

Cambios a nivel personal, familiar, social y laboral que presentan los pacientes posteriores a la amputación

Changes at a personal, family, social and work level that patients present after amputation

Mudanças em nível pessoal, familiar, social e profissional que os pacientes apresentam após a amputação

 **Yngrid Geanine Ynsua Santander**
junichi@biol.tsukuba.ac.jp
<https://orcid.org/0000-0002-4505-4702>

Universidad de Aquino, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

Recibido: julio 2019 / Revisado: agosto 2019 / Aceptado: agosto 2019 / Publicado: septiembre 2019

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los cambios a nivel personal, familiar, social y laboral que presentan los pacientes posteriores a la amputación del hospital "San Juan de Dios" Santa Cruz. Bajo una metodología de tipo descriptiva, con un enfoque cualitativo, y su diseño fue triangulación concurrente. La población y muestra que se utilizaron fueron de 66 pacientes que sufrieron la amputación del pie diabético en el año 2014 y la muestra fue de 4 pacientes. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron: la historia clínica y la entrevista de profundización temática. Se obtuvo como resultados que los pacientes sí presentan cambios a nivel personal, familiar, social y laboral posterior a la amputación. Por lo que se concluyó que la amputación del pie diabético, genera en los pacientes mayor nivel de dependencia para realizar sus actividades cotidianas, existe dificultad para aceptar los limitantes que conlleva la pérdida del pie.

Palabras clave:

Psicología de la salud; pie diabético; diabetes; tipos de diabetes; amputación

ABSTRACT

The main objective of this study was to identify the changes at a personal, family, social and work level that patients present after the amputation of the hospital "San Juan de Dios" Santa Cruz. Under the descriptive methodology, with a qualitative approach, and its design, it was concurrent triangulation. The population and sample that were used were 66 patients who suffered diabetic foot amputation in 2014 and the sample consisted of 4 patients. The techniques and instruments used were the clinical history and the thematic in-depth interview. The results were that the patients do present changes at a personal, family, social and work level after the amputation. Therefore, it was concluded that the amputation of the diabetic foot generates in patients a higher level of dependence to carry out their daily activities, there is difficulty in accepting the limitations that the loss of the foot entails.

Key words:

Health psychology; diabetic foot; diabetes; types of diabetes; amputation

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi identificar as mudanças a nível pessoal, familiar, social e profissional que os pacientes apresentam após a amputação do hospital "San Juan de Dios" Santa Cruz. Sob a metodologia descritiva, com abordagem qualitativa, e seu desenho, houve triangulação concorrente. A população e amostra utilizadas foram 66 pacientes que sofreram amputação do pé diabético em 2014 e a amostra foi composta por 4 pacientes. As técnicas e instrumentos utilizados foram a história clínica e a entrevista temática em profundidade. Os resultados foram que os pacientes apresentam alterações em nível pessoal, familiar, social e profissional após a amputação. Portanto, concluiu-se que a amputação do pé diabético gera nos pacientes um maior grau de dependência para realização de suas atividades diárias, havendo dificuldade em aceitar as limitações que a perda do pé acarreta.

Palavras-chave:

Psicologia da saúde; pé diabético; diabetes; tipos de diabetes; amputação

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población mundial viene enfrentando uno de los problemas de salud más serios de su historia, la diabetes mellitus II y todas las complicaciones que contrae ésta para quienes la padecen.

La diabetes mellitus, según la Organización Mundial de la Salud (2013), es un trastorno metabólico crónico que se genera por un mal funcionamiento del páncreas, al no fabricar la cantidad de insulina necesaria para el cuerpo humano, o bien la produce en una cantidad y calidad inferior.

No se tiene una explicación médica sobre una causa específica del mal funcionamiento del páncreas para producir la diabetes, se reconocen algunos factores de riesgo que inciden para su generación, como los factores biológicos y hereditarios sobre los cuales se conoce que sólo un 10% de los pacientes diabéticos a nivel mundial tienen estos antecedentes. Sin embargo, los factores ambientales y sociales favorecen cada vez más su aparición, atribuida al desarrollo económico y tecnológico de las últimas décadas. Dentro de estos, se encuentran los hábitos alimenticios inadecuados y la falta de actividad física, ocasionando que los organismos vayan ganando peso desmesuradamente y el metabolismo se vea alterado, transformando los alimentos en glucosa (azúcar) para luego derivar en lo que es la Diabetes Mellitus II. (Asociación Latinoamericana de la Diabetes, 2009).

Así mismo, los datos de la Organización Mundial de la Salud (2013) refieren que a causa de la Diabetes Mellitus II, fallecen aproximadamente 4,6 millones de personas, proyectando que aproximadamente para el año 2035 aumentará el número de personas diagnosticadas con Diabetes hasta 592 millones en el mundo, por lo que tal vez se tendrá que hablar de una epidemia.

Pacientes que no llevan un control adecuado, por desconocer el padecimiento o simplemente por no adherirse al tratamiento, enfrentan problemas del pie diabético, a raíz de una complicación seria: la neuropatía. Esta es generada por la mala circulación y daños de los nervios, produciendo una reducción del flujo sanguíneo, el pie va perdiendo sensibilidad, las bacterias ingresan y causan infecciones con consecuencias serias que van desde la hospitalización para administrar antibióticos hasta la amputación de un dedo, parte del pie o la pierna completa.

La amputación es una intervención quirúrgica en la que se somete al paciente con diabetes, con el objeto de quitar la extremidad inferior deteriorada por lesiones o infecciones.

Según Beneit (2010), las investigaciones de la Federación Internacional de Diabetes, explican que un 15% de los pacientes con Diabetes Mellitus II tienen por lo menos una úlcera en el pie o pierna en el proceso de la enfermedad. De ese total, el 85% se complica y llega a la amputación. Se estima también que, en algún lugar del mundo, cada 30 segundos, se realiza una amputación de miembros inferiores por la diabetes.

Además, el pronóstico que tienen los pacientes diabéticos posterior a esta cirugía generalmente es malo, 40 a 50% de los amputados después de la intervención logra sobrevivir entre 3 a 5 años, en este lapso de tiempo a partir de los 2 años el 50% se enfrenta a complicaciones en el pie contralateral con nuevas amputaciones, y el 30% fallece a un año de ser intervenidos. (International Diabetes Federation, 2013).

La amputación hace que la vida del paciente diabético pase por experiencias marcadas por diversos sentimientos y pensamientos contradictorios frente a la cirugía. Por un lado, el razonamiento, como algo urgente y necesario para seguir vivo. Por otro, las emociones, que contrae la pérdida y una nueva realidad. La vida

frente a la amputación está sujeta a cambios obligados, particularmente por la dependencia física, económica, emocional y social hacia otras personas.

Para Tizón (2004), los pacientes con diabetes se enfrentan a un nuevo modo de existir, sumado a este se inicia un proceso de duelo ante el padecimiento de la enfermedad “crónica” que se agudiza frente a la amputación del pie. El duelo desde la perspectiva cognitiva conductual se entiende como algo necesario, un proceso que supone una aceptación de la experiencia total del sufrimiento mental, así como el dolor adicional que emerge durante las tareas del duelo.

El duelo exige tomar alternativas para adaptarse, para enfrentar la nueva realidad. Este afrontamiento contempla los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes desarrollados para manejar las demandas específicas, externas y/o internas.

Por lo tanto, en el proceso de afrontamiento las personas pueden o no adaptarse a las necesidades de la situación de duelo, en función al contexto y a la evaluación de lo que puede hacer o no, para cambiar la situación. Para esto debe aprender a reajustarse a las nuevas vivencias que experimenta.

Los alarmantes porcentajes de población diabética en Bolivia, representa también la vulnerabilidad de estos pacientes a posibles pérdidas del pie por amputación. Si bien no existen datos oficiales de cuantos pacientes sufren amputación por pie diabético a nivel nacional, en Santa Cruz, según los datos registrados de un solo hospital “San Juan de Dios” durante la gestión del 2014 de enero a diciembre se alcanzó un promedio de 66 amputaciones de pie diabético de las cuales “18 son mujeres y 48 hombres”.

La realidad a la cual se enfrentan los pacientes diabéticos bolivianos es crítica, no solamente por lo que ellos enfrentan internamente en el proceso de la pérdida, sino también porque todos los

esfuerzos de apoyo externo se centran en otorgar un alivio desde una óptica médica olvidando o descuidando el apoyo psicológico que deben tener estos pacientes para afrontar la pérdida y retomar las riendas hacia una vida productiva.

Por tanto, la investigación tuvo por objetivo identificar los cambios a nivel personal, familiar, social y laboral que presentan los pacientes posteriores a la amputación del hospital “San Juan de Dios” Santa Cruz, Bolivia.

La investigación aporta al Hospital “San Juan de Dios” documentación e información de interés que recurren los pacientes amputados por pie diabético, contribuyendo con material para futuros proyectos con pacientes previos a la amputación y con pacientes amputados.

Marco Teórico

Psicología de la salud

La Psicología de la salud es una disciplina de la Psicología, consiste en la aplicación práctica del conocimiento psicológico en el ámbito de la salud. (Laham, 2013).

La salud es definida como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En este sentido, en la psicología de la salud es prioritario, el estudio del proceso de salud enfermedad resaltando los componentes comportamentales que fomentan o atentan contra la salud, así como los procesos físicos y los aspectos sociales que influyen en el sujeto.

La Psicología de la salud frente a las enfermedades crónicas

Oblitas (2006) define la enfermedad crónica como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que

persista, durante largo tiempo" (s.n.). Otra definición, establece que se trata de un "proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible" (p.25).

Por lo tanto, Oblitas (2006) señala que el nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los pacientes que la padecen, por lo cual, la psicología de la salud es un recurso de gran importancia para estas personas, debido a los conocimientos que brinda sobre los procesos que viven y el cómo poder apoyar a la superación de éstos, su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades; otra razón que avala la necesidad de contar con esta disciplina, es la gran incidencia de estas enfermedades en la población del mundo contemporáneo.

En este sentido es que la psicología de la salud, a través de cualquiera de sus áreas de estudio puede apoyar a las personas en los procesos de adaptación y readaptación a su vida diaria permitiéndole ser actor del manejo de su salud, de la prevención dentro el proceso de su enfermedad, de lograr mejores procesos de afrontamiento y la adaptación a la enfermedad, además de apoyar en ser modulador del estrés que genera el ser portador de una enfermedad con esas características.

Psicología cognitiva

Para Craig (1996) la psicología cognitiva es la corriente más aceptada en la actualidad porque la persona es tomada en cuenta como un sujeto activo, procesador de la información que recibe del entorno. Plantea la relación entre la mente y la propia conciencia, a partir de la constitución de esquemas o estructuras mentales, descritas como operaciones cognitivas, creadas en base a los aprendizajes anteriores del individuo, denominados

aprendizajes previos. Estas estructuras mentales no son rígidas, sino contrariamente son dinámicas y adaptativas con capacidad de procesamiento de información y generación de nuevos conocimientos.

Los psicólogos cognitivos estudian los procesos mentales superiores como la percepción, la memoria, el lenguaje, la solución de problemas, la toma de decisiones, entre otros. Se interesan por lo que ocurre en la mente de las personas, es decir, sobre cómo las personas razonan, recuerdan, comprenden, articulan y simbolizan el lenguaje, solucionan los problemas, interpretan los acontecimientos y elaboran creencias. (Guerra, 2001).

Diabetes

International Diabetes Federation (2013) define diabetes como una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia.

Es un trastorno que aparece cuando el páncreas no produce la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o si la produce es de una calidad inferior.

Tipos de diabetes

Según, International Diabetes Federation (2013) los tipos de diabetes son:

Diabetes tipo 1. Es conocida como diabetes juvenil o infantil. Sin embargo, en los últimos años, se ha presentado también en adultos. Estos diabéticos, sufren de una reacción autoinmune, donde las células productoras de insulina del páncreas son atacadas hasta ser destruidas progresivamente por el sistema de defensas del organismo, por ello, los pacientes tienen el trastorno en la producción de insulina que necesita su cuerpo y fabrican muy poca o ninguna insulina por lo que requieren administrarse artificialmente insulina desde el principio de la enfermedad, diariamente, caso

contrario pueden fallecer, por lo que son llamados pacientes Insulino dependientes.

Diabetes tipo 2. Es el tipo más común de diabetes. Aparece en adultos bordeando los 40 años, pero cada vez se presentan muchos casos en niños y adolescentes, es unas diez veces de mayor frecuencia que la anterior. Generalmente se da en personas cuyos familiares también la han sufrido, aunque no se asume precisamente como hereditaria. En este tipo de diabetes, el páncreas puede producir insulina, pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, a esta alteración en el organismo se llama insulinoresistencia. El riesgo de esta enfermedad, es que los pacientes pueden pasar mucho tiempo desconociendo que la tienen porque los síntomas tardan años en notarse y aparecer.

Pie diabético

Según Lerman (2010) en el área de la medicina se define el pie diabético, como "Síndrome del pie diabético" una alteración clínica de base etiopatogenia neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie.

Dentro los problemas que presenta el pie diabético está el denominado "dedos de martillo", como consecuencia de la neuropatía periférica y motora, que genera falta de equilibrio entre los músculos que dan forma y permiten la mecánica normal del pie, donde predomina el tono extensor sobre el flexor, dando lugar a deformaciones que exigen al caminar ejercer presión sobre puntos de apoyo poco normales. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2009).

Por otra parte, el pie disminuye la sensibilidad, lo que no permite notar la intensidad del traumatismo o la adecuación de las pisadas. Así mismo, la neuropatía autonómica ataca a los

vasomotores y disminuye la sudoración. La piel se reseca pudiendo presentar fisuras por donde se dé la penetración de bacterias y hongos.

Cuando ya hay infección, se produce una trombosis arteriolar, lo que aumenta la isquemia, provocando la necrosis de los tejidos, al contrario de una persona sin diabetes, que pasará por una inflamación clásica con edema, temperatura, rubor e impotencia funcional. Además si la infección llega al tejido óseo puede producirse, una osteomielitis crónica. Si se inicia el proceso séptico su evolución clínica es muy agresiva por lo que control ser intenso y prolongado con antibióticos. (International Diabetes Federation, 2013).

El problema del pie diabético, se ve agudizado porque la cicatrización que tiene es anormal, por un defecto en la síntesis y degradación del colágeno. Proceso que se da por la privación de insulina, la cual disminuye la actividad de leucocitos y macrófagos en las etapas proliferativas de la cicatrización, interfiriendo con el desarrollo de fibroblastos y la consecuente formación de colágeno. Este hecho sería reversible con la administración de insulina. (International Diabetes Federation, 2013).

Amputación del pie diabético

Para Beneit (2010), la amputación del pie diabético, es la extirpación separación o corte de un miembro inferior o una parte de éste de un paciente con diabetes. Para que se dé una amputación del pie diabético deben existir antecedentes de tratamientos clínicos previos que han tenido que fracasar, por lo que las ulceraciones se llegan a extender desarrollándose una gangrena. Estas amputaciones pueden ser menores o mayores de acuerdo a las extirpaciones que se hagan y la gravedad que presenta:

Amputaciones menores. Son pequeñas cirugías que se limitan al pie. Y pueden ser amputaciones distales de los dedos (se da cuando la lesión necrótica se encuentra en las zonas acras de los

dedos.) y amputación transmetatarsiana (se realiza en la resección de las falanges en su totalidad y de la epífisis distal de los metatarsianos).

Amputaciones mayores. Son de mayor riesgo por el tamaño del pie a amputarse. Y pueden ser: amputación de syme (es a nivel de la articulación del tobillo. Se arma un muñón resistente de apoyo, dejando un espacio para adaptar una prótesis que supla la parte amputada.), infracondílea (preserva la articulación de la rodilla, facilitando la adaptación de una prótesis.), supracondílea (se pierde la articulación de la rodilla por lo que la carga protésica se realiza en la zona isquiática y no sobre el muñón.), amputación en guillotina (se da por expansión de la infección de las venas tendinosas de la pierna, se debe realizar la amputación en una sección sobre los maléolos perpendicular al eje de la pierna, de la piel, tejidos blandos y huesos).

MÉTODO

La metodología de la investigación fue de tipo descriptiva, mientras que el enfoque utilizado durante la investigación fue cualitativo.

A su vez, la investigación se realizó bajo un diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), en este diseño de manera simultánea (concurrente) se recolectaron y analizaron los datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación aproximadamente en el mismo tiempo. Sin embargo, para el cumplimiento del objetivo principal solo se emplearon los datos cualitativos.

Por otro lado, la población que se utilizó para el estudio fueron todos los pacientes que sufrieron la amputación del pie diabético en el año 2014, de enero a diciembre alcanzando un promedio de 66 personas que fueron atendidas en el Hospital "San Juan de Dios" de la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra de Bolivia.

Mientras que la muestra, que se seleccionó para la investigación estuvo conformada por 4 pacientes, el cual tuvieron que cumplir las siguientes condiciones: haber sufrido la amputación supracondílea del pie diabético (amputación sobre la rodilla) en el año 2014, que la pérdida sufrida tenga un tiempo de seis meses en adelante, que los casos hayan sido atendidos en el Hospital "San Juan de Dios" de la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, que no sufra otra enfermedad crónica y aceptar la participación.

La técnica e instrumentos utilizados fueron: la historia clínica, la entrevista de profundización temática, en este sentido, con el fin de definir y validar los constructos de los instrumentos de recolección de la información, en todos los casos se utilizó el método Delphi.

RESULTADOS

Se analizaron los instrumentos cualitativos, primero la historia clínica, este instrumento, reflejó un resumen de los datos obtenidos en el Hospital "San Juan de Dios" del Departamento de Santa Cruz, que fueron complementados con las entrevistas. Este historial permitió conocer, aparte de los datos personales, la historia de la enfermedad, los antecedentes pre quirúrgicos, la información quirúrgica y la información postquirúrgica. Y segundo, la entrevista, la cual tuvo como finalidad identificar los cambios que presentó el paciente en diferentes áreas: personal, familiar, social y laboral, lo cual se consigue comparando un conjunto de cogniciones, emociones, conductas del antes y después del proceso de la enfermedad a la amputación.

Paciente 1.

El paciente No. 1 es un hombre de 50 años, católico, quien posee una familia conformada

por esposa y 3 hijos, dedicado al comercio, con estudios hasta el bachillerato, de nivel económico medio. Padece la enfermedad hace más de 20 años, a la que le dio poca importancia, hace 3 años y medio dializa, en diciembre de 2012, por complicaciones de ulceración de pie diabético, se presentó la amputación del dedo meñique derecho; durante los siguientes 12 meses tuvo 2 limpiezas quirúrgicas en busca de salvar el pie o no llegar a la amputación cosa que fue imposible, ya que, el paciente fue amputado en enero del 2014.

Historial clínico del Paciente No. 1

El paciente padece 20 años de diabetes tipo 2. Los primeros síntomas que presentó fueron la necesidad de beber agua y la exigencia continua por ir al baño. En los últimos 3 años y medio sufrió complicaciones con la salud de sus riñones por lo que dializa tres veces a la semana. Resaltó que al principio le dio poca importancia al diagnóstico de la enfermedad. A lo que se refiere “No le di importancia... solo un poco”.

Como antecedentes prequirúrgicos tuvo un corte en el dedo meñique derecho que le generó una ulceración, terminando con la amputación menor

distal del dedo, dando lugar a complicaciones derivadas en 2 limpiezas quirúrgicas durante el transcurso de 1 año.

Respecto a la información quirúrgica, se conoció que 1 año y un mes después de la amputación menor y a pesar de 2 limpiezas quirúrgicas, el corte no cicatrizó, por lo que el paciente fue sometido a otra intervención quirúrgica programada, donde se le realizó la amputación supracondílea. Manifestó haber tenido un par de visitas psicológicas dentro del hospital, pero nunca asistió a terapia.

A través de la información post quirúrgica, se registró que el paciente estuvo internado por una semana después de la amputación, no se presentaron complicaciones, afirmó sentir “hormigueo en la pierna amputada”. Al cumplir 1 año y 3 meses de la intervención quirúrgica adquirió una prótesis, (sin prescripción médica) la cual no usa continuamente por temor a lastimar el muñón, además, el paciente jamás asistió a fisioterapia, para ayudar a fortalecer el muñón.

En este sentido, la información sintetizada del registro clínico del Paciente No. 1, se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 1. Registro de Historia clínica. Paciente No. 1.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD		HISTORIA QUIRÚRGICA		
Tipo de Diabetes	Tipo 2	Antecedentes Pre quirúrgicos	Amputaciones previas	Menor, Distal de dedo
Tiempo de la enfermedad	20 años		Número de Limpieza quirúrgica	2 limpiezas
Síntomas	Exceso de sed y orina	Información quirúrgica	Tipo intervención	Programada
Importancia	Poca		Meses de amputación	15 meses
Otras complicaciones	Renales	Información Post quirúrgica	Tiempo de internación	1 semana
Tratamiento	Diálisis		Tiempo de internación	1 semana
Tiempo de tratamiento	3 años y medio		Tiempo de uso de prótesis	1 mes

Entrevista de profundización temática. Paciente No. 1

En la entrevista, el paciente manifestó que en el ámbito personal se sintió igual de independiente que antes de la amputación, aunque afirmó sentirse más lento para realizar sus actividades cotidianas, al respecto refiere “aunque tarde tres veces, realizo mis actividades solo”.

Por otra parte, se evidenció que ha sentido culpa antes y después de la amputación, al respecto refiere: “yo sentía...culpa...de todo... que le puedo decir”. “vergüenza principalmente con mi esposa” “No se puede expresar, lo que yo le diga no va a describir lo que en realidad se siente... se vive”.

Cabe destacar que el paciente expresó ser católico, por lo que le gusta ir continuamente a misa los domingos. Su devoción hacia Dios y a la virgen de Cotoca aumentó a raíz de la amputación. Mientras que, en el ámbito familiar, es un hombre hogareño, su familia de padre y madre radican en Oruro, él junto a su esposa e hijos viven más de 18 años en Santa Cruz, afirmó que siempre ha contado con el apoyo de sus hijos, pero hace énfasis que el pilar fundamental en el proceso de la enfermedad y amputación, a pesar del distanciamiento íntimo, ha sido su esposa. Dice al respecto:

Mi esposa es mi apoyo en todo sentido, ella trabaja el doble, por mí, por ella, por mi hogar”... “nada de lo que soy o tengo es por mérito propio, el apoyo de mi esposa fue y es el pilar de todo en mi vida...

Por otro lado, los cambios más relevantes en la persona, fueron en el área social, ya que, se describe como un hombre no amiguelo, solitario y que al único grupo que pertenecía era a un equipo de basquetbol, donde tenía continuos periodos de entrenamiento, junto a sus compañeros de equipo, con ellos compartía su pasión por el deporte, dicha pasión se vio afectada por la enfermedad y la amputación. Ahora recalca que no pertenece a ningún grupo social y que ir a los partidos solo le hace desear jugar.... “No salgo con amigos, mi único apoyo es mi familia, esposa e hijos, nadie más... Era deportista...es lo que más extraño,...solo puedo mirar y desear jugar...”

Respecto al área laboral, se observó que antes y después de la amputación ha desarrollado las mismas actividades que su comercio requiere, aunque aclaró que hay cambios particulares, pero no sustanciales, como la lentitud al movilizarse para atender a los clientes y evitar trabajos pesados, por ejemplo: el cargado de bolsas de mercaderías.

Cabe resaltar que el negocio de abarrotes es propio, siempre ha sido independiente en el área laboral, lo que le ha permitido adaptarse con más facilidad al trabajo, además, el ser independiente laboralmente, le favorece durante el proceso de la enfermedad y la amputación, ya que necesita cinco horas, tres veces a la semana, para asistir al hospital a dializarse. La síntesis de los datos más relevantes de la entrevista con el Paciente No.1, se presenta en la siguiente Tabla:

Tabla 2. Cambios en diferentes áreas. Paciente No. 1.

PACIENTE No. 1	ANTES DE LA AMPUTACIÓN	DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Independiente Sentimientos de Culpa Católico 	<ul style="list-style-type: none"> Independiente, más lento Culpa Católico aumentó la devoción
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo familiar, hijos y esposa 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo principal esposa
Social	<ul style="list-style-type: none"> Era Parte de equipos de básquet 	<ul style="list-style-type: none"> No participa en ningún grupo
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> Trabaja en comercio 	<ul style="list-style-type: none"> Trabaja con lentitud, dejó algunas actividades

Paciente No. 2

El Paciente No. 2 es un profesional en Comunicación Social, tiene 57 años, 5 hijos y es casado, se dedica al comercio, goza de un nivel económico medio alto, es católico y muy devoto de Jesús. Como consecuencia de una ampolla en la planta de su pie que no cicatrizaba, le detectaron la diabetes tipo II, un mes después, los esfuerzos y cuidados no fueron suficientes, ya que, en febrero de 2014, fue sometido de emergencia a la amputación supracondílea del pie izquierdo.

Historial clínico del Paciente No. 2

Respecto a la historia de la enfermedad, esta persona no presentó síntomas precisos de la diabetes, cuatro meses antes de la amputación, el paciente descubrió una ampolla en la planta del pie izquierdo, al ver que no cicatrizaba se le hizo análisis médicos y se le detectó diabetes tipo 2.

Dentro los antecedentes prequirúrgicos, se evidenció que la herida de la ampolla en la planta, tuvo varias curaciones menores, pero no cicatrizaron, complicándose con una gangrena.

No tuvo intervenciones de amputaciones previas. En la información quirúrgica, se registró que el paciente fue sometido a una intervención quirúrgica de emergencia para realizarle la amputación supracondílea, a solo cuatro meses de descubrir la ampolla y a un mes de la detección de la enfermedad.

En cuanto a la información post quirúrgica, se conoció que la persona presentó una rápida recuperación y buena cicatrización, su hospitalización fue de cinco días, pero refiere haber tenido sensaciones del miembro amputado, un año después de la cirugía, utiliza prótesis sin prescripción médica, además realiza ejercicios de rehabilitación, sin el apoyo de un fisioterapeuta. No acepto terapia psicología porque afirmó que no es necesario en su caso.

Los datos dejan ver que el paciente desde que se enteró de la enfermedad le ha brindado bastante atención, contó que su padre sufrió de diabetes pero que él nunca imaginó que la tendría. La síntesis de la historia clínica se puede apreciar en la siguiente Tabla:

Tabla 3. Registro de Historia clínica. Paciente No. 2.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD			HISTORIA QUIRÚRGICA	
Tipo de Diabetes	Tipo 2	Antecedentes Pre quirúrgicos	Amputaciones previas	No
Tiempo de la enfermedad	1 año y 3 meses		Número de Limpieza quirúrgica	Ninguna
Síntomas	No cicatrizaba una ampolla en la planta del pie	Información quirúrgica	Tipo intervención	De urgencia
Importancia	Bastante		Meses de amputación	14 meses
Otras complicaciones	Gangrena en la herida de la ampolla		Tiempo de internación	5 días
Tratamiento	Varias curaciones menores	Información Post quirúrgica	Complicaciones	Ninguna
Tiempo de tratamiento	1 mes		Tiempo de uso de prótesis	3 meses
Terapia psicológica	No realizó		Fisioterapia	No realizó

Entrevista de profundización temática. Paciente No. 2

En el ámbito personal, se evidenció que el paciente aceptó que existen algunos cambios como mal humor a consecuencia de que la respuesta o ayuda de la familia en ocasiones es lenta, trabaja internamente para afrontar el problema, y se considera independiente, respecto a esto afirma: “Cuando me amputaron, decidí seguir sin sentir... “Le ordené a mi cerebro controlar mis emociones”...

El Paciente No.2 es una persona católica, se ha fortalecido en su fe, esto le ha ayudado a superar la pérdida de su hermana. Admitió que, ante una situación difícil como la pérdida del pie, se debe tener confianza en Dios y en lo que queda, a lo que se refiere:

No me desequilibra la muerte de alguien... tengo fe en Dios... murió mi hermana y lo viví tranquilo sin que me quede ahogado (...) ante mi amputación pensé en lo que ganaría viviendo...no en lo que perdería, vivo con fe.

En cuanto al aspecto familiar, ha sentido el apoyo constante de su esposa e hijos antes y después de la enfermedad y la amputación. De igual manera, se calificó como un hombre que ha sido amigüero, mantiene esos lazos de amistad, compartiendo asiduamente con ellos. Afirmó que extraña bailar, realiza bromas sobre su condición, lo cual le contribuye favorablemente en el proceso, al respecto dice; “si yo río de mi condición, nadie sentirá pena”. “En las reuniones el primero en contar chistes sobre amputados soy yo”.

El paciente explicó que en el área laboral, comercializa todo tipo de mercaderías en su domicilio, continúa trabajando, divide las funciones con su esposa. Presenta lentitud al desplazarse por la tienda, refiere que la lentitud es “a consecuencia de la infraestructura”. La síntesis de la entrevista se presenta en la siguiente Tabla:

Tabla 4. Cambios en diferentes áreas. Paciente No. 2.

PACIENTE No. 2	ANTES DE LA AMPUTACIÓN	DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Católico 	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente, cambios de humor • Católico mayor devoción
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor apoyo de su esposa
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Amigüero 	<ul style="list-style-type: none"> • Amigüero
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja en comercio 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja en comercio con lentitud

Paciente No. 3

El caso de estudio No. 3 se refiere a un hombre, casado, con cinco hijos, de 59 años, era auxiliar de campamento en una institución petrolera, bachiller, católico, su nivel económico es medio. Se le detectó diabetes tipo 2 hace 15 años. En julio de

2014, sufrió la amputación supracondílea del pie derecho, debido a una herida de uñero en el dedo gordo (primer dedo). Ha tenido afecciones en la vista, los riñones por lo que desde hace un mes y medio dializa una vez por semana.

Historia clínica. Paciente No. 3

En la historia de la enfermedad, el paciente mostró que es enfermo de diabetes tipo 2 hace 15 años y que, esta situación no le preocupaba, controlaba su azúcar con medicamentos, los cuales no fueron efectivos. Se hizo un corte en el dedo gordo, del pie derecho, por un uñero y se gangrenó. Ha tenido afecciones en la vista, los riñones por lo que dializa una vez por semana hacen un mes y medio.

Como antecedentes prequirúrgicos, resaltó que no tuvo amputaciones anteriores, a consecuencia de la herida del corte de uñero el pie se gangrenó. Respecto a la información quirúrgica, se conoce que esta persona, unas semanas después del corte de uñero, tuvo una intervención quirúrgica de emergencia donde le realizaron la amputación

supracondílea, estas vivencias refieren;... “me corté en el uñero... seguí con mi rutina... con botas, manejé por varias horas, cuando revisé estaba negro mi pie entero... el médico me dijo esta gangrenado hay que amputar”.

La información post quirúrgica dejó ver que el paciente estuvo internado por 10 días luego de la intervención, su recuperación fue normal, presentó percepción del miembro amputado, sintiendo picazón y ardor, no usa prótesis, se negó a utilizar silla de ruedas, afirmó que domina el uso de muletas. Si bien recibió la visita del psicólogo del hospital, no realizó terapia después de la amputación, tampoco fisioterapias para su rehabilitación. Los resultados resumidos en la historia clínica se presentan en la Tabla siguiente:

Tabla 5. Registro de Historia clínica. Paciente No. 3.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD		HISTORIA QUIRÚRGICA		
Tipo de Diabetes	Tipo 2	Antecedentes Pre quirúrgicos	Amputaciones previas	No
Tiempo de la enfermedad	15 años		Número de Limpieza quirúrgica	Ninguna
Síntomas	Gangrena del pie por herida de corte de uñero del dedo gordo	Información quirúrgica	Tipo intervención	De urgencia
Importancia	Ninguna al principio		Meses de amputación	10 meses
Otras complicaciones	Afecciones a la vista y riñones	Información Post quirúrgica	Tiempo de internación	10 días
Tratamiento	Dializa		Complicaciones	Ninguna
Tiempo de tratamiento	1 mes y medio		Tiempo de uso de prótesis	No tiene
Terapia psicológica	No realizó		Fisioterapia	No realizó

Entrevista de profundización temática, Paciente No. 3

Sobre el ámbito personal, se mostró cómo un hombre muy católico, que después de la amputación, asiste sin falta todos los domingos a

misa, consideró que ha perdido su independencia a consecuencia de la amputación, si antes no sentía preocupación por su vida, entonces hoy llora y demostró una continua tristeza, culpándose por situaciones que desencadenaron en la pérdida.

En el área familiar, sus hijos y esposa se convirtieron en un sostén económico y emocional, la pérdida de su padre hace siete meses, le ha generado mucha tristeza, extraña compartir un partido de fútbol, con su padre o actividades mecánicas, ha decidido cambiar algunas costumbres, como el dormir sólo para no molestar a su esposa, a lo que se refiere llorando: ... “yo duermo solo desde mi amputación... decisión mía... le dije a mi esposa que quería dormir solo ¿para qué incomodarla?... ella lloró, me pregunto por qué, pero yo lo decidí y así estamos”.

Respecto a su vida social, se evidenció que le gustaba jugar de arquero, alguna vez va a ver partidos de fútbol con sus amigos, lo cuales aún

los visitan continuamente y se siente apoyado por ellos. Prefiere quedarse en casa, no le gusta salir, desplazarse al banco, al mercado, implica trabajo para todos, respecto a esto el paciente refiere: “tengo menos energía, evito dar molestia a mis hijos y esposa, me esfuerzo por realizar mis cosas, pero es difícil volver hacer el mismo de antes hay limitaciones en todo sentido”.

El cambio de mayor significancia para el paciente fue en el área laboral. Dejó su trabajo, ahora ayuda en un negocio de venta de abarrotes en su casa, que colocó su familia después de la amputación. La información resumida, se observa en la siguiente Tabla:

Tabla 6. Cambios en diferentes áreas. Paciente No. 3.

PACIENTE No. 3	ANTES DE LA AMPUTACIÓN	DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Católico • Poca preocupación frente a la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Mayor acercamiento a Dios • Llanto, tristeza y culpa
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor apoyo de su esposa y sus hijos
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Amiguero • Jugaba fútbol con amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Amiguero, evita salir • Solo puede ver jugar fútbol, no practica su pasión
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajaba en Institución Petrolera 	<ul style="list-style-type: none"> • Dejó su trabajo

Paciente No. 4

La Paciente No. 4, es mujer de 42 años, casada (segundo matrimonio), tiene 4 hijos, estudió solo primaria, es ama de casa, mormona, refleja un nivel económico bajo. Hace 2 años, se le incrustó una nigua en la parte de atrás de la pantorrilla, generándole una ampolla, le detectaron diabetes tipo 2, debido a que la ampolla no sanaba, se gangrenó, sometiéndose a una limpieza quirúrgica en busca de salvar su pie, pero estos intentos fueron inútiles, se sometió a la amputación supracondílea programada del pie derecho hace 1 año.

Historia clínica. Paciente No. 4

La información de la historia de la enfermedad de la persona deja ver que, si bien sentía mucha sed, no sabía que tenía diabetes tipo 2. Se le detectó la enfermedad hace 2 años, por una ampolla ocasionada por una nigua en la parte posterior de la pantorrilla del pie derecho.

Dentro los antecedentes prequirúrgicos, se evidenció que la ampolla no mejoraba, por varios meses se intentó controlar la infección, pero fue imposible, llegando a complicarse y gangrenarse la pantorrilla, le hicieron una limpieza quirúrgica.

No presentó amputaciones previas.

La información quirúrgica, resaltó que hace un año fue hospitalizada por la ulceración de la ampolla, como el pie había sido corroído por la gangrena, se le programó en la misma semana la amputación supracondílea del pie derecho. Afirmó que no fue fácil aceptar la amputación pero que gracias a la intervención de la psicóloga aceptó la cirugía.

Los datos post quirúrgicos denotaron que la paciente, tuvo complicaciones con la cicatrización del corte, por lo que, se quedó internada por 3

meses, volvió a ser hospitalizada a los 7 meses de la amputación. Tiene continuas curaciones, no logró la cicatrización del muñón. Presenta percepción del miembro amputado, siente picazón y calentura.

No realizó terapia psicológica, ni fisioterapia de acompañamiento en el proceso de pérdida. Ella al hablar de la situación, refiere; "...tengo mucho miedo...me pregunto si podré sanar del corte...no avanzará la infección...se complicarán más aun las cosas...qué estragos más hará en mi vida la diabetes..." La información sintetizada se puede observar en la Tabla siguiente:

Tabla 7. Registro de Historia clínica. Paciente No. 4.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD		HISTORIA QUIRÚRGICA		
Tipo de Diabetes	Tipo 2	Antecedentes Pre quirúrgicos	Amputaciones previas	No
Tiempo de la enfermedad	2 años		Número de Limpieza quirúrgica	1 limpieza
Síntomas	Mucha sed. Ulceración en una ampolla en la parte posterior de la pantorrilla	Información quirúrgica	Tipo intervención	Programada
Importancia	Ninguna al principio		Meses de amputación	12 meses
Otras complicaciones	No	Información Post quirúrgica	Tiempo de internación	3 meses
Tratamiento	No		Complicaciones	Nueva hospitalización. No cicatriza la herida
Tiempo de tratamiento	No		Tiempo de uso de prótesis	No tiene
Terapia psicológica	No realizó		Fisioterapia	No realizó

Entrevista de profundización temática, Paciente No. 4

Se indagó dentro el ámbito personal, registrándose un cambio de fe católica a la mormona. Aunque trata de realizar por su cuenta sus actividades, reconoce que no es del todo independiente. Siente pena, tristeza e impotencia,

llora culpándose por no haber prestado atención a su salud, manifiesta preocupación por su futuro. Presentó pocos meses después de la amputación ideas de suicidio, comentó con su esposo sobre estos pensamientos, quien inmediatamente brindó apoyo y cuidado. Respecto a esto refiere:

la impotencia, culpa, vergüenza son insoportables y un momento de desesperación se me vino a la mente quitarme la vida”, “pido perdón a Dios y a mi esposo por el egoísmo no pensé en el dolor de los demás solo en el mío.

En cuanto al área familiar, se evidenció que, cuenta con el apoyo de su familia, sus hijas mayores le dan soporte económico, viven en el extranjero, destaca que el apoyo total lo recibe de su hijo y su esposo, del cual se ha distanciado íntimamente por vergüenza. Sobre ellos sostiene:

... le dije al doctor haga lo que sea para salvar mi vida y que mi hijo tenga a su madre...él se salía del colegio por

cuidarme...yo le daba fuerzas a mi hijo, aunque por dentro me deshacía... Mi hijo es mi razón de vida, si él no existiera yo me hubiera muerto... siento vergüenza con mi esposo por estar incompleta.

En cuanto a su vida social, se evidenció que solía salir junto a su esposo, compartir, bailar con familiares y amigos. Hoy prefiere aislarse de estas actividades. Dentro el área laboral, elaboraba y vendía empanadas o comidas, luego de la amputación, intentó lavar ropa para otros, sintió que la discriminaban, que la veían con lástima, por lo que ahora se ha limitado a ser ama de casa. Los resultados resumidos de la entrevista, se reflejan en la siguiente Tabla:

Tabla 8. Cambios en diferentes áreas. Paciente No. 4.

PACIENTE No. 4	ANTES DE LA AMPUTACIÓN	DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Católico • Poca preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Mormona • Llanto, tristeza y culpa
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor apoyo de su esposo y su hijo menor
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Le gustaba compartir, bailar 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefiere aislarse, se incomoda con otros
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Vendía empanadas y comida 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla labores de casa

CONCLUSIONES

La amputación del pie diabético genera en los pacientes mayor nivel de dependencia para realizar sus actividades cotidianas, existe dificultad para aceptar las limitantes que conlleva la pérdida del pie. Por otro lado, la religión es un factor al cual recurren los pacientes cuando experimentan la pérdida del miembro inferior, buscan hacer frente a la situación incrementando su fe y aferrándose en la devoción a Dios.

Ante la amputación del pie diabético, el principal apoyo que recibe el paciente, es el de su pareja, pero la pérdida afecta de tal manera la imagen corporal del doliente que, durante el proceso, se presenta en la relación un alejamiento íntimo y en algunos casos terminan optando por la separación marital.

Por otra parte, al perder el pie por amputación supracondílea, el paciente presenta limitaciones para el desplazamiento, su independencia e imagen se ven afectadas, existen sentimientos de

culpa y vergüenza en otros, por consiguiente, la mayoría opta por un aislamiento social.

Para finalizar, en el campo laboral, se identificó que los pacientes que trabajan de manera independiente, continúan con sus labores, a pesar de sus limitaciones por la amputación, mientras que los pacientes dependientes de una fuente laboral, se retiraron de sus trabajos.

REFERENCIAS

- Asociación Latinoamericana de la diabetes. (2009). Estado de la Diabetes. Madrid: ALDD
- Asociación Latinoamericana de la diabetes. (2009). Informe de Salud. Madrid, España: ALD
- Beneit, J. (2010). El Síndrome del Pie Diabético. El modelo de la Clínica Podológica de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid: UCM
- Craig, G. (1996). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall
- Guerra, C. (2001). Tesis de Licenciatura. Diseño, implementación y evaluación de un programa de tratamiento conductual para el Síndrome de Asperger. Chile: Universidad del Mar, Valparaíso
- International Diabetes Federation. (2013). La Diabetes: Mal del Siglo XXI. Miami: IDF.
- International Diabetes Federation. (2013). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium:
- International Diabetes Federation. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Laham, M. (2006). Escuchar al corazón, psicología cardiaca, actualización Psicocardiología. Buenos Aires: Ed. Lumiere
- Lerman, J. (2010). Diabetes. Madrid: Mc Graw Hill
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la Salud y enfermedades crónicas. Vol. 1. Bogotá: PSICOM Editores
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Ed. Thomson
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre enfermedades del Siglo XXI: La Diabetes. Madrid España: OMS
- Tizón, J. (2004). Pena, pérdida, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós