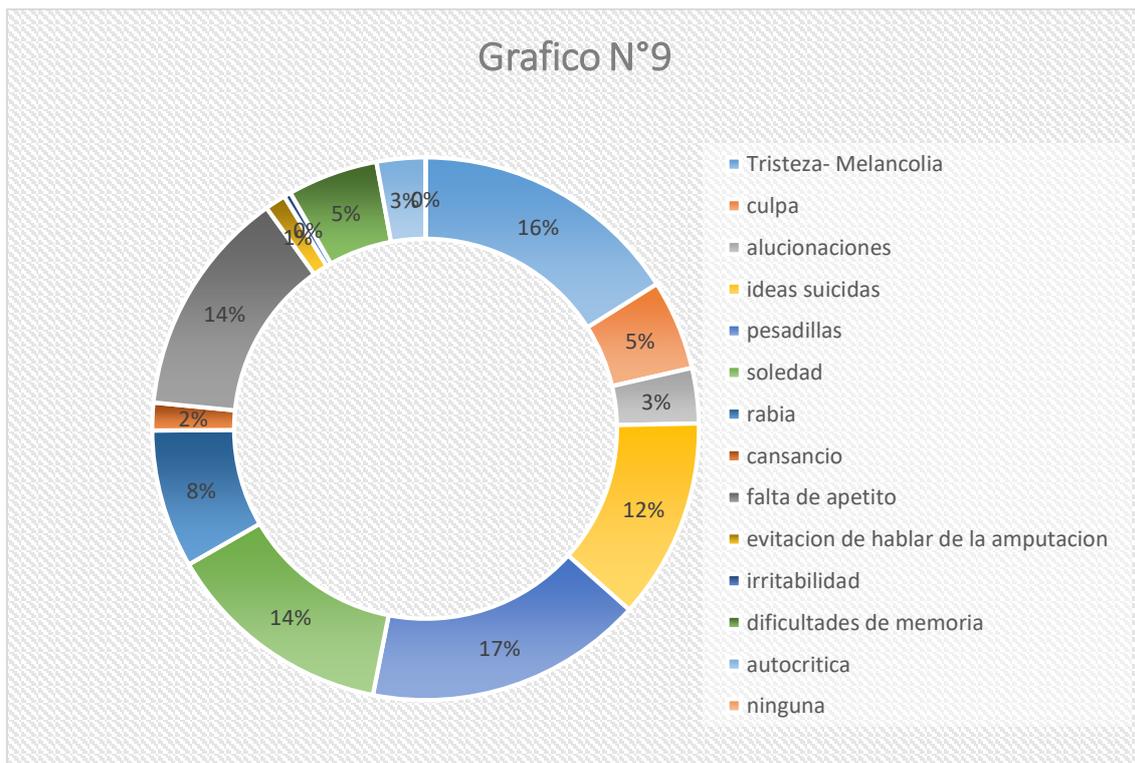
Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 91% que representan a 40 pacientes adultos encuestados, si han reprimido y escondido sus sentimientos, frente a un 9% que representan a 4 pacientes adultos encuestados no han reprimido y escondido sus sentimientos.

Interpretación: La muestra indica que un porcentaje considerable de los pacientes encuestados han reprimido y escondido sus sentimientos frente a sus familiares, amistades y personal de salud, porque sienten que les causa lastima su situación y no quieren que se preocupen más por ellos, por otro lado un porcentaje bajo no han reprimido ni escondido sus sentimientos porque la familia les brindan apoyo y fortaleza para salir adelante.

Tabla N°. 9 ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?

Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo		
alternativas	frecuencia	porcentaje
Tristeza- Melancolia	39	16%
culpa	13	5%
alucinaciones	8	3%
ideas suicidas	29	12%
pesadillas	40	16%
soledad	33	14%
rabia	20	8%
cansancio	4	2%
falta de apetito	33	14%
evitación de hablar de la amputación	3	1%
irritabilidad	1	1%
dificultades de memoria	13	5%
autocritica	7	3%
Ninguna de las opciones	0	0%
total	243	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 16% que representa a 39 pacientes encuestados han presentado tristeza- melancolía durante el proceso de duelo, frente a un 5% que representa a 13 personas encuestadas han presentado culpa durante el proceso de duelo, por otro lado un 3% que representa a 8 pacientes encuestados han presentado alucinaciones durante el proceso de duelo, frente a un 12% que representa a 29 pacientes adultos encuestados han presentado ideas suicidas durante el proceso de duelo, por otro lado un 16% que representa a 40 pacientes adultos encuestados han presentado pesadillas durante el proceso de duelo, por otra parte un 14% que representa a 33 pacientes adultos encuestados han presentados soledad durante el proceso de duelo, frente a un 8% que representa a 20 pacientes adultos amputados han presentado rabia durante el proceso de duelo , por otro lado un 2% que representa a 4 pacientes adultos amputados han presentado cansancio durante el proceso de duelo , frente a un 14% que representa a 33 pacientes adultos amputados han presentado falta de apetito durante el proceso de duelo , por otro lado 1% que representa a 3 pacientes adultos han presentado evitación de hablar de la amputación, por otra parte 1% que representa a 1 una persona encuestada ha presentado irritabilidad durante el proceso de duelo, frente a un 5% que representa a 13 personas encuestadas han presentado dificultades de memoria durante el proceso de duelo, finalmente un 3% que representa a 7 personas encuestadas han presentado autocrítica durante el proceso de duelo.

Interpretación: La muestra nos indica que un porcentaje de los pacientes encuestados han presentado tristeza y melancolía durante el proceso de duelo debido al impacto que tuvo la noticia, y el hecho de no saber qué hacer en esos momentos, también han experimentado sentimientos de culpa durante el proceso de duelo por que no tomaron las debidas precauciones en el momento, también han presentado alucinaciones e ideas suicidas durante el proceso de duelo, experimentado pesadillas, sentimientos de soledad porque en el momento no recibieron la ayuda necesaria, rabia y cansancio de no poder hacer nada para evitar la pérdida de su extremidad, presentado falta de apetito durando las primeras etapas de duelo , sobretodo evitación de hablar de la amputación por el motivo que les causa dolor e irritabilidad de cosas que le puedan ofender, finalmente presentando dificultades de memoria , como recordar lo ocurrido en caso de una amputación traumática y autocrítica por el aspecto físico que tienen en la actualidad.

Tabla N°. 10 ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?

¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?		
alternativas	frecuencia	porcentaje
Siempre	39	89%
Casi siempre	1	2%
De vez en cuando	4	9%
Algunas veces	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 89% que representan a 39 pacientes adultos encuestados se han presentado los síntomas siempre, frente a un 2% que representa a un paciente adulto encuestado se ha presentado los síntomas casi siempre, por otro lado un 9% que representa a 4 pacientes adultos encuestados se han presentado los síntomas de vez en cuando.

Interpretación: La muestra indica que un porcentaje considerable de los pacientes encuestados los síntomas se han presentado siempre porque sienten mucha tristeza a cada

momento en especial cada vez que se miran su cuerpo y miran que su extremidad ya no está, por otro lado un porcentaje los síntomas se han presentado casi siempre porque la tristeza, la culpa, y los sentimientos de soledad experimentan a cada momento, provocando problemas en la alimentación, finalmente un porcentaje de los pacientes los síntomas se han presentado de vez en cuando porque cuentan con un buen personal de salud y eso les hace sentir menos los sentimientos de tristeza e incluso las ideas suicidas disminuyen, apoyo familiar es de vital importancia en cada fase.

Tabla N°. 11 ¿En qué tiempo cree usted que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?

¿En qué tiempo cree usted que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?		
alternativa	frecuencia	porcentaje
Días	0	0%
Meses	42	95%
Años	2	5%
total	44	100%



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes adultos amputados.

Elaborado por: Thalia Velasco

Análisis: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 95% que representan a 42 pacientes adultos amputados creen que puedan culminar con todas las etapas del proceso de duelo en meses, frente a un 5% que representan a 2 pacientes adultos

encuestados que necesitan de años para poder culminar con todas las etapas del proceso de duelo.

Interpretación: La muestra indica que un porcentaje de los pacientes encuestados creen que puedan culminar con todas las etapas del proceso de duelo en meses porque es un proceso largo y no es fácil de superar manifestando que necesitan los cuidados médicos y familiares también apoyo psicológico para su pronta recuperación, por otro lado un porcentaje bajo creen que puedan culminar con todas las etapas en años porque se les ha presentado muchas complicaciones para seguir adelante, y necesitan el apoyo familiar y económico para la recuperación , manifestando que para la aceptación debe pasar mucho tiempo para llegar a la aceptación.

Resultado de los demás instrumentos utilizados.

Con respecto a la guía de observación se pudo recopilar información se suma importancia como es el tipo de amputación que tiene cada paciente adulto, entre algunos de los tipos se encuentran amputaciones de dedos, piernas, brazos, pero hubo un porcentaje considerable en amputaciones de pie diabético.

Por otro lado un porcentaje considerable de pacientes tienen una a dos semanas de amputación, es decir el proceso de duelo que están atravesando recientemente está empezando, algunos manifiestan que tiene mucho dolor al ver su cuerpo que ya no es el mismo, al no tener las mismas energías de antes, sienten que su vida no tiene sentido.

Los pacientes amputados del Hospital General Babahoyo manifiestan que no han recibido ayuda psicología alguna, por lo que se sienten decepcionados de ellos mismos, y no encuentran un camino por el cual puedan sobrellevar la pérdida de su miembro.

En su gran mayoría los pacientes adultos amputados, se encuentran sin trabajo, manifestando que debido a su salud no han podido ejercer una profesión fija, un porcentaje bajo manifiestan que debido a su amputación no podrán continuar con sus labores diarios con normalidad.

Los pacientes ingresados en el área de cirugía manifiestan que tienen poco contacto con el medio exterior, a excepción de los médicos, enfermeras y visitas de sus familiares, les hace sentir bien, pero hay momentos en los que desean estar solos, no conversar con nadie de su situación.

En un porcentaje considerable no tienen proyectos a futuro, ya que no saben realmente qué hacer con sus vidas, han presentado problemas en la alimentación, su estado de ánimo a variado mucho, dependiendo de lo que les dicen los medios, no se sienten bien al estar aún ingresado en el hospital.

Para finalizar se pudo comprobar la hipótesis planteada “Si se determina el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS), se podrá evidenciar el afrontamiento de la persona en cada etapa”, a través de los instrumentos utilizados se comprobó que el afrontamiento de la persona en cada una de las etapas es duro y complicado, dependiendo del tiempo que cada paciente tiene amputado, se ha evidenciado el tipo de duelo, un porcentaje considerable aún se encuentran en una primera etapa ya que en su mayoría continúan con el impacto emocional que recibieron al momento de la noticia de que su miembro será amputado.

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.2.1. Específicas.

La población estudiada se encuentra en la primera etapa del proceso de duelo por amputación los pacientes adultos aun no pueden superar la pérdida de su extremidad

El tipo de proceso de duelo experimentan los pacientes adultos amputados, dependió de las intervenciones psicológicas que han recibido, durante el proceso.

Los signos y síntomas que experimentan los pacientes adultos amputados afectan directamente a su calidad de vida, demostrando sintomatologías graves, difíciles de sobrellevar si no se trata a tiempo su condición.

3.2.2. General.

El presente estudio acerca del desarrollo del proceso de duelo por amputación en los pacientes adultos del hospital General Babahoyo, se obtuvo gran información a través de los instrumentos utilizados como la guía de observación, cuestionario de preguntas, historia clínica, revisión bibliográfica y la escala de las etapas del duelo (EE-D), se concluye que un

porcentaje considerable de los pacientes se encuentran en la primera etapa del duelo es decir la negación entendida como la fase más dura y complicada de sobrellevar, se puede experimentar sentimientos de ira, frustración e incluso ideas suicidas, la calidad de vida en los pacientes amputados no han recibido una intervención psicológica, que asista a los cambios emocionales, como en su mayoría han presentado tristeza, soledad, culpa, rabia, e incluso se han presentado falta de apetito y como menor prevalencia, en comparación con el grupo que recibe una asistencia psicológica los cuales tienen un menor impacto en el proceso de duelo, en la presente investigación se pudo cumplir con los objetivos planteados ya que se determinó el proceso de duelo en los pacientes adultos y se evidencio el afrontamiento que cada uno de los pacientes presenta, se identificaron cada una de las etapa de dicho proceso, dependiendo de la frecuencia se explicó el tipo de proceso de duelo que tenía la persona amputada, también se determinó los signos y síntomas de un proceso de duelo complicado por amputación en pacientes adultos, concluyendo que el proceso de duelo conlleva a cambios en la calidad de vida del paciente amputado dura pero no imposible de superar y aceptar.

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.3.1. Específicas.

Se recomienda emplear programas que permitan detectar a tiempo un cuadro clínico complicado durante el proceso de duelo así obtener una pronta resolución del afrontamiento ante el impacto recibido.

Se recomienda implementar intervenciones psicológicas haciendo seguimientos constantes a todos los pacientes que estén atravesando por un proceso de duelo por alguna extremidad amputada para conocer qué fase del proceso se encuentran.

Se recomienda aplicar instrumentos clínicos para conocer con exactitud el tipo de duelo que presentan los pacientes adultos amputados

3.3.2. General.

Se recomienda a los pacientes adultos amputados asistir a programas de afrontamiento psicológico para poder conllevar el desarrollo del proceso de duelo de una buena manera para que posterior a ello no presente un cuadro clínico complicado.

CAPÍTULO iv.- PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.

4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Alternativa obtenida.

En base a los resultados alcanzados de la investigación, se estableció sugerir de importancia que se disponga acciones dirigidas tales como una propuesta de Terapia de duelo como adyuvante en cada una de las etapas para la culminación del proceso en pacientes adultos amputados aportando a la reducción de complicaciones de signos y síntomas en las etapas del proceso de duelo.

4.1.2. Alcance de la alternativa.

La presente propuesta se considera que tiene factibilidad por las siguientes razones: En primer lugar porque sus directivos brindan su apoyo para que se realice el trabajo propuesto, el personal de psicología están predispuestos a colaborar en la aplicación de un Programa de reducción de complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo en pacientes adultos amputados, por medio de técnicas individuales basadas en terapia del duelo aportando a la culminación de su proceso, además la institución facilitara a todos los pacientes adultos hospitalizados con algún tipo de amputación que reciban este programa en cada una de sus habitaciones , si el paciente puede movilizarse tendrá la accesibilidad de ir al departamento psicológico, otra de las razones que el proyecto no requiere de un presupuesto elevado para su ejecución, porque está acorde a las actividades planteadas.

El proceso de duelo es un conjunto de fases de adaptación que, pasando por distintos estadios, puede ayudar a comprender y tolerar la nueva situación, para poder sobreponerse a la pérdida de un miembro es necesario vivir las etapas del duelo.

El duelo, para Bowlby, es una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego en la sobrevivencia. Señala la importancia de condicionantes sociales en el duelo y de la redefinición del sí mismo y de su contexto. La causa para no lograr un duelo normal duelo crónico y ausencia prolongada de aflicción consciente implica que existen lazos con el fallecido.

Worden concibe el duelo como un proceso más activo, se cambia la idea de pasar por fases o etapas a la de realizar tareas, para que haya un trabajo de duelo efectivo. Las tareas de Worden son: Aceptar la realidad de la pérdida; experimentar el dolor de la pérdida; adaptarse a su medio, en el que ahora falta el ser querido, y retirar la energía emocional desde la persona que falta, reinvirtiéndola en otras relaciones.

4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa.

4.1.3.1. Antecedentes.

La actividad metodológica a emprender se lo realizará en el Hospital General Babahoyo, provincia Los Ríos específicamente en el tercer piso área de cirugía, en donde se encuentran todos los pacientes adultos amputados, y el departamento de psicología en el mismo piso.

Al ir descubriendo los signos y síntomas del proceso de duelo complicado, el personal de psicología en primer lugar abordara el tema de estudio y poner en práctica en los pacientes y el personal médico, En segundo lugar, el personal de psicología debe realizar seguimientos constantes a todos los pacientes amputados, contribuyendo a la evitación de complicaciones en las fases del proceso.

A continuación se presenta una lista de signos y síntomas que podrán ayudar al personal de psicología a identificar la fase de duelo en la que se encuentran los pacientes adultos amputados y tomar en cuenta al momento de la realización del programa:

- El paciente adulto amputado tiene más de 6 meses, experimentando los mismos signos y síntomas de un proceso de duelo.
- Alteraciones del estado de ánimo durante todo el proceso de duelo
- Dificultades para hablar de su condición
- Ideas suicidas o posibles intentos

4.1.3.2. Justificación

La presente propuesta es de vital importancia ya que una persona que sufre una amputación tiene como consecuencia un proceso de duelo, entendiendo como proceso una serie de pasos o fases que deben seguir, durante este proceso los pacientes adultos experimentan signos y síntomas complejos como por ejemplo: tristeza complicada, preocupación por su apariencia física, soledad, aislamiento, e ideas suicidas entre otras cabe recalcar que si no se trata a tiempo puede convertirse en una patología, de manera especial se debe tomar en cuenta la fase más compleja durante el proceso de duelo que es la negación, ya que la gran parte de pacientes que están atravesando por este duro proceso no pueden sobresalir de esta etapa.

Por lo tanto esta propuesta está encaminado en reducir las complicaciones de signos y síntomas en pacientes adultos en proceso de duelo por pérdida de alguna extremidad, utilizando técnicas en terapia de duelo, se podrá reflejar los signos y síntomas que experimentan los pacientes adultos y así también se pretende reducir su intensidad, aportando a la culminación de la última etapa es decir a la aceptación de su condición, como adyuvante al afrontamiento de los pacientes en la etapa que se encuentren.

Por lo anteriormente mencionado se pretende incorporar un programa de reducción de complicaciones de signos y síntomas en base a una terapia de duelo aportando a la culminación del proceso en pacientes adultos.

4.2. OBJETIVOS.

4.2.1. General.

Proponer un programa de reducción de complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo, por medio de técnicas individuales basadas en terapia del duelo aportando a la culminación del proceso en pacientes adultos amputados del Hospital General Babahoyo.

4.2.2. Específicos.

Analizar las técnicas individuales basadas en terapia del duelo que permitan reducir las complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo aportando a la culminación del proceso en pacientes adultos amputados

Seleccionar las técnicas basadas en terapia del duelo que contribuyen a la reducción de complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo aportando a la culminación del proceso en pacientes adultos amputados.

Presentar un programa de reducción de signos y síntomas a través de técnicas individuales basadas en terapia del duelo aportando a la culminación del proceso en pacientes adultos amputados

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA.

4.3.1. Título.

Programa de reducción de complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo en pacientes adultos amputados, por medio de técnicas individuales basadas en terapia del duelo aportando a la culminación de su proceso.

4.3.2. Componentes.

Tabla 12 Técnicas utilizadas en terapia del duelo

Técnicas del proceso de duelo	Concepto
Técnicas de psicoterapia breve (técnica humanista)	Técnicas de psicoterapia breve, llamadas de emergencia o a corto plazo; entre ellas tenemos: a la orientación, consejería y se usan en casos de estrés, indecisión, depresión y ansiedad, en situaciones prequirúrgicas y conflictos interpersonales, entre otros.
Técnica de la Carta (técnica sistémica)	Se le pide al paciente que realice una carta de tal forma que contenga frases motivadoras para de esta manera superar las diferentes adversidades a las que se pudiera enfrentar.
Técnica de la Silla vacía (técnica Gestalt)	Transforma la sesión de terapia en una situación ficticia. Nos permite conectarnos emocionalmente con nuestra propia experiencia para integrarla en nuestra vida, consiste en un juego de roles, donde el sujeto trabaja imaginariamente sus problemas con otros. También se pueden usar las inducciones imaginarias para reconstruir situaciones, y revivirlas de manera sana, experimentando todo lo que se evitó la primera vez.
Expresar lo no expresado (técnica Gestalt)	Maximizando la expresión, dando un contexto no estructurado al sujeto, para que se enfrente a sí mismo y asuma la responsabilidad. Permite trabajar con inducciones imaginarias de situaciones

	desconocidas, para que afloren los temores y situaciones inacabadas.
Desensibilización sistemática (técnica cognitivo conductual)	Consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales, evocación de la situación ansiosa con ayuda del terapeuta, exposición en imaginación, en realidad virtual, o en vivo del estímulo estresante. Es decir, paciente y terapeuta diagraman un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Luego, mientras el paciente se encuentra en un profundo estado de relajación, se le guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan.
Reestructuración cognitiva (técnica cognitivo conductual)	Se centra en aquellos pensamientos y creencias, a menudo repetitivo y recurrente, que influyen en nuestras emociones y conductas. Estos pensamientos acostumbra a ser distorsiones cognitivas de la realidad que provocan malestar y ansiedad y se suelen producir de forma automática.
Resolución de Problemas (técnicas emotivas racionales)	El terapeuta instruye a la persona con el propósito de que esta aprenda a especificar un problema, idear soluciones, seleccionar una solución, ejecutarla y evaluar su eficacia.
Lista de afirmaciones personales (técnicas emotivas racionales)	Se trata de simples listas diarias que la persona elabora sobre actividades positivas que realiza o por las cuales merece crédito.

Fuente: Técnicas del proceso de duelo
 Autora: Thalia Velasco

Esta propuesta está encaminada desde una óptica de terapia de duelo para la reducción de complicaciones de signos y síntomas en el proceso de duelo para su pronta culminación

Para su aplicación está definidos el programa en forma sistemática, buscando el interés de los participantes a través de técnicas con el fin de empoderarles de la importancia de la culminación del proceso de duelo.

Se incentivará la participación activa de los participantes en temas relacionados con el proceso de duelo por amputación que permita reducir los riesgos que conlleva no tener una intervención psicológica oportuna que posteriormente generan diferentes patologías.

Se buscará concientizar a los participantes del rol del personal de psicología en la prevención de complicaciones de signos y síntomas en el proceso de duelo y la necesidad de entregar su confianza al personal de psicología encargado de ayudar a que el impacto de la amputación sea menor durante cada una de las fases del proceso de duelo en el paciente, y la información necesaria que le permite dar la real importancia a su proceso, por lo que es muy importante la información que reciba en esta propuesta y por otros profesionales de psicología especializados.

Esta propuesta está dirigida a todos los pacientes amputados, que pueden desarrollar complicaciones de signos y síntomas en el proceso de duelo, que ingresan en el área de psicología en el Hospital General Babahoyo, el día de su aplicación.

La metodología aplicada fue la participativa-activa de todos los participantes bajo la tutela de la investigadora responsable del desarrollo del programa.

Tabla 13

De lo que se debe y no hacer en proceso de duelo

LO QUE NO SE DEBE HACER	LO QUE SE DEBE HACER
Obligarlo/a a asumir un papel	Abrir las puertas a la comunicación
Decir frases "cliché" o dar consejos	Escuchar más y hablar menos
Decir: "llámame si necesitas algo"	Ofrecer ayudas concretas
Sugerir que el tiempo cura todas las heridas	Esperar momentos difíciles en el futuro
Hacer que sean otros quienes presten la ayuda	Estar ahí, acompañando
Decir: sé cómo te sientes	Mostrar disposición a "entender"
Apurarlo para que supere el dolor	Aceptar su propio ritmo

Fuente: Empresa NeuroCorp

Desarrollo de la propuesta:

Técnica N° 1

Técnicas de psicoterapia breve

Objetivo:

Aliviar el sufrimiento del paciente, al intentar que se produzca un cambio en la manera de percibirse y relacionarse con ellos mismos y con los que le rodean, así mismo, lograr un mayor autoconocimiento, una mejora de las relaciones de las relaciones interpersonales y una adecuada expresión emocional.

Procedimiento

Es importante planear el proceso terapéutico, en las áreas de intervención, método de la misma, secuencia de las áreas y métodos de intervención.

Primera sesión.- Lo que lastima actualmente al paciente, la queja principal y las secundarias. Es importante hallar precisamente cuando comenzaron los síntomas, comprender la situación de vida dentro de la cuál surgieron, el punto esencial se centra en el hecho de que todo el comportamiento es un intento de adaptación y que la mal-adaptación actual que nos presenta el paciente está basada principalmente en modos de adaptación aprendidos antes, para problemas similares

La segunda sesión comenzará con la pregunta de lo que el paciente pensó, sintió y soñó después de la primera, esto ayudará a mantener una continuidad como parte de la técnica terapéutica.

La tercera sesión se sigue el mismo proceso, pero es también el momento de trabajar sobre cualquier ansiedad de la separación del miembro amputado.

La cuarta sesión frecuentemente produce un paciente que se siente peor, trabajando con estos sentimientos, el paciente y el terapeuta pueden cubrir el material previo, el terapeuta debe repetir que estará disponible para él si lo necesita.

La Quinta sesión, es una operación “Mopping-up”, el nuevo material, cualquier elaboración que pueda ser hecha, la suma y la revisión de la información y el dejar al paciente con una transferencia positiva, son todos puntos apropiados para esta sesión.

Técnica 2

Técnica de la Carta

N° de sesiones:

1 sesión de 1h

Objetivo

Permite entrelazar el discurso que se genera en el contexto de la terapia con momentos de la vida cotidiana de las personas incrementando el valor del mensaje a través del poder de la palabra escrita.

Procedimiento:

1. Pedirle al paciente que escriba una carta expresando todo sus sentimientos luego de la pérdida de su extremidad
2. Elaboración de la carta, se puede utilizar como despedida de la persona que fue antes de la amputación

3. Leer la carta y compartir, posterior a su sanación o alivio del dolor.

Técnica N°3

Técnica de la Silla vacía

N° de sesiones:

1 sesión de 1h.

Objetivo:

Afrontar situaciones traumáticas, que pueden o no superar con facilidad.

Procedimiento:

En primer lugar, en una fase preparatoria, se realiza la confrontación física del paciente con la silla vacía, o en un lugar que tenga la posibilidad de sentirse cómodo, Es decir, se posiciona la silla vacía delante del individuo (si bien en ocasiones se coloca orientada diagonalmente de modo que no se vea una oposición a la persona o situación imaginada).

A continuación se indica al paciente que proyecte imaginariamente en la silla a la persona, situación o sentimiento o parte de la personalidad con la cual se va a producir el diálogo.

En una tercera fase, se invita al paciente a que describa la proyección realizada, con el fin de fortalecer la imagen imaginaria que se ha representado. Se ha de mencionar tanto lo positivo como negativo, tanto de la persona como de la situación o sus efectos.

En el caso de un deceso o una separación, resulta útil recordar la relación que había antes del suceso y qué ocurrió antes, mientras que en sentimientos, traumas o facetas inaceptables del propio yo es útil buscar el momento en el que éste apareció o cuando se convirtió en un problema. Es probable que en este contexto surja la revelación de lo que quedó pendiente o las sensaciones que producen las situaciones en cuestión, haciendo conscientes elementos bloqueados.

Técnica N°4

Expresar lo no expresado

N° de sesiones:

Sesión 1 duración de 1h

Objetivo:

Evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

Procedimiento:

Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es.

Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloran temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva, pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera o se le da una frase para que la repita y experimente lo que siente.

Técnica N°5

Desensibilización sistemática

N° de sesiones:

Sesión 1 duración de 1h

Objetivo:

Provocar una respuesta automática de relajación que interfiera con el malestar del estímulo aversivo.

Procedimiento:

Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.

Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza...) que está sintiendo.

Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etc.).

Técnica N°6

Reestructuración cognitiva

N° de sesiones:

Sesión 1 duración de 1h

Objetivo:

Modificar el modo en el que interpretamos experiencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que nos provocan malestar

Procedimiento:

La reestructuración cognitiva consiste en que el paciente, con ayuda del terapeuta, identifique esos pensamientos irracionales.

Ambos van discutiendo la validez y utilidad de tener esos pensamientos, mediante preguntas y experimentos conductuales.

Y se van buscando alternativas racionales. Un buen terapeuta no le dirá al paciente qué pensamiento es el válido, sino que le ayuda a que los encuentre por sí mismo.

Ejemplo: Imagina que vas por la calle y te encuentras a un conocido. Lo saludas pero él no te devuelve el saludo. Puedes pensar que no te ha saludado porque le caes mal o está enfadado contigo por algo. En ese momento te pones a darle vueltas a qué has podido hacer para que se enfade contigo y te sientes cada vez más triste. Sin embargo, si piensas que simplemente no te ha visto porque está pensando en tus cosas, tu reacción será mucho más positiva.

Técnica N°7

Resolución de Problemas

N° de sesiones:

Sesión 1 duración de 1h

Objetivo:

Reducir el estrés o la ansiedad que sienten ante la incapacidad de tomar decisiones.

Procedimiento:

- Identifica el problema o los problemas que quieres resolver

Plantéate si tienen, de hecho, solución. No todos los problemas se pueden resolver como tal, sino que tenemos que aprender a vivir con ellos de la mejor manera posible.

- Define el problema detalladamente

Para esta técnica de resolución de problemas tenemos que intentar ver los problemas como oportunidades. En este punto puedes usar una lista estructurada de preguntas para ayudarte a profundizar en él:

Qué: Qué quieres conseguir exactamente, qué pasaría si no tomaras una decisión o encontraras una solución, qué necesitas para encontrarla, qué significaría para ti solucionarlo.

Por qué: por qué quieres llegar a una solución, por qué ha surgido el problema. Analiza todos los porqués posibles.

Cómo: cómo sería la situación diferente, cómo puedo implicar personas relevantes.

Dónde: dónde apareció el problema, dónde este tiene impacto, es el 'donde' importante, si es así, ¿por qué?

Quién: a quién estoy intentando agradar, a quién le importa esta situación, a quién le afecta, quién está implicado, quién necesita estar informado.

Cuándo: cuando apareció el asunto, cuándo se necesita que actúe, cuándo se prevee que esté resuelto.

➤ Busca soluciones

Para solucionar nuestros problemas, primero debemos proponer todas las soluciones que se nos ocurran. En este paso no nos importa si son descabelladas o poco posibles de llevar a cabo. Nos interesa tener la mayor cantidad de soluciones posibles. Lo mejor es llevar a cabo una “lluvia de ideas”, no le pongas filtro.

Como ves, hay soluciones más factibles y otras menos. Robar un banco o entrar en una mafia quizá no son las soluciones más deseables, al margen de que vaya en contra de la ley. Pero eso ya lo analizaremos en el siguiente paso.

➤ Analiza las consecuencias

Como hemos visto hay soluciones que parecen mejores y otras peores. Otro paso en este proceso de solución de problemas es analizar las alternativas pensando en sus consecuencias.

El objetivo de este paso es eliminar las soluciones que no nos parecen buenas, analizando sus consecuencias.

Para ayudarte en este paso puedes considerar tres factores:

Validez operacional: ¿Realmente puedes llevar a cabo esa solución al problema, o solo puedes hablar de ella?

Validez económica: ¿Te va a reportar algún beneficio económico? ¿Cómo vas a saber qué está funcionando esa solución?

Compromiso personal: ¿Realmente crees en esa idea? ¿Quieres ser esa clase de persona, hacer esa clase de trabajo o llevar ese tipo de negocio?

➤ Pasar a la acción

¿De qué sirven todos los pasos anteriores si luego no llevamos a cabo la solución que hemos planteado? El objetivo fundamental del proceso de solución de problemas es realizar acciones para solucionarlos. Pero antes de pasar a la acción, es interesante realizar un plan de acción, sobre todo cuando nuestras soluciones sean algo complejas.

➤ Examinar los resultados

Ya hemos llevado a cabo nuestro plan de acción para solucionar nuestro problema. Ahora nos debemos preguntar:

¿Ha funcionado?

¿Los resultados que hemos obtenido son los que queríamos?

¿Estamos perfectamente satisfechos con la resolución?

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es negativa, debemos empezar el proceso de nuevo. Examina el problema, revisa su definición, revisa las posibles soluciones... ¿Se te ocurre alguna otra solución? ¿Puedes probar con otra? Si la solución que has llevado a cabo es la única que se te ocurre o que quieres realizar, puede que haya habido algún fallo en el paso de ejecución. Analízalo detalladamente y no desistas. ¡Inténtalo de nuevo!

Técnica N°8

Lista de afirmaciones personales

N° de sesiones:

Sesión 1 duración de 1h

Objetivo:

Lograr que el paciente se sienta mejor y que tenga una actitud positiva ante la vida y creadora de nuestra propia realidad.

Procedimiento:

Identificar necesidades: Antes que nada, debemos establecer unas prioridades y saber qué aspecto de nuestras vidas queremos cambiar o mejorar. La necesidad en la “fase de soltar” suele ser más uniforme y obedece, más que nada, a reflexiones positivas más estandarizadas tendentes a la superación de bloqueos y barreras que nos impiden seguir adelante. En la “fase de construcción” se complica más la cosa, en base al tipo de área vital que queremos trabajar

Escoger el mensaje positivo adecuado: Una vez identificada la cuestión que nos ocupa, tendremos que seleccionar aquella (o aquellas) afirmación que más se adapte al tema. Esto es más difícil de lo que parece, porque el cerebro es muy especial, llegado el caso. El alimento que tenemos que darle ha de ser rigurosamente filtrado y elaborado para que lo digiera bien y nos haga el efecto esperado. A efectos de dicha creación, es muy importante tener en cuenta los patrones lingüísticos: las palabras son energía y crean energía

Repetir la Afirmación Positiva y proceso de integración: Cuando tengamos la frase o frases seleccionadas correctamente, se trata de introducir en la mente las mismas mediante la repetición. Cuantas más veces repitas, mayor será el efecto. Se precisa de constancia y paciencia. Intenta ser regular y no hagas paréntesis demasiado largos; el cerebro necesita alimentarse de comida sana prácticamente a diario. Para integrar las afirmaciones en tu vida diaria, puedes valerte del lenguaje oral, escritura, anotaciones, pensamiento mental interno, grabaciones, diarios, escuchas, imágenes y proyecciones mentales.

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.

Los resultados esperados de la propuesta sobre el programa de reducción de complicaciones de signos y síntomas del proceso de duelo en pacientes adultos amputados, por medio de técnicas individuales basadas en terapia del duelo aportando a la culminación de su proceso.

Con los conocimientos adquiridos en esta propuesta la expectativa es que los pacientes adultos amputados del Hospital General Babahoyo, mejoren el afrontamiento en cada una de las etapas del proceso de duelo por amputación como se determinó anteriormente, la negación la fase más difícil, la ira, negociación, depresión, y finalmente puedan llegar a la aceptación, para ello se espera que con el programa propuesto se reduzcan las complicaciones del cuadro clínico del proceso de duelo por amputación.

BIBLIOGRAFÍA

- Acero P. (2012). Intervención psicológica en violencia y guerra, ¿trastorno de estrés postraumático o proceso de duelo? Extraído el 16 de Marzo de 2010 desde <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/178/28138/?++interactivo>.
- Calderon, H. (2014). Duelo por la perdida de un miembro. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/233%20duelo.pdf>.
- Govantes, Y (2016) Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf>
- Cisneros, N. (2019). España segundo país con más amputaciones. Disponible en: <http://www.medicospacientes.com/articulo/los-certificados-medicos-para-salir-fuera-de-espana-expana-expedidos-por-la-omc-aumentan-un-74>.
- Claude, J. (2017). revista apoyo al duelo. Disponible en: <https://apoyoalduelo.com/el-proceso-del-duelo/las-etapas-del-proceso-de-duelo/>.
- Diaz, B. (12 de agosto de 2015). revista el duelo. Obtenido de duelo y sus procesos.
- Diaz, J. L. (2015). El sufrimiento de las personas amputadas. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/310426023/>.
- Dominguez, L. (2016). Los Amputados y su Rehabilitacion. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf.
- Fernandez, C. (2018). Intervencion Psicologica en pacientes amputados, 3-6. Disponible en: <https://biblioteca.unirioja.es/tfefe/TFE002092.pdf>.
- Fairley, M. (2016). Transición de la amputación. Disponible en: https://opedge.com/Articles/ViewArticle/2016-05-27/2016-06_01?spanish=True
- Freud, Sigmund. (2005). Duelo y melancolía. Amorrortu. recuperado el 2015.
- Goffi, M. (2016). Manejo de duelo. Disponible en: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>.
- Gonzales, R. (2018). Estudio sobre el duelo en personas con amputacion. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58922>.

- Gutierrez, M. (19 de abril de 2016). Manual de codificación. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Obtenido de Manual de diagnóstico.
- Husney, A. (2017). Fractura por avulsión. Cigna, 2. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/fractura-por-avulsion-abr6579>.
- IESS. (2016). *IESS Hospital de Babahoyo Nivel II*. Recuperado el 2017, de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321619/PMF+HOSPITAL+BABAHOYO.pdf>
- Llaurado, M. (2016). Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática.
- Leal, L. (2014). Los factores de riesgo. Obtenido de psicoduelo: <https://psicoduelo.com/2014/12/01/los-factores-de-riesgo/>.
- Lopez, B. (2017). Diferentes tipos de investigación sobre la amputación, 175. Disponible en: <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria-trauma.pdf>.
- Martinez, J. (2019). Artículo proceso de duelo. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>.
- Molina, D. (2019). Diferentes tipos de duelo. Disponible en: <https://www.psicologoemocionalonline.com/tipos-de-duelo/>.
- Morris, S. (2018). Aspectos Psicológicos de la amputación. Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-psychological-aspects/>.
- Navarra, P. (16 de julio de 2016). revista cielo. Obtenido de las pérdidas y sus duelos.
- Rivera, A. (2015). Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos. Repositorio del Sistema Bibliográfico USAC.
- Sanchez, E. (2019). Tipos de duelo. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/los-diferentes-tipos-duelo/>.
- Valdez, A. (2017). Propuestas para la Acción. Terapia Ocupacional en Personas con Amputaciones (pág. 11). Chile: TEDES.

- Valverde, G. (2015). Consorcios de Bibliotecas Universitaria del Ecuador. Amputacion de pie diabetico. Disponible en :<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3842/1/T-UCSG-PRE-MED-344.pdf>.
- Vazquez, E. (2015). Academia Nacional de Medicina Mexico. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/actas2015/Acta SO04032015.pdf>.
- Velarde, G. (2017). La amputacion. Consorcio de bibliotecas universitarias.
- Zambrano, M. (2015). Influencia del estrés en la hiperglicemia de los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud Augusto Egas San Francisco de Quito. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2628>.
- Zarza, Z. (2017). Estudio sobre el duelo en personas amputadas, 43-46. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología//psiclin/vol20num1/Vol20No1Art3.pdf>.

ANEXOS

Anexo ii

Matriz de consistencia

Anexo#2 MATRIZ DE CONSISTENCIA				
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable Independiente	Variable Dependiente
¿Cómo es el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS)?	Determinar el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS)	¿Si se determina el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General de Babahoyo (IESS), se podrá evidenciar el afrontamiento de la persona en cada etapa?	Amputación	Proceso de duelo
Subproblemas o derivados	Objetivos específicos	Subhipotesis o derivados	Variables	Variables
¿Cuáles son las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos?	Identificar las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos	¿Identificando las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, se contribuirá a una mejor investigación de la temática?	Causas de la amputación	Etapas del proceso de duelo
¿Qué tipo de proceso de duelo experimentan los pacientes adultos amputados?	Explicar el tipo de proceso de duelo por amputación en pacientes adultos	¿Explicando el tipo de proceso de duelo, se podrá determinar el impacto que tiene en los pacientes adultos amputados?	Tipos de amputación	Tipos de proceso de duelo
¿De qué manera conocer el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado en los pacientes adultos?	Determinar el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado por amputación en los pacientes adultos	¿Determinando el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado por amputación se evidencia los signos y síntomas que se producen en los pacientes adultos?	Complicaciones de la amputación	Cuadro clínico de un proceso de duelo complicado

Anexo iii

Matriz de operalización de variables

MATRIZ DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES									
Hipótesis	Conceptualización V.I	Conceptualización V.D	Categorías	Indicadores	Métodos	Técnicas	Instrumentos	Ítems/Preguntas	Escala
¿Si se determina el proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General de Babahoyo (IESS), se podrá evidenciar el afrontamiento de la persona en cada etapa?	La amputación es la eliminación de una extremidad superior o inferior del cuerpo a causa de un trauma o cirugía como consecuencia de una lesión o enfermedad, como la diabetes	El proceso de duelo es un proceso psicológico que se produce tras una pérdida, ausencia, muerte o abandono, este proceso se experimenta en diferentes periodos de tiempo, y las expresan con diferente nivel de intensidad, las fases del duelo no tienen por qué darse en un orden determinado, pueden saltar de una a otra hasta alcanzar la deseada fase de aceptación de la pérdida	Clínico	observación clínica Encuestas a los pacientes adultos amputados Entrevistas a los pacientes Aplicación de la escala de las etapas del proceso de duelo	Inductivo-Deductivo Análisis síntesis Método científico	Observación clínica Encuestas clínicas Entrevistas clínicas Análisis documental Test psicométrico	Guía de observación Cuestionario de preguntas Historia clínica Revisión bibliográfica Escala de las etapas de duelo (EE-D)	10 preguntas aplicadas a los pacientes adultos amputados	Nominal Ordinal
Hipótesis Especificas	Variables	Variables	Categorías	Indicadores	Métodos	Técnicas	Instrumentos	Ítems/Preguntas	Escala
¿Identificando las etapas del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos, se contribuirá a una mejor investigación de la temática?	Causas de la amputación	Etapas del proceso de duelo	Psicológico	observación clínica Encuestas a los pacientes adultos amputados Entrevistas a los pacientes	Inductivo-Deductivo Análisis síntesis Método científico	Observación clínica Encuestas clínicas Entrevistas clínicas	Guía de observación Cuestionario de preguntas Historia clínica	10 preguntas aplicadas a los pacientes adultos	Nominal Ordinal

				Aplicación de la escala de las etapas del proceso de duelo		Análisis documental Test psicométrico	Revisión bibliográfica Escala de las etapas de duelo (EE-D)	amputados .	
¿Explicando el tipo de proceso de duelo, se podrá determinar el impacto que tiene en los pacientes adultos amputados?	Tipos de amputación	Tipos del proceso de duelo	Psicológico	observación clínica Encuestas a los pacientes adultos amputados Entrevistas a los pacientes Aplicación de la escala de las etapas del proceso de duelo	Inductivo-Deductivo Análisis síntesis Método científico	Observación clínica Encuestas clínicas Entrevistas clínicas Análisis documental Test psicométrico	Guía de observación Cuestionario de preguntas Historia clínica Revisión bibliográfica Escala de las etapas de duelo (EE-D)	10 preguntas aplicadas a los pacientes adultos amputados .	Nominal Ordinal
¿Determinando el cuadro clínico de un proceso de duelo complicado por amputación se evidencia los signos y síntomas que se producen en los pacientes adultos?	Complicaciones de la amputación	Cuadro clínico del proceso de duelo complicado	Clínico	observación clínica Encuestas a los pacientes adultos amputados Entrevistas a los pacientes Aplicación de la escala de las etapas del proceso de duelo	Inductivo-Deductivo Análisis síntesis Método científico	Observación clínica Encuestas clínicas Entrevistas clínicas Análisis documental Test psicométrico	Guía de observación Cuestionario de preguntas Historia clínica Revisión bibliográfica Escala de las etapas de duelo (EE-D)	10 preguntas aplicadas a los pacientes adultos amputados .	Nominal Ordinal

Anexo iv

Guía de observación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA:

NOMBRE:

SESION N°:

EDAD:

TIPO DE AMPUTACIÓN	
TIEMPO DE LA AMPUTACIÓN: TIEMPO DE PROCESO DE DUELO:	
AYUDA PSICOLÓGICA:	
FUNCIÓN ACTUAL:	
TAREAS: TIEMPO LIBRE:	
TRABAJO:	
CONTACTO CON EL MEDIO:	
SALUD:	
PROYECTOS DE FUTURO:	

ESTADOS DE ANIMOS	
IDENTIFICACION DE LA FASE DE DUELO:	
ESTRUCTURA DE LA FAMILIA:	
COMUNICACIÓN:	
RECUSOS:	
TIPO DE DUELO	
COMPLICACIONES	
ACEPTACION	

F _____
Thalia Mishell Velasco Paredes
CC: 020193645-7

Anexo v

Cuestionario elaborado por la investigadora



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
COORDINACIÓN DE PRACTICAS PRE-PROFESIONALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FORMATO DE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES AMPUTADOS DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO DEL IESS

Estimado (a) participante la presente recolección de datos es únicamente con fines investigativos en el tema “**PROCESO DE DUELO POR AMPUTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS**”. Su respuesta sincera servirá de gran apoyo mi trabajo de investigación.

Instrucciones

- Lea detenidamente cada pregunta que se le plantea a continuación.
- Marque la respuesta de su preferencia

Preguntas:

1. Actualmente ¿se encuentra atravesando por un proceso de duelo por amputación, porque?

Si () No ()

R.....
.....

2. ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?

Cambios en su imagen corporal ()

Cambios de pensamiento ()

Cambios emocionales ()

Cambios físicos ()

Cambios de conducta y comportamiento ()

Cambios en su calidad de vida ()

Otros.....
.....

3. ¿Cómo fue el afrontamiento ante la noticia de la pérdida de su extremidad, porque?

Muy buena ()

Buena ()

Mala ()

Regular ()

Pésima ()

R.....
.....

4. ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?

Siempre ()

Casi siempre ()

De vez en cuando ()

Solo cuando hablan o preguntan de la perdida ()

Casi nunca ()

Porque.....
.....

5. ¿Si se encuentra en un proceso de duelo por la pérdida de su extremidad, cree usted ya a travésó por todas las etapas?

Si ()

No ()

Tal vez ()

No se encuentra en proceso de duelo ()

6. ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad? Porque

Negación: No acepta la realidad.

Ira: La tristeza puede llevar a una persona sufrir ira y rabia y a buscar culpables.

Negociación: Tratan de negociar incluso con una fuerza divina.

Depresión: Situación muy dolorosa, tristeza y una crisis existencial.

Aceptación: Se ha aceptado esta situación dolorosa y depende de los recursos de cada uno el aceptarla antes o después.

Negación ()

Ira ()

Negociación ()

Depresión ()

Aceptación ()

Ninguna de las opciones ()

7. ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?

Si ()

No ()

Porque.....
.....

8. A nivel familiar, personal de salud y demás ¿ha reprimido o escondido sus sentimientos? Porque

Si ()

No ()

Porque.....
.....

9. ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?

Tristeza-Melancolia () Pesadillas () Rabia () Irritabilidad ()

Culpa() Soledad () Cansancio () Dificultades de memoria ()

Alucinaciones () Falta de apetito () Autocritica ()

Ideas suicidas () evitación de hablar de la amputación ()

10. ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?

Siempre ()

Casi siempre ()

De vez en cuando ()

Algunas veces ()

Casi nunca ()

Nunca ()

11. ¿En qué tiempo cree usted que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?

Días ()

Meses ()

Años ()

Necesita.....

Anexo vi

Escala de las etapas del duelo (EE-D)

CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

(CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL EE-D)

Autor: Patricio Arias Benavides

Filiación: Instituto de Investigación Conductual NeuroCorp Ecuador

EE.D

Lea con atención la siguiente lista. Marque sus respuestas según creo conveniente. Para indicar su respuesta coloque una cruz en la casilla correspondiente:

1 MUY BUENO

2 BUENO

3 MALO

4 PESIMO

GENERO

F _____ M _____

HA SUFRIDO ALGUNA PERDIDA DE ALGUN MIEMBRO

SI _____ NO _____

1. Como fue el afrontamiento tras la amputación 1 2 3 4
2. Como es la relación que tiene con sus familiares luego de la amputación 1 2 3 4
3. No tenía hambre ni mucho apetito durante el duelo amputación 1 2 3 4
4. Tiene rabia ante sí mismo por la falta de su extremidad 1 2 3 4
5. Acepto la realidad de la pérdida del miembro 1 2 3 4
6. Me sentí deprimido/a durante todo el proceso de duelo 1 2 3 4
7. Sintió que todo lo que hacía le costaba esfuerzo 1 2 3 4
8. Vio el futuro con esperanza durante la primera fase del duelo 1 2 3 4
9. Pensó que su vida era un fracaso luego de la amputación 1 2 3 4
10. Tuvo miedo del desprecio de las personas al momento de recibir la noticia 1 2 3 4
11. Durmió sin poder descansar en todo el proceso 1 2 3 4

12. Sintió rabia hacia el medico por no buscar otras alternativas 1 2 3 4
13. Hablé menos que lo normal de su condición 1 2 3 4
14. Se ha sentido solo/a 1 2 3 4
15. La gente no le cayó bien 1 2 3 4
16. Disfruté de la vida 1 2 3 4
17. Lloro 1 2 3 4
18. Estuvo triste 1 2 3 4
19. Sintió rabia hacia el mundo 1 2 3 4
20. No puede animarse a hacer nada, por la dificultad de movilidad 1 2 3 4

Parte de un estudio mayor sobre el proceso de duelo por amputación en el Ecuador, se autoriza la reproducción y uso, con cita expresa del autor y de la institución.

Anexo vii

Historia Clínica

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

FECHA DE EVALUACIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

MANIFIESTO

.....
.....
.....
.....
.....

...

LATENTE

.....
.....
.....

SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

.....
.....
.....
.....

IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

.....
.....
.....
.....
.....

5. TOPOLOGÍA FAMILIAR:

.....
.....
.....

6. TOPOLOGÍA HABITACIONAL:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

.....
.....
.....

HISTORIA EVOLUTIVA:

Afectividad:

.....
.....
.....

Embarazo:

.....
.....
.....

Parto:

.....
.....
.....

Lactancia:

.....
.....
.....

Marcha:

.....
.....
.....

Lenguaje:

.....
.....
.....

Crisis vitales:

.....
.....
.....

Crisis existenciales:

.....
.....
.....

ESCOLARIDAD (PRIMERA INFANCIA):

.....
.....
.....

ADAPTACIÓN ESCOLAR:

.....
.....
.....

RELACIONES INTERPERSONALES:

.....
.....
.....

ADAPTACIÓN SOCIAL:

.....
.....
.....

JUEGOS:

.....
.....
.....

CONDUCTA SEXUAL:

.....
.....
.....

ACTIVIDAD ONIRICA:

.....
.....
.....

HECHOS TRAUMATIZANTES:

.....
.....
.....

ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

APARICIÓN DE LOS CARÁCTER SEXUALES:

.....
.....
.....

CONDUCTA SEXUAL:

.....
.....
.....

ACTIVIDAD ONÍRICA:

.....
.....
.....

ADAPTACIÓN SOCIAL:

.....
.....
.....

ADAPTACION FAMILIAR:

.....
.....
.....

RELACIONES INTRAFAMILIARES:

.....
.....
.....

ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES

.....
.....
.....

PENSAMIENTO:

Contenido del Pensamiento:

.....
.....
.....

Curso del Pensamiento:

.....
.....
.....

LENGUAJE:

.....
.....
.....

DIAGNÓSTICOS:

Fenoménico:

.....
.....
.....
.....

Dinámico:

.....
.....
.....
.....

Diferencial:

.....
.....
.....
.....

Estructural:

.....
.....
.....
.....

Pronostico:

.....
.....
.....
.....

Anexo viii

Evidencia del trabajo efectuado



Imagen #1 Realización de ideas para tema de estudio

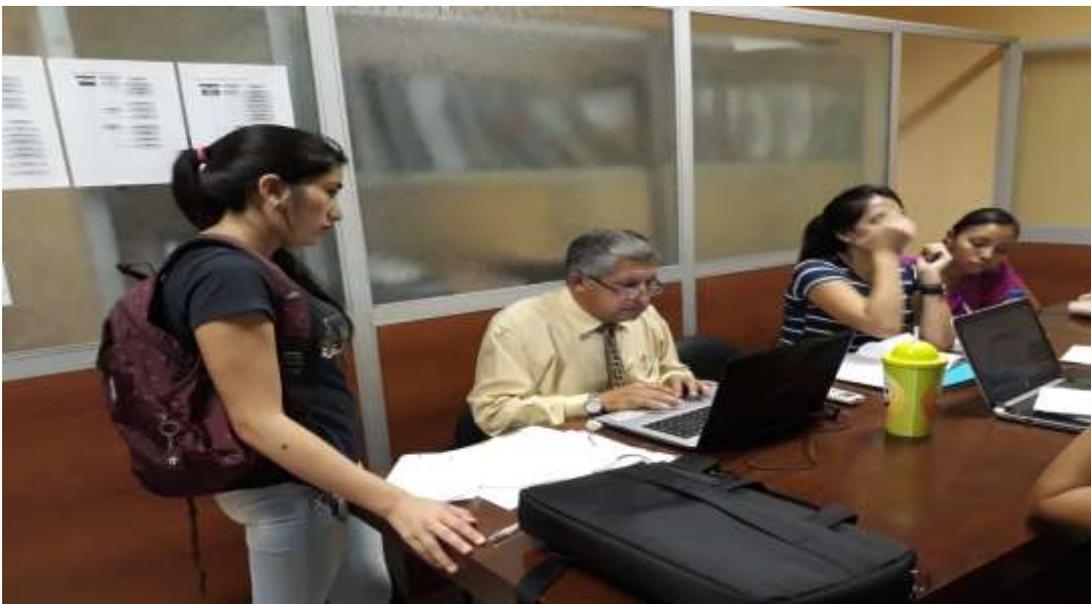


Imagen #2 Reuniones con el tutor



Imagen#3 socialización con de las actividades a cumplir



Imagen 4. Socialización del tema del proyecto de investigación.



Imagen 5. Utilización de Guía de observación



Imagen 6. Recolección de información para la historia clínica



Imagen 7. Aplicación de encuestas a pacientes amputados



Imagen 8. Aplicación de la escala de las etapas del duelo a los pacientes amputados

Anexo ix

Solicitud para la realización de la investigación en la institución escogida



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURIDICA, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA



Babahoyo, julio 25 del 2019

Ing. Tatiana Cruz Moncayo
DIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO.

De mis consideraciones.

Reciba un cordial saludo por parte de THALIA MISHHELL VELASCO PAREDES con C.I. #020193645-7 estudiante egresada de la Carrera de Psicología el motivo del presente documento es para solicitar se me brinde la apertura a tan prestigiosa institución para realizar mi proyecto de investigación cuyo tema es **PROCESO DE DUELO POR AMPUTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO (IESS).**

Por la presente atención que se brinde dar a la misma desde ya anticipo mis sinceros agradecimientos de consideración y estima.

ATENTAMENTE


THALIA MISHHELL VELASCO PAREDES
CI. 020193645-7

HOSPITAL GENERAL - BABAHOYO
RECIBIDO
25 JUL 2019
SECRETARÍA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Anexo x

Croquis de lugar



Imagen 1 de la delimitación demográfica



Imagen 2 de la delimitación espacial



Imagen 3 del lugar de realización del proyecto de estudio.