



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

*Angel Rojas*

CAMPUS IZTACALA

400282



61060

INTERVENCIÓN EN CRISIS CON PACIENTES QUE HAN PERDIDO ALGÚN MIEMBRO DEL CUERPO

*P01335/96*  
*Ej. 2*



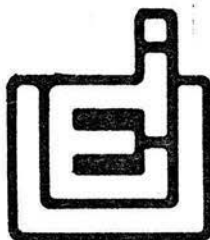
U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:

LEGORRETA LEGORRETA FABIOLA SARAI

Asesores:

José Esteban Vaquero Cázares  
Angel Enrique Rojas Servín  
Margarita Chávez Becerra



IZTACALA, MÉXICO

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Las batallas de la vida no las gana el hombre más rápido o el hombre más fuerte, sino el que decide ganar.

V.H.

A mis padres Alicia y Jorge Legorreta, con cariño admiración y respeto, por todos los caminos que a su lado y gracias a su apoyo he recorrido, por todos los que me faltan, por todas las metas que he cumplido y por las que me faltan por cumplir, con gratitud y cariño porque los quiero mucho.

A mis hermanos Sergio, Karina, Edmundo, Jessica, y Jorge, por que también los quiero mucho y porque durante toda mi vida me han brindado su apoyo, cariño y comprensión desinteresada e incondicionalmente.

A mis asesores Jose Esteban Vaquero C., Enrique Rojas S. y Margarita Becerra Ch. Con admiración y gratitud por ayudarme en la concretación de una de las metas de mi vida.

A todos los profesores que contribuyeron en mi formación profesional con infinito agradecimiento.

A la Universidad Nacional Autónoma de México con gratitud.

A mi abuelita

A mis tíos y primos

A mis amigos.

A Ma. Elena en especial, a mi  
amiga con cariño y gratitud por tu  
apoyo para la realización de esta  
tesis

## RESUMEN

Existen numerosas situaciones provocadoras de crisis las cuales pueden originar secuelas psicológicas considerables incluyendo el intento de suicidio.

La crisis comprendida como el desequilibrio esencial entre la dificultad y la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarlo (Caplan, 1985) da la pauta para considerar la forma de afrontar determinada crisis; dicha forma es la oportuna intervención, destacando en este tipo de ayuda, el servicio nombrado intervención en crisis, el cual contribuye en mucho, evitando consecuencias psicológicas como la ya mencionada (intento de suicidio).

Entre algunas situaciones generadoras de crisis se encuentra la pérdida de algún miembro del cuerpo. situación que con la ayuda del servicio de intervención en crisis, contribuye a la superación del desequilibrio que se pudiera suscitar.

El servicio de intervención en crisis debe mucho su eficacia al equipo que contribuye en su aplicación siendo los psicólogos los profesionistas más indicados para llevarlo a cabo.

Por otra parte, aunque el psicólogo se considera el profesional más indicado, existen profesionales ajenos al área de la salud y paraprofesionales que, capacitándolos pueden desempeñar dicha labor.

El presente trabajo consistió en un sondeo realizado en el municipio de Tlalnepantla para obtener una relación de los hospitales en donde se otorgaba el servicio de intervención en crisis, teniendo como resultado que en ningún hospital del mencionado municipio se otorga dicho servicio. Por tales motivos, se realizó una propuesta de intervención psicológica destinada a aquellas personas que se encuentran en crisis por haber perdido algún miembro del cuerpo.

# INTERVENCIÓN EN CRISIS CON PACIENTES QUE HAN PERDIDO ALGÚN MIEMBRO DEL CUERPO

## INDICE

Introducción ..... 4

### Capítulo 1

Intervención en crisis ..... 14

1.1. Antecedentes ..... 14

1.2. Crisis ..... 15

1.3. Intervención en crisis ..... 18

1.4. Situaciones que aborda la intervención en crisis ..... 20

1.5. Profesionales que intervienen en el servicio de intervención en crisis ..... 23

### Capítulo 2

Aplicación de la intervención en crisis ..... 29

2.1. Intervención en crisis en Inglaterra ..... 29

2.2. Intervención en crisis en Estados Unidos ..... 30

2.3. Intervención en crisis en México ..... 33

### Capítulo 3

Intervención en crisis con pacientes que son sometidos a una amputación ..... 36

3.1. Consideraciones para amputar.....	39
3.2. Reacción del paciente ante la pérdida del miembro.....	41
3.3. Dolor fantasma como reacción de la amputación.....	45
3.4. Personal que está en contacto con el paciente.....	50
3.5. Profesionales que intervienen en el apoyo psicológico del paciente.....	51
3.6. Profesionales que intervienen en el apoyo psicológico de los familiares de los pacientes con amputaciones.....	55

## Capítulo 4

Propuesta de intervención en crisis con personas que han perdido algún miembro del cuerpo.....	57
Conclusiones.....	73
Anexo.....	77
Bibliografía.....	78



## INTRODUCCION

Desde siglos atrás las población ha estado expuesta a un gran número de accidentes, desastres naturales, enfermedades o situaciones estresantes que contribuyen al desequilibrio emocional de dichas personas. Desde entonces y para asistir tales desequilibrios, algunos voluntarios han contribuido prestando sus servicios y ayuda; considerando que los medios para hacer estaban acorde con la tecnología y desarrollo médico y psicológico propios de aquellos tiempos (Cohen 1975).

Gran parte de la vida moderna se relaciona con cambios en el entorno psicosocial a raíz de modificaciones en las relaciones interpersonales, cambios socioeconómicos o pérdida y separación respecto a las personas amadas. Estas situaciones pueden provocar estados de crisis difíciles de afrontar pero si existe el apoyo oportuno, estas crisis se resolverán satisfactoriamente.

Las crisis pueden resultar de accidentes (choques, aplastamientos) enfermedades (SIDA, Cáncer) resultado de la naturaleza (terremotos, inundaciones) o bien de circunstancias inducidas o intencionadas por el mismo hombre como el intento de suicidio.

La crisis representa un estado temporal en el que según Slaikeu (1988) Hyman (1990) y Dixon (1987) se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares debidas al agotamiento de los recursos psicológicos y a la falta de métodos adecuados para resolver dicha situación.

Otros autores (Cohen, 1989 y Sherr,1992) consideran la crisis como un periodo que representa pérdidas tanto físicas como psicológicas, además de considerarla como un periodo de mayor vulnerabilidad en el individuo (Hyman, 1990 y Gómez, 1994),

Por estas razones, la necesidad de intervenir con respecto a una situación que trae como consecuencia un desequilibrio, representa un método muy útil para la persona y sus familiares, siendo la intervención en crisis un servicio que contribuye mucho ayudando a prevenir posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de tales experiencias.

El servicio de intervención en crisis representa una aportación en dirección de la preparación de profesionales de alta calidad humana, científica y tecnológica que modelen nuevos roles y extiendan los beneficios de su ejercicio profesional a poblaciones que no reciben servicios adecuados de esta índole.

La intervención psicológica en las crisis, se orienta hacia la expresión de sentimientos y experiencias internas de la persona que se relaciona con el evento o eventos que provocaron el desajuste (Gómez, 1994).

La intervención en tiempo de crisis surgió como respuesta a la necesidad altamente diseminada de prestar ayuda inmediata a los individuos y a sus familias que enfrentaban situaciones estresantes particulares ( Golan, 1978; Rosembaun y Beebe, 1975, Coleman, 1988).

Debido a que la gente se encontraba en crisis, no tenía tiempo para esperar las citas iniciales que eran costumbre de la psicoterapia, ni estaban en posición de tomar una terapia sostenida durante un periodo de tiempo largo, en otras palabras debido a que las personas en crisis necesitaban asistencia inmediata, se desarrollaron algunos tipos de intervención para satisfacer estas necesidades. Coleman (1988) refiere dos tipos de intervención, la terapia a corto plazo y las líneas telefónicas de urgencia las 24 horas del día.

Más específicamente en Estados Unidos el origen de intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y cols.(1994, Slaikeu, 1993), en donde realizan actividades de ayuda a los sobrevivientes de un incendio ocurrido Massachusetts, así como actividades de apoyo a personas que perdieron a un ser querido en el desastre.

A principio de los años de 1960 se establecieron servicios preventivos de suicidio, vía telefónica, desarrollándose con rapidez y enfocándose también a otro tipo de situaciones, en las que podía hacerse uso de la intervención en crisis, como divorcios, desempleos, violencia conyugal, etcétera.

Durante los años de 1960 y 1970 se implementa el servicio de intervención en crisis como participe de los hospitales psiquiátricos (Aguilera, 1978).

La intervención en crisis es un servicio que cada país maneja de forma particular, como en Inglaterra, es un servicio común instalado en muchos hospitales o clínicas de atención en la salud, por lo que se le ha tratado de perfeccionar, capacitando al personal médico para intervenir eficaz y oportunamente (Sherr, 1992).

En Estados Unidos la ayuda es diferente, la primer ayuda en las situaciones de crisis no le corresponde a los psicólogos, sino a aquellos profesionales en los que la crisis se suscitó a raíz de un problema que abarcaba su campo de trabajo (Slaikeu, 1988).

La intervención en crisis en México es un servicio poco conocido, empleado y propagado, algunos investigadores como Gómez (1994) han considerado la gran importancia de este servicio y a su vez, han realizado algunos escritos que intentan guiar a quienes se dedican al trabajo con personas en crisis.

En México la morbilidad es grande, según los datos que reporta el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 1995). 733,808 personas requirieron intervención médica debido a quemaduras, traumatismos, envenenamientos, fracturas, accidentes de vehículos de motor y lesiones inflingidas por otras personas; siendo los traumatismos, envenenamientos y fracturas el índice más alto de morbilidad.

En la actualidad la sociedad moderna acosada entre muchas otras cosas por la falta de tiempo y el terrorismo urbano se encuentran en circunstancias ambientales peligrosas, los automóviles cada vez más rápidos, los edificios cada vez más altos, los "coches-bomba" se han añadido a la lista de causas productoras de traumatismos graves (Topaz, 1993).

Muchas veces ante la existencia de accidentes, enfermedades, o intentos de suicidios que traen como consecuencia grandes traumatismos, surge la desafortunada necesidad de amputar el o los miembros afectados, y junto a esto, la gran importancia de la intervención multidisciplinaria especializada, en el tratamiento de estas desgracias humanas.

Considerando la circunstancia única bajo la cual se indica absolutamente la amputación, se desprende la siguiente condición, la pérdida irreparable del aporte sanguíneo de una extremidad enferma o traumatizada (Cambell, 1981).

La amputación supone la pérdida de una parte del cuerpo, por tanto, generalmente se experimentan sentimientos de pena relacionados con la pérdida. Las alteraciones ocasionadas por la amputación, suelen ser permanentes y producen incapacidad con necesidad de adaptarse a las pérdidas y acomodarse al cambio. Estas personas expresan sentimientos de aislamiento o desplazamiento social. Lamentan la pérdida de sus capacidades y habilidades, expresan preocupación sobre la continua pérdida de amigos, socios y conocidos. Hablan de estar vivos sin ser capaces de vivir y generalmente se espera que se orienten al presente más que al futuro (Long, 1992).

Tras la operación la mayor parte de las personas experimentan sensaciones fantasma o sensaciones relacionadas con el miembro amputado. Es una forma de dolor psicógeno, que pudiera ser parte de los intentos del individuo por restablecer los límites de su cuerpo sin la zona extirpada (Mourad, 1984).

Es necesario comprender adecuadamente lo que representa ser sometido a una amputación, lo más probable es que el paciente (según los miembros afectados) tarde algún tiempo en realizar lo más funcionalmente posible, actividades que requieran el uso del (os) miembro (s) perdido (os) ya que el proceso de rehabilitación y adaptación a alguna prótesis posible, requieren paciencia y tiempo, y de esto dependerá en mucho la calidad de vida del paciente (Topaz y Heim, 1993).

Los pacientes que pasan por este tipo de situaciones requieren del servicio de intervención en crisis, ya que éste puede constituir una ocasión para alcanzar mayor madurez y una capacidad aumentada, para enfrentarse a las dificultades, ya que de lo contrario, puede permitir que se establezcan reacciones defensivas de inadaptación que posteriormente serán muy difíciles de modificar (Philip, 1976).

Todo el contexto que rodea la situación de las personas con amputaciones, conlleva un gran número de factores entre los que se encuentran los económicos, sociales, éticos, médicos, psicológicos, familiares e interdisciplinarios, por mencionar algunos.

La pérdida de algún miembro del cuerpo, repercute principal y directamente en el individuo, ya que es él quien se verá afectado por tal circunstancia, teniendo la necesidad de cambiar tal vez por completo, su vida, sus actitudes, sus relaciones laborales, sociales, familiares y su autoimagen, sin embargo cabe destacar que quienes rodean a la persona amputada (familiares, amigos) no están exentos de dichos problemas, por lo que ellos también requieren de la ayuda profesional conjunta o individualmente del paciente pero, que de cualquier forma contribuya al afrontamiento de la problemática.

En muchas de las situaciones de emergencia en las que puede encontrarse un individuo, los profesionales que lo atienden muestran una gran preocupación por la salud y bienestar a nivel físico, pero rara vez toman en cuenta las necesidades de tipo emocional.

Por otro lado el equipo médico contribuye en gran medida en la rehabilitación del paciente, no sólo por la intervención quirúrgica, sino por su trato directo y continuo con el paciente, ya que sería muy favorable que también contribuyera al apoyo psicológico del paciente, sin embargo es un aspecto que la educación médica no contempla ampliamente.

Otro aspecto de gran importancia es el mencionar a los profesionales que laboran en el servicio de intervención en crisis, entre los que se encuentran los psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, psiquiatras y médicos, sin embargo existen otras profesiones, ajenas al ámbito de la salud que se dedican a dar apoyo a personas en crisis, por ejemplo, abogados, policías, bomberos, entre otros.

Los voluntarios no profesionales también se integran a estos servicios, autores como Aguilera (1978) refieren la ayuda de voluntarios como un apoyo a aquellos desastres naturales que debido a la magnitud del acontecimiento contribuyen en gran medida.

El interés por estudiar éste tema, se debe principalmente a la poca atención que se le ha dado; se le ha considerado pero de manera muy superficial y en forma teórica más que práctica. A nivel institución se sabe muy poco de la intervención en crisis con pacientes que han sido sometidos a la amputación de algún miembro de su cuerpo. Por estas razones y por el contacto con personas hospitalizadas y sus familiares que nunca recibieron alguna atención por parte de



médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, y mucho menos por alguien que calmara o ayudara a disminuir o desaparecer la crisis de su estado debido a un accidente que ocasionó la pérdida de algún miembro del cuerpo, surge el interés de la presente investigación.

El objetivo general de esta investigación comprendía la identificación de los profesionales que laboran en el servicio de intervención en crisis en los hospitales gubernamentales comprendidos en el municipio de Tlalnepantla que atienden a personas con amputaciones y señalar el tipo de ayuda que se les otorga; desarrollándose a partir de éste otros objetivos específicos descritos en el 4 Capítulo, pero debido a que desafortunadamente no existe este servicio en ningún hospital del municipio de Tlalnepantla no se lograron los objetivos inicialmente planteados, por lo que se desarrollo una propuesta de intervención dirigida a personas que han perdido algún miembro del cuerpo.

El contenido de esta investigación se desarrolla a través de 4 capítulos descritos con anterioridad de manera general. El primer capítulo se centra en la intervención en crisis, abarcando la función de ésta, sus antecedentes las situaciones que aborda la intervención en crisis y los profesionales que laboran en dichos servicio. El segundo capítulo comprende la aplicación de la intervención en crisis centrado específicamente en países como Inglaterra, Estados Unidos y México.

La intervención en crisis con pacientes que han sido sometidos a una amputación es el interés principal del tercer capítulo, describiendo las consideraciones para amputar, la reacción de los pacientes ante la amputación, el personal que está en contacto con ellos, así como la ayuda psicológica que reciben los pacientes y sus familiares.

El cuarto capítulo esquematiza una propuesta de intervención con las personas que han perdido un miembro del cuerpo.

## CAPITULO 1

### INTERVENCION EN CRISIS

#### 1.1 ANTECEDENTES

El servicio de intervención en crisis se estableció desde hace muy poco tiempo y ha ido abarcando más situaciones de las que en un principio cubría. De la psicoterapia dinámica breve surge la intervención en crisis que en situaciones críticas de la vida persiguiendo el mismo objetivo (Bellack, 1980). Uno de los principales fines de ambos servicios es ayudar a resolver los problemas específicos que desembocan en crisis, estableciendo de una forma rápida una alianza terapéutica (Goldman, 1994).

Específicamente el surgimiento de la intervención en crisis se debe en mucho a los fenómenos naturales, por ejemplo, entre los años 60's y 70's en Estados Unidos se suscitaron temblores, maremotos, incendios que dejaron como secuelas cuantiosos daños materiales y lo más alarmante secuelas psicológicas, por lo que el gobierno se vió en la necesidad de crear programas para intervenir de inmediato ante estas situaciones (Slaikeu, 1988).

También por esas mismas fechas (en los años 60's) surgen centros preventivos de suicidio vía telefónica desarrollándose con rapidez y enfocándose también a otro tipo de situaciones en las que podía hacer uso de la intervención en crisis como divorcios, desempleos violencia conyugal, etcétera.

Durante los años 70's surgen los servicios de intervención en crisis dirigidos primordialmente a víctimas de violencia doméstica. Actualmente en Estados Unidos, se desarrollan programas subvencionados por las mismas ciudades con el apoyo de profesionales, voluntarios y no profesionales.

En México existen limitadas investigaciones sobre como intervenir en una situación de catástrofe, en 1985 por ejemplo, a raíz del temblor del mismo año surge el sistema de atención psicológica por teléfono (SAPTEL) que actualmente tiene en sus terrenos el manejo de otras situaciones generadoras de crisis (por ejemplo, el suicidio entre otros) (Flores,1993).

## 1.2 CRISIS

La crisis representa un estado temporal en el que autores como Slaikeu (1988), Hyman (1990) y Dixón (1987), definen que se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares debidas al

agotamiento de los recursos psicológicos y a la falta de métodos para resolver dicha situación.

Otros autores (Cohen, 1989 y Sherr, 1992) definen la crisis como un periodo que representa pérdidas tanto físicas como psicológicas, además de considerarla como un periodo de mayor vulnerabilidad en el individuo (Hyman, 1990 y Gómez, 1994).

La significación de una crisis está en su condensación temporal del desarrollo. Pueden ocurrir alteraciones importantes en un periodo relativamente corto y luego permanecer estables durante un periodo prolongado (Caplan, 1985).

Caplan (1985) subraya que el factor principal que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio esencial entre la dificultad y la importancia del problema, y los recursos de los que se disponen inmediatamente para enfrentarla; de esta manera un área de funcionamiento cuya extensión depende de la intensidad y la significación del problema y del esfuerzo queda interferida.

Aguilera (1978) distingue una ambivalencia en las crisis, por un lado es un peligro y por el otro lado una oportunidad de crecimiento; un peligro porque amenaza al individuo o a su familia y esto puede resultar en suicidio o en un rompimiento psicológico, y una oportunidad porque durante el tiempo de crisis el individuo es más receptivo a una influencia terapéutica; la crisis es algo precipitado o desbordado por algún suceso específico.

La crisis es una experiencia subjetiva. Algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente anormales, mientras que otras se derrumban ante situaciones estresantes relativamente leves. Sea cual fuere su origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona. Esta puede resultar de la magnitud del peligro o de la fragilidad de la persona que lo experimenta o bien originarse de una característica especial del problema presentado que desafía la vulnerabilidad de un individuo de forma particularmente amenazadora.

La mayoría de las crisis tienen una limitación temporal y se resuelve naturalmente. Sin embargo , ocasionalmente el problema satura las habituales estrategias de resolución de problemas de la persona, produciendo un sensación de desamparo y pavor y la retirada a mecanismos defensivos inusuales (y generalmente menos efectivos) (Himan, 1990) .

Cohen ( 1980) considera que durante las situaciones de crisis se ve alterado el equilibrio normal de la vida y para la cual resultan inadecuadas las técnicas utilizadas para resolver los problemas. Es frecuente que una persona se sienta de pronto acosada por lo que parece ser un problema insuperable. Tal vez en circunstancias ordinarias pueda arreglarselas bien, pero la presión adicional de una situación de crisis lo inmoviliza.

En general, las crisis duran de una a seis semanas y se resuelven mediante la solución del conflicto. Cuando ninguna de estas salidas tiene éxito el desequilibrio continua, cuando ésto sucede, aumenta la tensión, la angustia se prolonga y el paciente puede sufrir síntomas físicos o de conducta que interfieren con su vida normal.

### 1.3 INTERVENCION EN CRISIS

La intervención en crisis puede definirse como una estrategia circunscrita por un lado a estrategias de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida (terremotos, inundaciones, asaltos, etcétera), y por otro lado a las estrategias para el tratamiento (prevención terciaria) administrándose oportunamente después de que los sucesos críticos (muerte de un familiar, temblores, accidentes automovilísticos, etcétera) y sus consecuencias hayan ocurrido.

Slaikeu (1988) define la intervención en crisis como la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultante de una crisis (terremotos, inundaciones, muerte de un familiar, etcétera).

Dicho autor considera que la intervención en crisis tiende a reducir la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo.

La intervención en crisis es un método de relación muy útil con los pacientes y sus familias en estos graves episodios. Los objetivos de la intervención en crisis son ayudar a la persona en tensión, de una forma digna durante este difícil periodo, prevenir posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de la experiencia y si es posible, ayudar a la persona a sacar algún provecho positivo de la resolución de la crisis (Hyman, 1990).

Algunos instructores en psiquiatría (Hyman, 1990) consideran la intervención en crisis como un enfoque asistencial "rápido"; intervención que realizada de una manera efectiva constituye el rápido establecimiento de relación con las personas en situación de estrés, determina la naturaleza del problema presentado y estipula un tratamiento razonable y práctico.

La intervención debe estar guiada por el conocimiento específico de las crisis particulares. Este conocimiento deriva de los estudios sistemáticos que definen las tareas psicológicas regularmente implicadas en las crisis, los signos de deficiencia en cuanto concierne a la superación o al cumplimiento de estas tareas y las estructuras sanas alternativas de enfrentamiento. El especialista en salud mental identifica a esta gente cuya conducta indica que está comenzando a utilizar métodos de superación ineficaces y la ayuda a elaborar formas más efectivas (Caplan, 1985).



Aguilera (1978) concretamente refiere la meta principal de la intervención en crisis: la resolución inmediata de la crisis, restableciendo el nivel de funcionamiento que existía antes de la crisis.

La intervención psicológica en la crisis se orienta hacia la expresión de sentimientos y experiencias internas de la persona que se relaciona con el evento o eventos que provocaron el desajuste (Gómez, 1994).

#### 1.4 SITUACIONES QUE ABORDA LA INTERVENCION EN CRISIS

La crisis comprendida como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico, da la pauta para señalar que existe un vasto número de tales sucesos aislados específicos de la vida que tiene el potencial para precipitar una crisis.

Las crisis pueden resultar de accidentes (choques, aplastamientos) enfermedades, (SIDA, cáncer) resultado de la naturaleza (terremotos o inundaciones) o bien de circunstancias inducidas o intencionales realizadas por los seres humanos como el intento de suicidio.

La intervención en crisis tiene cabida en cualquier suceso crítico de la vida del individuo; más específicamente a continuación se enlistan las situaciones de acción de dicha estrategia :

Enfermedades físicas y lesiones

SIDA

Enfermedades terminales

Cáncer

Accidentes

Choques automovilístico

Explosiones

Quemaduras

Situaciones provocadas por el hombre

Crimen: víctimas y delincuentes

Intento de suicidio

Asaltos

Abortos

Homicidios

Resultado de la naturaleza

Terremotos

Inundaciones

Huracanes

Maremotos

Erupciones volcánicas

Hambrunas

Plagas

Existen también otros tipos de crisis conocidas como crisis del desarrollo; éstas se suceden durante el transcurso de la vida o desarrollo humano. Algunas de estas etapas de desarrollo se enlistan enseguida :

Infancia	Trastornos de alimentación Enfermedad física Lesión física Conflictos con maestros y compañeros Ingresos a la escuela
Adolescencia	Cambios físico hormonales Relaciones sexuales Rompimiento de relaciones interpersonales
Adulterz	Matrimonio Enfermedades de los hijos Conducta de los hijos Divorcio Empleo/Desempleo
Vejez	Enfermedad Nido vacío Rechazo de los familiares

Entre muchas otras situaciones específicas que pueden originar una crisis se encuentran las siguientes:

Pérdida de algún ser querido.

Voluntarios para viajar en el mar, en el aire.

Violación.

Muerte repentina

Crisis circunstanciales de la vida moderna.

Cambios en el estado financiero

Despidos de trabajo

Problemas con los familiares directos (consanguíneos) o políticos.

Delitos legales menores.

## 1.5 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL SERVICIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Este punto en particular parece de gran importancia ya que la literatura ha reflejado un amplio panorama de personas capacitadas para trabajar en el servicio de intervención en crisis.

Entre esas personas figuran principalmente los psicólogos, psiquiatras médicos, enfermeras y trabajadores sociales; sin embargo, existen otros profesionales ajenos al ámbito de la salud y que se dedican al apoyo de personas en crisis, por ejemplo policías, abogados, bomberos, maestros, clero, etcétera (Slaikeu, 1988).

Los voluntarios no profesionales también se integran a estos servicios, autores como Aguilera (1978) refieren la ayuda de voluntarios como un apoyo a aquellos desastres naturales que debido a la magnitud del acontecimiento, contribuyen en gran medida, seleccionados cuidadosamente, capacitados intensivamente y supervisados muy cercanamente, hace que cuenten con las habilidades necesarias para poder intervenir en un momento dado .

#### ATENCIÓN POR PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD

En la revisión de la literatura se ha detectado una visión acerca de aquellos profesionales que intervienen en el servicio de intervención en crisis, encontrando principalmente a esta estrategia como parte de la formación de los psiquiatras; sin embargo, en este servicio no sólo tienen acción los psiquiatras, también es un campo de trabajo en el que tienen acción los psicólogos, los médicos, las enfermeras, los trabajadores sociales (Slaikeu, 1988).

Estos profesionales, muchas veces se enfocan al objetivo principal de su profesión, dejando a un lado (o no dándole la importancia que requiere) al estado emocional (Gómez, 1994). Para explicar mejor esta situación se hace referencia a los médicos, las enfermeras y trabajadores sociales. Generalmente los objetivos de la profesión médica son diagnosticar dar un tratamiento a las personas enfermas, reajustar física y psíquicamente a aquellas personas que han sufrido una enfermedad por lesión o traumatismo y prevenir enfermedades en el plano individual y social (Kohan, 1988), sin embargo, en la práctica profesional muchas veces el apoyo o restablecimiento psicológico no es contemplado con la importancia que merece.

Por otro lado el área de la salud contempla a las enfermeras quienes suministran medicamentos, aplican tratamientos e inyecciones prescritos por los médicos, observa, evalúa y registra síntomas, reacciones y realiza la evaluación a nivel orgánico del paciente, quienes en los mejores de los casos dan consejos a los familiares de los pacientes para crearles un mejor ambiente físico y emocional; sin embargo, la enfermera siempre suele estar integrada a un equipo cuya misión y razón de ser es procurar la salud del enfermo (Kohan, 1980).

En cuanto al servicio de intervención en crisis, los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud, tienen fácil acceso a las personas y familiares que luchan con las reacciones de las crisis relacionadas con el daño físico y la enfermedad.

En la mayor parte de los casos son las enfermeras o los médicos quienes informan primero al paciente sobre la existencia y el amplio rango de las complicaciones de la enfermedad o lesión. Es en este momento en el que se debe ofrecer la primera ayuda psicológica ; también son estos profesionales quienes continúan el contacto con el paciente durante el curso de la enfermedad y por tanto, están en la posición única de poder seguir la trayectoria del proceso de la resolución de la crisis y realizar intervenciones importantes, (Slaikeu, 1988).

Sin embargo Zind (1978, en Slaikeu, 1988) refiere que el apoyo psicológico que pudieran brindar los médicos y las enfermeras, no es visto como una prioridad en el sistema hospitalario.

Los psicólogos además de los psiquiatras, son los más adecuados para realizar esta labor, considerando el tipo de formación profesional que reciben y los objetivos de la misma.

En cuanto a la experiencia en desastres y damnificados Cohen (1989) refiere que la mayoría de los trabajadores de salud mental tienen experiencia escasa o nula en este aspecto.

## INTERVENCION EN CRISIS POR PROFESIONALES AJENOS AL AREA DE LA SALUD

Intervenir en tiempo de crisis no sólo ha sido prioritario del sistema salud, también lo han hecho profesionales que nada tienen que ver con la salud, por ejemplo, abogados, policías, asistentes jurídicos, maestros. En México este servicio no está muy difundido por lo que encontrar bibliografía es limitante, y más difícil aún encontrar referencias acerca del trabajo psicológico realizado por estos profesionistas que se ha reportado. En otros países, por ejemplo en Estados Unidos (Slaikeu, 1988), dichos profesionales atienden las crisis que se presentan a raíz de un problema que le compete a determinada área o profesión, para explicarlo mejor se ejemplifica con algunas situaciones: el abogado que asiste en alguna crisis a un paciente lo hará para calmar la preocupación quien se desatará por haber realizado un fraude, un asesinato en defensa propia o algún otro delito; de igual forma los policías quienes atienden a personas que han sido víctimas de asalto, agresión física, etcétera. Dicho autor refiere que a estos asistentes se les capacita para intervenir adecuadamente y oportunamente en una situación de crisis y mejor aún, cuentan con habilidades necesarias para dar un seguimiento al individuo.

Se podría pensar que este tipo de capacitación resulta un tanto costosa además de difícil, puesto que no está en las manos de un psicólogo, psiquiatra o cualquier otro civil, el capacitar a todos estos profesionistas, considerando el transcurso político-económico que se anticipa a esta situación.



Sin embargo, se puede observar en algunos textos (Caplan, 1985), que existe la posibilidad de capacitar a los profesionales para que puedan intervenir en su trabajo cotidiano bajo la supervisión desde luego de los especialistas en la intervención en crisis.

## INTERVENCION EN CRISIS POR PARAPROFESIONALES

En la actualidad a pesar de la cantidad de personal capacitado para intervenir en una situación de crisis (psicólogos, psiquiatras) resulta insuficiente en algunas circunstancias, es decir, cuando ocurren accidentes masivos que originan periodos de crisis en una población numerosa, se ve la necesidad del apoyo de voluntarios, quienes son entrenados para desempeñar estas labores (Coleman, 1988).

Gómez (1994), también refiere alguna obra que está dirigida a quienes forman personas capacitadas para ayudar a otros en situaciones críticas.

Es así como se puede encontrar muchos otros autores o profesionales que apoyan la necesidad de capacitar paraprofesionales con el fin de contar con apoyo en un desastre natural o en situaciones críticas para un número considerable de damnificados como lo son Cohen (1989) y Sherr (1992).

## CAPITULO 2

### APLICACION DE LA INTERVENCION EN CRISIS

#### 2.1 INTERVENCION EN CRISIS EN INGLATERRA

La intervención en crisis es un servicio que cada país maneja y aplica de forma particular; el servicio de intervención en crisis en Inglaterra es muy conocido empleado y propagado ya que dicho servicio se ha retomado y difundido en casi todo el país, instalado en muchos hospitales y clínicas de atención de la salud.

Sherr (1992) explica que el personal médico y otros asistentes como voluntarios y los familiares, que de alguna forma interviene en el servicio de intervención en crisis, necesitan de un conocimiento y una perspectiva práctica que facilita su trabajo.

Dicho autor también alude a la importancia que implica que un asistente pueda estar equipado con algunas herramientas básicas y ser suficientemente capaz de ayudar a muchas personas.

El servicio que se brinda en el país Londres ha llegado a la mayor parte de la población por lo que han tratado de perfeccionarlo capacitando al personal médico (principalmente) y a todos aquellos que participan en el servicio; esta capacitación ha tenido como objetivo principal la intervención eficaz y oportuna de la crisis que se suscitan en la población (Sherr,1992).

## 2.2 INTERVENCION EN CRISIS EN ESTADOS UNIDOS

La intervención en tiempo de crisis surgió en Estados Unidos como respuesta a la necesidad altamente diseminada de prestar ayuda inmediata a los individuos y a las familias que enfrentaban situaciones estresantes particulares (Golan, 1978, Rosenbaun y Beebe, 1975; en Coleman, 1988).

Las personas que se encontraban en crisis no tenían tiempo para esperar las citas iniciales que son costumbre en las terapias, estas personas necesitaban asistencia inmediata.

Más específicamente en Estados Unidos el origen de la intervención en crisis se remonta a los trabajos de Erick Lindemann y CoIs. (1984, en Slaikeu,1988), en donde realizan actividades de ayuda a los sobrevivientes de un incendio ocurrido en Massachussets, así como actividades de apoyo a personas que perdieron a un ser querido en el desastre.

A principios de los años de 1960 se establecieron servicios preventivos de suicidio, vía telefónica, desarrollándose con rapidez y enfocándose también a otro tipo de situaciones en las que podía hacer uso de la intervención en crisis como divorcios, desempleos, violencia conyugal, etcétera.

Durante los años de 1960 y 1970 se implementa el servicio de intervención en crisis como participe de los hospitales psiquiátricos (Aguilera, 1978).

Para satisfacer las necesidades de asistencia inmediata, la nación desarrolló dos tipos de intervención terapéutica: a) terapia a corto plazo para tiempo de crisis, que involucra las discusiones frente a frente y b) las líneas telefónicas de urgencia de 24 horas.

Estas formas de intervención son manejadas ya sea por profesionales de la salud o por paraprofesionales que son personas sin título, que han sido entrenadas especialmente para realizar ese trabajo (Coleman, 1988).

La terapia de crisis de corto plazo tiene como principal preocupación el problema presente con que el individuo o la familia está teniendo dificultades en ese momento. La mayoría de los individuos o de las familias continúan con el tratamiento más allá de cuatro o seis sesiones y generalmente después de recibir la guía y el apoyo en la primera sesión, no regresa.

En cuanto a las líneas telefónicas de emergencia, todas las ciudades grandes de Estados Unidos y la mayoría de las ciudades pequeñas, han desarrollado alguna forma de línea telefónica de urgencia para ayudar a los individuos a pasar los periodos críticos.

Coleman (1988) refiere que aún cuando la amenaza de suicidio es el ejemplo más dramático, el rango de problemas por los que llama la gente son casi limitados, desde terminar una relación amorosa hasta una reacción ante las drogas, además existen líneas telefónicas de urgencia específicas en varias comunidades para las víctimas de violación o para los niños que escapan de sus casas y necesitan ayuda.

En cuanto al apoyo que les brindan los no profesionales en estas situaciones, cabe destacar que los centros educativos de estudios superiores (universidades) son quienes contribuyen a la capacitación e inclinación de los estudiantes hacia la ayuda desinteresada y gratuita en estados de crisis; contribuyendo también los llamados expacientes quienes según Coleman (1988), pueden tratar mejor el problema que ellos tuvieron y ya no tienen, con personas que está afectadas por problemas similares.

El gobierno ha creado algunas organizaciones con fines específicos para ayudar a víctimas de las crisis entre las que se encuentran las siguientes: la asociación de psicólogos, de psiquiatras, de trabajadores sociales entrenados profesionalmente, de enfermeras, de terapeutas ocupacionales y a la asociación

formada por médicos, asesores, terapeutas, entre otros que se ocupan de la rehabilitación tanto física como mental, por citar algunas.

## 2.3 INTERVENCION EN CRISIS EN MEXICO

La intervención en crisis en México, es un servicio muy poco difundido, empleado y propagado; algunos investigadores como Gómez (1994) han considerado la gran importancia de este servicio y a su vez, han realizado algunos escritos que intentan guiar a quienes se dedican al trabajo con personas en crisis.

Al momento de interesarse por una investigación o estudio sobre el tema, la gran limitación con que se enfrenta es primordialmente la literatura al respecto en relación específicamente con su aplicación en México.

La falta de publicaciones del tema no implica que no se lleve a cabo, sin embargo resulta un indicio de la poca importancia que ha alcanzado dicho tema .

A pesar de las limitaciones en cuanto a la carencia del material bibliográfico, se encontró con un sistema de apoyo psicológico que brinda asistencia a aquellas personas que viven un estado de crisis, dicho sistema es conocido como Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) .

El SAPTEL surgió en 1985, 48 horas después de ocurridos los sismos que destruyeron una gran zona de la Ciudad de México. En ese entonces fue imposible atender satisfactoriamente alrededor de 700 casos de personas dañadas psicológicamente por este fenómeno. Este sistema se constituyó por iniciativa conjunta con la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) y la Federación Mundial de la Salud Mental y fue suspendida a fin de evaluar los resultados. El sistema de aquella etapa 1 ayudó a personas que presentaban problemas de ansiedad, depresión, soledad, nerviosismo, problemas de relación interpersonal, y sobre todo, un alto grado de estrés.

Después de la evaluación y a través de seminarios que abarcaron un periodo de 18 meses, se elaboró un manual de procedimientos para el sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, base sustancial de ese documento. Se reabrió el servicio en Julio de 1987, estando activo por dos años, se vuelve a suspender, atendiendo durante esta etapa 2, aproximadamente 4 mil personas, de ellas una cuarta parte fueron referidas a diversos hospitales, instituciones y organismos no gubernamentales. El servicio entonces denominado todavía SAPTEL (Gaitán, 1993).

Desde 1987, han existido diversos intentos de poner en funcionamiento otros sistemas telefónicos de apoyo psicológico, sin embargo, los hospitales psiquiátricos de la ciudad de México, hasta el momento no parecen contar con los programas ni con la infraestructura que se requiere para una sociedad que se

enfrenta cotidianamente a las complicaciones de una metrópoli enorme como ésta. A partir del 12 de Octubre de 1992 inició sus actividades la etapa 3, definitiva de SAPTEL con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la federación Mundial de la Salud Mental (Gaitán, 1993).



## CAPITULO 3

### INTERVENCION EN CRISIS CON PACIENTES QUE SON SOMETIDOS A UNA AMPUTACION

Desde siglos atrás la población ha estado expuesta a un gran número de accidentes, desastres naturales, enfermedades o situaciones estresantes que contribuyen al desequilibrio emocional de dichas personas.

Desde entonces y para atender o asistir tales desequilibrios, algunos voluntarios han contribuido prestando sus servicios y ayuda; considerando que los medios para hacerlo estaban acordes con la tecnología y desarrollo médico y psicológico propios de aquellos tiempos (Cohen,1975).

En la actualidad la vida moderna acosada entre muchas otras cosas por la falta de tiempo y el terrorismo urbano, se encuentran en circunstancias peligrosas, los automóviles cada vez más rápidos, los edificios cada vez más altos, los "coches-bomba", se han añadido a la lista de causas productoras de traumatismos graves (Topaz,1993).

En México el índice de mortalidad es grande, según los datos que reporta el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI,1995). 733,808

personas requirieron intervención médica debido a traumatismos, quemaduras, envenenamientos, fracturas, accidentes de vehículos de motor y lesiones inflingidas por otras personas; siendo los traumatismos, envenenamientos y fracturas, el índice más alto de movilidad.

Muchas veces ante la existencia de accidentes, enfermedades o intentos de suicidio que traen como consecuencia grandes traumatismos, surge la desafortunada necesidad de amputar el o los miembros afectados, y junto a esto, la gran importancia de la intervención multidisciplinaria especializada en el tratamiento de estas desgracias humanas. Los pacientes que pasan por este tipo de situaciones requieren del servicio de intervención en crisis, ya que éste puede constituir una ocasión para alcanzar mayor madurez y una capacidad aumentada para enfrentarse a las dificultades, ya que de lo contrario, puede permitir que se establezcan reacciones defensivas de inadaptación que posteriormente serán muy difíciles de modificar (Philip, 1976).

Todo el contexto que rodea la situación de las personas con amputaciones, conlleva un gran número de factores entre los que se encuentran los psicológicos, sociales, éticos, médicos, económicos, interdisciplinarios, por mencionar algunos.

La pérdida de algún miembro del cuerpo, repercute principal y directamente en el individuo, ya que es él quien se verá afectado por tal circunstancia, teniendo la necesidad de cambiar tal vez por completo, su vida, sus

actitudes, sus relaciones laborales, sociales, familiares y su auto-imagen; sin embargo, cabe destacar que quienes rodean a la persona amputada (familiares, amigos), no están exentos de dichos problemas, por lo que ellos también requieren de la ayuda profesional conjunta o individualmente del paciente, pero que de cualquier forma contribuya al afrontamiento de la problemática.

Es necesario comprender adecuadamente lo que representa el ser sometido a una amputación, lo más probable es que el paciente (según los miembros afectados) tarde algún tiempo en realizar lo más funcionalmente posible, actividades que requiera del uso del o los miembros perdidos, ya que el proceso de rehabilitación y adaptación a alguna prótesis posible, requieren paciencia y tiempo y de esto dependerá en mucho la calidad de vida del paciente (Topaz y Heim, 1993).

Por otro lado el equipo médico contribuye en gran medida en la rehabilitación del paciente, no sólo por la intervención quirúrgica, sino por su trato directo y continuo con el paciente, ya que sería muy favorable que también contribuyera al apoyo psicológico del paciente, sin embargo es un aspecto que la educación médica no contempla ampliamente.

Gran parte de la vida moderna se relaciona con cambios en el entorno psicosocial a raíz de modificaciones en las relaciones interpersonales, cambios socioeconómicos o pérdida y separación respecto a las personas amadas. Por estas razones, la necesidad de intervenir con respecto a una situación que trae

como consecuencia un desequilibrio, representa un método muy útil para el paciente y sus familiares, ya que la intervención en crisis ayudará a prevenir posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de la experiencia.

Muchas de las situaciones que se describieron en el capítulo 1 (accidentes, enfermedades, etcétera) pueden ocasionar un traumatismo de tal magnitud que requiera que una persona necesite ser sometida quirúrgicamente para amputarle la parte del cuerpo dañada; es aquí donde la intervención en crisis resulta un apoyo para el paciente y sus familiares.

### 3.1 CONSIDERACIONES PARA AMPUTAR (MEDICAS)



U N A M. CAMPUS  
IZTACALA

Considerando la circunstancia única bajo la cual se indica absolutamente la amputación Campbell (1981) distingue que se realiza única y exclusivamente debido a la pérdida irreparable del aporte sanguíneo de una extremidad enferma o traumatizada. De aquí se desprende la siguiente condición, muchas veces una lesión que no afecta a la circulación de la extremidad, es tan grave en otros sentidos que no se puede restaurar su función o se obtendría una función más satisfactoria amputando y colocando una prótesis. En ocasiones se debe amputar para salvar la vida del paciente cuando la infección de una extremidad es incontrolable.

Muchos tumores malignos requieren amputación por razones obvias. En

ocasiones la amputación está indicada para eliminar una parte o la totalidad de una extremidad anormal o congénita, sea por razones estéticas o para mejorar la función.

Campere (1977) refiere otra circunstancia o indicación (término empleado por los médicos) más comunes para amputar, enfermedades cardiovasculares, con o sin diabetes y el sarcoma. El proceso maligno humano con especial hincapié en el sarcoma óseo y los defectos congénitos son los dos procedimientos principales que requieren amputaciones en niños y jóvenes adultos. Las lesiones traumáticas con complicación o infección, o con ambas, son las razones de la mayor parte de las de más amputaciones.

Elbridge (1958) considera también que las gangrenas, tumores, enfermedades, heridas sépticas, fracturas complicadas y grandes traumatismos por aplastamiento, entre otros, son circunstancias que requieren de la amputación. Bajo las mismas indicaciones Long (1992) refiere que aunque puede ser necesaria la amputación parcial o compilaciones de una extremidad debido a un sarcoma (tumor en los tejidos nerviosos de origen maligno o benigno) o traumatismo, la mayor parte de las amputaciones están indicadas en pacientes con arteriosclerosis (enfermedad de las arterias) avanzada y gangrena de las extremidades. La mayoría de las amputaciones se realizan en las extremidades inferiores; resultando los dedos de los pies las partes del cuerpo más amputadas. Long (1992) distingue que también puede ofrecerse la amputación con una opción para mejorar la capacidad funcional mediante una prótesis.

### 3.2 REACCION DEL PACIENTE ANTE LA PERDIDA DEL MIEMBRO

La amputación supone la pérdida de una parte del cuerpo, por tanto generalmente se experimentan sentimientos de pena relacionados con la pérdida. Las alteraciones ocasionadas por la amputación, suelen ser permanentes y producen incapacidad con necesidad de adaptarse a las pérdidas y acomodarse al cambio. Estas personas expresan sentimientos de aislamiento o desplazamiento social.

Lamentan la pérdida de sus capacidades y habilidades, expresan preocupación sobre la continua pérdida de amigos, socios y conocidos. Hablan de estar vivos sin ser capaces de vivir y generalmente se espera que se orienten al presente más que al futuro (Long, 1992).

La presentación repentina e imprevista de una grave deficiencia física como es una amputación traumática, origina habitualmente en la persona que la sufre una grave crisis emocional caracterizada por la confusión, la desorganización, la agitación y la ansiedad, aclarando según la opinión de Ruano (Galvez, 1990) que esto no se generaliza. Dicho autor señala que las dificultades psicológicas más importantes que se han encontrado en pacientes en edad laboral que sufren accidentes de trabajo son, el estado de confusión y sorpresa, desorganización, crisis que lo pueden llevar a desequilibrarlo, alteraciones del sueño, y de la estabilidad emocional, reducción de las relaciones sociales.

sueño, y de la estabilidad emocional, reducción de las relaciones sociales. También se presentan problemas de depresión, sentimientos despreciativos hacia si mismos y de sus posibilidades, así como actitudes pesimistas .

Ruano (Gálvez, 1990) , menciona que el dolor del miembro fantasma también es una reacción de la amputación. A partir de la amputación la persona comienza por no considerarse capaz de lograr algo, después se siente sin fuerzas y construye algunas ideas que son una mezcla de sentimientos de incapacidad, derrota y pasividad.

El hecho de sufrir ahora una grave deficiencia física que antes no se sufría afecta notablemente la propia imagen personal ante los demás, particularmente cuando se trata de las extremidades superiores "que se ven" y origina cambios en las relaciones con el grupo social.

La persona percibe que los otros se relacionan de forma diferente con él o bien , que ha de sufrir miradas e incluso de alejamiento, es posible que sea excluido de ciertas actividades. La persona tiende a aislarse y a reducir su participación social, puede sentir vergüenza y rechazo, o bien percibir sentimientos de lástima y compasión que no desea (Ruano, en Gálvez, 1990).

Elbridge (1958) relata que durante las primeras 24 horas, sobre todo en los ancianos, es frecuente que se produzca un estado semejante al de shock y que el

paciente no se da cuenta de haber sido sometido a la amputación. Muchas veces puede ocurrir que al enterarse sufran gran impresión, a pesar de haberse enterado con anterioridad que iba a someterse a una amputación. En tales casos el mismo autor (Elbridge, 1958) refiere que no es raro que se produzca embolia pulmonar, por lo cual debe ejercerse estrecha vigilancia por si aparecieran signos como tos, dolor en el pecho, hemoptisis (salida de sangre por la nariz, de origen pulmonar), colapso súbito grave, cianosis (deficiencia de oxigenación en la piel y mucosa) o incluso muerte inesperada.

Otros sentimientos que el paciente presenta antes de la operación son de ira, desánimo, aflicción, temor y preocupación (Long, 1992).

Kruger (1988) redacta que el individuo se abre paso y progresa pasando por las fases normales y esperables o predecibles de adaptación en un momento de traumatismo o incapacidad físicas. Dichas fases son cinco: Shock, rechazo, reacción depresiva, reacción contra la independencia y por último la fase de adaptación. Estas fases según Kruger (1988) suelen estar presentes de una u otra forma en la elaboración psíquica saludable y adaptativa de la incapacidad física. Sin embargo dicho autor explica que esas fases no son por lo general nítidas, precisas y progresivas.

Los obstáculos para la rehabilitación emocional suelen manifestarse a través de dificultades para hacer frente a una de esas fases o de una persistencia



de alguna de ellas que impida avanzar hacia las restantes.

El niño o adulto que sufre la pérdida traumática de un miembro se encuentra ante una realidad totalmente nueva que exige la correspondiente redefinición de sí mismo (Sybil y Kohl, en Kruger, 1988).

Cuando un amputado admite la existencia de una extremidad fantasma, debe considerarse como una buena respuesta psicológica. Después de una amputación, el individuo sano lentamente reorganiza su imagen corporal por medio de las nuevas experiencias sensoriales relacionadas con el cambio en la forma del cuerpo.

La persistencia de un defecto físico que irrita los nervios aferentes de la parte amputada retardará esta organización y puede provocar dolor (Calderón, 1981).

El amputado sano acepta su defecto, vuelve a tomar la posición que ocupaba dentro de la familia, regresa a su ocupación y con un muñón adecuado usa una prótesis adecuada. Por otra parte los individuos que sufren un grave trastorno en la personalidad se quejan generalmente de dolor persistente e intermitente en el miembro fantasma que los incapacita para regresar a la vida social; son enfermos que se resisten a aceptar una prótesis y no se adaptan

adecuadamente a la familia, al matrimonio o al trabajo. Tales trastornos de la personalidad, aunque son raros, aparecen cuando la amputación provoca un brote de angustia debido a la distorsión del concepto que el paciente tiene de su cuerpo y por tanto, de sí mismo y de sus relaciones con otras personas. Por otra parte, en el amputado también pueden emerger sentimientos hostiles hacia otras personas con las que se identifica, de quien depende o cuyo rechazo teme. El síntoma doloroso puede entonces simbolizar las necesidades de dependencia o la aprensión de una posible pérdida de dicha dependencia (Calderon, 1981).

### 3.3 DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA COMO REACCION DE LA AMPUTACION

Tras la operación, la mayor parte de las personas experimentan sensaciones relacionadas con el miembro amputado. Es una forma de dolor psicógeno, que pudiera ser parte de los intentos del individuo por restablecer los límites de su cuerpo sin la zona extirpada (Mourad, 1984).

Después de casi todas las amputaciones el paciente tiene la sensación de que aún conserva la parte amputada. Esta sensación puede ser perturbadora, pero raras veces es dolorosa. En general desaparece, en especial si se trata con la utilización de una prótesis con regularidad (Campere, 1977).

El dolor del miembro fantasma es la percepción sensitiva de aquel en una zona amputada. Las sensaciones fantasma también pueden ser síntoma de la negación ininterrumpida de la persona, respecto a la pérdida de una porción importante de su organismo (si el enfermo puede percibir los dedos de los pies o sufre de dolor en ellos, posiblemente aún existen para él) (Mourad, 1984).

Las sensaciones de dolor fantasma tienen bases fisiológicas. Obviamente las respuestas inflamatorias de los nervios a la sección durante la extirpación y la amputación, pueden ser interpretados como dolor en los dedos de manos o pies o zonas inervadas por los nervios inflamados. Después de la lesión, los nervios pueden pasar por una fase de cicatrización anormal, problemas atróficos o degenerativos o problemas "distróficos" como el dolor neurítico o neurálgico. Por tales razones, al principio las sensaciones de este tipo pueden tener bases físicas; sin embargo, cuando el dolor fantasma persiste por un tiempo largo después de la fase inicial de cicatrización, las causas psicógenas pueden asumir mayor importancia, pues a veces es desencadenada por la estimulación proveniente de otros tejidos y surge en personas que han tenido dolor crónico antes de la amputación (Mourad, 1984).

Al respecto algunos estudios han apoyado esta descripción; Catz y Melzack (1990) Jensen, Nielsen y Rasmusen (1985) reportan que los pacientes que experimentaron dolor antes de la amputación son quienes generalmente presentan más el dolor del miembro fantasma; Long (1992) también menciona

que 10 por 100 de los pacientes experimentan sensaciones de malestar (dolor del miembro fantasma) similares al dolor experimentado antes de la amputación o la sensación de una porción molesta o poco confortable. En la mayoría de los casos este malestar desaparece con el tiempo, pero el dolor puede hacerse crónico para algunas personas. Aunque se elimine el miembro el dolor sigue siendo una sensación real y debe deshacerse como algo ilusorio.

Calderón (1981) enuncia que en casi 98% de los amputados se presenta después de la amputación una extremidad fantasma, que al principio se percibe como si toda la extremidad estuviera presente. Conforme pasa el tiempo el apéndice fantasma tiende a disminuir de tamaño y finalmente desaparece y se funde con el muñón.

Algunas personas refieren sensaciones semejantes al piquete de alfileres o agujas, espasmos, quemaduras, tirones y comezón, siendo la causa habitual de que envíen al amputado a consulta neurológica o psiquiátrica (Calderón, 1981).

Un aspecto importante de señalar es que no existe relación clara entre etiología, nivel de amputación, tiempo transcurrido desde la enfermedad causal y la amputación, etcétera, con la aparición del miembro fantasma o sensación subjetiva de la persistencia más o menos molesta del segmento amputado (Gálvez, 1990).

Esta sensación que aparece en personas mayores con padecimiento crónico o en amputaciones traumáticas agudas, se puede considerar normal cuando es reciente y de corta duración. El paciente simplemente recuerda la extremidad que tenía y ahora ni ve, ni toca, ni siente, y la va olvidando, a veces con una sensación de encogimiento o absorción hasta su desaparición u olvido, reapareciendo alguna vez en el tiempo, de forma esporádica, transitoria con muy pocas molestias. Otras veces esta sensación, va acompañada de dolor, sin causa en principio aparente, y entonces se le llama dolor fantasma, que debe reunir una serie de condiciones como es el tiempo transcurrido desde la amputación, el que se extiende a zonas sanas, que duelen ante determinados estímulos, antecedentes patológicos responsables del dolor y estado emocional, siempre a tener en cuenta, tanto para evitarlo como para tratar esta situación (Iniesta, en Gálvez, 1990).

Al respecto Bach, Noreg y Tjélden (1938) señalan que el bloqueo lumbar como bupicaina y morfina antes de la amputación reduce la incidencia del dolor del miembro fantasma en el primer año después de la operación.

El estudio de la reacción psicológica de una pérdida anatómica como una amputación, se describe en la literatura con dos vertientes: negativo, cuando el individuo lo considera evidente, permanente, importante (mucho) y catastrófico (Iniesta en Gálvez, 1990).

Positivo cuando lo asume y entonces lo ve evidente,

importante por su conveniencia salvadora y por tanto, positiva, intencionada y controlada. Por lo tanto la actitud del paciente dependerá del enfoque que se le de a él y a su entorno familiar por parte del personal médico. Pero también se ha de comprender cómo reacciona el individuo normal ante una situación de amenaza de la integridad del individuo:

1.- De no aceptación, de resistencia, de frustración.

2.- Reacción con irritabilidad y culpando a él mismo o a los demás. Esta situación de angustia lleva consigo una descarga de energía que conduce a dos situaciones: a la depresión o a la entrega ante lo inevitable. Desde este punto puede llegar a una tercera fase.

3.- Fase de análisis, compensación y aceptación, seguido de olvido si se ponen circunstancias favorables, o de sustitución de la pérdida por una superación en otro aspecto de la vida.

Es importante que el médico especialista conozca esta realidad somato-psicológica para que tome precauciones, en todo caso terapéuticas y de prevención, diferentes para cada individuo que complementen con éxito la aplicación de técnicas y métodos que además de reparar anatómicamente eviten el sufrimiento y la angustia que es en definitiva lo que da calidad a las técnicas terapéuticas (Iniesta, en Gálvez, 1990). La fisioterapia y el uso de prótesis han demostrado su eficacia tanto para el miembro fantasma como

para el dolor fantasma, también la termoterapia, electroterapia y todas las técnicas que pueda disponer el rehabilitador, desapareciendo un alto porcentaje de estas sensaciones fantasmas.

### **3.4 PERSONAL QUE ESTA EN CONTACTO CON EL PACIENTE**

La primer persona que está en contacto con los pacientes que han sido sometidos a una amputación, es el médico, seguido del apoyo de la enfermera o ayudante, quienes atienden la salud y el estado físico del paciente (Jaynes, en Kruger, 1988).

Si se revisa un libro del área de la salud específicamente de medicina se observa, que el contacto con los pacientes es iniciado por los médicos y enfermeras, seguido tal vez después por algún rehabilitador físico (Vales, en Kruger, 1988).

Con relación a los pacientes con amputaciones, la rehabilitación implica la participación de un trabajo de grupo, un equipo completo de especialistas como son: el médico, el técnico en la fabricación de prótesis, técnicos en psiquiatría, psicólogos, trabajadoras sociales, consejero en rehabilitación (Vales, en Kruger, 1988).

Muchas veces la atención del paciente no rebasa el aspecto físico, es decir, sólo los médicos y las enfermeras contribuyen en este aspecto pero muchas veces no existe un apoyo psicológico manejado por psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales que contribuyan a la estabilidad física y psicológica del paciente; sin embargo esto no es generalizable, ya que Jaynes (Kruger, 1988) refiere que cualquiera de estos profesionales (médico o ayudante) pueden apoyar al familiar comunicándole el estado de salud de su paciente (familiar) como una forma de apaciguar su estado emocional.

### 3.5 PROFESIONISTAS QUE INTERVIENEN EN EL APOYO PSICOLOGICO DEL PACIENTE

Al asistir a una persona que llega a un hospital para amputarle un miembro del cuerpo, debe ser tratado como lo que es, un ser humano que tiene un cuerpo (dañado) y un pensamiento que se conjugan para convertirlo en una persona y por lo mismo resulta muy difícil aislarlo enfocándose a un aspecto por separado.

Es decir, la intervención principal que realiza el médico es de tipo físico, salvarle la vida al paciente y si para hacer esto, se requiere de la amputación del miembro dañado, lo hará a través de técnicas y traos



adecuados para la eficaz y oportuna intervención; sin embargo, es difícil que un médico se enfoque a apoyar psicológicamente a su paciente, y en el mejor de los casos se remite ésta labor a las enfermeras o trabajadoras sociales (Long, 1992).

Feldman (1974, en Kruger, 1988) ha escrito que si la enfermedad es en gran medida un problema de comportamiento y función, puede que el mejor problema de actuación no sea el tradicional, orientado a la enfermedad y utilizado por los médicos. Por el contrario un profesional sanitario debe considerar una perspectiva psicosocial más humana, centrada en elementos tales como la calidad de vida y el significado particular que tenga una enfermedad para una persona determinada. Este enfoque según refiere el autor, supondrá un importante avance hacia un auténtico sistema de cuidados completo.

Con relación a esto, Vales (Kruger, 1988) argumenta que los pacientes con amputaciones son seres humanos incapacitados solo parcialmente en la mayoría de los casos y que mediante una preparación adecuada física y mental, pueden ser tan útiles como las personas normales.

Dicho autor distingue que el médico debe evaluar el aspecto psicológico, por la posibilidad de presentar el paciente complejos y trastornos de la personalidad, pues toda amputación provoca

inevitablemente además de traumas físicos, un desajuste mental.

Valdés (1962) refiere que en el equipo interdisciplinario que interviene en la atención y rehabilitación del paciente, se encuentra la participación del psicólogo. El trabajo del psicólogo en el proceso rehabilitatorio es un factor básico integrante del diagnóstico del equipo, ya que no sólo es el diagnóstico del psicólogo el que aportará como resultado de sus estudios del paciente, es también su intervención directa la que convertirá en realidad la rehabilitación del mismo (Farshal, en Valdés 1962).

Ruano (Gálvez, 1990) menciona que el psicólogo actúa sobre la estructura ideativa del propio paciente y progresivamente le irá ayudando a resolver las crisis, la ansiedad o angustia en torno a la situación, sus sentimientos despreciativos y a su posible retirada y aislamiento de la competencia social.

Los psicólogos en estas situaciones, trabajan con pacientes con amputaciones, promoviendo la autoestima del deficiente físico; el conocimiento de sus aptitudes y de su potencial como ser humano y contribuyendo a la ayuda de su preparación y formación para incorporarse o volver a su mundo en creciente desarrollo, conociendo este proceso como psicología de la rehabilitación (Ruano, en Gálvez, 1990).

Por otro lado, Jaynes (Kruger, 1988) describe que el papel del

ayudante del médico en la rehabilitación emocional del paciente aquejado de grave incapacidad física como implica tranquilizarle y apoyarle con información, disponibilidad y educación. Esto muchas veces es realizado por las enfermeras quienes tienen su cargo apoyar emocionalmente al paciente, siendo que muchas veces necesita de un profesional en el área (psicólogo) (Long, 1992).

Walters (Kruger, 1988) refiere que la enfermera (o) puede realizar la evaluación psicológica, mediante la observación, además de entrevistar al paciente y a miembros importantes de la familia o simplemente conversando con él; son las enfermeras quienes determinan la motivación y el potencial de rehabilitación.

Dicho autor también refiere otro aspecto que sirve para el apoyo psicológico o emocional del paciente, éste es el hablar con quienes han conseguido controlar problemas similares, es decir, la visita de otro amputado.

Una forma de apoyo que otorga la enfermera al paciente es tratar de interesar gradualmente al paciente pidiéndole que sujete el miembro mientras le cambia las vendas o le quitan o ponen el vendaje elástico. Estos comportamientos llevarán al enfermo, llegado el momento, es decir, cuando este dispuesto a aceptarlo, a observar la herida. Este primer vistazo a la insición según comenta Walters (Kruger, 1988) supone un paso importante

hacia la aceptación, y el enfermo debe estar preparado para ofrecer al paciente intimidad y apoyo; una de las cosas más importantes que puede hacer por el lesionado es cuidar sinceramente de él. Cuidarle significa, además, concederle independencia a sus cuidados o atenciones cotidianas, evitar tratarle como si estuviera desamparado, alentar al enfermo a desempeñar un papel activo en los cuidados diarios, ayuda a llevarles a la fase de reconocimiento.

Mirar el muñón según comenta Long (1992), es el primer paso en la incorporación de la ausencia del miembro, en la nueva imagen corporal.

Finalizando con este punto, se considera que toda esa labor no es aislada, ya que todos los problemas médicos, sociales y psicológicos están interactuando, por tanto se insiste en la importancia del trabajo en equipo para lograr la rehabilitación integral del paciente (Pérez, Gálvez, 1990).

### **3.6 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL APOYO PSICOLOGICO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE AMPUTADO**

Long (1992) refiere que algunos principios de los cuidados del paciente se aplica a estos mismos como a sus familiares pero existen otros específicamente con relación al cuidado de la familia, algunos de estos

principios son: entablar contacto, establecer una relación, no permitir que los pacientes se mantengan aislados, estar presentes y hacer que estén presentes otros, mantener una perspectiva familiar, recordar que la familia ha cambiado, incluir a los demás miembros de la familia en el cuidado del paciente, mantener una actitud y comportamiento que no juzguen. Comunicar apoyo compasivo a través de la conducta verbal y no verbal; por ejemplo, si la persona empieza a llorar y se vuelve hacia el que lo cuida, acercarse hacia él, relajarse, no marcharse, permitir al paciente que lllore, estar presente física y emocionalmente para ofrecer seguridad y apoyo.

Existe también la ayuda que ofrecen los psicólogos, psiquiatras, terapeutas, rehabilitadores físicos, etcétera, que ofrecen ayuda a los familiares de estos pacientes. Muchas veces el apoyo que se ofrece es superficial, dando solamente indicaciones del cuidado que deben tener los familiares con el paciente, como vendarle el muñón, (límite del miembro amputado) cómo mantenerse en buen actitud postural, etcétera, pero no cómo sobreponerse psicológicamente (Elbridge, 1958).

## CAPITULO 4

### PROPUESTA DE INTERVENCION EN CRISIS CON PERSONAS QUE HAN PERDIDO ALGUN MIEMBRO DEL CUERPO

El objetivo general de la presente investigación comprendía la identificación de los profesionales que laboran en el servicio de intervención en crisis en los hospitales gubernamentales comprendidos en el municipio de Tlalnepantla que atienden a personas con amputaciones y señalar el tipo de ayuda que se les otorga.

Los objetivos específicos tenían la finalidad de enlistar y enumerar los hospitales del municipio de Tlalnepantla que cuentan con el servicio de intervención en crisis, describir las situaciones que abarca dicho servicio en dichos hospitales del municipio de Tlalnepantla, identificar a los profesionales que se ocupan del servicio de intervención en crisis, ubicar el tipo de profesión que requiere dicho servicio para estar en contacto con los pacientes que pierden algún miembro del cuerpo.

La identificación de los profesionales que apoyan psicológicamente a los pacientes con amputaciones también estaba comprendido dentro de

los mismos objetivos. Señalar el tipo de ayuda que se les brinda a los pacientes que han perdido algún miembro del cuerpo y el tipo de ayuda que se les brinda a los familiares de dichos pacientes, así como el investigar la reacción de los pacientes que formaban parte de los objetivos del presente trabajo.

Para cubrir dichos objetivos el estudio consistía de dos etapas, la primera contemplaba un sondeo realizado en el municipio de Tiainepanita para identificar el número de hospitales que contarían con el servicio de intervención en crisis.

Una vez identificados los hospitales, la segunda etapa consistía en entrevistar a los profesionales de la salud que se dedican al servicio de intervención en crisis (ver anexo), contemplando las situaciones que aborda el servicio, tipo de ayuda que se les otorga a los pacientes con amputaciones y a sus familiares, así como la primera reacción de pérdida del miembro amputado, cubriendo en sí los objetivos de la investigación.

Con la ayuda del servicio Locatel (6-58-11-11) se logró obtener la relación de los hospitales comprendidos en el municipio mencionado. Dichos hospitales se enumeran y enlistan a continuación:

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ( IMSS )

CLINICA	TELEFONO
No. 52	3-90-33-78
No. 56	8-71-17-79
No. 57	5-65-98-20
No. 58	8-71-18-39
No. 59	8-93-26-45
No. 60	5-65-05-12
No. 64	3-10-20-18
No. 72 Hospital General	3-90-30-75
No. 79	3-91-85-59
No.95	3-90-39-97
No.184	8-93-08-11
No. 185	8-84-34-16 al 21
No. 186	3-94-25-02
No. 188	8-73-02-99



## CRUZ ROJA

Tlalnepantla

5-65-02-21

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PARA TABAJADORES  
DEL ESTADO (ISSSTE)

ISSSTE

3-92-13-87

## ISSEMYM

ISSEMYM

3-18-04-47

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO  
(SALUBRIDAD)(ISEM)

ISEM

3-91-59-66

Una vez obtenida esta información se prosiguió a investigar vía telefónica la existencia del servicio en cada uno de ellos.

Desafortunadamente la investigación no pudo continuar su curso debido a que en ninguno de los hospitales se realiza el servicio de intervención en crisis.

Por tal motivo se desarrolla una propuesta de intervención para aquellas personas que están hospitalizadas a causa de la pérdida de un miembro del cuerpo, y que se encuentran en crisis.

## PROPUESTA DE INTERVENCION

### 1.- Intervención de primer orden.

- a) Primera ayuda psicológica.
- b) Evaluación del individuo y su problema.
- c) Comunicación.
- d) Solución de problemas.

### 2.- Atención a propuestas o amenazas de suicidio.

### 3.- Planeación de la intervención terapéutica.

- a) Expresión de sentimientos.
- b) Afectividad.
- c) Relajación.
- d) Autoimagen.
- e) Autoestima.
- f) Autoconcepto.
- g) Autoaceptación.
- h) Conocimiento de las aptitudes.
- i) Preparación y formación para incorporarse a su medio.
- j) Terapia ocupacional.

### 4.- Paradigma de intervención

#### 1.- Factores niveladores que afectan el equilibrio.

- a) Percepción del acontecimiento.
- b) Apoyos situacionales.
- c) Mecanismos de defensa.

## 5.- Intervención de segundo orden.

Terapia multimodal en las crisis (TMM).

## 6.- Cierre, canalización y/o seguimiento.

## 1.- Intervención de primer orden.

La intervención en crisis se divide en dos partes: la primera se toma donde sea, desde unos minutos, hasta horas, dependiendo de la gravedad de la organización o trastorno emocional de la persona en crisis y de la capacidad del terapeuta.

El enfrentamiento inmediato es el enfoque principal. En la práctica esto se divide en tres objetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular recursos de apoyo.

Althaus (1964, en Flores 1993) proponen los siguientes principios auxiliares psicológicos que consisten en la primera ayuda que una persona recibe cuando tiene un problema, la ayuda debe brindarse solamente con referencia a la situación inmediata.

1.- Tratar de calmar a la víctima, aliviar su ansiedad y tensión, comunicar su preocupación por lo que está pasando, transmitir confianza pero sin ser

falso.

2.- Aceptar las limitaciones de la persona y favorecer a que ella también la acepte.

3.- Animar a la persona a hablar libremente sobre lo que piensas.

4.- Ayudar a confrontar la crisis " la única manera de olvidar es recordar".

5.- Cuando la persona comienza a hablar, evitar interrumpir. Ser muy paciente.

6.- Ser un agente activo, escuchando sin apatía.

7.- Tratar de no discutir con la persona, si está en de acuerdo con uno, no decirlo. La solución de él será de mayor éxito.

8.- Aceptar las limitaciones del paciente.

Una de las tareas más importantes es establecer rápidamente una relación de confianza y seguridad psicológica, esto se puede lograr proporcionándole al paciente la impresión de que al contestar preguntas está haciendo una buena labor, ya que de lo contrario (obligar al paciente a tomar un papel más activo) daría pauta para que el paciente se sintiera incompetente, frustrado y finalmente más deprimido todavía (Mackinnon,1988).

La exploración de expectativas y fantasías con respecto a la ayuda psicológica, tienen mucho que ver con anhelos, necesidades y temores, por lo que sería conveniente profundizar (preguntando) sobre éstas (Gómez, 1994).

Contar con formas de registro como son los formatos de entrevista, cuestionarios para la evaluación de las crisis, formas para las notas de seguimiento, información sobre referencias a otras instituciones, test psicológicos, contribuirá en gran medida a la evaluación y a la intervención psicológica (inmediata o posterior).

Otro de los aspectos más importantes es percatarse de que la persona mantiene todavía la comunicación con otros. La señal más alarmante es que la comunicación se encuentre totalmente dañada. Esto indica que la persona ha agotado sus recursos, lo que disminuye la posibilidad de la ayuda en relación a un posible intento de suicidio.

Contar con información pertinente para referir a las personas en caso de necesitar canalización a servicios como asesoría o terapia conyugal o familiar, grupos de apoyo o de terapia, evaluación médica especializada, etcétera y de ser posible contar con un directorio de recursos de la comunidad que faciliten estas labores (Gómez,1994).

Propiciar la expresión franca y sencilla de lo que en esos momentos aqueja tanto al cliente como a cada uno de sus familiares. También sería recomendable ventilar y expresar todos los temores, que lloren juntos y compartan sus penas (el cliente y sus familiares) (Posadas,1990).

Es importante creerle al paciente, aceptar como hecho lo que dice hasta que se demuestre lo contrario.

La adquisición, el desarrollo y el mantenimiento de actitudes y habilidades básicas para facilitar la comunicación resulta una labor de gran utilidad para los fines de la intervención.

Es necesario mostrarle al paciente simpatía, preguntar, clarificar, sugerir e informar ya que esto resultaría benéfico para la relación terapeuta-cliente.

Es de igual forma recomendable, buscar entre los miembros de la familia, al menos afectado, ya que estas personas son las que pueden asimilar mejor los principios que ayudarán al cliente y su familia a aceptar la problemática (Posadas, 1990).

Si el paciente se manifiesta incapaz de hablar o pierde la secuencia de la conversación, el psicólogo podrá simpatizar, resumir lo que ha tenido hasta ese momento y tratar de seguir adelante con un paso más lento. Tal vez mucho de lo que quiere es encontrar a alguien que reconozca su existencia; tal vez necesita desahogarse. Los familiares y los profesionales están para apoyarlo a través de la crisis (Gómez, 1994).

Para el paciente puede ser una experiencia nueva y enriquecedora.

Puede aprender mucho simplemente de tener la oportunidad de expresarse y hablar con libertad.

Se sugiere también la utilización de algunas habilidades para facilitar la solución de problemas, teniendo en cuenta que el programa no pretende resolver todos los problemas detectados, sino sólo aquellos que se pueden relacionar directamente con la crisis, a menos de que esos problemas influyan directamente en la crisis. En el seguimiento se podría evaluar y tratar de ayudar al paciente a resolverlos.

## **2.- Atención a propuestas o amenazas de suicidio.**

Apoyarse en el empleo de comunicación en situaciones de emergencia con las personas que requieran el servicio, ya que muchas de ellas se ven atrapadas en una situación en la que sólo hay una salida; esta solución es el suicidio. La importancia de la comunicación aquí, radica en evaluar amenazas o intentos de suicidio y por consiguiente prevenirlos.

## **3.- Planeación de la intervención terapéutica.**

Como primer punto es necesario considerar ampliamente las necesidades particulares de los clientes.



La tensión, el insomnio, la pérdida del apetito y la alteración de distintos patrones biológicos, suelen presentarse en la mayoría de los casos y requieren atención oportuna. De aquí que el uso de las técnicas de enfoques corporales representa una gran medida. Desde dietas y ejercicios aeróbicos, hasta la utilización de diferentes técnicas de masaje y relajación, la atención a los aspectos corporales durante la intervención en crisis es de importancia central.

Las técnicas de relajación son medios para alcanzar una serie de objetivos. El objetivo principal de éstas técnicas es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión o ansiedad.

Es importante hacerle ver al cliente la importancia de comprender no sólo qué es lo que se va a hacer y cómo, sino también para qué, adecuar la técnica al cliente, es decir, antes de aplicar la técnica hay que evaluar cuál puede ser la más adecuada para esas personas en cuestión, qué elementos necesitan ser más enfatizados, qué problemas se pueden presentar, etcétera (Caballo, 1991).

En relación al aspecto afectivo, el paciente ha establecido relaciones de dependencia con otros individuos y es útil averiguar éstas tempranamente. La ruptura de semejantes relaciones suele ser precipitante

de síntomas depresivos (Mackinnon, 1988).

Las personas que se encuentran en dificultades, necesitan la cercanía de otros seres humanos. Hay que demostrar naturalidad, espontaneidad y apertura.

Es importante animar a padres e hijos (familiares) a mostrar sentimientos de tristeza, dolor, frustración y disgusto cuando no ocurre lo que ellos esperaban. Pero mostrar determinación para cambiar dichas situaciones cuando pueden cambiarse, o bien aceptar las que no tienen alternativa.

El comportamiento de personas significativas para el paciente es de gran ayuda o impedimento, ya que hay quienes no cooperan en cuestiones de comunicación y se muestran impotentes, desesperados y derrotados, lo que contribuye en gran medida a que en el paciente se incremente el riesgo (como un intento de suicidio).

Por el contrario, hay quienes se muestran cooperadores, dándose cuenta de que debe abordarse cualquier problema que indica riesgo y por lo tanto buscan ayuda para su paciente (familiar) en quien aumenta la esperanza y el deseo de ayuda (Gómez, 1994).

Por otro lado, la valoración del autoconcepto es importante porque

como señala Fitts (1995, en Gómez, 1994) la persona tiende a actuar según la percepción que tiene de sí misma, en la cual influye el modo en que otros la ven. Si la persona se ve a sí misma como "positiva" o como "buena" se comporta de tal manera que se confirme esta percepción. Si se percibe como alguien "indeseable", "negativo" o "malo" tenderá a actuar según estas perspectivas.

La retroalimentación, la biblioterapia, el control del dolor, la meditación (disciplinas psico-corporales) pueden utilizarse con efectos positivos para el enfrentamiento de la crisis.

#### **4.- Paradigma de intervención**

La experiencia del paciente, en sí misma no es la causante directa de todos los trastornos que sobrevienen, sino el sistema de creencias y conceptos que reinan en ese momento (Posadas, 1990).

Platicar al paciente la forma en cómo otros pacientes pasaron por la misma situación (una amputación) han salido adelante hablando del modo en que la enfrentaron, (o qué les hicieron falta), de los efectos que tuvo en su vida y en general de cualquier aspecto de la experiencia que se relacione con la crisis de amputación, resulta también otro punto de apoyo.

También es factible facilitar experiencias de aprendizaje con otro paciente con amputación.

La utilización de recursos como audiovisuales, videograbaciones, películas, conferencias muy ejemplificadas y en las que se observen las conductas específicas que indican la práctica efectiva como las que son muestra de la práctica no efectiva de una actitud o habilidad, resulta de gran apoyo para la atención de estos pacientes.

#### **5.- Intervención de segundo orden.**

##### **Terapia multimodal en las crisis.**

Multimodal se refiere al punto de vista de que los procesos emocionales surgen como dimensiones discretas, pero inseparables: conducta, afecto y pensamiento. También debido a que el hombre es considerado no solo como un organismo, sino como un ser bio-psicosocial puede ser estudiado por la teoría general de sistemas.

Cada sistema contiene un subsistema el cual si se ve alterado dará como consecuencia la alteración del sistema. No es posible influir sobre la modalidad sin perturbar el todo. Los subsistemas o modalidades se encuentran estrechamente relacionadas y funcionan conjuntamente.

El considerar al hombre como un ser bio-psico-social (sistema) engloba seis subsistemas, éstos son: lo biológico, las sensaciones, el afecto, la cognición/imaginación, la conducta, y las relaciones interpersonales.

6.- Cierre, canalización y seguimiento.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo pretende brindar una propuesta de intervención psicológica para las personas que se encuentran en crisis.

La propuesta constituye un esfuerzo por contribuir en otorgar ayuda psicológica profesional a quien debido a la pérdida por amputación de algún miembro del cuerpo se encuentra en crisis.

En esta investigación se describen diferentes situaciones provocadoras de crisis como son las enfermedades físicas y o lesiones, los accidentes, resultado de la naturaleza (terremotos, inundaciones, etcétera), así como las áreas que han recibido mayor atención en cuanto a investigación y tratamiento como el intento de suicidio, de violación sexual, etcétera; dicha atención se debe tal vez a la demanda de las personas que pasan por alguna de las situaciones mencionadas.

La pérdida de algún miembro del cuerpo en una persona no es una situación muy frecuente por lo que en este caso es difícil considerar que la intervención psicológica otorgada, se realice adecuadamente a partir de las necesidades o demandas de dichas personas, esta situación merece atención

oportuna, eficaz y de alta calidad humana. La crisis se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares debidas al agotamiento de los recursos psicológicos y a la falta de métodos para resolver dicha situación, considerando que el factor principal que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio esencial entre la dificultad y la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarla

Considerando que la crisis producida por la pérdida de algún miembro del cuerpo es un estado que si no es atendido oportunamente y eficazmente, puede dejar secuelas psicológicas considerables, incluyendo el suicidio, es de vital importancia otorgarle a la persona atención suficiente para evitar precisamente dichas situaciones y lograr que las personas superen satisfactoriamente el estado por el que atraviesan y se integren a su familia y a la sociedad.

Por otro lado, también es necesario considerar al personal que brinda este tipo de apoyo psicológico. Es importante como señala Aguilera (1978), la participación de profesionales y paraprofesionales que apoyen en situaciones que no se daría abasto de atender o ayudar psicológicamente, con la atención de los profesionistas en el área (psicólogos- como en el caso de un sismo en el que generalmente los damnificados son cientos).

Respecto a la aplicación de la intervención en crisis, cada país lo emplea de acuerdo a sus necesidades, demandas y lo realiza de forma particular, siendo en México un servicio muy poco empleado, a excepción de algún hospital (unidad de medicina física y rehabilitación región norte D.F.) que atiende específicamente casos como las secuelas psicológicas debido a las amputaciones.

La intervención en crisis se define como la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultante de una crisis.

La intervención en crisis tiene una amplia difusión y aplicación para otras situaciones, por ejemplo en las violaciones sexuales, pero con relación a los hospitales donde se asiste a personas que necesiten de una intervención quirúrgica para salvar su vida perdiendo un miembro del cuerpo, no se enfocan a la crisis como tal, en vez de esto, su atención se basa y se enfoca en la terapia ocupacional.

Con relación al personal que forma parte del equipo de rehabilitación, es de gran importancia el considerar el aporte que pudiera dar cada uno de ellos, sin dejar de lado el objetivo de su profesión, es decir, médicos, psicólogos, enfermeras, rehabilitadores físicos, entre otros, son quienes integran dicho equipo de rehabilitadores, por lo tanto son quienes están en contacto con la persona que sufre la pérdida de algún miembro del cuerpo y ellos estarían en la posibilidad de contribuir en gran medida a afrontar de mejor forma la crisis.



Considerando que la actuación del psicólogo en lo que se refiere al contacto con las personas hospitalizadas por la amputación de algún miembro del cuerpo no es muy frecuente, resulta importante la implementación de un programa de adiestramiento al personal que está en contacto con dichos pacientes para la adquisición de estrategias de intervención en crisis.

Las demandas de intervención psicológica y el cumplimiento de ellas, muchas veces no ha afrontado adecuadamente las situaciones generadoras de crisis, pero se espera que dentro de muy poco existan programas o propuestas implantadas dentro de cada centro de atención hospitalaria, que pudieran evitar los estados de crisis o en su defecto una vez surgidos, aplicar dichos programas para afrontar de mejor forma secuelas psicológicas considerables, o situaciones de mayor riesgo como el suicidio.

Es conveniente realizar más investigaciones sobre el servicio de intervención en crisis, ya que se espera que la presente investigación genere nuevos intereses por el tema, enfocándose en situaciones generadoras de crisis, como ejemplo, en lo social, en lo económico, político, en la salud, entre otros. También sería satisfactorio encontrar investigaciones posteriores en las que no sólo se quede en una propuesta con las personas que pierden algún miembro del cuerpo, sino que sea de forma práctica para ayudar a quienes lo necesitan.

## A N E X O

- Nombre de la institución.
- Profesión del entrevistado.
- Sexo                      - Edad
- Cargo del entrevistado.
- Actividades que tiene a su cargo.
- Función que desempeña dentro del servicio de intervención en crisis.
- Número de pacientes que tiene a su cargo.
- Situaciones que aborda la intervención en crisis.
- Tipo de apoyo que les brinda a los pacientes con amputaciones.
- Tipo de apoyo que les brinda a los familiares de los pacientes con amputaciones.
- Ayuda específica psicológica al paciente.
- Importancia del servicio de intervención en crisis.
- Importancia del servicio de intervención en crisis con pacientes que han sufrido una amputación.
- Primera reacción del paciente ante el conocimiento de la pérdida del miembro amputado.
- Reacción general del paciente con amputaciones.
- Seguimiento de los pacientes con amputaciones.
- Opinión acerca de capacitar a voluntarios (no profesionistas o profesionistas ajenos al área de la salud) para ayudar en el servicio de intervención en crisis.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilera, D. Crisis intervención. The c.v. Mosby company Estados Unidos, 1978.
- 2.- Bach, Noreg y Tjelliden. Pain. Phantom limb pain in amputees during the first 12 months folling limb amputation after preoperative epidural blockade. Vol.33 1988 pp. 297-301.
- 3.- Bellak. Psicoterapia breve. Paidos. México. 1980.
- 4.- Caballo, V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI. España, 1991
- 5.- Campbell, A. Cirugía ortopédica. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1981.
- 6.- Calderon, G. Psicología social y comunitaria. Ed. Trillas. México, 1981.
- 7.- Campere, E. Cirugía ortopédica. Ed. Interamericana. México, 1977.
- 8.- Caplan, G. Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidos. México, 1985.
- 9.- Cohen, G. La psicología de la salud pública. México, 1975.
- 10.- Cohen, R. Atención emocional al paciente Ed. La prensa médica mexicana. México, 1988.
- 11.- Coleman, J. Psicología de la anormalidad y vida moderna. Ed. Trillas. México, 1988.

- 12.- Dixon, S. Working whitth people in crisis. Ed. Mervill publish company. Estados Unidos, 1987.
- 13.- Elbridge, E. Enfermería quirúrgica. Ed. Internacional, 1958.
- 14.- Flores, A. La participación del psicólogo en situaciones de desastre una propuesta de intervención. Tesis profesional. U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala México, 1993..
- 15.- Gaitán, A. Guía de capacitación y Manual de procedimientos del Sistema Psicológico por Teléfono. Sapitel Ed. Universidad Iberoamericana. México, 1994.
- 16.- Gálvez, F. Rehabilitación, protetización y reinserción laboría de los amputados. MAPFRE. España, 1990.
- 17.- Goldman, H. Psiquiatría general. Ed. El manual moderno. México, 1994.
- 18.- Gómez, J. Intervención en las crisis. Ed. Plaza y valves. México, 1994.
- 19.- Hyman, S. Manual de urgencias psiquiátricas. Salvat editores. Barcelona, 1990.
- 20.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. Zona Norte. 1995
- 21.- Jensen, T., Krebs, B., Nielsen, J., Rasmussen, P. Pain. Immediate and Long Termphantom Limb Pain in Amputees: Incidence, clinica characteristics and Relationships to preamputation Limb Pain. 21 1985 pp. 267-278.
- 22.- Kohan, N. El profesor y la orientación vocacional. Ed. Trillas México, 1980.
- 23.- Kruger, D. Psicología de la rehabilitación. Ed. Herder Barcelona, 1988.



- 24.- Katz, J. y Melzack, R. Pain. Pain "memories" in phantom limbs: review and clinica observations. Vol. 43 1990 pp. 319-336.
- 25.- Long, B. Enfermería medicoquirúrgica Vol. 1. Cap. 5. Ed. Interamericana Mc. GraW Hill. España, 1992.
- 26.- Mackinnon, R. Psiquiatría clínica aplicada. Ed. Mc. Graw Hill. México, 1988.
- 27.- Mourad, L. Enfermería ortopédica. Ed. Interamericana. México, 1984.
- 28.- Phillip, S. Manual de psiquiatría. Ed. El manual moderno. México, 1976.
- 29.- Posadas, R. Intervención psicológica en familiares de pacientes deshauciados. Tesis profesional. U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala México, 1990.
- 30.- Sherr, L. Agonía , muerte y duelo. Ed. El manual moderno. México, 1992.
- 31.- Staikeu, K. Intervención en crisis. Ed. El manual moderno. México, 1988.
- 32.- Topaz, M. y Heim, M. Revista de ortopedia y traumatología. Amputación bilateral de miembros inferiores. Dilemas para tomar esta decisión en el servicio de urgencias. Vol. 37. 1993. pp. 227-230.
- 33.- Valdés, J. Sociedad de cirugía del hospital Juárez S.C. Curso actualizado de ortopedia y rehabilitación. México, 1962.