

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA**

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**“SIGNIFICADOS DE LAS VIVENCIAS DE PACIENTES CON DIABETES QUE
HAN SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LOS MIEMBROS
INFERIORES”**

PRESENTADO POR:

DORIS PATRICIA LÓPEZ ANDRADE CARNET: LA08021

KEYLA ELIZABETH LÓPEZ ROBLES CARNET: LR13015

CINDY MARGARITA MONGE LÓPEZ CARNET: MI14009

DOCENTE DIRECTORA

MTR. AMPARO GERALDINE ORANTES ZALDAÑA

CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE 2019.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA

VICERRECTOR ACADÉMICO:

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIADO JOSÉ VICENTE CUCHILLAS

DECANO

LICENCIADO EDGAR NICOLÁS AYALA

VICE DECANO

MAESTRO HECTOR DANIEL CARBALLO

SECRETARIO

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO

LICDA. AMPARO GERALDINNE ORANTES ZALDAÑA

DOCENTE ASESORA

DEDICATORIA

“Juzgar si la vida vale o no la pena vivirla, equivale a responder la pregunta fundamental de la filosofía... por lo tanto, concluyo que el significado de la vida es la pregunta más urgente”

Albert Camus, Mito de Sísifo, 1955.

Esta investigación está dedicada a:

La Universidad de El Salvador por ser la casa de estudios a la que le debemos nuestra formación profesional.

A la Licda. Amparo Orantes quien brindó sus conocimientos, dedicación y paciencia a la realización de esta investigación.

A la Asociación de Diabetes de El Salvador (ASADI) quien nos brindó su colaboración en el acceso a pacientes.

A nuestras familias quienes incesantemente nos han apoyado y que han creído sin condiciones en nuestros objetivos y metas.

A los participantes quienes compartieron y confiaron sus historias de vida, sin cuya ayuda este trabajo no habría sido posible.

A los catedráticos del Depto. De Psicología, quienes compartieron su calidez humana y conocimientos a nuestra formación profesional.

A nuestros amigos quienes se alegran con nuestros éxitos y nos ayudan a levantarnos ante fracasos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Enunciado del problema	9
1.3. Objetivos de investigación.....	10
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos específicos	10
1.4 Justificación del estudio.....	11
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL	14
2.1 Diabetes mellitus una emergencia mundial.	14
2.1.1 Diabetes un problema de salud pública.....	14
2.1.2 Tipos de diabetes mellitus.....	16
2.1.3 Tratamiento farmacológico y no farmacológico de diabetes mellitus	17
2.1.4 Complicaciones de la diabetes mellitus	19

2.1.5 Amputación de los miembros inferiores por complicaciones crónicas en diabetes mellitus	20
2.2. Atención al paciente diabético en El Salvador	22
2.2.1 Relación de paciente con el equipo de salud.....	25
2.3 Aspectos psicológicos del paciente diabético	25
2.3.2 Los modelos y estilos de afrontamiento.....	28
2.3.3 La diabetes y las emociones.....	29
2.3.5 Apoyo social en la diabetes.....	32
2.3.6 Rol del psicólogo	33
2.4 Aspectos psicológicos del paciente diabético que ha sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores.....	34
2.4.1 La comunicación entre el personal de salud y el paciente diabético pre y post amputación.....	34
2.4.2 Comunicación pre-amputación	36
2.4.3 Aspectos psicosociales involucrados en la adaptación de pacientes amputados.....	37
2.4.4 Efectos psicológicos en el paciente amputado.....	38
2.4.5 El duelo en pacientes amputados	40
2.4.6 Las estrategias de afrontamiento.....	41
2.4.7 Intervención psicológica pre y post amputación.....	42

2.5 Modelo post-racionalista.....	43
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.1. Método de investigación.....	48
3.2. Diseño de investigación.....	49
3.3. Ubicación del contexto.....	50
3.4 Muestra y muestreo de la investigación.....	51
3.5. Participantes.....	51
3.5.1 Características generales.....	52
3.5. 2 Características específicas.....	53
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	55
3.6.1 La entrevista.....	55
3.6.3. Prueba psicológica.....	60
3.6.4 Escala Diabetes 39.....	61
3.7. Procedimiento de planificación, recolección e interpretación de datos.....	63
3.7.1 Fase de Planificación.....	63
3.7.2. Fase de recolección de datos.....	63
3.7.3. Fase de interpretación de datos.....	65
CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	69

4.1 Diagrama de categorización para la comprensión del estudio.....	71
4.2 Descripción e Interpretación de Datos de las Entrevistas en Profundidad	72
4.3 Discusión de Resultados	92
CAPÍTULO 5. HALLAZGOS.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	.112
ANEXOS.....	.119
INDICE DE ANEXOS.....	120

RESUMEN

En la presente investigación se han interpretado los significados de las experiencias de pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores, esto ha sido posible con la aplicación de la metodología cualitativa y de la aplicación del diseño fenomenológico, y el bagaje teórico del modelo psicológico post-racionalista. Además como un aporte a la Asociación de Diabetes de El Salvador se propone un Programa de Intervención Psicológica para pacientes diabéticos amputados orientado a mejorar la calidad de vida de esta población.

La muestra seleccionada fue constituida por cuatro pacientes diabéticos amputados, siendo esta la única condición para poder participar. Los instrumentos utilizados fueron; cuatro entrevistas en profundidad que exploraron los existenciales de la fenomenología y la afectación de los procesos cognitivos, afectivos y conductuales de los pacientes, una bitácora de observación, y el Cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39. A partir de la aplicación de los tres instrumentos se realizó una triangulación lo que permitió constatar la información encontrada.

La vivencia de ser un paciente diabético amputado significa ideas de muerte constante, desesperanza, incapacidad de adaptación, discapacidad física, indefensión ante la diabetes y la amputación y resignación. Lo que produce ansiedad, depresión, frustración, sentimientos de inutilidad y de carga para sus familias.

Palabras claves: Significados, metodología cualitativa, fenomenología, diabetes, amputación, Modelo psicológico post-racionalista.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente documento se presenta el informe final de investigación sobre: significados de las vivencias de pacientes con diabetes que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores. Estudio que tenía como propósito conocer ¿Cuáles son los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores?, Justificando que a pesar de la prevalencia de diabetes en el país existe poca información sobre los aspectos psicológicos y por lo tanto investigaciones como la presente buscan profundizar en estos conocimientos que permitan una comprensión holística y teórica sobre el tema.

En el marco referencial se presenta la definición, tipos de diabetes, tratamiento para la enfermedad y las complicaciones que puede generar en las personas que la padecen. También se detalla la relación que establecen los/as pacientes con el sistema de salud público en El Salvador, finalmente se mencionan los aspectos psicológicos que se presentan al ser una persona diabética y con una amputación menor o mayor.

En la metodología se explica que la investigación se realizó desde un enfoque cualitativo debido a que es el más pertinente para el tema de investigación, así mismo el diseño fenomenológico utilizado permitió estudiar la problemática por medio de los cuatro existenciales básicos: tiempo vivido, cuerpo vivido, espacio vivido y comunalidad. Las entrevistas en profundidad, la bitácora de observación y la escala de diabetes 39 que fueron los instrumentos y métodos aplicados, permitieron profundizar en la información de cada paciente, para luego comprender la experiencia subjetiva de cada una de las personas con amputación.

La presentación de los resultados se realiza mediante un diagrama que sintetiza los significados de las personas con diabetes que han sufrido una amputación, posteriormente se presentan las vivencias de las personas de acuerdo con cada existencial. También se realiza la interpretación de las experiencias de las personas por medio del modelo post racional de Vittorio Guidano para dar una explicación desde la perspectiva psicológica.

Finalmente se describen los hallazgos en cada uno de los existenciales del diseño fenomenológico, reconociendo el cambio que significó para cada uno de los participantes la pérdida de un miembro de su cuerpo. El informe escrito se cierra con referencias bibliográficas, anexos donde está ubicada la propuesta de un programa de intervención psicoterapéutico grupal para pacientes diabéticos que han sufrido un amputación, realizado a partir de los hallazgos obtenidos en la investigación, como un aporte social a la Asociación de Diabetes de El Salvador. Además cuenta con un disco anexo donde se pueden encontrar los audios de las entrevistas en profundidad aplicadas que constatan el proceso de recopilación de datos. Esperando que el informe escrito satisfaga las expectativas del lector.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018)

Esta enfermedad se presenta principalmente en Diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 1: “También llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona” (OMS, 2018). En cambio, la diabetes tipo 2 o mellitus:

Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción. (Rojas, 2012, pág. 7)

Esta enfermedad genera complicaciones en las personas que la padecen, entre las cuales podemos mencionar: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, pérdida de visión y amputación de piernas o miembros inferiores.

“Entre el 40% - 50% de los diabéticos desarrollan a lo largo de su vida una úlcera en el pie, que en un 20% de los casos es la causa de la amputación de la extremidad” (J.Marinello Roura, 2002, pág. 16). Las personas que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores sufren diferentes efectos tanto a nivel físico como psicológico.

En el aspecto físico las personas se pueden enfrentar a limitaciones funcionales, fracasos funcionales, dolor relacionado con la prótesis, sensaciones fantasmas y cansancio. Por otra parte (Orol, 2008) afirma que:

Las consecuencias psicológicas de una amputación, queda dicho, van a depender de muchas variables individuales, existiendo una vulnerabilidad previa que determinará ante la misma situación y acontecimientos unas personas se depriman y otras no. Esta vulnerabilidad está relacionada con la forma de procesamiento mental, cognitivo y emocional previo, activándose en los casos de desarrollo patológico y esquemas disfuncionantes de actuación ante sucesos estresantes y dolorosos. (p.4)

También pueden presentar cinco etapas que permiten la aceptación de esta condición a nivel psicológico: La primera es la negación, la segunda es enojo y el culpar de la pérdida a Dios, médico u otras personas. La tercera es la negociación, en esta intentan posponer la realidad de la amputación e intentará discutir con su doctor o una figura religiosa. La siguiente fase es la depresión, es la más complicada, no es una depresión clínica generalmente, los síntomas son el exceso o la falta de sueño, sentimientos negativos de la realidad y su futuro, sentimientos de desesperación y hablar de la muerte. Finalmente, aceptación y esperanza, esto se logrará con el tiempo y el diálogo con personas que han superado este proceso. (Morris, 2008)

Además de estas cinco etapas, la persona puede experimentar cambios a nivel afectivo, cognitivo y conductual, que se describen a continuación: De manera afectiva/emocional pueden experimentar emociones como: frustración, ansiedad, miedo, tristeza, depresión severa o prolongada y pérdida de autoestima. A nivel cognitivo pérdida de confianza en sí mismo, cuestionamiento de su apariencia física, ideas suicidas, evasión de la realidad y pensamientos distorsionados de su futuro.

En el área conductual pueden activarse mecanismo defensa inconsciente como: desplazamiento, retraimiento, aislamiento severo, racionalización, somatización, y comportamiento violento.

Las dificultades que puede presentar esta población a nivel de salud son diversas por lo cual El Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) son las instituciones encargadas de brindar atención a los pacientes con diabetes, el MINSAL es el encargado de la salud de toda la población salvadoreña que no cuenta con seguro médico. El MINSAL posee tres niveles de atención, el primer nivel de atención abarca todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, básicas, intermedias y especializadas en las cuales se brinda la atención primaria a los pacientes con diabetes, dentro de los servicios que recibe la población están incluidos: el diagnóstico inicial, el medicamento y consultas de seguimiento, incluso muchas UCSF cuentan con grupos de apoyo educación y autocuidado para el autocontrol de la enfermedad.

El segundo nivel de atención está formado por Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales en donde se atienden complicaciones como pie diabético, úlceras diabéticas,

problemas visuales, pacientes con larga evolución de diabetes (10 años) y una historia de hipoglicemia e hiperglicemia severo o expectativas de vida limitada.

En el tercer nivel se incluyen los Hospitales con máxima capacidad resolutive diagnóstica y terapéutica, cuentan con múltiples subespecialidades de la atención médica y poseen equipos multidisciplinarios para la discusión de casos, por lo que atienden patologías de alta complejidad; entre ellas amputaciones parciales o totales de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus, siendo esta una cirugía mayor su recuperación puede llevar meses de hospitalización (Ministerio de Salud El Salvador [MINSAL], 2017).

El ISSS brinda atención a todas las personas que cotizan seguro y a los familiares de los asegurados, divide las atenciones en dos niveles, atención ambulatoria donde se encuentra la atención primaria que se brinda en los centros de atención de día, las clínicas empresariales, comunales, unidades médicas generales y unidades médicas especializadas, en muchos de estas instituciones de salud se encuentra el programa de clínicas metabólicas donde se atienden patologías crónico-metabólicas, entre ellas la diabetes mellitus, buscando un diagnóstico temprano y abordaje oportuno farmacológico y no farmacológico, contando con un equipo multidisciplinario para el tratamiento de los pacientes con diabetes.

En el segundo nivel de atención se encuentra la atención hospitalaria que al igual que la atención de primer nivel cuenta con el programa de clínicas metabólicas, pero cuenta con especialistas capacitados para emergencias que la atención de primer nivel no pueda resolver, es decir cuando el paciente se encuentre en una condición aguda, crítica y excepcional que comprometa su vida será referido al hospital del ISSS más cercano para brindarle atención médica, por lo tanto este nivel de atención atiende casos de diabetes que son complicados,

donde deben estabilizar a la persona para salvaguardar su vida (Instituto Salvadoreño de Seguro Social [SSS], 2003- 2019).

Además de las instituciones de salud antes mencionadas en El Salvador existe la Asociación de Diabetes de El Salvador (ASADI) cuya misión es educar a las personas para que aprendan a convivir con este problema de salud grave, crónico y complejo. ASADI es la única organización sin fines de lucro cuyo único propósito es mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. ASADI fue fundada por el Doctor Roberto Cerritos, médico endocrinólogo en octubre de 1985.

La desinformación de la enfermedad y sus complicaciones, causa más daño que la misma condición. Por ello ASADI brinda charlas informativas sin costo alguno para todas las personas que quieran informarse de manera integral a través de talleres educativos, además reciben atención clínica médica y venta de insumos para diabéticos de esta manera la Asociación se sostiene económicamente pues no recibe apoyo gubernamental a pesar de su aporte social y en salud.

Los pacientes que acuden al llamado de la asociación son beneficiarios de charlas informativas, de grupos psicoterapéuticos desarrollados por alumnos de la Universidad de El Salvador u otras universidades y participan en actividades recreativas. Gracias a eso los pacientes mantienen regulado su nivel de azúcar en sangre y así se procura evitar complicaciones.

Los pacientes en agradecimiento son participativos, colaboradores entre ellos y con la Asociación creando una red de apoyo social, lo que es un recurso interpersonal a la hora de afrontar una dificultad médica o de otra índole. Lastimosamente el alcance de la asociación no

es el suficiente pues hay mucha necesidad de información en la población diabética, pero la asociación no cuenta con los recursos necesarios para llegar a los 14 departamentos de El Salvador.

Las personas que forman parte de esta investigación comparten una misma realidad el haber perdido una extremidad inferior de su cuerpo a causa de la diabetes, pero también podemos encontrar otras características que son comunes en ellos y se presentan en el siguiente párrafo.

La primera de ellas es que todas las personas que se han incluido en la investigación tienen más de diez años con el diagnóstico de diabetes, algunos incluso tienen dos décadas de estar conviviendo con la enfermedad y se encuentran con medicación para mantener un adecuado estado de salud. La mayoría de ellos proviene de familias en las que hay otros miembros que también tienen la misma enfermedad por causales hereditarias o malos hábitos, en algunos casos esto les genera preocupación por hacer una diferencia en su vida.

La segunda es que al momento de la amputación han experimentado un proceso de adaptación ante la situación de pérdida, pasando por diferentes etapas y sentimientos como la tristeza, el enojo, la preocupación.

La tercera característica es que todos los participantes son de escasos recursos económicos, por lo cual ha sido fundamental el apoyo de familiares, amigos y vecinos. La fe que ellos manifiestan también ha sido muy importante ya que les ha ayudado a soportar el reto que significa para ellos su condición de amputados, Finalmente es importante mencionar que todas las personas se encuentran en control de su diabetes en instituciones de salud, aunque algunos de forma inconstante.

A continuación, se presentan cada una de las personas que se encuentran participando en la investigación de manera voluntaria con sus características individuales de una manera breve ya que en el apartado de metodología se describen con más profundidad.

El primer paciente del sexo masculino, le amputaron un dedo del pie derecho esta noticia fue devastadora para él y experimentó sentimientos de tristeza intensos, preocupación por su futuro, por su trabajo y la situación económica, también tenía miedo de que esa amputación no fuera la única sino como en otros casos significó el inicio para otras cirugías en su cuerpo.

El segundo paciente es de sexo masculino de 76 años de edad, quien ha sufrido la amputación total de su pie derecho y de su pie izquierdo, por lo cual se encuentra en una silla de ruedas, anteriormente se dedicaba al trabajo de campo, actualmente experimenta sentimientos de tristeza e inutilidad, enojo y frustración, siendo su familia lo único que le genera felicidad.

La tercera paciente es de sexo femenino y su amputación fue de la pierna derecha, al momento la noticia le generó sentimientos de tristeza por la pérdida de su miembro, ahora esos sentimientos han cambiado por frustración al no sentirse independiente y más bien considerarse una carga para los demás miembros de su familia, esto la mantiene constantemente preocupada además de pensar que la diabetes le causara otras enfermedades más graves para su salud.

La cuarta y última paciente es de sexo femenino, de 70 años de edad, fue amputada hace dos años de su pie derecho, vive con su hija y su nieto, pero también cuenta con el apoyo de los 3 hijos que no viven con ella, actualmente se encuentra en silla de ruedas a la espera de una

prótesis que le ayude a realizar más actividades, presenta sentimientos de tristeza, culpa, frustración y enojo, por lo cual su proceso de adaptación es lento.

Respecto a la descripción anterior es de notoria necesidad el brindar atención a esta población desprotegida, que atraviesa crisis en menor o mayor medida, pues nadie está preparado para sufrir una amputación menos a causa de diabetes que actúa de forma silenciosa sin dar síntomas tan evidentes e incapacitantes. Por lo que la enfermedad puede llegar a complicarse y hasta entonces prestar atención a su salud pero en ocasiones es demasiado tarde sometiéndose a procedimientos más complicados como los es una amputación en los miembros inferiores, ya que la neuropatía periférica y la mala circulación causa daños en los nervios periféricos y disminuye la capacidad para sentir dolor y otras sensaciones viéndose disminuida la capacidad de curación debido a la mala circulación, haciendo propenso al paciente para adquirir infecciones (ACFAS, 2019)

Los pacientes también atraviesa un proceso de duelo el cual es un estado de adaptación ante la pérdida, las etapas del duelo mencionadas por Kubler Ross (1969) son: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación. En la medida que el paciente pueda adaptarse a la pérdida y a la nueva condición, cambiando su estilo de vida, priorizando la adherencia del tratamiento y las actividades de autocuidado así será su nivel de calidad de vida, pues como paciente diabético siempre estará la posibilidad de una recaída, pero con estas medidas puede mantenerse alejado del quirófano y evitar una nueva pérdida.

También el paciente debe tener ciertas características personales que le permitan gestionar sus emociones ya que éstas influyen de manera directa en su estado de salud general,

principalmente con respecto al control de la ansiedad y de la depresión (Rodríguez-Moctezuma, María Elisa, & Alma Rosa, 2015)

La familia también juega un papel importante la cual se vuelve un recurso vital para el afrontamiento y la adaptación del paciente por lo que es importante una red de apoyo que le facilite la realización de actividades y que empatice con su condición de salud.

Por lo anterior descrito los pacientes diabéticos que han sufrido un amputación es una población que atraviesa varias crisis emocionales por padecer una enfermedad crónica y por el riesgo latente de agravar y que se complique su condición médica, es necesario por ello evidenciar sus necesidades biopsicosociales, para que reciban una atención integral que les permita desarrollar mecanismos de afrontamiento favorables para que puedan seguir con su vida, con la enfermedad, aceptando su cuerpo y adaptándose a su nueva funcionalidad para ello es necesario conocer ampliamente cuales son las necesidades particulares que un paciente en estas condiciones puede poseer, es vital además profundizar en sus vivencias y así ampliar lo que se conoce sobre los pacientes que han sufrido un amputación.

1.2. Enunciado del problema

En relación al planteamiento del problema descrito anteriormente y de acuerdo a las situaciones descritas relacionadas con la temática concernientes a este trabajo se proponen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores?

- ¿Cómo se interpretan los efectos en los procesos psicológicos a partir de los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1 Objetivo General

- Comprender las experiencias vividas de pacientes con diabetes que han sufrido amputación total o parcial de sus miembros inferiores con la finalidad de obtener información amplia a través de la aplicación del diseño fenomenológico que permita abonar a los conocimientos teóricos de la problemática

1.3.2 Objetivos específicos

- Profundizar en los significados de las vivencias de los pacientes a partir de haber sufrido una amputación por medio del análisis de los datos desde un enfoque cualitativo para identificar los cambios en los procesos psíquicos de los pacientes ante esta condición
- Interpretar los efectos psicológicos de acuerdo a los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores por medio de la aplicación del modelo post racional para la construcción de una explicación teórica de la problemática.
- Elaborar un plan de intervención psicoterapéutico grupal para los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores para ser aplicado por profesionales o voluntarios en la Asociación de Diabetes de El Salvador.

1.4 Justificación del estudio

La diabetes mellitus es una afección crónica que no tiene cura por lo cual se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud “La prevalencia de la diabetes mellitus oscila entre 6% y 9% en todos los países de la región de América Central, con excepción de Belice, donde alcanza el 12%” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

En El Salvador se estima que el 10% de la población adulta (mayores de 20 años) padecen diabetes tipo 2, lo cual, según el reciente censo de población equivale aproximadamente a 400,000 personas. De este 10% de personas diabéticas el 25% (una cuarta parte) desconoce que padece la enfermedad. (Albayero, 2018)

El desconocimiento de la enfermedad y cómo tratarla puede llevar a complicaciones graves como la amputación parcial o total de los miembros inferiores, causado por el llamado pie diabético, provocando en las personas un cambio radical en su vida, incluyendo su salud mental.

A pesar de la prevalencia de la diabetes existe poca información que profundice sobre los aspectos psicológicos de un paciente amputado por diabetes, por lo tanto investigaciones como la presente buscan profundizar en estos conocimientos que permitan una comprensión holística y teórica sobre el tema.

Existen investigaciones cuantitativas que abordan la temática desde un enfoque médico, dejando de lado el aspecto psicológico (González, 2010). También existen diferentes artículos de revistas que exploran la parte psicológica (García, 2017) En el Salvador hasta el momento no se ha encontrado ninguna investigación cuantitativa o cualitativa que aborde esta temática

centrándose en los aspectos psicológicos de los pacientes amputados, por lo cual realizar esta investigación siguiendo un enfoque cualitativo permitirá obtener e incrementar los conocimientos sobre las vivencias y los significados de los pacientes con esta condición y así profundizar en la realidad tal como lo experimentan cada uno de los participantes en su vida diaria (su ambiente natural) lo que se convertirá en el valor teórico de la investigación que sirva de base para próximas investigaciones

El ser amputado de los miembros inferiores tiene una pigmentación particular y única para cada paciente por lo que para comprenderlo es necesario profundizar en las experiencias personales, por ello se considera la metodología cualitativa la más adecuada para este tema de investigación este por tanto es el valor metodológico de la investigación por la carencia de investigaciones con este enfoque en esta población especialmente ignorada por la investigación científica en psicología en El Salvador.

Se aplicará el diseño fenomenológico ya que este permitirá profundizar en la esencia de las cosas, es decir la relación que existe entre los hechos (fenómeno) y el ámbito en que se hace presente esta realidad (psiquismo, conciencia), del cual se realiza un análisis descriptivo en base a las experiencias intersubjetivas, obteniendo símbolos que permiten interpretar y analizar los datos obtenidos, mediante la aplicación de la observación, entrevistas, narraciones, grabaciones, transcripciones de audio u otro tipo de registros, que nos permitan conocer a profundidad las experiencias compartidas.

El aporte social que la presente investigación brindará está relacionado con la comprensión profunda de los significados de los participantes a través del análisis de sus vivencias, en un ambiente lleno de empatía, de interés genuino y de escucha activa. Lo que

promoverá el desahogo emocional en cada uno de los participantes. La investigación se realizará en la Asociación de Diabéticos de El Salvador (ASADI) al finalizar se le brindará un plan de abordaje psicoterapéutico grupal para atender a esta población, a pesar de no ser el objetivo primordial del enfoque cualitativo de investigación, será parte del compromiso social adquirido con la institución.

La investigación obedece a los intereses del equipo investigador, lo que aumentará el asidero de competencias en el área clínica, permitiendo también cumplir con el requisito establecido por la Universidad de El Salvador para obtener el grado de Licenciatura en Psicología.

CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Diabetes mellitus una emergencia mundial.

La diabetes es una de las enfermedades metabólicas crónicas que más relevancia ha adquirido en el campo de la salud, Ojeda González & Dávila Cabo de Villa (2012) la definen como: “Desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”, este concepto breve podría provocar confusión al lector, por lo cual también se puede entender la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, siendo esta una hormona que regula el azúcar en la sangre, al fallar podría provocar el aumento de la azúcar en ella, lo cual con el tiempo dañaría gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2018).

2.1.1 Diabetes un problema de salud pública

Según el informe del 2016 de la OMS “422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980, la prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016). La diabetes suele causar muchas muertes, en el 2012 provocó 1,5 millones de muertes, también se dieron 2,2 millones de

muerres más debido a las complicaciones que provoca la diabetes en diferentes sistemas del organismo y la mayoría de muertes son en personas menores de 70 años (OMS, 2016).

La diabetes conlleva repercusiones económicas en cada país y por supuesto en la familia de cada persona que es diagnosticada con esta enfermedad, cada país cuenta con recursos para tratar esta enfermedad pero dependen del nivel de ingresos con el que cuente, muchos países le apuestan a la prevención ya que esto disminuiría gastos en tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que las instituciones públicas de salud deben brindar a esta población. La diabetes tipo 1 no puede prevenirse pero la diabetes tipo 2 si, por lo cual muchos países le apuestan a la educación en salud donde se busca promover el ejercicio físico con regularidad, mantener una alimentación sana, evitar fumar y controlar la tensión arterial y los lípidos.

La OMS (2016) afirma que en los países de ingresos bajos el personal médico que ofrece atención primaria de salud no tiene acceso a las tecnologías básicas necesarias para ayudar a las personas con diabetes a gestionar adecuadamente su enfermedad, lo que significa que no cuentan con los recursos necesarios para brindar un tratamiento integral y un seguimiento adecuado que disminuiría el riesgo de tener complicaciones. También se debe mencionar que en los países de bajos y medianos ingresos con frecuencia no se dispone de los medicamentos esenciales que son fundamentales para controlar la diabetes y muchas veces la población afectada no cuenta con el recurso económico para comprarlo por lo cual optan por suspender el tratamiento hasta que lo puedan recibir de manera gratuita, esto aumenta el riesgo de tener complicaciones.

2.1.2 Tipos de diabetes mellitus

Existen 4 tipos de diabetes, se clasifican en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y diabetes como consecuencia de otras enfermedades físicas o defectos genéticos

La diabetes tipo 1 generalmente se diagnóstica en niños y adultos jóvenes, el páncreas no produce ninguna insulina. (McGraw-Hill- Education, 2012) Afirma que. “La diabetes mellitus tipo 1 es consecuencia de interacciones de factores genéticos, ambientales e inmunológicos, que culminan en la destrucción de las células beta del páncreas y la deficiencia de insulina” (p. 2973). Los factores de riesgo están menos definidos para este tipo de diabetes, pero como se menciona anteriormente los factores autoinmunes, genéticos y ambientales están involucrados, por lo cual su prevención se vuelve difícil, los sujetos genéticamente vulnerables pueden desarrollarla en cualquier momento y los tratamientos para evitarla o retrasarla no han sido exitosos, generalmente se busca fortalecer el sistema inmunitario o administrar vía oral pequeñas cantidades de insulina a las personas con alto riesgo a desarrollarla, sin embargo esto no ha evitado que posteriormente se desarrolle la diabetes mellitus tipo 1, por lo cual hasta el momento ningún tratamiento ha sido eficaz en su prevención.

La diabetes mellitus tipo 2 es cuando el cuerpo no produce suficiente insulina (secreción anormal) o las células del cuerpo ignoran la insulina a esto se le denomina resistencia a la insulina, lo cual evita que el cuerpo utilice la glucosa de manera normal, existen controversias acerca de cuál es la razón por la que se produce la diabetes tipo 2. “En su mayor parte los estudios se inclinan a favor de que la resistencia a dicha hormona precede a

los defectos de su secreción, y que la diabetes se desarrolla sólo si la secreción de insulina se torna inadecuada” (McGraw-Hill- Education, 2012, p.2794)

La DM tipo 2 es la forma más común de la enfermedad y también posee un fuerte componente genético como la DM tipo 1, sin embargo, su prevención si suele tener éxito, uno de los factores asociados al desarrollo de este tipo de diabetes es la obesidad, si la persona que tiene predisposición genética cuenta con un estilo de vida saludable en el cual realice ejercicio con regularidad podría retrasar o evitar el desarrollo de DM tipo 2.

El tercer tipo de diabetes es la gestacional suele desarrollar en algunas mujeres durante el embarazo, si no se trata puede causar problemas a las madres y los bebés, generalmente desaparece cuando termina el embarazo. McGraw-Hill- Education (2012) afirma que “la mayoría de las mujeres recupera una tolerancia a la glucosa normal después del parto, pero tienen un riesgo sustancial (35 a 60%) de padecer DM en los siguientes 10 a 20 años” (p.2968). El cuarto de tipo de diabetes es el resultado de síndromes genéticos específicos, cirugía, medicamentos, malnutrición, infecciones como la rubéola congénita y otras enfermedades como pancreatitis o pancreatectomía.

2.1.3 Tratamiento farmacológico y no farmacológico de diabetes mellitus

El tratamiento general para la diabetes mellitus tipo 1 o 2 busca: eliminar los síntomas relacionados con la hiperglucemia, permitir al paciente un estilo de vida tan normal como sea posible y eliminar o reducir a largo plazo las complicaciones de microangiopatía o macroangiopatía (complicación en las arterias que pueden llevar a amputaciones en los miembros inferiores).

El tratamiento debe ser integral e involucrar un equipo multidisciplinario que incluya un endocrinólogo, un médico de atención primaria, un educador para la salud o educador en diabetes, un nutricionista y un psicólogo, además cuando surjan complicaciones que no se puedan atender en el primer nivel de atención deberán involucrarse especialistas como neurólogos, nefrólogos, cirujanos vasculares, cardiólogos, oftalmólogos y podólogos, para que se logren estabilizar los niveles de azúcar debe haber colaboración total del paciente, ya que deberá realizar un cambio en su estilo de vida, comer saludable y realizar ejercicio regularmente, así como seguir el medicamento farmacológico (insulina vía oral o inyectable u otros fármacos que aumentan la secreción de insulina o eliminan la resistencia a la insulina) según lo establezca el médico.

El tratamiento integral para la DM tipo 1 o 2 ha mostrado mejores resultados en comparación de otros tratamientos, sin embargo sigue buscando mejorar sus resultados. McGraw-Hill- Education (2012) Expresa. “Aunque el control de la glucemia es fundamental en el tratamiento ideal de la diabetes, la atención integral en la DM tipo 1 o 2 debe detectar y tratar las complicaciones específicas de la enfermedad y modificar los factores de riesgo de las enfermedades asociadas a la DM” (p.2989).

Esto significa que cada especialista debe estar alerta con sus pacientes en cada consulta de seguimiento, pero es el paciente quien debe seguir indicaciones de cada especialista, controlar su peso sobre todo si es mayor al ideal, tener una rutina de ejercicio de acuerdo a su edad, recibir educación constante sobre la diabetes que le permita tomar las medidas de seguridad necesarias y asistir a sus controles médicos para revisar los niveles de glucemia, el funcionamiento del tratamiento farmacológico, modificar dosis o combatir los efectos secundarios de este.

2.1.4 Complicaciones de la diabetes mellitus

Suelen haber complicaciones agudas y crónicas, la primera consiste en episodios que muchas veces los pacientes sufren cuando no siguen el tratamiento de manera adecuada, estas complicaciones agudas se dividen en: cetoacidosis diabética la cual ocurre cuando el organismo no produce insulina suficiente para que el organismo funcione, por lo cual para obtener energía el cuerpo empieza a descomponer las grasas del organismo provocando de inmediato serios malestares y el estado hiperosmolar hiperglucémico, en el cual tampoco se produce insulina suficiente pero también hay un aporte insuficiente de líquidos, provocando deshidratación extrema, ambas complicaciones podrían llevar a la muerte al paciente si no son atendidos por un equipo de salud con prontitud.

Las complicaciones crónicas no son episodios como las complicaciones agudas, llegar a este tipo de complicación lleva más tiempo y es probable que el paciente ignore los síntomas de alerta debido a que la complicación crónica avanza lentamente. Pueden afectar muchos sistemas orgánicos y son causa de gran parte de la morbilidad y mortalidad que acompañan a esta enfermedad, se dividen en complicaciones vasculares, donde se encuentra la microangiopatía y macroangiopatía y no vasculares que comprenden problemas como gastroparesia, infecciones y afecciones de la piel. (McGraw-Hill-Education, 2012).

Las complicaciones vasculares se refieren a problemas con las arterias, las arterias afectadas del corazón pueden provocar dolores en el pecho y cuando se bloquean las arterias en las piernas provocan problemas de circulación y para caminar, las arterias bloqueadas en el cerebro pueden llevar a un ataque cerebro vascular.

2.1.5 Amputación de los miembros inferiores por complicaciones crónicas en diabetes mellitus

Las complicaciones crónicas vasculares pueden llevar a una amputación, a esto se le denomina enfermedad arterial periférica. (Hernández, 2017) Explica que. “Se trata de un conjunto de síndromes, agudos o crónicos, generalmente derivados de la presencia de una enfermedad arterial oclusiva, que condiciona un insuficiente flujo sanguíneo a las extremidades”. Lo que significa que cuando esto ocurre puede producirse dolor en los músculos de la pierna tras caminar una determinada distancia, dolor cuando está en reposo o de noche, se pueden presentar diferentes síntomas como pie frío, pálido y aumenta el dolor al elevar el pie o al contrario pie caliente e insensible, todo esto lleva a una ulceración y/o gangrena generalmente en el primer dedo del pie para luego extenderse a otras áreas.

La ulceración mejor conocida como pie diabético se puede desarrollar en diferentes partes del pie y también pueden llevar a la amputación no traumática. McGraw-Hill- Education (2012) Menciona que casi 15% de los individuos con DM tipo 2 presenta una úlcera en el pie (las regiones más comunes son el dedo gordo y articulaciones metatarsofalángicas), y una fracción importante de ellos sufrirá en algún momento una amputación.

Las úlceras y la cicatrización deficiente de las heridas puede llevar a una amputación sino se les da un tratamiento adecuado, se debe mantener bajo estricto control los niveles de glucemia y evitar que las úlceras o las heridas se infecten, por lo tanto, el tratamiento debe ser interdisciplinario y a menudo requiere de expertos en ortopedia, cirugía vascular, endocrinología, podología y enfermedades infecciosas.

Las infecciones leves o que no amenazan la extremidad se pueden tratar con antibióticos por vía oral (cefalosporinas, clindamicina, amoxicilina/ácido clavulánico y fluoroquinolonas) se debe remover el tejido muerto (necrótico) y evitar poner el peso sobre la úlcera. Las úlceras más graves pueden requerir tratamiento antibiótico por vía intravenosa así como reposo en cama y cuidados intensivos en la herida, si la infección no cede se procede a una amputación limitada que buscará remover toda el área infectada, por lo cual la recuperación y rehabilitación del paciente dependerá de la gravedad de la amputación, incluirá antibióticos, medicamento para el dolor y el control de la glucemia así como una dieta y cuidados estrictos que permitan que la herida sane y que posteriormente no hayan infecciones que pongan en riesgo la vida del paciente o lo lleven a una segunda amputación, su recuperación puede durar meses y tendrá un impacto a nivel físico y psicológico.

A todo paciente diabético haya sufrido o no una amputación se le indica: tener una selección cuidadosa del calzado, revisión diaria de los pies para detectar posibles lesiones, higiene diaria de los pies para mantener la piel limpia e hidratada, evitar el auto tratamiento de las alteraciones de los pies y evitar las conductas de alto riesgo como caminar descalzo así mismo debe consultar de inmediato con un médico al detectar cualquier anomalía.

Las amputaciones que se realizan en los pacientes con diabetes se denominan amputaciones no traumáticas. “Entre el 50% y el 65%, en función de las diversas publicaciones, de todas las amputaciones de causa no traumática, son realizadas en enfermos diabéticos” (Álvarez y Medrano, 2017 p. 129).

Las amputaciones se dividen en dos categorías: Amputaciones menores, que se limitan al pie y dependen de la gravedad de la infección y de la extensión del tejido necrótico, podría ser solo un dedo o todos los dedos del pie. En la segunda categoría están las amputaciones mayores que van más allá de los dedos de los pies, llegando o sobrepasando la altura del tobillo o la rodilla.

Álvarez y Medrano (2017) mencionan que el objetivo de este tipo de amputación debe ser el conseguir un muñón bien cicatrizado, estable, protetizar adecuadamente en un corto intervalo de tiempo y que permita al paciente retornar con las máximas posibilidades a una vida normal.

2.2. Atención al paciente diabético en El Salvador

El Ministerio de salud de El Salvador (MINSAL) en el primer nivel de atención es decir todas las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) se brinda la consulta general donde se realiza el diagnóstico de diabetes, se realiza el seguimiento y se brinda el tratamiento farmacológico, cuentan con un protocolo llamado “Guías de buenas prácticas clínicas para la atención de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica” aquí se establece los pasos a seguir con el paciente diabético y el tipo de tratamiento farmacológico según la evolución de su enfermedad, el protocolo indica un tratamiento que incluye a diferentes especialistas como: médico general, psicólogo, nutricionista, educador para la salud y endocrinólogo, por lo cual podría decirse que es un tratamiento integral y como se mencionaba anteriormente este tipo de tratamiento integral es el recomendado y el que ha mostrado mejores resultados

Cuando el paciente diabético muestra signos o síntomas de complicaciones agudas o crónicas se debe referir de inmediato al especialista pertinente para tratar la posible complicación y brindar el tratamiento adecuado, la referencia se realiza a la atención de segundo nivel, es decir un hospital que cuenten con los recursos para brindar la adecuada atención al paciente.

A pesar de que el protocolo de atención a diabéticos plantea un tratamiento integral no todas las UCSF cuentan con los recursos para brindar este tratamiento. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL, 2015) afirma que. “Se debe procurar realizar una evaluación de problemas psicosociales como depresión, estrés relacionado a diabetes, ansiedad, desórdenes alimenticios y alteraciones cognitivas cuando se detecte un automanejo pobre del paciente” sin embargo solo algunas UCSF cuentan con un psicólogo de planta, lo mismo ocurre con el área de nutrición, para solventar esta problemática las unidades de salud realizan jornadas donde el recurso solicitado llega a esa unidad de salud a atender a pacientes como personas con diabetes.

La falta de personal y de recursos como medicamento en los centros de atención de salud de primer nivel supone una dificultad para prevenir y controlar la diabetes mellitus, esto aumenta la probabilidad de que los pacientes sufran complicaciones y sean referidos al segundo y tercer nivel de atención.

El Hospital Nacional Rosales es el principal hospital público a nivel nacional, pertenece al tercer nivel de atención y recibe pacientes referidos de todo El Salvador pues está especializado en diferentes afecciones, está situado en el centro de la capital y es administrado por Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Cuenta con sector de

endocrinología, ahí los pacientes diabéticos que han tenido complicaciones agudas y crónicas encuentran atención. Las complicaciones como se menciona en apartados anteriores pueden ser: cetoacidosis diabética, microangiopatía macroangiopatía, enfermedad arterial periférica, úlceras diabéticas y no vasculares que comprenden problemas como gastroparesia, infecciones y afecciones de la piel. Ya que estas complicaciones necesitan ingreso dentro del hospital pues la vida del paciente está en riesgo.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) cuenta con el programa de clínicas metabólicas en sus dos niveles de atención, cuenta con un “Manual de organización, funcionamiento y lineamientos normativos de clínicas metabólicas” en el cual indican un tratamiento integral formado por un equipo multidisciplinario que incluye un médico general, nutricionista, educador en salud, personal de enfermería capacitado, apoyo de equipo de salud mental y especialistas como endocrinólogo y nefrólogo.

Para que el tratamiento tenga mejores resultados en el manual se especifica que el plan terapéutico diseñado debe ser explicado al paciente presentándole los beneficios esperados, limitantes, alternativas y riesgos del tratamiento, buscando así obtener la colaboración, participación activa y la adherencia del paciente al tratamiento (Instituto Salvadoreño del Seguro Social [ISSS], 2014). Cuando no se pueden controlar los niveles de glucemia a pesar de los esfuerzos del paciente y el equipo multidisciplinario o cuando las complicaciones crónicas hacen difícil el control adecuado de glucemia se refiere al segundo nivel de atención.

2.2.1 Relación de paciente con el equipo de salud

En diabetes mellitus la adherencia al tratamiento así como el compromiso del paciente depende muchas veces de la información y el trato que reciba de parte del equipo de salud, este debe estar en un proceso de formación y preparación continua, realizar una educación de manera más personal y completa a cada paciente, en muchos centros de salud los médicos no brindan la información necesaria al paciente sobre su enfermedad y sobre sus complicaciones, por lo que incluso muchos pacientes desconocen que si las poseen, los médicos deben informar al paciente sobre las medidas específicas, formas de prevención y tratamiento para establecer un control no solamente de su enfermedad sino también de sus complicaciones (Alvarenga, Castillo y Ramírez , 2015).

Muchas veces el paciente no se siente en un ambiente de apoyo por parte del personal médico por lo tanto no se siente en la libertad de expresar sus dudas y solventarlas, el tiempo reducido al pasar consulta y el trato deshumanizado que muchos médicos brindan provoca una sensación de temor en los pacientes y los lleva a callar sus dudas y a pesar de que los protocolos exigen establecer grupos de apoyo para esta población son pocas las UCSF que cuentan con uno o con educadores en salud, por lo tanto al paciente se le hace más difícil solventar sus dudas y esto muchas veces puede llevar a descuidos y serias complicaciones en la diabetes. Sin duda alguna la relación entre el paciente y el equipo de salud debe mejorar, ser más cercana y con un trato al paciente más humano y personalizado.

2.3 Aspectos psicológicos del paciente diabético

El paciente desde que recibe su diagnóstico es afectado emocionalmente, porque su salud está deteriorada y ha recibido la noticia de padecer una enfermedad incurable y

crónica, estos efectos variarán de persona a persona y dependen de manera importante de los elementos descritos a continuación:

2.3.1 Comunicación del diagnóstico de diabetes mellitus

En relación con lo mencionado en el apartado de tratamiento, se comprende que para un buen tratamiento es necesario que el paciente conozca suficiente información sobre su enfermedad, por lo tanto la forma y la información que se brinde al momento del diagnóstico determinará el compromiso que adquiera el paciente. En el servicio de salud existe una atención que se denomina “Educación diabetológica” este permite incorporar los principios de manejo de la enfermedad en la vida diaria y minimizar la dependencia del médico. “Su principal objetivo es brindar información y los conocimientos a los pacientes con diabetes mellitus y sus familiares para mejorar la calidad de vida” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009)

En este campo han identificado tres niveles de instrucción en lo relacionado con esta enfermedad:

- 1) Manejo básico de la enfermedad que incluye habilidades de supervivencia
- 2) Manejo de la enfermedad en el hogar
- 3) Mejoramiento del estilo de vida

Es decir una persona con diabetes mellitus que no está capacitada para su autocuidado, sin educación pertinente a su caso y en condiciones psicosociales vulnerables estará más expuesta a sufrir los efectos de la enfermedad en su salud y calidad de vida.

Es por eso que los procesos de comunicación son básicos desde este propósito educativo, la persona adquiere conocimientos, habilidades, actitudes y conductas de salud, por otra parte, la calidad de la comunicación determina en buena medida el aprovechamiento de las intervenciones educativas y de salud realizadas por el personal de la salud en los diferentes niveles de atención.

En este proceso de comunicación de la Diabetes intervienen diferentes aspectos de los cuales podemos mencionar: Relacionados a la enfermedad, aspectos socioculturales vinculados con el proceso salud-enfermedad, psicosociales y factores de personalidad.

Además es importante mencionar dentro de estos elementos la comunicación del diagnóstico de la DM que genera retos en la relación entre el usuario y el proveedor de salud, es una etapa del proceso de atención en los que mayor cuidado debe ponerse dentro del proceso comunicacional, por ser usualmente de gran impacto psicoemocional para la persona con diabetes, por constituir el primer momento de intercambio informacional y de intervención educativa y porque probablemente de cómo sea manejado por el proveedor de salud dependerá la futura adhesión al tratamiento de la persona. Por ello es vital estimar y procesar las representaciones del paciente sobre la enfermedad, explorar y procesar sus "vacíos" de información sobre la DM y su tratamiento, así como retroalimentar con información comprensible, práctica y precisa sobre los aspectos medulares para comenzar a aproximarse al control de la enfermedad (Ledón, 2014)

En general, el implementar las estrategias de comunicación y educación en coordinación con los espacios de salud, facilitará el afrontamiento de las personas a este y otros momentos críticos durante sus procesos de vida.

2.3.2 Los modelos y estilos de afrontamiento

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante, ya que el diagnóstico de la enfermedad va a cambiar su vida e incluso puede acortarla; por otro lado, el riesgo de tener complicaciones serias como las mencionadas en el primer apartado, es alto, además tienen que enfrentarse con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones del médico.

Shontz (como se citó en Torres de la Cruz, 2015), propone la idea que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o una incapacidad procederá con una serie de etapas de afrontamiento a partir del momento en que se informan del estado.

Las etapas son las siguientes:

Etapa de shock: que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso, se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y algunas veces por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción.

Etapa de encuentro: un periodo extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización.

Etapa de retirada: la cual corresponde a la negación, esta etapa va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente comprobación de la realidad; confrontación o esfuerzo de la retirada, o negación/evitación.

Además de estas etapas, también existen dos modelos de afrontamiento básico que son:

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción: existe una amplia gama de afrontamientos dirigidos a la emoción, un grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias

como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño de las estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de malestar emocional; algunos individuos necesitan sentirse con un alto grado de malestar para posteriormente sentirse bien.

Modo de afrontamiento dirigido al problema: Es un proceso analítico dirigido al entorno (la enfermedad) e incluye estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (habilidades, competencias, etc.) (Torres de la Cruz, 2015).

Estos son los modelos básicos de afrontamiento de las personas, además de estos pueden utilizar estilos de afrontamiento que se conocen como: Estilos Cognitivos y son las respuestas automáticas que sirven como mecanismo de control.

En estos podemos mencionar que es una conducta o esfuerzo cognitivo usado en un intento por tratar con un evento estresante y pueden variar de acuerdo a la personalidad. Se conocen que existen estilos positivos como el de afrontamiento optimista y de apoyo que son asociados con mejor ajuste psicológico. Los de tipo evasivo, emotivo asociados con problemas en el ajuste psicológico, no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico (Torres de la Cruz, 2015).

El estilo de afrontamiento del paciente va a depender de la intensidad de la complicación de la enfermedad y la interacción de otros factores como el apoyo social, la propia experiencia personal incluyendo factores emocionales y cognitivos.

2.3.3 La diabetes y las emociones

Cuando se diagnostica al paciente con diabetes, esta situación puede resultar estresante y puede afectar sus emociones. La mayoría de las personas cuando se enteran de que sufren

de diabetes atraviesan una gama de emociones, que comienzan con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión y depresión (Nipro Diagnostics, Inc, 2010).

Es decir que se genera un duelo por el sentimiento de pérdida de la salud. Este duelo pasa por cinco etapas

- Negación: Se puede presentar en dos momentos, al recibir el diagnóstico en ocasiones puede pensar que es incorrecto y cuando realiza su plan de control.
- Ira o enojo: En esta etapa la persona puede buscar un culpable, mostrar resistencia o rebeldía ante las indicaciones del médico/ nutriólogo y reacciones hostiles con la familia.
- Negociación: La persona comienza a aceptar su enfermedad, pero pone condiciones al tratamiento, sigue algunas indicaciones, no todas.
- Tristeza o depresión: El pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido o se perderá (libertad, años de vida, consumo libre de comida, control, etc.) Además, apatía y poca motivación para asumir un rol activo en el tratamiento.
- Aceptación: La persona y la familia comienzan a darse cuenta de que se puede seguir viviendo con diabetes.

El objetivo es que la persona acepte su diagnóstico y aprenda a manejarlo mejorando su estilo de vida e incorporando el tratamiento recomendado. Además, es importante que se dé cuenta de que no está solo al momento del diagnóstico de diabetes.

2.3.4 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

La confianza recíproca en la relación médico-paciente mencionada anteriormente, es un factor fundamental y el que más influye en la adherencia al tratamiento, además del propio paciente, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición.

Es por esta razón que la adherencia al tratamiento es conceptuada como la coincidencia entre la prescripción que se realiza y la conducta del paciente, que involucra una participación activa y voluntaria del mismo con su tratamiento. (Almagiá, 2014)

En EEUU menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes, destacándose que en esa población la adherencia al tratamiento hipoglucemiante es de 75%, la adherencia al plan alimentario es de 52% y al ejercicio físico es de 26%. Esta mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la responsable de las complicaciones a largo plazo que esta patología genera. (Luhers, Geymonat, & Acuña, 2015)

En los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas es más alta que en países en vías de desarrollo. De El Salvador no se han encontrado datos estadísticos que reflejen la adherencia de las personas al tratamiento, no obstante la Asociación para diabéticos (ASADI) y el Ministerio de Salud del gobierno cuentan con un plan general de educación que abarca:

1. Un curso básico introductorio para los diabéticos y sus familiares
2. Talleres de educación continúa
3. Una variedad de publicaciones, como boletines de información y una revista sobre diabetes “La Diabetes y yo” publicada por la Asociación Salvadoreña de Diabéticos.

Estos elementos permiten a las pacientes educarse respecto a su enfermedad, establecer relaciones interpersonales con los médicos, la aceptación de normas y el valor asignado a la salud que permitirán una mayor adherencia al tratamiento (Organización panamericana de la Salud, 2002).

2.3.5 Apoyo social en la diabetes

En el tratamiento de las enfermedades el papel de la familia es de vital importancia ya que constituyen un apoyo para los enfermos, en relación con el ambiente familiar y social se observó que el cuidado otorgado por estos sistemas desempeña un importante rol en el tratamiento y estimula el autocuidado.

La experiencia de vivir con diabetes tipo 2 no se limita a la persona enferma, sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, de esta forma se pone de manifiesto que el apoyo familiar repercute en la manera en la que los enfermos aceptan su enfermedad y se adaptan a ella.

Según (Hernández, 2008) en su investigación apoyo social en la diabetes tipo 2, se refleja que en el total de pacientes diabéticos de su muestra, obtuvieron los siguientes registros: el «apoyo emocional» estuvo presente en el 77% de los casos; el «apoyo afectivo» en el 90%, y el «apoyo instrumental» se presentó en el 81% de los diabéticos.

Por lo tanto, el apoyo afectivo es el más frecuente y el apoyo emocional la menos recurrente. Evaluando estos datos se comprueba la necesidad de propiciar un mayor apoyo social a las personas con diabetes que no se limite al instrumental, sino más bien permite la inclusión de las personas que le rodean a este nuevo estilo de vida.

En esta área es importante el rol del psicólogo que permite fortalecer estas redes de apoyo y por lo tanto propiciar un mejor estado de salud mental para todos los miembros del núcleo familiar.

2.3.6 Rol del psicólogo

El profesional de la salud mental se comienza a visualizar como un parte importante en el equipo multidisciplinario que atiende a personas con diabetes, al igual que los otros profesionales que trabajan con ellos. Se recomienda que sea en el área clínica esto permite atender a un mayor número de personas y el profesional ofrece una mayor credibilidad.

El psicólogo puede intervenir evaluaciones iniciales como: manejo y aceptación del diagnóstico, manejo de las complicaciones, establecimiento de metas apropiadas y alcanzables; factores culturales, educativos, económicos y de estilo de vida; identificación y manejo de conductas de alto riesgo, dificultades en la adherencia al tratamiento y otros problemas psicológicos.

También puede ser consultor del personal clínico en asuntos relacionados a la consejería, además de adecuar las intervenciones del personal en busca del apoderamiento del paciente favoreciendo el flujo de información en relación y finalmente presentar informes o investigaciones que documenten los resultados de las intervenciones psicosociales. (Dávila, 2007)

Por todas estas y otras funciones es necesario el trabajo del psicólogo en la atención ya que permite una mejor adaptación del paciente a su enfermedad brindándole técnicas que le permitan una adecuada salud mental ante los cambios que pueda experimentar durante todo el proceso de intervención de la diabetes

2.4 Aspectos psicológicos del paciente diabético que ha sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores.

Las repercusiones a nivel emocional que pueden sufrir los pacientes ante una amputación son variadas, y quizá no se pueda describir todas en este trabajo pero se presentan a continuación algunas que aparecen frecuentemente especialmente las relacionadas con el personal de salud

2.4.1 La comunicación entre el personal de salud y el paciente diabético pre y post amputación.

La comunicación en el ámbito hospitalario es de vital importancia en cualquier disciplina médica y en cualquier tipo de servicio médico que se le esté proporcionando al paciente, desde una consulta externa hasta ser sometido a un procedimiento médico más complicado con implicaciones de riesgo para la vida, por lo que la comunicación eficaz es un instrumento indispensable en la interacción entre el personal de salud y los usuarios.

La función básica de la comunicación entre seres humanos es la de transmitir información desde el emisor hasta el receptor para lograrlo, deben ambos conocer y comprender el mismo código. Esto implica que en la comunicación médico - paciente debe haber una especie de traducción del lenguaje técnico al lenguaje coloquial del paciente, de esta manera este podrá conocer y asimilar el mensaje y la información necesaria que aclare sus dudas y que le brinde un panorama claro de su condición de salud, procedimientos y demás (Ferrairo de Pruden , Scocco, & Barbieri, 2012).

Según Irigoyen, Hernández, Fernández, & Hernández (2006) El médico tiene dos importantes funciones la de diagnosticar y de intervenir las patologías encontradas, pero dentro de estas funciones es importante que el paciente no solo sea visto como un ente

únicamente biológico sino tiene que tomarse en consideración los aspectos psicológicos y sociales que conforman al individuo por lo que establecer vías de comunicación permanentes, por ello el médico o el personal de salud que atienda al paciente en cualquier instancia debe poseer espíritu de servicio y un enfoque humanista en el que el centro de su ejercicio profesional sea el individuo y su bienestar su fin último.

Cuando del paciente diabético se habla es importante que la comunicación desde el momento del diagnóstico de la enfermedad sea la piedra angular para que el paciente sin importar su nivel socioeconómico pueda comprender en qué consiste la enfermedad, cual es el tratamiento a seguir, que cambios el paciente debe operar en su estilo de vida, a que instituciones debe acudir para que sea un soporte en la adherencia al tratamiento y cuáles son los riesgos para su vida y su salud si no es capaz de cambiar sus conductas alimentarias, si no controla su peso, si no realiza ejercicio físico y si no sigue el tratamiento farmacológico.

Los médicos históricamente han conservado detalles del estado de salud de los pacientes para sí mismos, pero actualmente se ha difundido la participación más activa de los pacientes en sus tratamientos médicos. (García Arroyo & Domínguez López, 2014) Sin embargo, en El Salvador siempre se encuentran pacientes que no han recibido información completa acerca de su diagnóstico y tratamiento médico.

La experiencia nos confirma que las palabras atenúan los dolores del cuerpo y mitigan los sufrimientos del espíritu, suavizan los angustiosos interrogantes y poseen la capacidad de hacernos sentir menos solos. (...) Durante las enfermedades -quizás más que en otras situaciones- nos viene muy bien la compañía de hombres y mujeres que desinteresados, libres, equilibrados y prudentes, sin pedirnos nada a

cambio, nos ayuden a dominar el horror ante lo desconocido, transmitiéndonos mensajes tranquilizadores: que nos cuenten con delicadeza, con objetividad y con generosidad, los riesgos que nos acechan, sin aprovecharse de nuestros temores. (Hernández, 2010, p. 23)

2.4.2 Comunicación pre-amputación

La experiencia de una amputación genera cambios significativos a nivel físico como a nivel psicológico en el paciente, pues se asocia con la pérdida de una parte del cuerpo que formaba parte de su esquema mental corporal. (Jiménez García, 2017) Por lo que la comunicación del procedimiento de la amputación se vuelve un trabajo difícil para los médicos y personal de salud en general, tanto para comunicarlo al paciente como a la familia. Por la gravedad del procedimiento puede que ni siquiera se comunique del procedimiento de amputación porque el paciente este bajo el efecto de sedación.

Dar malas noticias siempre es un trabajo difícil sin embargo de acuerdo a las nuevas disposiciones de salud en El Salvador los pacientes deben firmar una carta de libre elección y consentimiento informado sobre el procedimiento quirúrgico al que serán sometidos, en caso que el paciente no esté en condiciones de firmar debe ser un representante que es más frecuentemente un familiar quien autorice el procedimiento y acepte los posibles riesgos que el procedimiento conlleve.

El paciente y sus familiares deben comprender que el procedimiento de amputación es el procedimiento más acertado para que la salud mejore, deben por lo tanto tener la libertad de pedir que sean aclaradas todas las dudas y así disminuir temores y ansiedad ante lo desconocido. (Jiménez, 2017) Si el médico no está en la disposición de aclarar de manera

humana y empática lo que va a suceder, debe ser el psicólogo quien apoye al médico a buscar la mejor forma de comunicación al paciente.

Después de la amputación el paciente debe ser informado sobre la recuperación y rehabilitación, esto dependerá del nivel de amputación, hay que considerar que por ser un paciente diabético debe ser informado a detalle cual debe ser su participación en la recuperación y cicatrización, pues del control de la glucosa en sangre dependerá la rapidez de la cicatrización por lo que la ingesta de alimentos adecuados será vital así como la medicación que debe ser administrada por el personal de salud durante la hospitalización.

Luego de la amputación el paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario que pueda brindarle atención para cada una de las necesidades incluido obligatoriamente un profesional de la salud mental que atienda las dificultades psicológicas que puedan surgir a razón del procedimiento de la amputación.

2.4.3 Aspectos psicosociales involucrados en la adaptación de pacientes amputados

Amputación en el paciente diabético y ajuste social:

Diferentes estudios hablan de cómo influyen en la adecuada adaptación del paciente el apoyo social con el cual cuenta el paciente. Jiménez (2017) habla del ajuste psicosocial como la capacidad del sujeto de sobreponerse a la situación de discapacidad, que se puede presentar luego de una amputación, así como la influencia en el estado de ánimo del paciente disminuyendo la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, así mismo incide en la habilidad para desarrollar y aplicar estrategias de afrontamiento que le permitan ajustarse a la nueva imagen corporal, mantener un funcionamiento social adecuado, disminuir los niveles de malestar social, mantener un adecuado sentido de identidad, autoestima, mantener los niveles de actividad física, capacidad de adaptarse al ambiente social, laboral

y familiar, así como aceptar la utilización de la prótesis y mejoran también la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes.

2.4.4 Efectos psicológicos en el paciente amputado.

Los pacientes amputados sufren una pérdida atraviesan un periodo de adaptación como un duelo por pérdida de un ser querido. Primero hay que hacer mención de qué es el sufrimiento, según Costa Oliveira (2016) el sufrimiento es un estado de aflicción subjetivo asociado a situaciones que amenazan la integridad física del individuo, involucra las emociones, tiene efectos en las relaciones personales de la persona, y tiene un impacto en el cuerpo. El haber sido sometido a una amputación provocará sufrimiento al paciente.

Jiménez (2017) menciona que lo que mayormente causan sufrimiento a los pacientes es la falta de movilidad pues son sus extremidades inferiores las que se ven afectadas.

A continuación se presentaran los efectos psicológicos más frecuentes encontrados en pacientes amputados según Tavera (2014)

- Disminución de la autoestima: el autoconcepto los esquemas e ideas alrededor de sí mismo se ven drásticamente modificados por la amputación; la autoimagen: sufre cambios significativos pues la imagen mental del paciente se ve modificada dependiendo del nivel de amputación, sus roles y funcionalidad pueden verse afectados.
- Pensamientos de inutilidad: debido a la posible disminución de la funcionalidad, paciente puede pensar y sentirse incapaz de realizar actividades y creer que ya no sirve para nada.

- El miembro fantasma: las sensaciones en la zona de amputación pueden ser frecuentes, estas pueden ser con dolor o sin dolor según las describe J. Olarra (2007) para ello hay que tener claros los siguientes cuadros:
 - Sensación del miembro fantasma (SMF): sensación de la existencia de la porción amputada su aparición es casi del 100% en el primer mes de amputación (J. Olarra, 2007)
 - Dolor del miembro fantasma (DMF): sensación dolorosa en la porción amputada, su incidencia es del 85%, la intensidad suele disminuir con el paso de los meses, también se asocia a procedimientos mal atendidos y a cuidados médicos deficientes.
 - Dolor de muñón (DM): dolor de la extremidad residual, dolor que aparece en la zona de la amputación, puede deberse a cuidados médicos inadecuados, a la mala ubicación de la prótesis, a traumatismos sobre el muñón, aparición de neuromas y deficiencias vasculares.
- Depresión: el paciente puede verse desanimado por la pérdida de la sección amputada al percibirse incompleto. La funcionalidad influye pues puede tener pensamientos y sentimientos de inutilidad.
- Ansiedad: la inquietud física y mental puede existir por el estado general de salud por el temor a complicaciones futuras.
- Inaceptación del cuerpo: el paciente diabético amputado puede experimentar negación ante la modificación del cuerpo a causa de la amputación.

Dependerá de la capacidad de adaptación del paciente de acuerdo a su personalidad y del apoyo social que éste reciba así será la facilidad o la dificultad con la que se adapte a la

nueva condición, también influirá positivamente si el paciente puede utilizar prótesis según el nivel de amputación.

Ocampo (2010), manifiesta en su libro sobre amputaciones que el paciente puede manifestar mucha ira y frustración al depender de los demás, tanto en el tiempo de la recuperación como en el tiempo posterior. Pueden mantenerse en estados emocionales muy alterados a causa de la discapacidad y el miedo que la discapacidad produce por el riesgo latente de volver a ser amputado o que la salud agrave.

2.4.5 El duelo en pacientes amputados

La pérdida que un paciente amputado experimenta es similar a la pérdida de un ser querido, el duelo es definido por Freud (1915) como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar como la patria, la libertad o un ideal o sea que no solo las muertes pueden causar duelo sino también una pérdida de salud, de un empleo de un bien, y otros. Así mismo menciona que las manifestaciones del duelo pueden ser un profundo abatimiento, retirada de los intereses del mundo, pérdida de capacidad de amar, inhibición de la actividad.

Kubler-Ross (1965) habla acerca de las etapas del duelo las cuales son la negación y aislamiento, ira, pacto y depresión, las mismas etapas pueden aparecer en el duelo por amputación pues el esquema mental del cuerpo de la persona se ve trastocado, se ve cambiado, además puede darse un duelo por la pérdida de funcionalidad. Estas etapas mencionadas no necesariamente siguen ese orden, sino que dependerá de la experiencia de la persona, debido a que es un proceso de aprendizaje necesario en el cual la persona se da cuenta que aún con cierta discapacidad la vida sigue y que puede realizar ciertas actividades

y desempeñar roles familiares como padre, madre, hermanos, y otros, o roles dentro de la comunidad.

2.4.6 Las estrategias de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento hacen alusión a la manera en que las personas enfrentan la realidad principalmente una realidad dolorosa como una amputación. Lazarus & Forman definen el afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o sobrepasan los recursos personales” (1986, p. 164).

El paciente posee recursos tanto inter como intra-personales que pueden ayudarle o dificultarle la adaptación, la red de apoyo son los recursos intrapersonales que le permitirán al paciente adaptarse más rápidamente a los cambios que la amputación de sus miembros significa.

Según Díaz (2015) las estrategias de afrontamiento pueden dividirse en dos las cuales son descritas a continuación.

Estrategias centradas en el problema:

- **Afrontamiento activo:** Es el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.
- **Planificación:** Implica pensar en cómo manejarse frente al estresor, organizando estrategias de acción y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.
- **Supresión de actividades competentes:** Se refiere a dejar de lado o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades con la finalidad de poder manejar el estresor.

- Postergación del afrontamiento: Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema evitando hacer algo prematuro.
- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar problemas.

Estrategias centradas en la emoción:

- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: apoyo moral, empatía y comprensión
- Reinterpretación positiva y crecimiento: asumir como un aprendizaje para el futuro.
- Aceptación: Engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que a situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable.
- Negación: Consiste en rehusarse a creer que el estresor existe. Es la tendencia de volcarse a la religión
- Enfocar y liberar emociones: Consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.

2.4.7 Intervención psicológica pre y post amputación

La psicoeducación en los pacientes diabéticos es vital en todas las fases de la enfermedad desde el diagnóstico, pues un profesional de la salud mental tiene las competencias necesarias para hacerle entender al paciente de forma clara y empática su diagnóstico. La educación del paciente también debe ir en función del cambio del estilo de

vida y de la adherencia al tratamiento que la persona debe tener para evitar más complicaciones, acá es importante la participación del psicólogo en el manejo de la depresión y ansiedad.

Cuando existen complicaciones como una amputación de un miembro inferior, el sistema de salud pone en marcha el equipo multidisciplinario que pueda explicar y atender al paciente desde varios puntos de vista y áreas de competencia, que haga entender de manera empática lo que está sucediendo y en qué consistirá el tratamiento posterior, relacionado siempre con la posibilidad de recuperar funcionalidad en su desempeño cotidiano de acuerdo a su condición particular que dependerá del nivel de amputación.

Después de la amputación el paciente debe contar con la información necesaria que aclare su estado actual de salud.

La atención psicológica facilitará el proceso de adaptación, por medio del abordaje de las manifestaciones propias del paciente, psicoeducando sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, autocuidado, manejo de emociones, y además fortalecer la red de apoyo por medio de la integración del paciente a grupos de apoyo o terapéuticos con personas con iguales condiciones que puedan compartir sus experiencias. (García, Hernández, Hernández, Barnés, & Durán, 2016)

2.5 Modelo post-racionalista

La Psicoterapia Cognitiva Posracionalista consiste en un modelo de intervención clínica psicológica que se adscribe al gran marco de las psicoterapias de orientación cognitivistas de surgimiento en la segunda mitad del siglo XX y también a la revolución del constructivismo que surgió en su seno en los años 80' del mismo siglo. Esta escuela de

psicoterapia posee marco teórico y metodologías propias, las cuales le otorgan una particular identidad que es necesaria explicar para poder comprenderla y distinguirla de los otros modelos.

Su principal precursor es Guidano iniciando el post-racionalismo con la publicación de sus obras más importantes *Complexity of the Self* (la complejidad del sí-mismo) en 1987 y *The Self in Process* (el sí-mismo en proceso) en 1991.

Con el término “post-racionalismo”, buscaba distinguir su concepción de los modelos clínicos de la psicoterapia cognitiva, fundados en la filosofía empirista y en el primado de la racionalidad, basados en una visión del conocimiento como representación correspondiente al mundo externo y real. El tema básico de la epistemología racionalista, es que existe una realidad externa unívoca e igual para todos, pero esta se fue modificando y se concluyó que el mundo de regularidades vivenciado es construido por cada observador, esta concepción de realidad implica que existen tantas realidades como modos de vivir surgen en cada observador.

Por lo cual Guidano (2001) menciona que hay dos aspectos relevantes ante tal afirmación: Primero, si no existe un orden exterior definido y unívoco para todos, quiere decir que el orden que los organismos muestran es autoconstruido, autoorganizado; si no viene de afuera, tiene que venir del propio organismo. El segundo aspecto, que es que nuestros modos de percibir están indisolublemente conectados con lo que observamos y percibimos, en realidad nuestra actividad de ordenar el mundo es inseparable del mundo en el que estamos en ese momento.

Entonces, si nos ponemos con este fundamento sobre la experiencia humana es que esta ocurre constantemente en dos niveles que van simultáneos. El primer nivel es lo que

podemos llamar el nivel del continuo fluir de la experiencia inmediata; comprendiendo como:

La vida emocional, al fluir de las sensaciones, a la modulación emotiva, en este sentido los sentimientos son siempre verdaderos, puesto que siempre dan información de cómo la persona se siente en ese momento en el mundo en el aquí y el ahora. (Ruiz, 2007)

Simultáneamente y en paralelo con el primero, todos nosotros tenemos otro nivel de experiencia, que es el nivel de la explicación, un nivel en el cual los eventos pueden ser conceptualizados y lo que es más importante puede separar el contenido informativo de su experiencia inmediata por medio del lenguaje.

Guidano (1994) distinguió estos dos niveles de la experiencia llamando “Yo” al nivel de la experiencia inmediata y “Mí” la imagen consciente que procesa dicha experiencia a través del lenguaje. El nivel de la experiencia inmediata (“Yo”), le permite al ser humano percibir más de lo que experimenta y experimentar más que aquello a lo que atiende conscientemente; el nivel de la explicación, a partir del lenguaje ordena el contenido informativo de la experiencia en secuencias con un inicio, un desarrollo y un final, a este contenido estructurado en escenas se le llama la estructura narrativa de la experiencia humana; toda experiencia humana presenta un orden cronológico, temático y causal. (Uribe & Tamayo Lopera, 2011).

Cada persona posee una identidad completamente única. Sin embargo, las diferentes emociones que pueden experimentar los humanos y los tipos de vínculos de apego que se pueden formar son limitados y característicos de la especie y por ello se pueden destacar unos pocos tipos de identidades en función del modo en el que esta se auto-organiza.

Guidano (1987) citado en (Uribe & Tamayo Lopera, 2011) a estos tipos de personalidad les llamó Organizaciones de Significado Personal, las cuales:

Se refieren a la organización de los procesos de conocimiento personal que emerge gradualmente en el curso del desarrollo individual. Cada individuo, aunque vive en una realidad social 'objetivamente' compartida, construye activamente en un nivel superior de experiencia perceptual su visión propia, única desde su interior. Las características definitorias más importantes de la Organización del significado personal (OSP) son su evolución temporal y plasticidad, en particular su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida (algunas veces de naturaleza bastante radical) y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (p. 92).

La noción del significado personal es central en el ciclo de vida de una persona, es simplemente el modo de elaborar los datos en referencia a la experiencia inmediata, que puede dar lugar a todas las dimensiones de realidad que se quiera. Por lo tanto, una organización de significado personal tiene que ser entendida como un proceso, que se construye en el vínculo, y no como una entidad en sí misma por eso constituye uno de los aspectos más característicos de la experiencia humana.

Es así como el modelo de Guidano está fundamentado en el conocimiento científico de la psicología sobre el desarrollo cognitivo y afectivo y la intersubjetividad, asumir dicho conocimiento implica desarrollar un modelo de terapia en el que tales elementos juegan un papel fundamental, esencialmente en el caso de la relación terapéutica.

En este sentido es importante mencionar que el rol del terapeuta podría definirse como el de un perturbador emocional estratégicamente orientado. Es decir, que se esfuerza en

controlar la situación emocional y de graduar con la explicación que está ofreciendo para producir cambios paulatinos del punto de vista de sí mismo en el paciente. Es por este motivo que el papel del terapeuta es fundamental en este modelo ya que debe favorecer que la persona experimente nuevas tonalidades o instancias emotivas, que tendrán que ser integradas, elaboradas y procesadas al interior de la autopercepción originaria con la cual estamos trabajando.

Por todo lo antes expuesto el grupo investigador considera que este modelo como es el idóneo para la interpretación de la experiencia de las personas con diabetes que han sufrido una amputación.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

De la construcción del objeto de estudio de la presente investigación han surgido las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores?

¿Cómo se interpretan los efectos en los procesos psicológicos a partir de los significados de las experiencias vividas por los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores?

3.1. Método de investigación.

Para profundizar en el objeto de estudio de la presente investigación se eligió el método cualitativo el cual ha nacido en el seno de las ciencias sociales para profundizar y comprender un fenómeno pues permite obtener una gran riqueza de información de la cual se extraen los significados de las vivencias de las personas.

Es poco o nada lo que se conoce en El Salvador sobre lo que ocurre en la psiquis y en la vida en general de una persona diabética que ha sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores, pues es una población que no está siendo atendida en cuanto a sus necesidades psicológicas y médicas de manera oportuna. Esta investigación por lo tanto desentrañó qué experiencias hay detrás de esta condición de ser amputado por una enfermedad crónica como la diabetes, adicional a eso saber cómo cada persona en su subjetividad interpreta esas experiencias que son particulares pero de gran importancia para la persona y para esta investigación.

Finalmente el tema de investigación que compete a este trabajo cumple con dos atributos planteados por Merlino (2009) los cuales indican idoneidad de aplicación de este

modelo, cumple con la *densidad subjetiva* y la *abstracción* por lo que el paradigma cualitativo se volvió el más pertinente para el desarrollo de esta investigación.

3.2. Diseño de investigación

En la presente investigación con enfoque cualitativo se aplicó un diseño fenomenológico cuyo objetivo según Merlino es "... centralmente el campo de los fenómenos tal como son vividos y experimentados por los individuos." (2009.pág. 53).

Los existenciales básicos de este diseño son un puente hacia el conocimiento de las vivencias de las personas que han sufrido una amputación de los miembros inferiores por diabetes. Dichos existenciales permitieron conocer en profundidad las vivencias y significados otorgados por los pacientes a la experiencia de sufrir una amputación.

Por tanto a partir de lo planteado por Merlino (2009) se pudieron interpretar los siguientes existenciales:

- El cuerpo vivido (corporeidad): Referido a las experiencias corporales que se susciten en el cuerpo a causa de la amputación de los miembros inferiores en los pacientes diabéticos, pues cada experiencia corpórea es independiente y subjetiva; el dolor, la ausencia del miembro y la adaptación será disímil para cada paciente. Estas sensaciones nuevas extrañas y el cambio en la imagen corporal a causa de la amputación, puede causar malestar emocional en los pacientes como frustración, enojo, tristeza y otros.
- El tiempo vivido (temporalidad): Este existencial hace referencia a cómo la experiencia de la amputación de un miembro es percibida de diferente manera según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre el paciente. Cómo el tiempo se ha visto alterado desde que sufrió la amputación, cómo era percibido antes de la misma, y cómo este ha sido un elemento vital en el proceso de adaptación, también se explorará cómo esta percepción

del tiempo influye en el sentir de cada paciente, pues una enfermedad crónica con complicaciones puede generar cierta incertidumbre sobre el futuro.

- El espacio vivido (espacialidad): Este existencial habla acerca de los lugares donde los pacientes han vivido las experiencias, cada uno de estos espacios cobra un significado subjetivo para el paciente, es de importancia conocer cómo se sintió en el hospital, como se siente en el hogar y en el lugar de trabajo.
- Relaciones humanas vividas (comunidad, racionalidad): Hace referencia al entorno social de los pacientes, familia, amigos, pareja y comunidad. Y las experiencias de los pacientes en relación a estos vínculos afectivos que son significativos para el paciente y que se vuelven en un apoyo emocional para el afrontamiento del día a día.

3.3. Ubicación del contexto

La presente investigación se llevó cabo en dos lugares de El Salvador, San Salvador y diferentes zonas de Mejicanos, son zonas de escasos recursos y acechadas por la violencia social actual del país, por lo cual en muchas de estas zonas el ingreso es restringido, comparten el contexto hospitalario debido a que todos fueron amputados en el Hospital Rosales ubicado en el departamento de San Salvador el cual no cuenta con las mejores condiciones para brindar una atención de mejor calidad, esto por la infraestructura que está muy dañada y la falta de personal que provoca una sobrecarga de trabajo y reduce el tiempo de atención a cada paciente hospitalizado.

Todos los participantes estuvieron ingresados durante meses mientras se recuperaban y regresaban a su hogar, donde les esperaban sus familiares, hijos o conyugues que brindan el apoyo emocional o económico. La mayoría de los participantes dejó de trabajar luego de la amputación, ya que deben usar silla de ruedas para moverse, por lo cual dependen de

la ayuda económica que les brindan sus familiares y algunas veces amigos, su condición económica dificulta que puedan salir de casa muy a menudo, siendo su hogar el espacio físico donde permanecen la mayor parte del tiempo.

3.4 Muestra y muestreo de la investigación

Por la naturaleza de la investigación se trabajó con una muestra no probabilística de carácter intencional, es decir que la selección de la población no fue al azar, en este caso el criterio de selección se basó en buscar a personas con diabetes que hayan sufrido una amputación de su extremidades inferiores parcial o total y pedir su colaboración, siguiendo una modalidad de muestreo opinático, es decir seleccionando personas que quisieran participar en la investigación, que mostraran interés y pudieran brindar el tiempo que se solicite. Debido a que la diabetes es una enfermedad que no distingue en edad o género la muestra no puede ser homogénea, tampoco se puede homogeneizar el tiempo que llevan con la amputación, ya que esta puede ocurrir en cualquier momento debido a una complicación, sin embargo se reconoce la diferencia de los efectos psicológicos en cada participante según el tiempo transcurrido, tomando en cuenta que estos pueden cambiar o perdurar en el tiempo.

3.5. Participantes

En este apartado se presentan las características generales y particulares de los sujetos permitiendo conocer sus contextos, estilos de vida y su cotidianidad, lo cual aporta una mirada amplia, humana y realista de su condición de diabéticos y amputados.

3.5.1 Características generales

Con respecto a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que formaron parte de esta investigación, son personas de bajo nivel socioeconómico, cuyos recursos monetarios dependen de la ayuda de sus familiares o amigos, poseen un nivel de educación básica o con analfabetismo, residen en un área rural o fuera de la capital, no poseen prestaciones de la ley por lo que son atendidos por el sistema de salud público MINSAL, el cual a veces no dispone del tratamiento farmacológico requerido por los pacientes, cuando esto sucede algunos deben costear el medicamento por su cuenta.

La población está formada por personas adultas y de la tercera edad, lo cual genera complicaciones en su salud física, sin embargo, cada miembro cuenta con un sistema de apoyo formado por: amigos, hijos y algunos casos cónyuges, que brindan soporte moral, económico y emocional, este último les motiva para continuar con su vida. También son personas religiosas que forman parte de alguna comunidad cristiana, siendo Dios y la fe uno de los pilares importantes en sus vidas brindándoles fortaleza para superar situaciones adversas.

Para finalizar algunos de ellos no les concedieron importancia a las indicaciones del personal médico al momento de ser diagnosticados y en consecuencia les generó complicaciones en su salud como es la amputación en una de las extremidades de su cuerpo, algunos son conscientes de esto y han modificado su alimentación y otros hábitos que les permitan mejorar su estado de salud.

3.5. 2 Características específicas

En este apartado se describirán de manera general las historias de los cuatro pacientes de diabetes que han sido amputados de forma parcial o total de sus miembros inferiores para posteriormente profundizar en cada vivencia mediante la investigación

A pesar de que las amputaciones parciales implican menos complicaciones para moverse siguen teniendo un gran impacto.

El primer paciente que forma parte de la investigación de 66 años de edad, sufrió la amputación del segundo dedo del pie derecho, esto significó un cambio en su vida, hace 20 años fue diagnosticado con diabetes y paso mucho tiempo sin conocer sobre qué implicaba ser diabético, se deprimió y preocupó mucho cuando recibió el diagnóstico, sin embargo desconocía cómo cuidar su salud, por lo cual busco informarse sobre la enfermedad, pero a pesar de sus cuidados en el año 2017 recibió la noticia de la amputación, su familia fue su red de apoyo constante y aunque se encuentra recuperado tuvo que hacer cambios en su forma de trabajar, minimizando el esfuerzo físico y reduciendo las horas de trabajo, debe ser más cuidadoso que antes para evitar una segunda amputación.

El segundo participante es de sexo masculino con 76 años de edad, hace 28 años fue diagnosticado de diabetes el residía en san miguel y para su diagnóstico se sorprendió ya que él esperaba verse sus brazos cubiertos de azúcar, el doctor no le explicó que significaba, tampoco el tipo de diabetes que presentaba sufrió su primera amputación en el 2007, es decir hace 12 años está inició con la infección de un dedo el cual le amputaron y posteriormente lo ingresaron para amputarle toda su rodilla derecha, de esta amputación él se podía desplazar por su hogar mediante muletas y sentía que tenía esperanza. En 2014

se bañaba y no experimentaba ninguna sensación en su pie, hasta que un día sintió algo extraño en un dedo y fue a pasar consulta fue allí cuando le amputaron su rodilla izquierda, él solamente pasa en su casa sin moverse, en el cuidado de su salud se alimenta de acuerdo a su condición económica precaria, la única esperanza para él ha sido el apoyo de su familia y la fe que tiene hacia su creador.

Con respecto a la tercera participante, tiene 71 años de edad, sufrió su amputación hace trece años en su pierna derecha a causa de la diabetes, el diagnóstico de esta enfermedad lo recibió hace veinte años y lo descubrió por el apareamiento de una úlcera en su tobillo izquierdo la cual no cicatrizaba. A ella le diagnosticaron diabetes tipo dos y por el cambio de hábitos alimenticios disminuyó su peso corporal, en ese tiempo también se encontraba con medicamentos que le permitían controlar su enfermedad, posteriormente en el 2006 la ingresaron al hospital por una infección en el dedo, en diciembre de ese mismo año le realizaron la amputación, ella la considero necesaria para salvar su vida y aún recuerda cómo fue la cirugía, finalmente ella se recuperó físicamente por medio de la rehabilitación y continuó con el uso de la insulina.

Actualmente se siente desesperada porque no puede trabajar como antes, cuenta con una prótesis, pero a causa de accidentes y caídas opta por no salir de su casa. Esto le dificulta la obtención de ingresos económicos por su cuenta lo que impide tener una alimentación saludable, ya que solamente una de sus cuatro hijos le ayuda con los pocos recursos que posee.

La cuarta y última participante es de sexo femenino de 70 años de edad, fue amputada hace 2 años de su pie derecho a nivel de la rodilla, actualmente se encuentra en una silla de

ruedas, pero antes de la amputación se dedicaba a realizar venta de comida, ahora se encuentra en casa al cuidado de su hija y de su nieto, recibió el diagnóstico de diabetes hace 35 años sin embargo menciona no haber cambiado su estilo de vida, mostrando por años indiferencia hacia el manejo de la enfermedad hasta que tuvo complicaciones que amenazaban su vida, manifiesta diferentes sentimientos como: culpa, enojo, tristeza, esperanza y sentimientos abandono por la falta de ayuda de tres de sus 4 hijos, se encuentra convencida que Dios le dio ese reto y que ella debe salir adelante, aceptando la voluntad de Dios y teniendo fe que todo mejorará ya que se encuentra a la espera de una prótesis que le permitirá movilizarse mejor, esto la llena de esperanza que la motiva a continuar con el cuidado de su salud día a día.

Cada una de las cuatro personas ha tenido la misma experiencia de ser amputado, con matices particulares de acuerdo a sus propias condiciones de vida e interpretaciones de la experiencia.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El proceso de recolección de la información para este trabajo se realizó con base a los métodos de la psicología y las técnicas en base a la investigación cualitativa que se describen a continuación

3.6.1 La entrevista

Este método es de utilidad para recabar datos, la podemos definir según (Laura Díaz-Bravo, 2013) “como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar” (p.163). Existen diferentes técnicas que se derivan de él y son de utilidad en las distintas áreas de la psicología como la clínica, educativa y en la

investigación. En esta última en el método cualitativo podemos mencionar una de las técnicas que es la entrevista en profundidad y la definimos según: Taylor y Bogdan (como se citó Ruiz, 2003) como encuentros dirigidos a la comprensión de la perspectiva de los informantes en relación a sus vidas, experiencias o situaciones en las cuales el investigador es el instrumento para llegar a ellas.

Además, esta se realiza partiendo de algunos principios los cuales son: el primero la conversación conceptual, es decir se utilizará un diálogo sistemático en el cual se entrevistaron a las personas ayudándole a reproducir su experiencia de ser personas diabéticas y con una amputación. El segundo principio de comprensión, permitirá recoger información a partir de las verbalizaciones de las personas y por medio de ellas encontrar un conjunto de significados. (Ruiz, 2003).

Lo anteriormente mencionado se logró por medio de las entrevistas dirigidas a las cuatro personas que han sido amputadas a causa de la diabetes, se obtuvo información sobre el significado de esta experiencia de vida, por medio de sus relatos, buscando la mayor claridad posible. Para tal objetivo se diseñaron cuatro guías de entrevista explorando los existenciales básicos postulados por el diseño fenomenológico, relacionados con las tres áreas psicológicas abordadas en el presente trabajo las cuales son: área cognitiva, afectiva y conductual, dichos instrumentos se describen en los siguientes párrafos

La primera entrevista en profundidad contiene su membrete, el objetivo que es: profundizar en las experiencias de las personas que han sufrido una amputación parcial o total de sus miembros inferiores a causa de la diabetes mellitus tipo 2, conociendo las

vivencias, así como los pensamientos, sentimientos y emociones antes, durante y después de la amputación.

Contiene datos generales del entrevistado, el existencial de tiempo vivido con las categorías psicológicas: cognitiva y conductual, además las categorías generales de Diabetes y amputación en los pacientes con los indicadores de: Ideas, creencias, condiciones de vida en la época del diagnóstico, adaptación y Actividades cotidianas. Finalmente se encuentran las siete preguntas que permiten la obtención de información. (Ver anexo 4)

La segunda entrevista en profundidad contiene su membrete, el objetivo: Recabar experiencias y significados de los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores para obtener información referente a los pensamientos y sentimientos provocados por su condición. Datos generales del entrevistado, el existencial de cuerpo vivido, áreas psicológicas a explorar: cognitiva y afectiva, con las categorías generales de: Autoconcepto/ dolor e indicadores: Ideas e imagen de sí misma por haber sufrido una amputación, malestar emocional a causa de cambio de imagen, ideas y pensamientos acerca del dolor, malestar emocional y Sensaciones corporales. Finalizando con ocho ítems en los cuales se realizan las preguntas adecuadas a este existencial. (Ver anexo 4)

La tercera entrevista en profundidad contiene su membrete, objetivo específico que es el siguiente: Profundizar en las vivencias y significados de las personas con diabetes que han sido amputados que permitan el conocimiento de las adaptaciones que han realizado en el entorno en que se desarrollan. Posteriormente datos generales, el existencial a explorar de

espacio vivido con las áreas psicológicas: afectiva/ conductual, las categorías generales de: Hospital, Hogar y trabajo. Finalizando con las siete preguntas pertinentes a este existencial. (Ver anexo 4)

La cuarta y última entrevista en profundidad contiene el membrete institucional, el objetivo para esta entrevista era: Recabar información acerca de las vivencias y significados de las personas con diabetes que han sido amputados para la profundización de los cambios que han experimentado en las diferentes relaciones de su entorno social y familiar. Los datos generales del paciente, el existencial de comunalidad, con las áreas psicológicas: afectiva y conductual. Sus categorías generales: Apoyo psicosocial/entorno social y los indicadores de: Relaciones interpersonales con familia, relaciones amigos y vecinos, comunidad e instituciones correspondientes. Finalmente se presentan los seis ítems de entrevista para explorar este existencial. (Ver anexo 4)

Es importante mencionar que estas entrevistas pasaron un proceso de validación mediante el método propuesto por Lawshe en el cual cada miembro del jurado respondió la siguiente pregunta en cada reactivo “la habilidad o conocimiento medido por este reactivo es” con tres opciones de respuesta: esencial, útil pero no esencial y no necesaria. A la cual respondieron los cinco jueces, cuatro especialistas en el área de psicología y uno en el área de endocrinología. Considerando que los ítems eran esenciales para la investigación y permitieron su aplicación (ver anexo 7)

6.2. Observación

Otro de los métodos es la observación científica según Ruiz (2003) “es el proceso de contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla, ni modificarla, tal cual ella discurre por sí misma” (p.125).

El propósito de la observación fue obtener impresiones del ambiente físico en el que viven las personas, el ambiente social y humano que les rodea, actividades individuales y colectivas u otros sucesos relevantes que nos permitieran obtener información en profundidad. En la investigación cualitativa es necesario entrenarnos para observar, pues se utiliza todos los sentidos y no se limita a la vista.

Según (Dr. Roberto Hernández Sampieri, 2014) describe la Observación en investigación cualitativa como aquella que “No es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (p.399). Es por ello que para esta investigación eligió la técnica de observación panorámica – no participante en la cual el investigador participa como observador y tanto él como los “observados” son conscientes de los objetivos del investigador (Olabuénaga, 2003).

Para una observación científica según José Ruiz Olabuénaga necesitamos tres criterios que son: la interacción social, el protocolo de recogida de los datos y el control de los datos acopiados. El éxito depende del correcto tratamiento de estos tres elementos. En esta investigación se cumplió cada uno de ellos, mediante la interacción con las personas con diabetes que han sido amputadas, y se diseñó una guía de observación para la recolección

de los datos observados en los contextos naturales, lo que permitió un control de la información obtenida por parte del observador.

La Bitácora de observación diseñada contiene su membrete, datos generales (nombre del observado, lugar, fecha y hora). El existencial evaluado y el área psicológica. Posteriormente, se presenta un cuadro de doble entrada para anotar las reacciones físicas y emocionales de la persona, además la descripción del espacio, finalmente un cuadro en el cual se realizaron las observaciones generales de la entrevista. Es importante mencionar que esta guía de observación se utilizó durante el desarrollo de las entrevistas para profundizar en los aspectos no verbales u otros indicadores que aportaran información relevante a la investigación. (Ver anexo 5)

3.6.3. Prueba psicológica

Dentro de la psicología existe la evaluación psicológica está definida por Fernández (1992):

Es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se consideren oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encadenan la aplicación de una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación.(p.17)

Como se puede ver en la definición para una adecuada evaluación en la psicología científica se utilizan diferentes dispositivos o también conocidos como métodos de los

cuales se han mencionado dos anteriormente que es la: entrevista y observación, de igual manera otro método importante son las técnicas psicométricas conocidas como test.

Los test psicológicos según Cronbach (1990) es: “un procedimiento sistemático para observar las conductas y describirla con ayuda de escalas numéricas o establecidas” (p.32). La garantía científica de estos instrumentos es la validez y confiabilidad que ellos tienen y por lo cual son de gran utilidad en la psicología.

3.6.4 Escala Diabetes 39

Para el fin de constatar los datos que se obtuvieron de la entrevista y la observación, se aplicó una escala de evaluación psicológica llamada “Diabetes 39” con su aplicación fue posible realizar una triangulación de todos los hallazgos lo cual permitió que los datos arrojaran mayor riqueza de información acerca de la problemática. Para este fin se aplicó la escala creada para medir la calidad de vida de pacientes diabéticos. G. Boyer, fue uno de sus creadores en la versión original en inglés, la versión en español de España fue adaptada al español hablado en México mediante modificaciones mínimas en la redacción de algunos ítems, por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, con el fin de facilitar su comprensión en los pacientes mexicanos con DM2 (Lopez Carmona & Rodríguez, 2016). (Ver anexo 8)

El cuestionario contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), Control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17,18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad-preocupación (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), Carga social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual (tres ítems: 21, 23 y 30) (véase el anexo).

Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para *nada afectado en lo absoluto* y el 7 a *sumamente afectado* en la calidad de vida. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento.

López Carmona & Rodríguez (2016) en su adaptación de la escala en población mexicana plantearon que la suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección, la puntuación total y las calificaciones de autopercepción de la calidad de vida y de la gravedad de la diabetes deben ser transformadas a una escala de 0 a 100 con el auxilio de las siguientes fórmulas para su transformación lineal:

- Energía y movilidad: $[(\text{Calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$
- Control de la diabetes: $[(\text{Calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$
- Ansiedad-preocupación: $[(\text{calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$
- Carga social: $[(\text{calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$
- Funcionamiento sexual: $[(\text{calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$
- Calificación total: $[(\text{calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$

- Calidad de vida: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1) \times 100]$
- Severidad de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1) \times 100]$

3.7. Procedimiento de planificación, recolección e interpretación de datos.

Para realizar un procedimiento de planificación, recolección e interpretación de datos fue importante comprender las particularidades de la metodología del enfoque cualitativo mencionadas anteriormente y así sumergirse en el contexto social de cada participante para profundizar más en sus vivencias sobre la amputación y el significado particular y compartido de cada una de ellas.

3.7.1 Fase de Planificación

Dentro de esta fase se realizó contacto con ASADI quienes proporcionaron los permisos necesarios para el ingreso al Hospital Nacional Rosales donde se realizó la mayor parte de captación de los participantes de la investigación. ASADI también proporcionó contactos de personas amputadas que podrían integrarse a la investigación que no estaban ingresadas pues la amputación había sido realizada años atrás.

Posteriormente se realizó la inmersión inicial al contexto de los pacientes y a la problemática. Estas visitas se realizaron en el Hospital Rosales, trabajo, sede de ASADI o casa según las propias condiciones de los pacientes.

3.7.2. Fase de recolección de datos

El análisis cualitativo prefiere codificar con categorías más que con números (Olabuénaga, 2003). Por lo cual antes de la creación de los instrumentos de recolección de datos se utilizaron categorías teóricas, categorías generales y categorías especiales que permitieron recabar la información de una manera organizada

Paso I

Se utilizaron categorías teóricas, es decir los cuatro existenciales del diseño fenomenológico, que permitieron profundizar en las experiencias de las personas con diabetes que han sufrido una amputación a causa de las complicaciones por la enfermedad:

A) Tiempo vivido, se crearon las categorías generales: Diabetes y amputación con ellas se logró que los participantes describieran y profundizaran sobre los pensamientos y conductas que provocaron recibir la noticia sobre la amputación y adaptarse a esa nueva condición de vida luego de ella; B) Cuerpo vivido, en este existencial se trabajó con dos categorías generales, el autoconcepto y dolor, con ellas se logró que los participantes narraran cómo se sienten con su cuerpo y profundizaron en su autoconcepto, así como las experiencias de dolor físico y emocional que provocó y continua provocando sufrir una amputación; C) Espacio vivido, se crearon tres categorías generales, hospital, trabajo y hogar, con ellas mediante estas los participantes describieron sus sentimientos y conductas en esos ámbitos que son significativos para ellos y provocan un impacto físico y emocional. D) Comunalidad, ya que las relaciones sociales y el entorno social son importantes al momento de sufrir un evento traumático como lo es una amputación, se crearon dos categorías generales, apoyo psicosocial y entorno social donde se profundizó en el apoyo de personas o instituciones que ha recibido el participante, cómo se siente al respecto y cómo se relaciona.

Paso II

Para poder interpretar los significados de las experiencias que los participantes narraron fue necesario construir categorías especiales, las cuales son: Área cognitiva, afectiva y

conductual, siendo los tres procesos psicológicos superiores en el ser humano son indispensables para extraer los significados de las experiencias de las personas que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores y estableciendo una relación con las categorías teóricas del modelo fenomenológico y la categorías generales creadas a partir del marco conceptual, realizando esta vinculación entre las categorías anteriormente planteadas ha permitido conocer las experiencias que tengan que ver con la amputación de una manera profunda y organizada.

Paso III

Posterior a la creación de las categorías se construyeron las entrevistas en profundidad y bitácora de observación, luego se procedió a la aplicación en los contextos naturales de cada participante de la investigación. En esta parte se solicitó su permiso para poder recopilar estas entrevistas en grabaciones ya que esto facilitó su posterior digitación e interpretación.

3.7.3. Fase de interpretación de datos:

Se comenzó con la transcripción de las guías de entrevista en profundidad para facilitar la extracción de los datos textuales obtenidos. Posteriormente se hizo el vaciado de la información donde se extrajeron párrafos completos que evidencian la presencia de las categorías generales, especiales y emergentes por cada uno de los cuatro existenciales básicos del diseño fenomenológico y posteriormente se realizó su interpretación.

Subsiguientemente en este apartado se seleccionaron los párrafos de las entrevistas que indiquen significados compartidos de las vivencias de los pacientes, estos fueron utilizados en la triangulación de los datos.

Se continuó con el análisis e interpretación de la escala Diabetes 39 cuyo vaciado se realizó sumando las puntuaciones obtenidas en cada sección, energía/movilidad, control de diabetes, ansiedad/preocupación, carga social, funcionamiento sexual, la puntuación total y las calificaciones de autopercepción de la calidad de vida y de la gravedad de la diabetes transformadas a una escala de 0 a 100 obteniendo la puntuación de cada sección por medio de las fórmulas propuestas en el apartado de métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El paso siguiente fue la extracción de la información proporcionada por una bitácora de observación aplicada en cada una de las entrevistas. La cual se hizo por medio de la selección de manifestaciones físicas y emocionales significativas durante la aplicación de las entrevistas a profundidad.

Finalmente se realizó una triangulación de los datos recolectados por medio de las entrevistas en profundidad, de donde se extrajeron los significados compartidos encontrados, al mismo tiempo se relacionaron con los hallazgos brindados por la escala “Diabetes 39” y la guía de observación. (Ver anexo 2)

A partir de los instrumentos contruidos se profundizó en las vivencias, los pensamientos, los sentimientos y comportamientos de cada uno de ellos, por medio de las entrevistas contruidas por existencial según el diseño fenomenológico basándose en

Tiempo vivido	Cuerpo vivo	Espacio vivido	Comunalidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Autoconcepto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Apoyo psicosocial
<input type="checkbox"/> Amputacion	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Entorno social
		<input type="checkbox"/> Trabajo	

Figura 1. El presente esquema muestra las categorías teóricas creadas para cada existencial del diseño fenomenológico

las categorías inmersas en cada existencial presentados a continuación:

Finalmente se realizó un análisis desde el punto de vista psicológico de los datos acopiados, cuya interpretación tuvo como objetivo construir los significados de cada experiencia descifrando los relatos de los participantes, utilizando el modelo cognitivo constructivista post racional creado por Vittorino Guidano, este modelo vio la luz en la década de los 80 con el objetivo de encontrar una respuesta a la crisis explicativa del cognitivismo tradicional, este modelo busca que el paciente comprenda la estructura de su propia dinámica emocional, cuando amplía el conocimiento de sí mismo, puede reorganizar su significado personal y tener una nueva forma de verse a sí mismo. (Suarez, 2002)

Para interpretar los hallazgos de esta investigación fue necesario comprender el siguiente concepto del modelo post racional:

Organización del significado personal (OSP): Es el ordenamiento central de todo el dominio emotivo individual, es decir el tipo de relación que uno tiene con su experiencia inmediata, la manera en que la decodifica y como la explica, este concepto nos permitirá analizar y comprender como los pacientes amputados interpretan, decodifican y le otorgan un significado emotivo al hecho de ser pacientes diabéticos que han sido amputados a causa de complicaciones por su condición. (Ruiz, La psicología y la psicoterapia cognitiva post-racionalista: aspectos teóricos y clínicos, 2007)

Para comprender la OSP es necesario comprender los siguientes conceptos:

Nivel de la experiencia inmediata: Corresponde a la vida emocional, al fluir de las sensaciones, a la modulación emotiva, en el cual los sentimientos son siempre verdaderos ya que brindan información de cómo la persona se siente en ese momento en el mundo, en el aquí y en el ahora, por lo tanto esto permitirá interpretar las emociones que los pacientes experimentaron al momento de recibir la noticia de la amputación y experiencias posteriores a ella.

Nivel de la explicación inmediata: Es el nivel en el cual los eventos pueden ser conceptualizados y separar la información de su experiencia inmediata, es decir una explicación propia al evento vivido, donde se utiliza el razonamiento, la lógica y la abstracción para darle una explicación coherente con la imagen que se tiene de sí mismo, con relación a los pacientes diabéticos este concepto permitió interpretar como los pacientes amputados se explican a sí mismos el ser personas diabéticas y haber sufrido una amputación.

Imagen consciente de sí mismos: la imagen se construye desde afuera es decir como se ve a través de la óptica de las otras personas. En relación a los pacientes diabéticos la imagen que se construye de sí misma depende de la opinión de su entorno social (familiares, comunidad), lo cual puede complicarse porque pueden ser estigmatizados por no tener una parte de su cuerpo.

El modelo cognitivo post- racional brindó herramientas teóricas que explican y ayudan a comprender teóricamente la problemática desde el punto de vista psicológico

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta el diagrama de categorización para la comprensión del estudio el cual contiene la información que presenta los hallazgos puntuales de la investigación con los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores. El esquema refleja la vinculación de las categorías teóricas del modelo fenomenológico, relacionadas con las categorías generales, las categorías especiales que son las psicológicas y las categorías emergentes, posteriormente contiene una interpretación global de los significados obtenidos en todas las categorías planteadas.

4.1 Diagrama de categorización para la comprensión del estudio

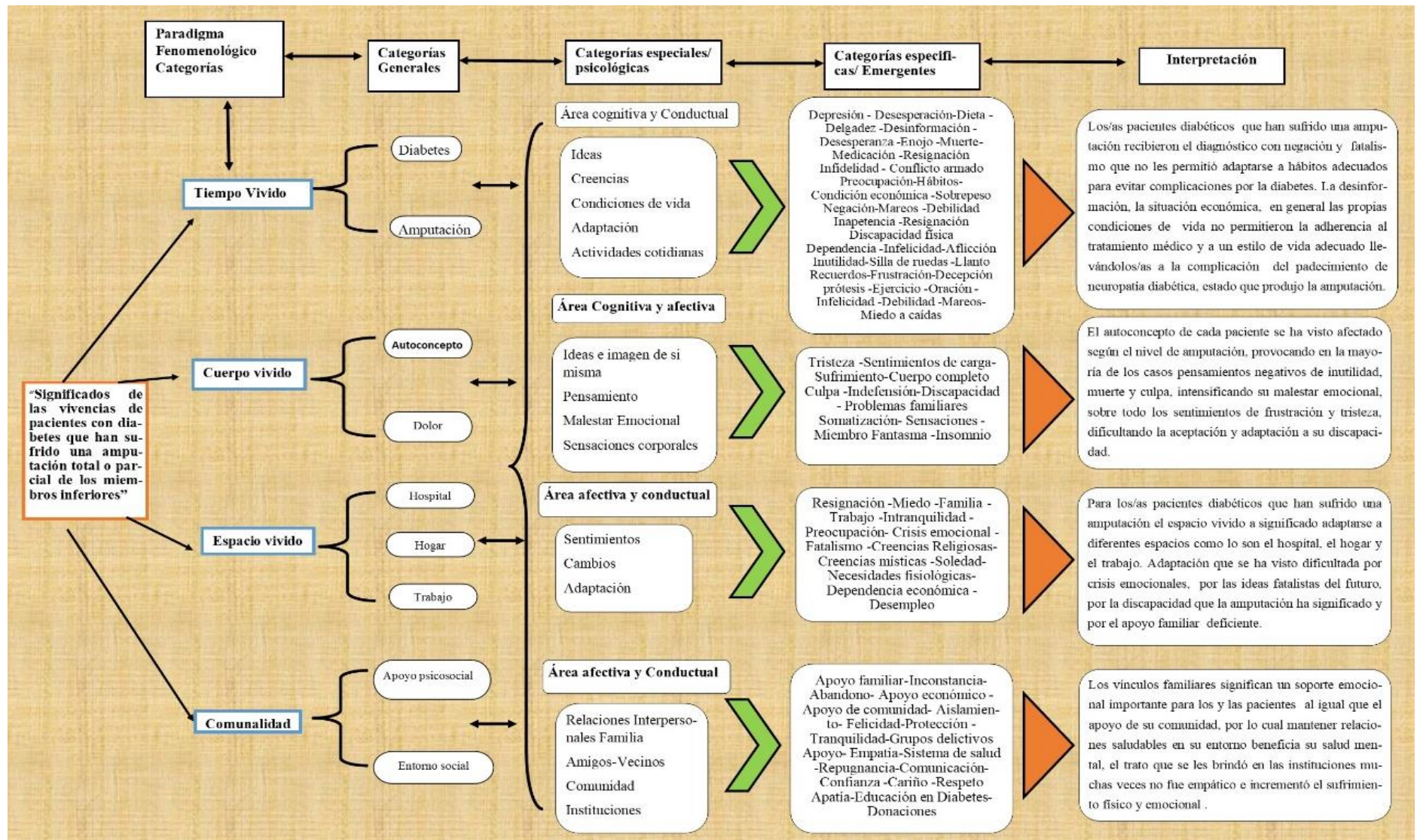


Figura 2. Esquema creado por el equipo investigador donde se identifican las categorías teoricas, especiales, emergentes y la interpretación de estas para cada uno de los existenciales del diseño fenomenológico.

4.2 Descripción e Interpretación de Datos de las Entrevistas en Profundidad

Categoría General: Tiempo vivido

Área cognitiva.

Ideas y creencias acerca de la diabetes

“Púchica me va a terminar esta diabetes va”

“Por supuesto debemos morir de alguna enfermedad pero no diabetes, porque nadie va a morir alentado, pero no de diabetes y yo si voy a morir de eso”

“Ni modo, tengo diabetes tengo que aceptarlo”

“Vaya, pensé que tenía que estar con esa medicina constante...yo me descuide de mi misma y por estar en el negocio porque yo no quería dejar de trabajar...bueno yo pensé que sea la voluntad de Dios si ya me toca vivir con eso ni modo, más que me dijo -esto no tiene cura-”

La condición de amputación ha generado en los/as pacientes diferentes manifestaciones cognitivas. Entre las manifestaciones cognitivas se encuentran ideas negativas con respecto a la diabetes vinculada principalmente con la idea de muerte. Estas cogniciones están relacionadas con sentimientos de depresión y resignación que no les permite afrontar la enfermedad con una participación activa siguiendo las indicaciones médicas en cuanto a la medicación y cambio de hábitos para mejorar su calidad de vida.

Ideas y creencias acerca de la amputación

“Púchica ya me voy a morir, mis hijos mi familia... porque el dolor no es del que se muere sino del que queda”

“Eso fue duro, eso fue duro, no es como uno tener bueno su cuerpo, ¿cree usted que no me hace falta caminar? ¿Cree usted que no me hace falta caminar? no puedo, ni bajar esas gradas, si me sacan voy abajo, ¿cree usted que esto es vida? cuando primero me tocó el dedo gordo del pie derecho, fíjese me quitaron el dedo gordo, me tuvieron en observación pero era para quitarme

el pie, se me iba poniendo morado, solo me sacaron, ¡no! -le dije yo- ¡déjenme! - suplique bastante pero fue demás, me llevaron....”

“yo tengo más segura la muerte que la vida... a mí me gustaría tener un futuro bueno pero ya mis fuerzas no me dan, quizá yo deseo buena vida pero ya no tenemos un futuro”

“mi vida a cabo desde el momento que me quitaron la pierna eso pensé yo mi vida se acabó”

“yo pensé mejor me quedo sin mi pie pero yo no aguanto estos dolores ya, porque eran unos dolores... suponga hasta donde me han hecho la amputación (rodilla) y la bacteria llegaba hasta aquí (tobillo) por eso el doctor Toledo dijo que me iba subiendo”

El futuro tiene un significado desesperanzador para los pacientes, se muestran indefensos ante la enfermedad, y dicen esperar su muerte en un estado de aceptación estoica, que no abona a mejorar su calidad de vida. El abandono de sí mismos/as llevó a los pacientes a padecer neuropatía diabética. Actualmente su estado emocional no les permite disfrutar de su vida, por el significado otorgado a la experiencia de la amputación. Viven en un constante estado de aflicción por el futuro con síntomas como mareos y debilidad que son signos de descontrol de la glucosa en sangre lo que los puede llevar a otra amputación o a la muerte.

Área conductual

Condiciones de vida en la época del diagnóstico de diabetes

“el deseo de buscar la solución a mi hogar, trabajábamos diario en dos lugares trabajábamos en el comercio y en una panadería de repartir pan dulce, era bien sofocante”

“yo estaba solo con mis hijos, que mi esposa estaba por oriente y allá les agarro la guerra a mi hija y a mi esposa y andaban con un niño pequeñito y otro más grandecito ¿y donde se podían venir? Aquí decían, que ya estaba tomado por la guerrilla”

“... él me engañaba y que yo pues me sentía mal, la gente me decía todo, que lo veían, pero yo, tranquila. ¡Si me daba cólera por lo que me decían!”

“se me subió bastante el azúcar cuando yo me di cuenta que mi esposo tenía un hogar con 3 niños, entonces yo, el metabolismo de uno puede aguantar, pero no, las va suprimiendo y suprimiendo hasta que ya no las aguanta, una vez fui al trabajo de él y lo encontré con una mujer sentada en sus piernas”

Existen vivencia críticas personales, familiares y sociales en la época del diagnóstico como la infidelidad en dos de las participantes, el conflicto armado y la inestabilidad económica a causa del sub-empleo, que causaron desequilibrio emocional que consistió en sentimientos de enojo y preocupación afectando a su vez su salud física precipitando su diagnóstico de diabetes.

Área conductual:

Adaptación y Actividades cotidianas después del diagnóstico de diabetes

“Desesperantes porque en depresión pasa uno... como 5 años... para poderme adaptar y entender que se podía mejorar”

“Bueno ya eran medicinas, pastillas, este... No me recuerdo el nombre, pero para el azúcar, noclamina, no sé cómo se dice y aflicciones porque cuando a uno le diagnostican algo, uno está pensando en eso, el tiempo de comida que va a comer, ¿y si no te acordas? ¡Qué bonito! si sufrimiento ¿cómo no se va a acordar?”

“En la alimentación, bueno le puedo decir que lo que esté a su alcance, pero cuando no se puede, no se puede hay días que ni se come y eso va afectando más”

“El doctor me dijo -tiene que rebajar de peso....- yo hasta mareada me sentía -nombre- le dije -yo voy a comer porque no me voy a morir de la enfermedad, sino que de no comer-”

“Pues fíjese yo, mi, mi reacción fue vaya dije ya tengo esa enfermedad, pero no crea que le hice caso, yo por tiempo me engordaba y por tiempos delgadita pero bien delgada, esa es la reacción cuando uno ya es diabético y no se trata”

“Fíjese que yo no tuve cuidado en nada, pero fíjese que yo vivía mi vida normal pero se me llegaban días no le voy a decir que seguido, si no que me llegaban días que cuando me levantaba de la cama me levantaba mareada pero así mareada me iba al mercado”

La experiencia de ser un paciente diabético supone un cambio en el estilo de vida en los hábitos alimenticios, ejercicio, sueño, adherencia al tratamiento médico, entre otros, para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los límites adecuados y así evitar complicaciones como pie diabético y amputación, sin embargo la desinformación, la situación económica o la negación de la condición de diabético en los y las pacientes ha dificultado realizar todos estos cambios necesarios, provocando que la adaptación a la condición no sea la adecuada para su salud, especialmente en la alimentación donde no existió un régimen o una dieta a seguir provocando sobrepeso o delgadez lo cual empeoró su enfermedad metabólica crónica.

Área conductual

Adaptación después de la amputación

“...fue algo transitorio pero pensaba ¿cómo adaptarme al sistema de mi casa? para no tener algo así como una grada donde tropezar”

“Si me sigo cuidando...todo estará bien...como estoy yendo a mis consultas...”

“Triste, bueno, en mi asistencia porque estaban mis hijos, pero no por eso va a haber una alegría suya siempre estará el descontento y la aflicción por lo que uno tiene, no es fácil, no es fácil, hay un contentamiento por ver a la familia, pero siempre está la aflicción que uno no puede ser participativo de las cosas, pues que uno no puede participar de caminar, no puede salir, no puede hacer las cosas por uno mismo, pues se siente afligido créame”

“...si hay aflicciones de diferentes aflicciones, porque ya le voy a decir yo si usted me hace una invitación tiene que llevarme ¿cómo voy yo? todo eso se le viene a la mente a uno, todo

eso se le viene a la mente, los primeros meses solo fueron aflicciones de lo que uno no tiene, de lo que le hace falta, por ejemplo si a usted le falta algo no se lo toca pero se acuerda”

“usaba las dos sillas para bañarme y allí me cambiaba me volvía a pasar a la silla de ruedas y yo solita me venía a acostarme porque yo solo pasaba acostada, sentada”

“yo aquí tenía la cama (sala) me pasaba a la silla de ruedas, pero ella me dejaba de que yo en pampers hiciera todo, pero yo ya no podía, entonces empecé, y le decía a ella que me esperara en la puerta del baño - y yo me voy agarrar y vos me ayudas a sentarme en la taza- empecé a ir al baño de ahí, para que la silla entrara hasta dentro mi hijo voltió la puerta, hizo que la puerta se abriera para afuera para que yo pudiera entrar más adentro y así yo empecé a agarrar la experiencia...” “yo toda la noche, como no dormía pasaba pensando cómo iba a hacer, la primera salida allá afuera pasé pensando cómo iba a hacer, mire hasta lloré, porque todo esto me lastimé (señala la parte baja del pecho, tórax) porque no tenía equilibrio no podía manejar el peso de mi cuerpo y ahora no, mire, ahora puedo bajar las graditas y así he ido.”

Los pacientes han tenido que adaptarse al entorno de su hogar, las modificaciones han sido hechas según la capacidad económica de los pacientes y de su grupo familiar. También estas modificaciones han dependido de la discapacidad física que la amputación haya provocado según el nivel de la misma y de la capacidad de movilización de los pacientes en silla de ruedas o prótesis. El apoyo familiar es un factor importante en el afrontamiento de la discapacidad física que la amputación ha provocado, sin embargo en algunos pacientes no han contado con la debida asistencia de la familia, lo cual aumenta su desamparo e ideas fatalistas sobre la vida y el futuro causándoles sentimientos de inutilidad, recuerdos de su cuerpo completo, llanto y sentimientos de infelicidad por la pérdida de la parte del cuerpo amputada. La pérdida de roles en el hogar, y el sentimiento de ser incapaz de involucrarse en las actividades cotidianas provoca en los pacientes

tristeza y aflicción pues se perciben incapaces de realizar todas las actividades que realizaban antes de la amputación.

Área conductual

Actividades cotidianas después de la amputación

“yo me siento completo... porque lo he experimentado varias veces, cada vez voy 15 minutos más o 5 cuerdas más a la bicicleteada”

“yo quisiera salir allá afuera por ratitos a distraerme a beber el aire, yo le digo yo me siento bien fregado, porque si yo pudiera irme aunque sea despacito yo me fuera pero no puedo, no se siente bien uno”

“De la silla a la cama... decepcionada porque no puedo salir.... pero para salir allá afuera ya no puedo, no puedo primero porque yo me siento débil mareada, segundo que me duele el lado de aquí (parte derecha del estómago) Y porque ya está flojo esto (muestra la parte de arriba de la prótesis que le queda floja) el muñón me queda bailando adentro de ella”

“Uno tiene que aprender por ejemplo yo si voy a lavar los trastes un rato estoy parada y otra sentada, porque yo trato de no ir a acostarme en la cama para poder dormir tranquila en la noche, así puedo hacer la oración, salgo al baño, me pongo ropa de dormir y hago el ejercicio hago 60 o 70 sentadillas me canso, lo hago para no engordar más y por la circulación”

El tipo de actividades cotidianas depende del nivel de la amputación que hayan sufrido los/as pacientes, al utilizar una silla de ruedas su movilización se ve limitada a los espacios del hogar, si la amputación no involucra una extremidad completa, permite a los pacientes la posibilidad de practicar algún deporte y desenvolverse satisfactoriamente en las actividades cotidianas, la prótesis facilita la movilización sin embargo el miedo a caídas o golpes en su cuerpo impide que se desplacen a otros lugares, todo esto provoca que la mayoría de los y las pacientes solo puedan realizar actividades dentro de su hogar como ejercicio, lavar platos, actividades de aseo personal entre otras, lo cual les hace sentir

aislados e inútiles pues han perdido su independencia por lo cual todos día a día acuden a sus creencias en busca de fortaleza.

Categoría General: Cuerpo vivido

Área Cognitiva.

Ideas e imagen de sí mismos/as por haber sufrido una amputación

“Pensaba que podía dominar esa situación...que podía dominar la enfermedad y no ella a mí.”

“Que tengo que tener más cuidado con mi cuerpo, más cuidado porque hay neuropatía diabética, que hasta a veces se puede perder la sensibilidad.”

“...al menos estoy vivo apenas veo el aire que respiro, pero lo demás contentamiento no, hay momentos de tristeza”

“Cuando me amputaron sentí que mi vida terminó, allí terminó mi vida cuando me amputaron, sí y así se los digo a ellas (hijas) porque ya no iba a poder salir, ya no iba a poder como dicen: a rebuscarme

“pienso yo soy una molestia para que me anden llevando”

Los y las pacientes cambiaron totalmente el concepto que tienen de su cuerpo después de la amputación, viéndose a sí mismos como una carga para los demás, experimentando constantemente sentimientos de tristeza e inutilidad y frustración, que dificultan la adaptación a su condición lo cual los lleva a afrontar su presente y futuro desde una visión fatalista donde la amputación significa muerte para ellos.

Ideas y pensamientos acerca del dolor antes y después de la amputación

“El momento de más dolor fue el momento en el que el proceso estaba evolucionando, pasé un mes quince días en el Rosales, -quiero ver si se te pasó para el otro dedo- tenían que darle tiempo para ver si solo aquí fue el daño, eso me decía el doctor, causó dolor la espera porque la gente habla sin educación y conocimiento habla más de lo que saben...”

“No, si es que de esto no sentí dolor, no, de este solamente en el momento que me han amputado” (insensibilidad en los miembros inferiores a causa del descontrol de la glucosa en sangre)

“yo había tenido la culpa que me quitaran el pie decía, porque me decían que fuera al hospital y yo no iba, atendida que iba a ir a la unidad de salud, por la cabeza hueca de no ir, luego me quede sin pata y ahora no sé qué hacer, no, ya no”

“yo pensé mejor me quedo sin mi pie, pero yo no aguanto estos dolores ya, ¡porque eran unos dolores! suponga hasta donde me han hecho la amputación (rodilla) y la bacteria llegaba hasta aquí (tobillo)

El periodo pre y post amputación significó dolor físico a causa de la infección, de la amputación y de las curaciones de la misma. El dolor para los/as pacientes significó pensamientos negativos de muerte y de sufrimiento crónico vinculado al malestar emocional que consistió en sentimientos de culpa, preocupación e indefensión.

Área afectiva

Malestar emocional a causa de cambio de imagen corporal

“Incluso el pie derecho es el amputado y el izquierdo sufre, porque Dios los hizo pares”

“Antes de ser amputado yo me sentía bien usted, ya le cuento, no, mejor no me podría sentada estaba que no me faltaba nada, me acostaba feliz y me levantaba feliz a trabajar”

“¡si yo tuviera mi pie digo, pudiera caminar no estuviera aquí! Digo yo ¿dónde estuviera? Fuera a dar una mi vuelta por ahí me fuera un día y viniera hasta el siguiente día, pero, de qué sirve lamentarse”

“he llegado a sentirme inservible (llora) porque “a mí me ha costado mucho acostumbrarme soy lo mismo”

Después de la amputación los y las pacientes presentan sentimientos intensos de negación que los lleva a recordar cómo era su vida antes de ser amputados, lo que provoca que su malestar emocional aumente y se mantenga, impidiendo una mejor adaptación a su condición actual y manteniéndolos en un estado de constante de añoranza por su cuerpo antes de la amputación con su funcionalidad, movilidad y sentido de plenitud.

Malestar emocional causado por la amputación

“sabe que los pies son el sostén del cuerpo, por suerte solo ha sido un dedo, y no me afecta para caminar, por eso me siento bien, prefiero esto. Me siento bendecido “

“debo preocuparme más porque al faltar yo nadie puede ir a traer el pisto”

“Si usted supiera mi vida, aquí está la muestra ¿cree que me voy a sentir bien si necesidades puedo? Como cuando usted tiene sus pies, eso es una felicidad, una gran felicidad. ¡Un dedo que te falte....!”

“yo, no sinceramente yo me siento mal, con esto....quisiera estar solo acostada, sentada, Acostada, siento que ya, ya no sirvo para nada sirvo yo”

“pues mire los dolores que he recibido son los problemas que he tenido aquí, esos han sido mis dolores más grandes...Mire una vez me castigaron me dejaron 4 días sin comer (llora)...Cuando ya me dieron el alta que fue que me puse bien mal aquí en la casa, la cosa es que sentía un gran dolor en esto de aquí del corazón, me llevaron al hospital me hicieron los exámenes y no salió nada ya de ahí no iba solo a eso de la curación”

Los/as pacientes se han visto afectados por la incapacidad de adaptarse a la condición de amputados/as, pues toda su vida se ha visto limitada por la pérdida de funcionalidad, la discapacidad física y el nivel de amputación sufrido ha determinado la intensidad del malestar emocional que consiste preocupación, infelicidad, inutilidad y depresión. Los problemas familiares como la falta de apoyo o los desacuerdos entre los

miembros dificultan un procesamiento adecuado de estas emociones que lleva a una somatización e intensificación del malestar emocional.

Sensaciones corporales en la zona amputada

“...siento la sensación de que tuviera todavía el dedo por eso me siento completo...”

“Ese mordimiento que me da aquí, dicen que cuando está tierna la luna porque me duele me duelen. Siente uno así Mire... Siento como que usted le hacen así en la carne (se oprime la rodilla con sus dos manos) pero duro, no piense que suave”

“Mordidas que me jala y a veces no me deja dormir aquellas mordidas y no sé cómo decirle a veces tanto, tanto.... Se siente aquello que por último se siente hasta dolor pero son los nervios que como me dijo un señor el pie fantasma yo siento que, que el dedo en el dedo siento yo, que hace así me jala (hace un movimiento con sus manos) o a veces aquí ve en el otro dedo pero yo no tengo dedos pero siento que en el dedo me jala así y a veces siento de este lado que en este lado”

“Pues mire yo me sentía bien rara sin mi pie, porque eso es terrible perder un pedazo especialmente con lo que uno se conduce los pies y la vista... al principio si siente uno como que tiene todo el pie y que pica todo el dedo, en el ojo del pie en la planta del pie, así se siente fíjese”

Los/as pacientes manifiestan experimentar o haber experimentado sensaciones de existencia, picazón u hormigueo que provienen de la parte de su cuerpo que ha sido amputada a esto se le conoce como sensación del miembro fantasma, los y las pacientes también presentan dolor en el muñón en forma de jalones, mordidas y hormigueo, que en ocasiones es tan intenso que provoca insomnio, afectando su calidad de vida y significando un recordatorio constante de su condición actual de amputados

Categoría teórica: Espacio vivido

Área afectiva

Sentimientos ante la hospitalización (Pre y post amputación.)

“Preocupado en el momento, porque después de la amputación, incluso yo sé que en todos lados o aquí podría haber una bacteria, si tengo una heridita, por ahí se introduce la bacteria... me sentía además preocupado por lo inútil que se puede volver uno, es porque yo no voy a ser la carga, voy a tratar de salir adelante, desesperado también”

“Lo que sentía yo solo era mi dolor... solo la tristeza que tenía ahí solo era la tristeza que tenía, ahí era solo de rodar lágrimas...”

“Yo me sentía pues resignada.... a la vez culpable y a la vez resignada, “yo tengo la culpa” decía, por no haberles hecho caso de haber ido luego y si por mi culpa voy a quedar así tengo que resignarme, a que ya no voy a poder ser la misma...aunque me pongan prótesis, ya no porque ya no puedo desplazarme por mi sola ... le dije ya no voy a poder salir, ya me sentía yo inútil ya no iba a poder caminar”

“Pues mire para mí el hospital no es grato... yo sentía que sufría, toda la gente que está ahí sufre”.... “me sentía mal y me acobijaba de pies a cabeza, me sentía intranquila de estar ahí, había días que yo ya no sabía qué hacía ni que sentía”

“Me sentía desesperada de estar ahí ya no aguantaba, pero me sentía más tranquila por el cuarto donde estaba”

La experiencia de la hospitalización significó para los paciente muchas reacciones afectivas dentro de ellas están las preocupación antes de la noticia de ser amputados, la espera del diagnóstico sobre la gravedad de la infección en las extremidades causó intranquilidad, preocupación, depresión, tristeza y llanto.

Después de la amputación se presentaron los mismos síntomas pero cargados de culpa por el descuido que los había llevado a la pérdida de una parte de su cuerpo. Además también hubo preocupación por las complicaciones causadas por una posible infección bacteriana por la insalubridad del Hospital Rosales.

La amputación por tanto significó sufrimiento en los pacientes, desesperanza por el futuro e ideas de inutilidad por el miedo a ya no poder caminar con excepción del paciente que fue solo amputado del segundo dedo del pie izquierdo, pues para él significó una segunda oportunidad para velar por su salud.

Sentimientos en el hogar después de la amputación

“me siento bien porque ya superé todo eso pero como recuérdese que a veces cuando uno no está educado, corre así claramente a drogas para suplir ciertos momentos de soledad o de frustración... en mi casa tengo la televisión... estoy bien ahí”

“aquí me siento tranquilo y que más le digo yo antes no pasaba en la casa...”

“yo me siento, le voy a decir hoy, sí me siento desesperada... es problema viera, cómo se pone conmigo (se refiere a su hija Sonia)...hasta me saca que aquí es su casa. Falta que me comprendan en mi situación que estoy, que yo no me siento bien”

“Mire, mal y bien porque aquí hay altas y bajas porque cuando a ella (hija Ana Cecibel) se le mete el chamuco dentro que amanece mal es de aguantar, pero yo he aprendido y le pido a Dios que me de paciencia... Pues me siento bien, pues este es mi hogar, aquí le digo aquí tal vez viví los mejores días de mi vida y los peores”

Los/as pacientes poseen familias disfuncionales con desacuerdos constantes, dificultades económicas, indiferencia, falta de comprensión y de acompañamiento por lo que reciben ayuda económica y atenciones inconstantes.

Estas relaciones ambivalentes causan en los/as pacientes incertidumbre en cuanto al apoyo que podrían recibir de los miembros de su familia esta situación además provoca en los/as pacientes desesperación, soledad y frustración. Todo lo anterior significa para los

pacientes que no poseen un soporte emocional estable siendo las creencias religiosas un sostén para ello/as.

Sentimientos en el trabajo después de la amputación

“...está bien porque para tomar decisiones tengo que pensar bien cómo está la acción que voy a tomar”

“...no, no y también le puedo decir que no lo puedo desempeñar ya le digo que primo hay que pararse y si le digo que lo desempeñó y a dónde voy hacer un trabajo sentado, es que alguien que sepa todo el estudio si puede trabajar sentado porque puede y ¿si yo no puedo nada? No puedo trabajar, no puedo trabajar”

“Yo quisiera hacer una mi venta, pero necesito de alguien que me ayude para llevar las cosas para afuera y es allí donde me entra esa tristeza que como digo yo ¿Cómo hago? digo yo...”

“Mire... yo cuando ayudo me siento bien, incluso cuando voy a comprar una cosa que sea para la casa me siento bien, porque digo que estoy colaborando pero si le digo que hay altas y bajas pero así tiene que ser en mi estado... yo siento que son colaboraciones que yo hago y siento que las hago para el bien de la casa,”

La experiencia de la amputación ha significado en los pacientes la pérdida del rol como proveedores/as a la economía del hogar lo que produce frustración, dependencia económica y se refuerza su sentimiento de inutilidad pues antes de la amputación eran personas activas que aportan económicamente al hogar, por lo que ahora en su condición de amputados se ven obligados a sobrevivir de la ayuda que les brindan los miembros de su familia u otras personas.

Área conductual

Conductas dentro del hospital pre y post amputación

"... de pérdida no más, de pérdida... lo que sentí allí, tristeza, tristeza, tristeza, eso es lo que sentí allí, solo tristeza, yo no comía, me llevaban la comida, come galileo, come, me llevaban

sopa, frutitas, ¡come galileo! No tengo hambre doctor, come galileo te estamos poniendo insulina, me llevaban una bolsita así no sé de qué, comete esto, aunque sea y yo, no, no quiero, por eso solo de tristezas, ahí solo hay tristeza ahí no hay alegría, cree usted que voy a sentir alegría estando ahí fregado, jamás podría sentir alegría, no"

"...aunque me pongan prótesis, ya no porque, ya no puedo desplazarme por mi sola...ya no voy a poder salir, ya me sentía yo inútil ya no iba a poder caminar"

"Ella dice (la hija) que yo no me acuerdo de varias cosas que hice y ahí es que ella dice que momentos después de la amputación yo me eche el agua encima y yo me acuerdo echármela, pero por el calor que sentía"

La experiencia de la permanencia en el Hospital Rosales en los pacientes estuvo cargada de intensos sentimientos de tristeza que incluso llevó a una de las pacientes a presentar una crisis emocional que consistió en desorganización del habla y de la conducta como gritos y echarse agua encima sin razón. Esta paciente llegó a sentirse tan desesperada que pidió el alta tres días después de la amputación bajo su propia responsabilidad a pesar de su estado crítico de salud.

Uno de los pacientes califica la estadía en el hospital como una triste y mala experiencia, lloraba constantemente y se negaba a comer.

La conducta del personal de salud afectó negativamente al bienestar de los pacientes pues algunas enfermeras no trataron a los pacientes con la dignidad que merecen ya que los obligaban a realizar actividades como el baño, en contra de las indicaciones médicas lo que causó en los pacientes quejas por la atención recibida acentuando así la intranquilidad en la institución de salud.

Adaptación al hogar después de la amputación

“No es fácil, levantarme de la cama sentarme en esta silla, ya me están esperando para traerme ¿cree usted que me voy a sentir bien? me voy a sentir mal....”

“...allí estaba el servicio de la fosa, pero como yo no podía subir allí vea entonces aquí hacía mis necesidades (una silla que tiene un orificio en el centro) y él las iba a botar”

“Primero fue la sacada de la cama del cuarto aquí (sala) aquí estuve bastante tiempo, con cortina taparon...le cambiamos a la puerta del baño para que se abriera para fuera, porque yo quería llegar con la silla de ruedas hasta dentro”

La vivencia de ser un paciente amputado en un espacio conocido como lo es el hogar no ha sido una tarea sencilla por las dificultades de movilización que tienen algunos pacientes, la silla de ruedas se ha convertido para algunos en la única forma de moverse dentro del espacio, dificultándoseles incluso la satisfacción de sus necesidades fisiológicas por sí mismos, se limitan la mayor parte del tiempo a permanecer en la cama acostados o sentados, sin embargo manifiestan ayudar en tareas domésticas como lavar platos, su ropa, cocinar sus alimentos(en el caso de una paciente que posee prótesis) y el aseo personal.

Las limitaciones económicas no les han permitido realizar las adaptaciones en el espacio físico de su hogar que les permita mayor libertad de movimiento lo que los vuelve más dependientes de sus cuidadores intensificando sus sentimientos de inutilidad.

La adaptación en el hogar ha significado para ellos tristeza y frustración por la pérdida de movilidad, a excepción del paciente que fue amputado de un dedo del pie izquierdo quien ha adaptado por sí mismo el entorno de su hogar.

Adaptación en su trabajo después de la amputación

“ejemplo vaya, yo podía cargar una caja de mi mercadería, pero amputado tengo que pedir ayuda, porque los primeros días como que uno pierde, pierde la fuerza al caminar”

“Nada, nada y que si no puedo y ¿cómo me levanto pues? aquí nada más que a lavarme, al baño, no más, más no puedo realizar, usted sabe que para trabajar aquí debe de pararse pero así no se puede, yo quisiera vender leña pero cómo y para pararme para estar parado y pegar el hachazo como hago”

“..la tarea que más hago aquí es estar sentada; yo lavo los trastes, mi ropa la hecho en un poco de rinso, después que ya se ha ablandado la tierra en veces que ni sucia esta me voy a lavarla, es arreglar la cama mía, barro, limpio la cocina, hago mi desayuno, porque él no desayuna aquí, solo el almuerzo le preparo el almuerzo a él (nieto) le preparo la cena y eso es todo”

“Fíjese que yo solo lavo los trastes, le ayudó a ella a limpiar la fresa ...a veces me dice mamá péleme verduras que son... si me dicen mamá tráeme a la niña ya la siento aquí y ya la trenzo, cositas que puedo hacer, pero si ella compraba masa me la ponía ahí en esa mesa, ponía en mantel y el agua, yo bien le echaba las tortillas la iba a echar a la plancha”

Los pacientes que han sido amputados al nivel de la rodilla renunciaron a sus actividades laborales por lo que actualmente su trabajo se ve limitado a realizar algunas labores domésticas, lo cual indica que aún pueden ser útiles en el hogar, aún pueden realizar ciertas actividades lo que contradice sus ideas de inutilidad, pero sí pone de manifiesto los sentimientos de tristeza y frustración causado por la dependencia económica y el significado negativo que tiene para ellos el ya no tener un rol activo en el ámbito laboral.

Categoría teórica: Comunalidad

Área afectiva

Relaciones interpersonales y familia

“He recibido apoyo de mi familia... todos me han ayudado”

“Mi esposa mis hijos, sólo mi familia, asistiéndome tal vez en mis dolores que a mí me pegaban, dándome medicina algo así.. Ellas lo han hecho... sí la que pasa es la esposa, es la esposa, ella sufre con uno...yo, yo cuando, podría imaginarse usted cuando uno está recién cortado el pie uno

“el único que sí me sirvió en todo momento era él, mi marido porque era el único... Si él me llevaba ahí al Zacamil, me llevaba al ISRI, después que fui a Funter me llevaba siempre me andaba jalando en cualquier parte, el apoyo más que todo lo tuve de él”

“Pues mire como que nos, me unió más a mis hijos, porque mis hijos eran bien desprendidos”

Los niveles de cohesión familiar han significado un soporte emocional o una fuente de malestar emocional para los y las pacientes que se encuentran vulnerables por la difícil adaptación a su condición de amputados ya que ellos y ellas necesitan de apoyo físico, económico y emocional para superar los diferentes retos que exige la amputación así como para el cuidado de su salud, volviéndose más dependientes de los miembros de la familia que se han quedado a brindar ese apoyo y sintiéndose abandonados o una carga para su familia cuando esta disminuye o no brinda el apoyo solicitado por las y los pacientes, esta ambivalencia por parte de los familiares causa inestabilidad emocional que fluctúa entre seguridad e inseguridad económica y emocional, esto significa que los y las pacientes no tienen certeza sobre si pueden contar o no con el apoyo de sus familias.

La comunidad después de la amputación

“yo me siento protegido porque si mi casa está aquí, aquí hay comunidades, y ellos rotan cuidando su sector, entonces aquí para entrar ya he tenido yo experiencias, a veces subo de la constitución para acá, y hay retenes de ellos”

“Yo me siento bien, todo, mis vecinas, mis vecinos. Es que ah, mire, él ser comportado uno, eso vale la pena”

“Me siento bien, yo me siento tranquila dentro de la comunidad yo me siento tranquila, aunque han pasado problemas pero por esos muchachos que usted ya conoce esos pandilleros pero, e fuera de eso mis vecinos son buenos cualquier necesidad ahí los tengo a ellos”

“yo me siento bien, siento que eso me sirve a mí y digo gracias a Dios porque la gente conmigo ¡como es! y hay enfermos que nadie se da cuenta de ellos hasta que ya se murieron y yo no, ahí está la gente, yo me siento apoyada aquí”

El apoyo brindado por los vecinos ha tenido un impacto positivo en la salud mental de los y las pacientes, quienes manifiestan sentimientos de alegría, satisfacción y agradecimiento por las diferentes conductas de apoyo realizadas por vecinos, sin importar si el apoyo es de carácter emocional o económico ha fortalecido el vínculo que había antes con los vecinos y se ha convertido en una parte importante de las redes de apoyo de los y las pacientes amputadas quienes encuentran un alivio emocional dentro de su comunidad y se sienten protegidos por las personas que están a su alrededor.

Instituciones de salud

“Desesperante...-bueno, levántense haragán vaya a bañarse- (decían las enfermeras del Rosales) y yo le decía no fíjese que yo licenciada porque uno tiene que, uno tiene también que respetar verdad, no puedo porque a mí me vienen a bañar vaya una respuesta certera....yo la verdad les decía - mire no me trate así porque yo tengo derecho a mi salud...”

“me hirió, me hirió...le dije está bueno, es que sólo con repugnancia me... cuando yo entré donde ella... (Una médico del Zacamil)”

“yo me siento satisfecha porque me han atendido, me han atendido y no me han hecho mala cara”

“Fíjese que en la unidad de salud cuando iba a curación había una señora bien sería, este, esa señora nunca me trato mal, cuando me tocaba con la doctora también...el hospital zacamil, ahí he conocido gente buena y gente terrible, gente que no tiene lastima a nada”

El nivel de comodidad experimentado por los y las pacientes en el sistema de salud depende del trato que se les brindó por lo cual manifiestan la empatía o apatía que sintieron

por parte del personal de salud, esto tuvo un impacto en los recuerdos sobre el proceso de amputación y recuperación ya que muchas veces el trato que recibieron perjudicó su recuperación y aumento su dolor físico y emocional, provocando que se sintieran vulnerables y obligándolos a defender su derecho a un trato digno.

Área conductual

Relaciones amigos y vecinos

“...me llevo bien con mis vecinos...hay un vecino que es mecánico dental... yo conozco sus enfermedades y él conoce las mías...Él está pendiente...”

“Aquí me aman, créalo que me aman. Este vecino que yo tengo aquí no se imagina cómo se puso cuando yo vine, -“Qué le han prohibido don Gali de comer” pues nada le dije, cosas nada, pero ahí venía el con la bolsa de guineo, papaya...”

“...un vecino me mando 50 dólares que está en Estados Unidos, el otro me mando 20 dólares, esta gente me dieron 5 dólares, otra amiga de allá abajo me dio 10 dólares, otra vecina me dieron 1 dólar y así, me traían sopa me traían verduras...”

“Pues mire aquí quienes me han apoyado, la comunidad primero porque yo no me quejo de aquí, de mis vecinos”

La dificultad para movilizarse de los/as pacientes amputados que deben usar una silla de ruedas tiene como consecuencia un aislamiento de la comunidad, ya que se les dificulta salir de casa como lo hacían antes, por lo cual la interacción con los vecinos y amigos depende de las visitas de estos o de las salidas ocasionales que los/as pacientes tengan.

Amigos y vecinos han mostrado apoyo de manera económica o emocional que ha permitido que los/as pacientes se sientan apreciados dentro de su comunidad este apoyo

significa felicidad disminuyendo los sentimientos de soledad que les provoca su condición de amputados y la pérdida de movilización.

La comunidad después de la amputación

“mis vecinos...me llamen por mi nombre ellos también me dicen “Don” por mi edad verdad, pero es el cariño que me quieren, el cariño que me tienen.” si yo los busco a ellos, ellos me responden”

“Mire yo con las personas de aquí enfrente, hasta la niña dolores que vive en el Zonte hasta ella ha colaborado conmigo”

“En la muerte de él de mi esposo, ellos me han apoyado mm mire con esto le digo todo que la familia de Ramón ni cinco me dieron para cuando él murió, esa señora que le digo ella puso el funeral imagínese cómo le digo yo que tengo más comunicación con mis vecinos que con la familia de él”

Para los/as pacientes que utilizan silla de ruedas es difícil seguir participando activamente dentro de su comunidad sin embargo la comunicación con los vecinos se ha convertido en la única actividad de participación y a su vez ha fortalecido el vínculo con los miembros de la comunidad quienes brindan un apoyo constante que hace sentir a los y las pacientes queridos, respetados y aceptados, disminuyendo así los sentimientos de aislamiento que conlleva su condición actual de amputados

Instituciones de salud

“...solo la institución de ASADI...cuando fue diagnosticado que necesitaba un lugar donde le dijeran a uno por lo menos qué alimentos consumir y qué ejercicios hacer...”

“Mira -me dijo-, vas a que te curen esa pierna si no te la van a volar” me dijo, -muchas gracias le dije yo muchas gracias...- “Pero va ligero” -está bien doctora- un semblante, un carácter, que qué necesidad tiene un enfermito.... ser tratado de esa manera...me hirió, me hirió...le dije está bueno, es que sólo con repugnancia...”

“Hay unos doctores que por lo que están estudiando se creen tanto, que ni se acercan al enfermo que tiene una cosa así(señala la amputación) no se acercan y hay unos doctores tan lindos que ellos desde que llegan andan viendo, ¿cómo se siente madre? ¡Qué distinto el trato!, pero como es el mundo y hay de todo yo he conocido lo bueno y he conocido lo malo”

“La primera vez en ISRI cuando fui a Funter y la segunda vez que he ido a ISRI también bien amables todos yo no me puedo quejar de nadie. Funter sí, porque me regalaron la prótesis...”

Los/as pacientes han recibido atención en el sistema de salud público donde manifiestan haber sido tratados por el personal de salud en algunas ocasiones con empatía, preguntando como se sentían con genuino interés en su bienestar y en otra ocasiones con desprecio y apatía ignorando las necesidades que ellos presentaban mostrando una actitud y comentarios hostiles ante los/as pacientes lo cual significó incomodidad en los pacientes que se encontraban en un estado vulnerable.

Algunas instituciones como ASADI, FUNTER y el ISRI has significado un apoyo para los/as pacientes pues han brindado educación en diabetes (ASADI) consultas médicas y donaciones o ventas de prótesis a bajo precio (FUNTER, ISRI) los/as pacientes que han tenido beneficios de estas instituciones se sienten agradecidos por el apoyo recibido.

4.3 Discusión de Resultados

Encontrando los significados de pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores.

La información obtenida de la situación problemática por medio de la aplicación de las entrevistas en profundidad ha sido constatada por la aplicación del Cuestionario sobre calidad de vida diabetes 39 y una bitácora de observación, instrumentos que han proporcionado información valiosa que ha permitido realizar una triangulación de los

datos. De esta manera se puede reforzar y brindar mayor confiabilidad de la información presentada.

El proceso de construcción teórica de la investigación tiene como principal objetivo encontrar en la subjetividad de cada participante los significados de la vivencia de la amputación con una metodología cualitativa, con un diseño fenomenológico el cual según Merlino es "... centralmente el campo de los fenómenos tal como son vividos y experimentados por los individuos." (2009.pág. 53) por lo que la riqueza de los significados son extraídos de la información encontrada en las vivencias de cada participante. A través de un análisis psicológico que permite una comprensión más profunda por medio de una lógica inductiva de los significados otorgados a la experiencia de la amputación. El modelo psicológico que brinda los insumos teóricos para interpretar estos hallazgos es el cognitivo constructivista post- racional de Vittorio Guidano el cual plantea un bagaje teórico amplio que permite comprender de manera estructural la experiencia de la amputación.

El diseño fenomenológico plantea según lo menciona Merlino (2009) cuatro existenciales básicos: el tiempo vivido, el cuerpo vivido, el tiempo vivido y la comunalidad los cuales son descritos e interpretados a continuación:

El primer elemento teórico del diseño fenomenológico es el tiempo vivido este permite comprender los significados de los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores, pues analiza desde las etapas de la vida de cada participante los momentos críticos relacionados con nuestro objeto de estudio, para lo cual se originan las siguientes categorías generales:

- Diabetes
- Amputación

Para comprender las ideas que los participantes podrían tener sobre la amputación es necesario definir en primer lugar que es diabetes, definido como un grupo de enfermedades o síndromes metabólicos caracterizados por la aparición de hiperglucemia secundaria a defectos de la secreción de insulina, de la acción de la insulina o de ambos. La diabetes puede complicarse provocando afecciones crónicas vasculares las cuales pueden llevar a una amputación, a esto se le denomina enfermedad arterial periférica. Hernández (2017) explica que se trata de un conjunto de síndromes, agudos o crónicos, generalmente derivados de la presencia de una enfermedad arterial oclusiva, que condiciona un insuficiente flujo sanguíneo a las extremidades.

Las amputaciones que se realizan en los pacientes con diabetes se denominan amputaciones no traumáticas. Álvarez y Medrano (2017) mencionan que un gran porcentaje de estas son realizadas a pacientes diabéticos de acuerdo a diversas publicaciones.

Las amputaciones se dividen en dos categorías: Amputaciones menores, que se limitan al pie y dependen de la gravedad de la infección y de la extensión del tejido necrótico, podría ser solo un dedo o todos los dedos del pie.

En la segunda categoría están las amputaciones mayores que van más allá de los dedos de los pies, llegando o sobrepasando la altura del tobillo o la rodilla. Álvarez y Medrano (2017) mencionan que el objetivo de este tipo de amputación debe ser el conseguir un muñón bien cicatrizado, estable, protetizar adecuadamente en un corto intervalo de tiempo y que permita al paciente retornar con las máximas posibilidades a una vida normal.

El tiempo vivido para los/as pacientes diabéticos significó; preocupación por el futuro de su salud, ideas de muerte, dificultad para adaptarse, resignación a su condición de diabéticos/as amputados/as, dificultades de adaptación a su entorno y a un estilo de vida saludable, estos significados han producido en los/as pacientes malestar emocional caracterizado principalmente por estados de ansiedad, depresión, frustración, desesperación que no les permite mantener la diabetes bajo control lo cual indica un grave riesgo para su salud

Para comprender y explicar los significados antes mencionados desde un punto de vista psicológico es importante mencionar inicialmente la etapa del ciclo vital en la que los pacientes se encontraban en el momento del diagnóstico de la diabetes pues Vittorio Guidano habla en los presupuestos conceptuales que argumentan el modelo post-racional, de esta etapa como la *midlife transition* que refiere a la transición de la mediana edad, significa que la persona empieza a percibir que el pasado es mucho más que el futuro, que lo que ha ocurrido ocupa mucho más espacio que lo que va a ocurrir; es el sentido de irreversibilidad, es decir que ya no se puede cambiar lo vivido, los pacientes recibieron su diagnóstico de diabetes durante esta transición, por lo que se convirtió en una situación más crítica, pues se reforzó este sentido de irreversibilidad lo que provocó una aceptación estoica, donde la persona afronta la enfermedad crónica de la diabetes de manera resignada sin asumir un papel activo en el manejo de la misma, por lo cual todos los pacientes de esta investigación continuaron con sus estilos de vida habituales, sin adherirse al tratamiento médico y sin realizar un cambio de hábitos, ignorando los síntomas físicos propios de la enfermedad.

Es importante mencionar que en el periodo de tiempo del diagnóstico de diabetes, los pacientes estaban experimentando diferentes condiciones de vida dentro de las cuales se pueden mencionar:

- Violencia intrafamiliar: las pacientes fueron víctimas de violencia intrafamiliar de tipo físico, sexual y psicológico de parte de las parejas quienes ejercía maltrato y poder sobre ellas, esto se relaciona con la dependencia emocional, sus ideas y creencias sobre el matrimonio y el rol de la mujer en la sociedad.
- Infidelidad: En la narrativa de las pacientes participantes se presente esta experiencia, lo cual significó tristeza, enojo y frustración.
- El conflicto armado y las experiencias vinculadas a esta época de convulsión social en El Salvador dejó secuelas emocionales en toda la población, estas consecuencias se intensificaron en los pacientes que participaron directamente en el conflicto, estas experiencias estuvieron cargadas de muerte y destrucción, lo que significó miedo para la integridad de los pacientes y las de sus familias.
- La situación económica representó para los/as pacientes un elemento importante en la época del diagnóstico de la diabetes, por lo que el afán de llevar el sustento de su familia día tras días significó preocupaciones, horarios exhaustos de trabajo y descuido de su salud física y mental

La experiencia de la diabetes causó un gran impacto emocional en los/as pacientes, según el modelo post racional ellos/as fueron incapaces de interiorizar esta información y brindarle una explicación a la experiencia inmediata, no pudieron asumir un papel

protagónico y ver la situación problemática como algo propio que ellos podían cambiar y no como algo externo a ellos que ya no tenía solución, por lo tanto no tenían capacidad de realizar cambios en sus hábitos y estilo de vida en general que la nueva condición de diabéticos les exigía

Ya que ignoraban los síntomas físicos de la enfermedad y la gravedad de su condición surgieron complicaciones que los/as llevó a una amputación menor o mayor. La condición de diabéticos amputados significó para ellos/as; la finalización de su vida, ideas fatalistas, desesperanza por futuro, discapacidad física por la pérdida de movilidad y funcionalidad, pérdida de roles sociales y dependencia de sus cuidadores.

Durante toda su vida la persona construye una trama narrativa es decir la descripción de su proceso de vida desde un punto de vista subjetivo y único, cuando los pacientes sufrieron la complicación de la amputación esta alteró la trama narrativa cambiando los significados que los pacientes tenían de su vida hasta ese momento, donde se consideraban personas funcionales y útiles.

En el modelo post-racional se plantea el concepto “The sense of the ending” que es la conclusión de la historia de vida de una persona, manifestando que es la parte más importante ya que en la conclusión de la vida está implicado el inicio y el desarrollo de la misma. La amputación para los pacientes significó que no podrán tener una finalización como lo habían planeado siendo personas funcionales a lo largo de toda su vida, ejerciendo roles de proveedores/as, protectores/as, abuelos/as y miembros de la comunidad e iglesia activos, ya que a pesar de haber sido diagnosticados de diabetes no consideraban tener una complicación tan grave y discapacitante como lo es una amputación mayor en gran medida

por la poca información que tenían sobre la enfermedad. Al encontrarse en esta situación de amputados se alteró su coherencia interna por el drástico cambio en la vida. En este sentido para ellos/as no queda más que el deseo de la pronta muerte.

Esto significa que la persona no encuentra consistencia de lo que ella se ha planteado en su vida, ya que cada uno lee y relee su historia porque va buscando confirmación en las experiencias de lo que quiere lograr, en este caso la pérdida de una parte de su cuerpo que los lleva a sentirse inútiles y dependientes de otras personas contradice lo que ellos planeaban para el final de su vida.

El cuerpo vivido es el segundo existencial en el cual los participantes describieron sus experiencias antes y después de ser amputados/as, así como su proceso de adaptación a su nueva imagen corporal lo cual provocó diferentes ideas y sentimientos. Para la extracción de estos significados se utilizaron las siguientes categorías

- Autoconcepto
- Dolor

El impacto que provocó la amputación en cada participante dependió del tipo de amputación, siendo las amputaciones mayores las que causaron mayor malestar emocional debido a los cambios que los pacientes tuvieron que realizar y a la pérdida de funcionalidad. Durante toda su vida habían sido personas activas que se dedicaban al trabajo informal y dependían del buen funcionamiento de su cuerpo, por lo cual al sufrir amputaciones que los obligo a utilizar silla de ruedas y a quedarse en casa causo en ellos/as un cambio en su autoconcepto, percibiéndose a sí mismos como personas incompletas.

Según Jiménez (2017) la experiencia de una amputación genera cambios significativos a nivel físico como a nivel psicológico en el paciente, pues se asocia con la pérdida de una parte del cuerpo que formaba parte de su esquema mental corporal. Según el modelo post racional, cuando cambian las situaciones, cambiamos nosotros mismos, nuestra manera de vernos, de ver la realidad, pero todo ocurre dentro de una continuidad en la cual nos reconocemos siempre, sin embargo cuando ocurre un evento crítico como es una amputación hay un quiebre en la mantención de la continuidad de la propia historia, por lo cual debe haber una reorganización de identidad, donde la persona debe cambiar el sentido de sí mismo de acuerdo a su experiencia inmediata, reordenando y construyendo una imagen de sí mismo en la cual pueda ver características y capacidades.

Los pacientes con amputaciones mayores no han logrado interiorizar la experiencia de la amputación y el impacto emocional que ha provocado, no le han asignado una explicación que les permita tomar un papel activo y construir una imagen donde siendo personas amputadas se vean así mismas como personas capaces de realizar diferentes roles, por lo cual viven en un estado emocional depresivo, con pérdida de interés por el presente y el futuro, así como sentimientos de tristeza, frustración, enojo, preocupación por su condición de amputados y pensamientos fatalistas como desear la muerte constantemente.

Algunos de los/as pacientes que sufrieron una amputación mayor tuvieron que pasar por un proceso donde primero sufrieron una amputación menor, donde los doctores determinaron si era necesario realizar una amputación mayor, dependiendo de la afectación de la infección o gangrena en el tejido, los/as pacientes expresan que este fue uno de los periodos en lo que experimentaron más dolor físico, así mismo expresaron que el proceso de espera causó dolor emocional ya que no sabían si perderían su extremidad completa. Lo

traumático del proceso de amputación aun provoca en los pacientes sentimientos de tristeza y frustración sobre todo porque recuerdan lo impotentes que se sentían en esos momentos donde no lograron hacer nada para salvar esa parte de su cuerpo, esto genera intensos sentimientos de culpa que dificulta que se acepten así mismos en su condición de amputados.

El proceso de curación fue otro periodo que causo dolor físico en los pacientes, aunque en menor medida, durante esa etapa su mayor reto fue adaptarse a verse a mi mismos sin esa parte de su cuerpo, esto los llevo a un proceso de duelo, los sentimientos de negación ante la pérdida y el anhelo constante de tener esa parte que fue amputada, provocaron que los pacientes sufrieran sensaciones del miembro fantasma, es decir que percibían esa parte de su cuerpo que había sido amputada, la mayoría de los pacientes aún tienen sensaciones del miembro fantasma, por lo tanto hay sentimientos de inaceptación de su cuerpo, que dificulta que puedan crear una nueva identidad de sí mismos.

El tercer existencial planteado del diseño fenomenológico es el espacio vivido el cual ha permitido profundizar en las experiencias y los significados de los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores en relación a los espacios donde su vida cotidiana se desarrolla. Las categorías generales planteadas son:

- Hogar
- Hospital
- Trabajo

El espacio del hogar para los/as pacientes es un lugar conocido y seguro, pues ahí es donde su vida y su cotidianidad transcurre, sin embargo después de la amputación este

espacio tuvo que adaptarse al paciente y a su nueva condición, debió obedecer a las limitaciones en la movilidad física causada por la amputación, este espacio debió haberse modificado para una mejor movilización con la silla de ruedas o con una prótesis, las condiciones económicas no han permitido estas adaptaciones, por lo que algunos de los/as pacientes deben ser dependientes de su familia o de su cuidador principal incluso para su aseo personal.

Los pacientes dependen de sus familias para la satisfacción de sus necesidades básicas como; alimentación, cuidado de la salud, vivienda, vestuarios, movilización, entre otros. Sin embargo estas no han logrado organizarse adecuadamente para el cuidado del/la paciente, la falta de comprensión y de acompañamiento se presenta en el día a día, por lo que reciben ayuda económica y atenciones inconstantes. Por otro lado, los/las pacientes se perciben a sí mismos como inútiles, incapaces de disfrutar de la vida, pues la vida significa tristeza y sufrimiento, y la familia refuerza estos sentimientos con abandono o con sobreprotección tratándolos como discapacitados con futuros desesperanzadores. Significa que los pacientes no poseen un soporte emocional estable siendo las creencias religiosas su principal sostén.

La experiencia de la hospitalización significó para los pacientes reacciones afectivas dentro de ellas están la preocupación ante la noticia de ser amputados, la espera del diagnóstico sobre la gravedad de la infección en las extremidades causó intranquilidad, preocupación, depresión, tristeza y llanto.

Después de la amputación en el hospital se presentaron los mismos síntomas, pero cargados de culpa por el descuido que los había llevado a la pérdida de una parte de su

cuerpo. Además, también hubo preocupación por las complicaciones causadas por una posible infección bacteriana por la insalubridad del Hospital Rosales.

El trabajo para la mayoría de los/as pacientes significa añoranza de aquel rol como personas trabajadoras, que les permitía proveer de recursos económicos a su hogar esto los llena de frustración por ser un gasto y una carga para su familia.

El modelo post racional explica que las personas se construye una verdad y su significado de vida, posee esta la libertad que corresponde únicamente a la experiencia humana. Sin embargo para los pacientes amputados la experiencia de la amputación no constituye una verdad esperanzadora sino más bien significa muerte, pues esta experiencia no les da consistencia a su vida, como estaba pensada y planeada en su proyecto de vida, por ello no han sido capaces de reorganizar, en su conciencia el conocimiento proporcionado por la experiencia de la amputación, se han visto incapaces de integrar de manera tranquilizadora y activa la experiencia de la amputación a su continuidad interna esta incoherencia con su significado de la vida es la es manifestada con dolor, tristeza y en general mucho sufrimiento, Malestar emocional que es manifestado en todos los espacios físicos donde deviene la vida de los pacientes

El cuarto existencial como categoría teórica para comprender los significados de las vivencias de pacientes con diabetes que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores es la comunalidad la cual se vincula con las narraciones de las relaciones interpersonales establecidas por ellos y se describen en dos categorías generales que son:

- Apoyo psicosocial

- Entorno social

Para el tratamiento de la enfermedad de diabetes no se limita a la persona enferma, sino que se extiende a su red social más cercana, que es la familia y su entorno social.

La comunalidad ha significado para los pacientes comprensión y apoyo. De parte de la familia los pacientes han recibido apoyo económico y atenciones necesarias, los conflictos familiares son frecuentes sin embargo al menos un miembro de la familia se ha quedado a brindar asistencia a los/as pacientes. Por lo que la familia produce ambivalencia por un lado el único apoyo que poseen pero por otra parte también significa abandono y exigencias no cumplidas.

De parte de la comunidad han recibido apoyo emocional y económico lo que les ha permitido sentirse acompañados, esto para ellos significa alegría disminuyendo los sentimientos de soledad que les provoca su condición de amputados y la pérdida de movilización.

Estas relaciones que ellos establecen con su entorno social son importantes ya que según el modelo de Vittorio Guidano el sistema de vínculos es el medio por el cual cada humano logra construirse un sentido de sí mismo específico y único con el cual reconocerse. Es decir, estas relaciones interpersonales que ellos han establecido con su familia, amigos y vecinos les ha permitido construir un sentido de sí mismo con el cual ellos pueden reconocerse, este reconocimiento es por una parte positivo al sentirse apreciados pero también se reconocen como una carga para su familia.

Según el modelo post-racionalista estos vínculos que ellos han establecido son paralelo al desarrollo de su identidad personal vincularse a alguien significa reconocerse y tener un sentido de sí mismo específico, en el caso de los pacientes estos vínculos con sus familiares se han fortalecido, pero esto los lleva a reconocerse a sí mismos como vulnerables y dependientes de sus familiares aún para la satisfacción de sus necesidades básicas. Este estado de indefensión y en algunos casos hasta de victimización les ha permitido obtener beneficios económicos de sus vecinos o de las instituciones que los atienden y los motiva a repetirlo.

Por otra parte, las instituciones que han atendido a las personas amputadas han sido ASADI, FUNTER, ISRI y el sistema de salud público (Hospital Rosales, Zacamil y Unidades Comunitarias de Salud).

Las opiniones que ellos han expresado acerca del Sistema de Salud Público son relacionadas al trato recibido por el personal de salud, en algunos casos fueron atendidos con empatía esto los hizo sentirse apoyados en su situación, por el contrario en otros casos perjudico en la recuperación y el dolor emocional que experimentaron como personas amputadas, estas situaciones los llevan a sentirse incómodos y vulnerables aumentando su malestar y lenta recuperación.

Según Irigoyen Coria, Hernández Torres, Fernández Ortega, & Hernández (2006) dice que el paciente no solo sea visto como un ente únicamente biológico sino tiene que tomarse en consideración los aspectos psicológicos y sociales que conforman al individuo por lo que es necesario establecer vías de comunicación permanentes y el médico o personal de salud que atienda al paciente en cualquier instancia debe poseer espíritu de servicio y un

enfoque humanista en el que el centro de su ejercicio profesional sea el individuo y su bienestar su fin último. Como vimos anteriormente en algunos casos estas condiciones no se cumplen principalmente la comunicación asertiva, lo cual perjudica la recuperación y bienestar de los pacientes.

Finalmente, las instituciones de ASADI, FUNTER, ISRI han beneficiado a los pacientes con consultas médicas, educación en diabetes, donaciones y ventas de prótesis a bajo costo, esto ha significado para ellos un apoyo a nivel emocional por el trato recibido y económicamente, por lo que ellos se sienten agradecidos.

Según la información brindada por los pacientes se ha encontrado que en la actualidad a pesar del tiempo de la amputación que oscila entre los dos y 13 años, los/as paciente no han podido llegar a la fase de aceptación. Según Kubler Ross (1969) las etapas del duelo son: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación. Los/las pacientes han vivido cada una de estas etapas excepto la aceptación de forma intermitente sin lograr un procesamiento y un cierre adecuado de cada etapa, por lo tanto no han podido llegar a la etapa de la aceptación.

Por los signos y síntomas que los/as pacientes presentaron durante la investigación se puede afirmar que se encuentran en un estado de depresión, que no les permite tener una calidad de vida digna pues presentan características como pérdida de disfrute y de interés por la vida, problemas de apetito y llanto frecuente. No han sido capaces de resolver el proceso de duelo de manera satisfactoria y se han quedado estáticos en la tercera etapa de depresión.

De acuerdo al modelo post racional la organización de significado personal de las personas con depresión es construido a partir de la “perdida” y en los/as pacientes se ve intensificada esta idea por la pérdida de la salud con el diagnostico de diabetes y luego con la pérdida del miembro amputado, de la movilidad, de la funcionalidad, de su vida de manera progresiva hasta la muerte inminente en condiciones diferentes a las que hubieran imaginado pues en su narrativa de vida se veían siendo “útiles” a sus familias hasta la vejez.

CAPÍTULO 5. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Las condiciones de vida de los/as pacientes amputados antes y después del diagnóstico de diabetes influyó en la complicación de su enfermedad que los llevó a una amputación total o parcial de sus miembros inferiores y se encontró que:

- Antes del diagnóstico de diabetes los/as pacientes vivían situaciones conflictivas en el entorno económico, familiar y social, su situación económica dependía del trabajo informal que realizaban por lo cual no contaban con un ingreso económico estable, algunos/as pacientes luchaban a nivel familiar con conflictos con su pareja por

infidelidad o violencia intrafamiliar y algunos/as pacientes se vieron directamente afectados por el conflicto armado, estas condiciones de vida han sido factores precipitantes y agravantes del diagnóstico de diabetes y en el cuidado posterior a la enfermedad ya que ningún paciente tomó un rol activo en el control de la diabetes, lo cual llevó a la complicación de su enfermedad y finalmente a la amputación.

- El impacto que tuvo la amputación en los/as pacientes dependió del tipo de amputación, donde la amputación menor significó una crisis que permitió el crecimiento personal, para mejorar su estilo de vida y evitar futuras complicaciones y la amputación mayor significó la finalización de la vida, donde la pérdida de funcionalidad, provoca que los/as pacientes no puedan adaptarse a su condición actual de amputados y experimenten sentimientos intensos de tristeza, frustración, inutilidad, enojo, y un estado de indefensión ante su condición de salud donde ellos son incapaces de verse a sí mismos como personas que aún pueden realizar diversas actividades y tener calidad de vida.
- Los/as pacientes que han sufrido un amputación mayor no han podido resolver satisfactoriamente el duelo de la pérdida del miembro amputado, siendo la etapa de depresión, la que más se evidencia y afecta su calidad de vida de manera significativa pues son incapaces de encontrarle a la vida un significado positivo en su condición.

Dentro de las experiencias que han determinado el autoconcepto y la adaptación que los/as pacientes tienen de su condición actual de amputados se encontraron las siguientes:

- Los/las pacientes amputados fueron personas que trabajaron diariamente y aportaban económicamente a sus hogares para ello dependían del buen funcionamiento de su cuerpo, por lo tanto, los/as pacientes que tienen que utilizar silla de ruedas no logran sobreponerse a la situación de discapacidad física que presenta la amputación, esto influye en su estado de ánimo presentando síntomas depresivos y ansiosos por tener que pasar en casa la mayor parte del tiempo.
- Los/las pacientes con amputaciones mayores se encuentran en un estado de negación de su condición actual y no cuentan con estrategias de afrontamiento que les permitan ajustarse a la nueva imagen corporal, mantener un funcionamiento social adecuado, disminuir los niveles de malestar emocional, mantener un adecuado sentido de identidad, autoestima y tener un mejor control de su enfermedad que evite posibles complicaciones en el futuro o un deterioro acelerado de su salud.

Dentro de los significados más importantes de los/as pacientes que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores con relación a los espacios donde se desarrollan se encuentran:

- El hogar es el espacio físico más importante para los pacientes antes, durante y después de la experiencia de amputación, sin embargo este no ha podido ser modificado según las necesidades de la discapacidad física causada por la amputación de cada paciente, principalmente por problemas económicos, lo que causa frustración, sentimientos de inutilidad, desesperanza en el futuro y anhelo

por morir pronto. El hogar para pacientes con prótesis también significa aislamiento pues no les permite salir de casa con facilidad por el miedo a posibles caídas.

- El hogar para los pacientes significa ambivalencia pues por una parte la familia significa apoyo pero también representa abandono emocional. Además significa disfuncionalidad y discusiones constantes, estos factores deterioran su calidad de vida de los/as pacientes, estas situaciones familiares intensifican su malestar emocional sintiéndose una carga para su familia, se ven a sí mismos como un problema incapaces de aportar demasiado en su condición de amputados/os para el bienestar del núcleo familiar.

Dentro de las relaciones con su entorno social las personas con diabetes que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores, se encontró lo siguiente:

- Durante y después de la amputación el apoyo que han recibido fue principalmente por parte de sus familiares que los han acompañado en todo su proceso de recuperación, esto ha significado un soporte emocional que les ha permitido disminuir sus sentimientos de tristezas generados por la condición de amputados a otros de alegría al sentirse apoyados con el cariño que sus seres queridos les brindan, aunque en ocasiones también experimentan situaciones difíciles ya que se sienten dependientes de la ayuda que ellos les brindan generándoles discusiones y confrontaciones constantes, esto los lleva a experimentar sentimientos de carga e inutilidad.

- El entorno social en cual se encuentran inmersos cada una de las personas ha sido un elemento esencial en su recuperación, ya que han recibido apoyo emocional y económico ante la situación de amputado por parte de sus vecinos y amigos cercanos esto los hace sentirse queridos y apreciados dentro de su comunidad permitiéndoles sentirse felices del lugar en el cual residen, pero este mismo entorno por la ubicación espacial son de difícil acceso y condiciones desfavorables como: gradas, cuestas empinadas, calles de difícil acceso, esto les dificulta el poder movilizarse y desplazarse a los centros de salud para realizar un adecuado control médico.
- Las diferentes instituciones de salud que les brindaron atención a los/as personas con diabetes que han sido amputadas, no han brindado la atención adecuada que ellos necesitan respecto a su salud ya que en diferentes ocasiones el trato por parte del personal ha dañado la dignidad de estas personas ya sea con expresiones verbales o actitudes, es importante mencionar que se ha presentado en su mayoría en las instituciones públicas, además las instituciones que ellos perciben les han brindado ayuda como: donaciones o reducción en consultas médicas cuentan con recursos limitados lo cual no les permite ayudar a los pacientes que lo necesitan.
- En nuestro país no se cuenta con instituciones de salud públicas que permitan la adecuada atención e intervención a las personas que tienen diabetes y además han sido amputadas, lo cual dificulta la adaptación de estos pacientes a su nuevo estilo de vida, por otra parte se deja de lado a los familiares no brindándoles la información pertinente que les permita una adecuada atención de su familiar

enfermo ya que generalmente ellos son los encargados del cuidado de su salud, cuando su familiar presenta un síntoma de alerta no saben cómo actuar y por desconocimiento las situaciones se empeoran generando un daño irreversible en su ser querido.

RECOMENDACIONES

Debido al malestar emocional que genera en los/as pacientes haber sufrido una amputación menor o mayor a causa de las complicaciones de la diabetes se recomienda aplicar la

propuesta de plan psicoterapéutico adjunto a ese trabajo de investigación en cual ha sido creado de acuerdo a los hallazgos obtenidos por medio del estudio de esta situación problemática.

Se recomienda a otros estudiantes interesados en la problemática de amputaciones traumáticas o no traumáticas, estudiar cómo afecta esta experiencia según el ciclo vital en que se encuentra el/a paciente.

Se recomienda a otros estudiantes interesados estudiar la problemática de la amputaciones traumáticas o no traumáticas y sus efectos psicológicos según el sexo de los/as pacientes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACFAS. (2019). *American College of Foot and Ankle Surgeons*. Recuperado el 9 de marzo de 2019, de American College of Foot and Ankle Surgeons:

<https://www.acfas.org/content.aspx?id=1122>

Albayero, C. (1 de octubre de 2018). *Vida sana tu nuevo estilo de vida*. Obtenido de Vida sana tu nuevo estilo de vida: <https://vidasana.sv/diabetes-la-enfermedad-que-afecta-al-10-de-el-salvador/>

Almagiá, S. C. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 167-173.

Alvarenga, Castillo y Ramírez, C. (Agosto de 2015). Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos entre las edades de 40 a 60 años de la UCSF Ciudad arce, en el periodo de mayo y agosto de 2015. (*Tesis de grado, Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos entre las edades de 40 a 60 años de la UCSF Ciudad arce, en el periodo de mayo y agosto de 2015*). San Salvador, El Salvador.

Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., & Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte*, 28-40.

Cierra Matamoros, F. A. (2012). *Validación para la utilización en Colombia de la escala FACIT-Sp para evaluación de bienestar espiritual en pacientes con cáncer*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Costa Oliveira, C. (2016). Para comprender el sufrimiento humano. *Rev. bioét*, 225-234.

- DAVILA, M. I. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 126-143.
- Díaz Acosta, A. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento Y*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Dr. Roberto Hernández Sampieri, D. C. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mcgraw-hill. Interamericana editores, s.a. de c.v.
- Ferrairo de Pruden , M. E., Scocco, E., & Barbieri, P. (2012). Comunicación en el área quirúrgica. *SIMPOSIO 2012*, 21-26.
- Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García Arroyo, J. M., & Domínguez López, M. L. (2014). El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina. *Revista interdisciplinar de Ciencias de la Comunicación y Humanidades*, 95-107.
- García García, Y., Hernández Lao, E., Hernández, A., Barnés Domínguez, J., & Durán Balmaseda, Z. (2016). Educación terapéutica en diabetes en pacientes. *Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vasculat*, 36-43.
- García, K. J. (2017). Ajuste Psicosocial en pacientes Amputados. *Cúpula*, 43.
- Gonzales, W. A. (2010). Amputación de miembro inferior por pie diabético en pacientes con diabetes tipo 2, en hospital san juan de dios de Santa Ana, periodo 2007 -2009. 66.
- Henríquez García, L. (2009). Calidad de vida de los pacientes amputados de las extremidades inferiores. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 267-273.

- Hernández, N. J. (2008). Apoyo social en la diabetes tipo 2. *Aten Primaria*, 429-430.
- Instituto Salvadoreño de Seguro Social [SSS]. (2003- 2019). ISSS. Recuperado el 2019, de
ISSS: <http://www.isss.gob.sv/>
- Irigoyen, A., Hernández, I., Fernández, M., & Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en. *Medicina Familiar*, 137-143.
- ISSS. (2003- 2019). *Instituto Salvadoreño de Seguro Social*. Recuperado el 2019, de
<http://www.isss.gob.sv/>
- J. Marinello, Roura, I. (2002). *Tratado de pie diabético*. Madrid: Jarpyo Editores.
- Jiménez, K. (2017). Ajuste psicosocial en pacientes amputados. *Revista Cúpula*, 8-43.
- Jonquera , A., & Moncada Arroyo, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 91-106.
- Laura Díaz-Bravo, U. T.-G.-H. (2013). Metodología de investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 162-167.
- Lopez Carmona, L., & Rodríguez, M. (2016). Adaptación y Validación del instrumento de Calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus 2. *Salud Pública*, 200-211.
- Luhers, D. N., Geymonat, D. A., & Acuña, J. N. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *BIOMEDICINA*, 20-33.

- McGraw-Hill- Education. (2012). Harrison, principios de la medicina interna, edición 18a. En M.-H. Education, *Harrison, principios de la medicina interna, edición 18a* (págs. 2968-3002). México: McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C. V.
- Merlino, A. (2009). *Investigación cualitativa en las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Americalee.
- Ministerio de Salud El Salvador (MINSAL). (2017). *MINSAL*. Obtenido de MINSAL: <http://www.salud.gob.sv>
- Morris, S. (18 de Septiembre de 2008). *Amputee Coalition*. Recuperado el 11 de marzo de 2019, de Amputee Coalition: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-psychological-aspects/>
- Ledón L. (2014). La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. *Revista Cubana de Endocrinología*, 124-138.
- Nipro Diagnostics, Inc. (2010). La diabetes y las emociones. *La Guía True insight™*, 8.
- Ocampo, M. (2010). *Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Ojeda González, J. J., & Dávila Cabo de Villa, E. (2012). Valoración anestésica del paciente diabético. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 245-258.
- Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Washington. DC: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de octubre de 2018). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (30 de octubre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de febrero de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Guía para la atención integral de las personas con diabetes*. Panamá: Independencia Editorial.

Organización Panamericana de la Salud . (2002). Atlas de educación en diabetes en América Latina . *Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles*, 31.

Orol, D. M. (2008). *Consecuencias psicológicas de las amputaciones*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.

Piña López, J. A. (2007). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud, biológica de Ribes: justificación y desarrollo. 19-32.

Kubler-Ross, E. (1965). *De la muerte y los vagabundos*. . Nueva York : Ediciones Grijalbo.

Rodríguez-Moctezuma, J., María Elisa, L.-D., & Alma Rosa, O. (2015). Etapas del duelo en diabetes. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*, 546-551.

Rojas, E. (2012). *Definición, clasificación y diagnóstico de la Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 7-12.

- Rondón, J., & Lugli, Z. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de psicopatología y psicología clínica.*, 193-207.
- Ruiz, A. (2007). La psicología y la psicoterapia cognitiva post-racionalista: aspectos teóricos y clínicos. *Instituto de terapia cognitiva INTECO*, 19.
- Ruiz, A. (2007). La psicología y la psicoterapia cognitiva post racionalista: aspectos teóricos y clínicos. *INTECO*, 1-19.
- Ruiz, A., Diaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de tecnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: UNED.
- Suarez, J. H. (2002). Conociendo el post - racionalismo. *Los psicólogos de las Palmas*, 1-3.
- Tavera Marín, J. A. (2014). Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *Revista El dolor*, 20-22.
- Torres de la Cruz, Z. (2015). *“Resiliencia y estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II*. México D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Universidad Academia de Humanismo Cristiano sociedad Chilena de Terapia Posracionalista. (2001). *Vittorio Guidano en Chile 2001*. Santiago de Chile: -.
- Uribe, A. L., & Tamayo Lopera, D. (2011). La psicoterapia cognitiva post racionalista: un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad. *Katharsis*, 37-58.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Propuesta del programa de intervención psicoterapéutico “MEJORANDO MI CALIDAD DE MI VIDA”
- Anexo 2. Cuadros de triangulación de datos
- Anexo 3. Carta de aprobación de Asociación de Diabetes de El Salvador (ASADI) para el ingreso al Hospital Rosales.
- Anexo 4. Guías de entrevista a profundidad
- Anexo 5. Bitácora de observación
- Anexo 6. Bitácoras de observación llenas
- Anexo 7. Cartas de aprobación de jueces
- Anexo 8. Cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39
- Anexo 9. Cuestionarios sobre calidad de vida Diabetes 39 aplicados

Anexo 1.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
PROCESO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



**“PROPUESTA DE PROGRAMA PARA MEJORAR LA
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE HAN
SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LOS
MIEMBROS INFERIORES”**

ASESORA DEL PROCESO DE GRADO:

LICDA. AMPARGO GERALDINNE ORANTES ZALDAÑA

INTEGRANTES:

LÓPEZ ANDRADE, DORIS PATRICIA CARNET: LA08021

LÓPEZ ROBLES, KEYLA ELIZABETH CARNET: LR13015

MONJE LÓPEZ CINDY MARGARITA CARNET: MI14009

ELABORADO PARA:

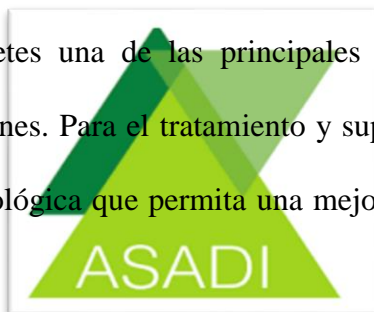
ASOCIACION DE DIABETES DE EL SALVADOR (ASADI)

INTRODUCCIÓN

En nuestro país El Salvador prevalece la enfermedad de la diabetes en la mayoría de la población, este es sin duda un problema a nivel mundial como se describe a continuación

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Es por eso que en nuestro país instituciones como ASADI han decidido atender a la población que sufre de diabetes una de las principales dificultades que causa esta enfermedad son las amputaciones. Para el tratamiento y superación de esta situación es necesaria la intervención psicológica que permita una mejor adaptación de la persona a



su nueva condición de vida. Por este motivo como profesionales en psicología se tiene el compromiso de contribuir a la sociedad salvadoreña por lo cual se presenta el siguiente programa de intervención dirigido a personas con diabetes que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores, que contiene los siguientes apartados:

Presentación en la cual se encuentra el nombre del programa, las personas a las que está orientado y los beneficios que se busca generar.

La justificación permite conocer la importancia de la creación de este programa, el motivo por el cual fue creado y lo que se busca con su ejecución.

Los objetivos que se han planteado son un general y tres específicos, en los cuales se ha reflejado lo que se espera lograr con la creación de este programa.

La fundamentación teórica sobre la cual se ha creado este programa es el modelo cognitivo-conductual se presenta brevemente sus elementos y características, por lo cual se consideró idóneo para este programa

Las políticas y normas. Este apartado explica cómo podrá ser utilizado y aplicado el programa por la Asociación salvadoreña de diabetes.

Recomendaciones contiene orientaciones que se consideran útiles para la aplicación del programa dirigidas a las personas que lo ejecuten

En el contenido del programa describe los planes de intervención, el desarrollo de las actividades que lo conforman y que se consideran pertinentes para los objetivos planteados

Planes operativos se presentan diez las cuales están organizadas de la siguiente manera: la primera sesión de encuadre, dos dirigidas al área cognitiva, tres dirigidas al área afectiva, tres al área conductual y una sesión de cierre del programa

Referencias se presentan las diferentes fuentes consultadas para la realización de este programa

Finalmente se presentan los anexos, este apartado contiene los documentos útiles para ejecutar las sesiones de intervención

PRESENTACIÓN

El Programa denominado “MEJORANDO MI CALIDAD DE MI VIDA” para los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores, es una propuesta que ha sido diseñada de acuerdo a los hallazgos de la investigación titulada “Significados de las vivencias de pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores”

Ha surgido de la necesidad encontrada a partir de la recopilación, análisis e interpretación de significados de las vivencias de pacientes diabéticos amputados, por lo que su propósito es potenciar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo la adaptación en su cotidianidad y a la nueva imagen corporal.

Esta propuesta busca disminuir los efectos psicológicos que causa la amputación y a brindar una visión más esperanzadora sobre el futuro, donde los pacientes se vean a sí mismos como artífices de su vida asumiendo responsabilidad de la condición de diabetes y así tomen un papel activo y puedan evitar posibles complicaciones que pongan en riesgo su vida.

Es importante mencionar que con este programa se busca resignificar la experiencia de la amputación, y fomentar ideas y sentimientos de fortaleza, de utilidad, y de resiliencia en los pacientes que les permita afrontar la enfermedad de manera funcional.

De acuerdo a la investigación realizada por Meingüer-Cuevas, Mario De Jesús, Et Al, (2018) encontraron que los/as pacientes amputados que recibieron atención psicológica con terapia cognitivo-conductual lograron ajustarse mejor a la enfermedad creando mecanismos internos y herramientas necesarias para sobrellevar la condición, es por ello que el presente programa de intervención grupal será elaborado bajo el modelo cognitivo -conductual en la intervención de esta población particular.

El Programa va dirigido a la Asociación de Diabetes de El Salvador pues con su ayuda fue posible la creación de esta herramienta, la cual contiene actividades que pueden adaptarse a las capacidades motrices y cognitivas de los participantes, pues podrá ser recibido por todo tipo de personas sin importar su nivel educativo.

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación experimentan un cambio dramático en su vida pues la amputación significa adaptación al cuerpo y a la posible discapacidad física que ésta haya causado, a nivel psicológico también se presentan cambios, sobre todo en la percepción de sí mismos y el paciente debe integrar esta nueva imagen para que se puedan percibir a sí mismos como personas capaces de ejercer roles en sus familias y algunas actividades que les permita sentirse personas útiles.

A través de la investigación cualitativa titulada “Significados de las vivencias de pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de los miembros inferiores”. Se encontró que la amputación deteriora la calidad de vida de los pacientes,

produciendo a nivel cognitivo; ideas de inutilidad, de muerte, estas ideas parecen constantemente influyendo negativamente en su desempeño diario, pensamientos constantes de indefensión y de resignación. A nivel afectivo se encontró que poseen; deterioro de su autoestima pues no han sido capaces de adaptarse a su cuerpo después de la amputación, no han aceptado su condición sino más bien la aceptan con resignación pasiva, vergüenza por la amputación, culpa, depresión y ansiedad. A nivel conductual se encontró que los pacientes tienen dificultades de adaptación a su cuerpo y a su entorno, también han presentado dificultades para relacionarse en su grupo familiar pues han dejado de ejercer sus roles anteriores pues se ven a sí mismos como discapacitados incapaces de ejercerlos.

De acuerdo a lo anterior es de imperante necesidad crear un programa psicoterapéutico grupal que intervenga dificultades psicológicas en el área cognitiva, afectiva y conductual en esta población mediante técnicas basadas en el modelo antes mencionado que pueda ayudarles a mejorar su calidad de vida y adaptarse a la situación actual de amputados y a la posible discapacidad física que esta represente.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Brindar herramientas psicológicas que le permitan a los pacientes diabéticos que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación a la condición de amputado.

Objetivos específicos:

- Reestructurar la nueva imagen corporal de las personas con diabetes que han sufrido una amputación para que se puedan ver a sí mismos como personas capaces y útiles para su familia y la sociedad.

- Crear espacios de desahogo emocional de los pacientes amputados para que tengan una visión esperanzadora de la vida a pesar de su condición de amputados
- Promover un estilo de vida saludable en los pacientes que les permita poseer control sobre la enfermedad de la diabetes para evitar posibles complicaciones futuras
- Crear habilidades sociales que le permitan mejorar las relaciones interpersonales en el ámbito familiar

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El presente programa está dirigido a personas que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores a causa de complicaciones por la diabetes mellitus, dicho programa parte de los resultados obtenidos en la investigación SIGNIFICADOS DE LAS VIVENCIAS DE PACIENTES CON DIABETES QUE HAN SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

La investigación anteriormente mencionada se realizó desde el enfoque cualitativo utilizando el diseño fenomenológico y el modelo Cognitivo Constructivista Post Racional para brindar una interpretación psicológica de las vivencias de los/as pacientes.

Profundizar en los significados de las vivencias de los pacientes amputados permitió conocer los retos psicológicos y físicos que enfrentan en el proceso de adaptación a la condición de amputados, dicho proceso depende de las estrategias de afrontamiento que posea cada persona, si son favorables podrán adaptarse a su nueva funcionalidad en corto periodo de tiempo y enfrentarse a la responsabilidad de cuidar su salud, por esta razón es importante desarrollar herramientas psicológicas que permitan una pronta adaptación y un procesamiento adecuado de los pensamientos, emociones y sentimientos provocados por este cambio en su vida.

Partiendo de la información brindada por la investigación realizada el equipo investigador diseño el presente programa de atención psicológica para esta población, utilizando el modelo cognitivo conductual, específicamente las terapias cognitivas constructivistas de tercera generación de dicho modelo en el cual se plantea que “No existe una realidad objetiva al margen de nuestros procesos de conocimiento; la realidad será el producto de los significados particulares que crean los individuos, es decir, no existe una realidad que los clientes distorsionan, contribuyendo a sus problemas, hay múltiples realidades... La historia que construyen es lo verdaderamente relevante para el proceso adaptativo” (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012)

Meichenbaum (2009) plantea la metáfora de la narración constructiva, donde el terapeuta ayudará al paciente a construir una narración que encaje con las circunstancias del momento, le ayude a explicar sus dificultades, le permita concebir un cambio que resulte alcanzable y así el paciente pueda construir ese cambio.

Para pacientes que han sufrido una amputación total o parcial es difícil crear una imagen de sí mismos sin la parte del cuerpo que fue amputada y tienen conceptos negativos de sí mismos, por lo tanto una de las metas es lograr que puedan crear un concepto de sí mismos donde se vean como personas capaces y con recursos para adaptarse y superar las dificultades que conlleva su condición de amputados, el modelo cognitivo conductual brinda una serie de técnicas, las utilizadas en este programa irán enfocadas a la reorganización y cambio de significados, es decir eliminar pensamientos negativos y crear pensamientos que ayuden a la adaptación, también buscará desarrollar estrategias de afrontamiento y solución de problemas.



Finalmente se busca que los/as pacientes sean capaces de manejar todas las emociones provocadas por su condición, lleguen a la etapa de aceptación y fortalezcan sus redes de apoyo con personas que les faciliten la realización de actividades y que empaticen con su condición de salud.

POLÍTICAS Y NORMAS

Políticas

1. La Asociación de Diabéticos de El Salvador (ASADI) será la responsable y encargada de administrar este programa para beneficio de la población que atienden.
2. La organización ASADI decidirá quienes y como aplicaran el programa de intervención.

3. El contenido de este programa está respaldado por los hallazgos encontrados en la investigación titulada: “SIGNIFICADOS DE LAS VIVENCIAS DE PACIENTES CON DIABETES QUE HAN SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES” toda modificación con el fin de beneficiar a la población atendida por ASADI es válida.



4. Instituciones afines al cuidado de personas con diabetes y amputadas podrán acceder a este programa con previa autorización por parte del encargado de ASADI.
5. La organización ASADI brindará el apoyo que le sea posible para el desarrollo del programa.

Normas

1. La Asociación de Diabéticos de El Salvador (ASADI) deberá administrar con ética y responsabilidad este programa para beneficio de la población que atienden.
2. Las personas asignadas para la aplicación de dicho programa deben ser estudiantes o profesionales de la Licenciatura en Psicología debido al contenido del programa,

haciéndolo de forma ética y responsable tomando en consideración los hallazgos encontrados en la investigación antes mencionada.

3. Toda modificación realizada por la Asociación de Diabéticos de El Salvador, para beneficio de la población será válida
4. El acceso al programa de intervención por otras instituciones solamente se dará en caso de ser aprobado por el encargado de la institución.
5. Al finalizar la aplicación del programa de intervención se deberá entregar un informe a la institución en la cual se visualice la eficacia del programa de intervención.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

El presente programa consta de 12 sesiones, con una duración de 2 horas por cada sesión, divididas por área psicológica: cognitiva, afectiva y conductual, cuyo orden de implementación se presenta a continuación:

Sesión número 1 de encuadre: La presente sesión esta creada con el objetivo de desarrollar aspectos generales como: Presentación e integración del grupo, creación de normas de convivencia, expectativas que ellos/as tengan del programa y aplicación de la escala de diabetes 39.

Área cognitiva: Desarrollada en 2 sesiones, se busca la disminución o eliminación de pensamientos negativos automáticos, sustituyéndolos por pensamientos positivos que contribuyan al bienestar emocional de los/as pacientes, entre las técnicas utilizadas se encuentra: el modelo ABC de Ellis y el dialogo interno.

Área afectiva: Desarrollada en 3 sesiones, se busca que los/as pacientes puedan construir una nueva imagen y autoconcepto de sí mismos que incremente su amor propio, brindándoles una mejor autoestima, que les permita verse a si mismos como personas funcionales y capaces a pesar de su condición de amputados. Entre las técnicas utilizadas se encuentran: aprender a aceptarse, ventilación emocional y la comunicación.

Área conductual: Desarrollada en 3 sesiones, busca que los/las pacientes adquieran conductas que beneficien su salud, que practiquen hábitos saludables que mejoren significativamente su calidad de vida, que tengan comportamiento asertivo en su entorno social para poder resolver conflictos de una manera adecuada y que puedan crear un proyecto de vida a corto plazo que les permita tener metas por las cuales luchar. Entre las técnicas utilizadas se encuentran: Autocuido, asertividad y proyecto de vida.

Sesión de cierre: El objetivo de esta sesión es brindar un cierre que permita una retroalimentación de las áreas desarrolladas, una despedida grupal y la aplicación del re-test

de la escala de diabetes 39, cuyos resultados servirán para realizar el informe de los resultados de la implementación del plan que será presentado a ASADI.

**RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA LA APLICACIÓN DEL
PROGRAMA “MEJORANDO MI CALIDAD DE VIDA”**

Para la implementación del presente Plan de Trabajo el equipo investigador recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Antes de desarrollar el Programa se le recomienda a los/as facilitadores tener conocimientos generales sobre el funcionamiento de la diabetes en el organismo.
- Se recomienda que el Programa sea desarrollado por 2 o 3 facilitadores, con una población que oscile entre 8 a 15 participantes.
- En el presente Programa se refiere a los/as participantes como pacientes sin embargo se recomienda preguntarles en la sesión de encuadre como preferirían ser llamados.
- Las técnicas y dinámicas están planeadas para personas que tengan dificultades de movilización, por ejemplo que utilicen silla de ruedas o muletas, sin embargo se recomienda adaptarlas a las posibilidades de movilización de la población atendida.
- Se recomienda tener en cuenta el nivel educativo de la población y adaptar las técnicas, dinámicas y lenguaje según la población atendida

PLANES OPERATIVOS

DEL PROGRAMA “MEJORANDO MI CALIDAD DE MI VIDA”



SEÑA DE DIABETES

Nombre de la sesión: “Bienvenidos/as”

Primera sesión de presentación de programa y de evaluación

Objetivo general: Presentar el programa de intervención a las personas con diabetes que han sufrido una amputación total o parcial de sus miembros inferiores, que les permita sentirse identificados y motivados a ser partícipes de este proceso.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Recibir de una forma cálida a los participantes permitiendo que ellos se sientan valorados dentro del grupo	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador/a dará la bienvenida a los/as participantes. • Se presentará al facilitador/a y equipo (en caso de que exista más de una persona) • Entrega de gafetes en los cuales se anotará el nombre de los/as participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Gafetes • Plumones 	15 minutos
Dinámica de integración: Frutas	Generar un espacio de armonía entre los/as participantes del grupo,	<ul style="list-style-type: none"> • Se les solicitara a los miembros del grupo que formen un circulo • Se les explicara las indicaciones para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos

	que promueva la integración de todos los miembros	<p>dinámica llamada las “frutas”</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera persona dirá su nombre y que fruta es su favorita, la segunda persona presentara a la primera y que fruta dijo y finalmente se presentara y dirá su fruta. Así sucesivamente hasta que todos los miembros lo realicen. • Es recomendable que los facilitadores puedan realizar un ejemplo. 		
<p>Actividad principal 1: Encuadre grupal</p>	<p>Establecer normas que permitan un ambiente agradable entre todos/as las integrantes del grupo. Además la identificación de necesidades de los participantes mediante la aplicación de una escala.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se les explicará a los miembros que para tener una adecuada convivencia entre todos será necesario el establecimiento de normas, para lo cual se solicitará la participación de todas/os. • Si nadie se motiva el facilitador/a iniciara señalando que la confidencialidad es uno de los elementos importantes y posteriormente continuar, hasta que la mayoría haya opinado. Al final se leerán en voz alta a todos los miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafo • Plumones • escala de calidad de vida Diabetes 39 • lapiceros 	60 minutos

		<p>del grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente se presentará el programa con su nombre y los objetivos que se esperan cumplir • Se brindara un espacio para conocer qué expectativas tienen ellos respecto al programa • Después se realizará la aplicación de la escala de diabetes 39 de manera individual y se brindará apoyo a las personas que no puedan leer o tengan problemas de visión. (ver anexo 1) 		
<p>Actividad principal 2: Técnica de Relajación</p>	<p>Disminuir los síntomas somáticos presentados por los participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brindara psicoeducación respecto a la técnica de respiración diafragmática y después se realizarán ejercicios para ver como ellos ejecutan dicha técnica. • Se les dejara de tarea que durante la semana practiquen esta técnica. (ver anexo 2) • Se hará una retroalimentación de lo que se ha realizado en esta sesión y si hay 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de respiración diafragmática 	<p>30 minutos</p>



		alguna pregunta		
Cierre y evaluación	Despedida y motivación para la participación de la siguiente reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Se agradecerá a las personas por su participación en la sesión • Se les recordara de la siguiente sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos

ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES


Nombre de la sesión: “Tengo el control de mis pensamientos, emociones y conductas”

Área: Cognitiva

Objetivo general: Reestructurar las cogniciones que están detrás de la ansiedad de los pacientes para mejorar el control de los efectos físicos, afectivos y conductuales que están detrás de esta emoción.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Establecer rapport entre los miembros del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitador/a dará una calurosa bienvenida a los/as participantes del grupo terapéutico. • El/la facilitador/a hará la retroalimentación de la sesión anterior. • Revisará la tarea de la sesión anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos
Dinámica de animación: ¿Quién soy?	Identificar recursos en cada uno de los/as participantes que les permita tener una imagen positiva de sí mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Cada se describirá a si mismo centrándose en este momento de la vida con su condición de amputado/a • Cada uno de los/as miembros compartirá aquello que les hace ser diferentes y único como seres humanos completos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	20 minutos
Actividad principal 1: Psicoeducación sobre las	Desarrollar la habilidad de identificar las emociones en los/las	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitador/a explicara que son las emociones adaptativas y desadaptativas (ver anexo 3) • Explicará el ABC de Ellis ejemplificando (ver anexo 4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Carteles con información e imágenes 	30 minutos

emociones	participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Además, para una comprensión de cómo influyen los pensamientos en su situación actual se puede presentar el cortometraje “the present” (ver anexo 5) • Se realizará una reflexión acerca del cortometraje • El/la facilitador/a hablará acerca de la ansiedad y sus síntomas. (ver anexo 6) • El/la facilitador/a pedirá al grupo que identifique sus preocupaciones más intensas y constantes • El/la facilitador/a enseñará los pensamientos irracionales más frecuentes en la ansiedad (ver anexo 7) • Posteriormente los/as facilitadores/as realizaran una dramatización sobre una situación típica de ansiedad 		
Actividad principal 2: Técnica de respiración profunda	Entrenar en respiración profunda para la aplicación ante momentos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitador/a promoverá la identificación de ansiedad y lo momentos en los que aparece. • Entrenamiento en respiración profunda (ver anexo 8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento 	30 minutos

	reflexión tinuidad como un	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del río (ver anexo 9) • El/la facilitador/a preguntará que mensaje les dejó la metáfora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora 	10 minutos
Evaluación	Conocer la opinión que tienen los participantes de la sesión de terapia grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de una hoja de evaluación de la sesión ya sea de forma verbal o escrita según capacidades de los/as participantes. • Despedida. Tareas: traer una fruta a la próxima sección 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	10 minutos

ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “Pensar que me amo, mostrarme que me amo”

Área: Cognitiva.

Objetivo general: Generar pensamientos constructivos acerca de si mismos y de sus capacidades, mediante el dialogo interno, promoviendo que surjan pensamientos y sentimientos de amor propio.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y Bienvenida	Explicar el objetivo de la sesión y leer la agenda, para que los/las participantes conozcan las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador preguntará como les ha ido en la semana, realizará la retroalimentación de la sesión anterior y verificara quienes trajeron la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	5 minutos
Dinámica de animación Alambre pelado	Propiciar ambiente de dinamismo, alegría, empatía y socialización	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pedirá a un participante que salga de la habitación • A los demás se les pedirá que formen un círculo y se agarren de la mano, se les explica que el círculo es un circuito eléctrico, dentro del cual hay un <i>alambre pelado</i>, ellos deberán designar a un participante • Se le pedirá a la persona de afuera que entre y lo descubra tocando la cabeza de cada participante, cuando toque a la persona designada, todos al mismo tiempo deberán pegar un grito fuerte y mover sus manos como que pasara corriente entre ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos

<p>Actividad principal 1: Dialogo interno</p>	<p>Lograr que los/las participantes conozcan su dialogo interno, su importancia y autorregulación que les permita un cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una breve explicación sobre el dialogo interno, se realizara la metáfora del angelito malo y bueno sobre nuestros hombros. (ver anexo 10) • Se les pondrá ejemplos de cómo solemos hablar con nosotros mismos de forma negativa o positiva (anexo 11) • Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos y se concentren, deben imaginar su casa y deben imaginarse haciendo alguna actividad, deben imaginar que es una actividad difícil de realizar, no pueden hacerla, pero siguen intentando, ¿que se dicen a sí mismos? ¿Es malo o es bueno? • Abren los ojos y se hace una reflexión sobre la actividad realizada, tomando en cuenta los pensamientos automáticos negativos vistos en la sesión anterior. • Luego se les pide nuevamente que cierren los ojos y se imaginen frente a un espejo, que ¿se dirían a sí mismos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Papelografo con el dibujo de la persona y los dos ángeles • Papelografo con los ejemplos del dialogo interno negativo y positivo 	<p>50 minutos</p>
--	--	---	---	-------------------

		<ul style="list-style-type: none"> • Se realizara una reflexión sobre la importante de que dialoguemos con nosotros mismos de forma positiva. 		
<p>Actividad principal 2: Agradécete a ti mismo</p>	Fortalecer en los/las participantes el amor propio mediante el cuidado y elogios que ellos tengan de su cuerpo durante la semana	<ul style="list-style-type: none"> • Luego de conocer la importante de hablar con nosotros mismos de manera que nos elogiemos, se explica la importancia de consentir el cuerpo • Se les explicara un pequeño ejercicio que ellos deberán realizar cada día por una semana. (ver anexo 12) • Primero al levantarse deberán verse en el espejo y elogiarse a sí mismos, deberán ver su cuerpo y como amaneció y darle las gracias • Luego deberán hacer una lista mental de lo que necesita su cuerpo ese día, quizá un baño o crema hidratante, lo que ellos decidan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	20 minutos
<p>Espacio de intercambio</p>	Generar un ambiente de convivencia entre los participantes, donde entre todos puedan realizar una reflexión de la actividad realizada.	<p>Rompe cabezas: (ver anexo 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se formaran grupos y se les entregara una bolsa con el rompe, se les dará la indicación de formar la imagen, una vez el rompecabezas este armado se les pedirá que expliquen lo que ven en la imagen, los rompecabezas irán enfocados a temas de personas realizando actividades que 	<ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas 	20 minutos



		<p>denotan amor propio, como hacer ejercicio, tomar el medicamento a tiempo o realizar una actividad de agrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada grupo hará la reflexión de lo que creen que quiere decir su rompe cabezas 		
Cierre	Finalizar la sesión con entusiasmo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hacen un círculo y cada uno dice una palabra de lo que le desea al grupo durante la semana, ejemplo, dormir bien, que cosas buenas les pasen, salir, etc. • Se realiza la evaluación de la sesión y despedida 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	10 minutos

ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “Valorando mi cuerpo”

Área: Afectiva

Objetivo general: Ayudar a que los/as pacientes construyan una mejor autoimagen y autoconcepto de sí mismos, generando un mayor autoconocimiento que los lleve a incrementar su amor propio.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y Bienvenida	Explicar el objetivo de sesión y realizar la retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Se hará la retroalimentación de la sesión anterior y se preguntará por la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	5 minutos
Dinámica de animación El cuento vivo	Fomentar un ambiente de dinamismo, alegría, empatía y socialización	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta les pide que hagan un círculo, una vez sentado, comienza hacer un relato sobre cualquier cosa, donde incorporen personajes y animales en determinadas actitudes y acciones. • Cuando el terapeuta señale a cualquier paciente este debe actuar como el animal o personaje sobre el cual se esté haciendo referencia en ese momento en el relato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos
Actividad principal 1: Aprender a aceptarse	Lograr que los/las pacientes se conozcan y acepten mediante la reflexión de recuerdos y acciones que hicieron o hacen en su vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Esta técnica se realizará de forma dirigida donde el facilitador/a entregará una página con las oraciones que los participantes deberán completar escribiendo en ella y siguiendo las indicaciones que el facilitador brinde. (ver anexo 14) • Se le pedirá a cada paciente que se ubique 	<ul style="list-style-type: none"> • Páginas con las frases para que el terapeuta las leas 	50 minutos

		<p>en algún lugar de la habitación lejos de los demás participantes con su página y lapicero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le explicará a los pacientes que la técnica consiste en que ellos completan las frases que se encuentran en la página que se les brindo • Para los pacientes que no puedan leer, el/a facilitador leerá las frases en voz alta y ayudara al participante a desarrollar la actividad • Se hará una reflexión sobre el contenido de las frases y como se completaron. 		
<p>Actividad principal 2: Palma de mi mano</p>	<p>Reconocer las cualidades que cada miembro del grupo tiene y sentirse agradecido/a por ello.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar a cada uno a ver la palma de la mano y ver detalles que les distingue (color, tamaño, forma, marcas hechas por algo hecho) • Se pide puedan elegir páginas de colores y marcadores y puedan “calcar” o apoyar su mano en la página y dibujar su silueta en ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • Páginas de colores 	<p>20 minutos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Ahora cada uno debe ver la silueta de sus manos y expresar todo lo que sus manos les han permitido hacer, así mismo deben agradecer por ello 		
Espacio de intercambio Esto me recuerda	Generar un ambiente de convivencia entre los participantes, donde entre todos puedan realizar una reflexión de la actividad realizada.	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta deberá tener una caja llena de objetos, los que el considere que traerán buenos recuerdos a los participantes Todos los/as paciente en un círculo, tomaran un objeto dentro de la caja y expresaran a que les recuerda ese objeto. Luego de que todos hayan expresado a que les recuerda el objeto que tomaron de primero deberán pasar el objeto a la persona que este a su lado derecho y rápidamente deberán ir diciendo a que les recuerda pero esta vez deberán hacerlo en un tiempo de 5 segundos. 	<ul style="list-style-type: none"> Caja con diferentes objetos 	20 minutos
Cierre	Conocer la opinión que los/las participantes tienen de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Hacen un circulo y cada uno dice una palabra de lo que le desea al grupo durante la semana, ejemplo, dormir bien, que cosas buenas les pasen, salir, etc. Se hacen los anuncios para la siguiente 	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de evaluación 	10 minutos



		sesión		
--	--	--------	--	--

ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de la sesión: “Cuéntame y te cuento”

Área: Afectiva

Objetivo general: Mejorar los estados emocionales de las personas con diabetes que han sido amputados de sus miembros inferiores por medio de técnicas de ventilación emocional que les permitan la expresión de sentimientos al momento de ser amputados.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Recibir a los/las participantes y retroalimentar lo visto en la sesión anterior.	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador/a dará la bienvenida a los/as participantes Se hace una retroalimentación de la sesión anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 minutos
Dinámica de animación Múltiplos	Generar un ambiente adecuado entre los participantes que permita el desarrollo de la jornada	<ul style="list-style-type: none"> La dinámica se llama “múltiplos” cada persona dirá un número, pero cuando sea múltiplo de tres dirá “boom” y se continuara con la secuencia, en las siguientes rondas se puede elegir otros múltiplos 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 minutos
Actividad principal 1: Metáfora de desesperanza creativa	Concientizar a los pacientes acerca de la situación actual, para	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador/a ubicara a los participantes preguntándole ¿conocen ustedes las arenas movedizas? Y ¿Dónde creen que 	<ul style="list-style-type: none"> Metáfora Arenas movedizas 	20 minutos

	que puedan optar por otras alternativas	<p>existen? Posteriormente leerá la metáfora de “arenas movedizas” (ver anexo 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de haber leído los participantes compartirán en el grupo la pregunta: ¿Cómo consideran que esto se relaciona con su situación actual de diabéticos y amputados? • El facilitador/a tomando en cuenta las opiniones realizara una conclusión 		
Actividad principal 2: Ventilación emocional	Reconstruir en las personas su sentido de continuidad a partir de la situación de la amputación y que pueden seguir adelante	<ul style="list-style-type: none"> • Para este momento se les pedirá guardar silencio y si es posible se les pondrá música instrumental de fondo • El facilitador/a les explicara que en este momento cada uno contara su historia en base a unas preguntas (ver anexo 16). Los que no puedan escribir lo realizaran por medio de dibujos. El encargado guiara este ejercicio de manera pausada permitiendo la interiorización de los participantes cuando han terminado esta primera parte se reunirán en un círculo y los que deseen pueden compartir su historia. A partir de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de preguntas • Música instrumental • Páginas de papel bond • Lápiz y lapiceros 	60 minutos

		<p>historia es importante que el facilitador/a pueda señalar valores, recursos que la persona utilizo en esa situación y de las cuales no es consciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después se le solicita que a partir de esa historia que han compartido puedan crear otra historia donde se ponga en evidencia las conductas de las cuales no eran conscientes y que en ese momento les fueron útiles • Se realizara una reflexión con el grupo al tener las dos historias 		
Espacio de intercambio	Compartir las emociones experimentadas y mediante la técnica de relajación liberarse de aquellas que han generado tensión	<ul style="list-style-type: none"> • Se compartirá que emociones han experimentado durante esta sesión • Se les explicara que vamos a permitir que esas emociones intensas que nos puedan a ver generada tensión puedan fluir y salir de nuestro cuerpo mediante una técnica • Se realizará la técnica de relajación llamada “liberando la tensión” (ver anexo 17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica liberando la tensión 	15 minutos
Cierre y evaluación	Despedida y	<ul style="list-style-type: none"> • La tarea para esta semana será practicar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro 	10

	motivación para la participación de la siguiente reunión	técnica liberando la tensión” <ul style="list-style-type: none">• Se aplica la hoja de evaluación• Se les motivara para que asistan a la próxima sesión	<ul style="list-style-type: none">• Hoja de evaluación	minutos
--	--	--	--	---------



ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de la sesión: “Cambiando por mi felicidad”

Área: Conductual

Objetivo general: Orientar a los pacientes a la práctica de hábitos saludables que mejoren significativamente su calidad de vida.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Establecer rapport entre los miembros del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> El/la facilitador/a dará una calurosa bienvenida a los/as participantes del grupo terapéutico. El/la facilitador/a hará una retroalimentación de la sesión anterior. El/la facilitador/a revisará la tarea de la sesión anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	15 minutos
Dinámica de animación: “Cuéntame algo agradables de tu semana”	Lograr la interacción de los/as miembros/as del grupo para la creación del ambiente amistoso imprescindible para el	<ul style="list-style-type: none"> El/la facilitador/a creará parejas. Cada pareja deberá contarle al otro algo agradables que le sucedió durante la semana. Finalmente todos/as compartirán el suceso divertido de su pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	20 minutos

	proceso terapéutico grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Se promoverá una reflexión sobre que siempre hay cosas buenas que a veces se ignoran por ver solo lo negativo del día a día 		
Actividad principal 1 Psicoeducación sobre la salud activa vs la salud pasiva	Promover el autocuido que refuerce su valía personal	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitador/a formulará las siguientes preguntas ¿Qué es un paciente pasivo/a? ¿Qué es un/a paciente activo? (ver anexo 18) • El/la facilitador/a dará la palabra a los miembros/as para hablar de sus opiniones. • Luego realizará la psicoeducación de las diferencias de ambos conceptos • El/la facilitador/a entregará tarjetas con imágenes de ocio, descanso, ejercicio, alimentación y recreación. Una tarjeta a cada participante (ver anexo 19) • Los/as participantes deberán escribir en la tarjeta que actividades realiza del tipo que indique la tarjeta. Y luego deberá compartir al grupo, qué hace y como puede mejorar ese aspecto Finalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Carteles con información e imágenes referentes a cada aspecto del auto cuidado 	30 minutos

		<p>el/la facilitador/a hará la reflexión sobre la necesidad de cambiar el estilo de vida ejerciendo un papel activo en el autocuidado. Posteriormente cada participante se comprometerá a realizar un cambio pequeño en su vida durante la semana.</p>		
Espacio de reflexión	<p>Promover la autoestima por parte de cada uno de los participantes resignificando los sucesos críticos de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitador/a leerá el cuento titulado «El Helecho y el Bambú» (ver anexo 20) • Luego pedirá que cada quien lo relacione con su vida, motivándolos a hablar de experiencias difíciles que les hayan proporcionado experiencia y fortaleza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento 	30 minutos
Evaluación y cierre.	<p>Conocer la opinión que tienen los participantes de la sesión de terapia grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de una hoja de evaluación de la sesión ya sea de forma verbal o escrita según capacidades de los/as participantes. • Despedida. Tareas: traer una fruta a la próxima sección 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	10 minutos



ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “Comunicándome mejor, me siento feliz”

Área: Afectiva

Objetivo general: Expresar ideas y sentimientos de una manera eficaz utilizando la escucha activa que les permite a los/las participantes salir de sí mismos y entrar en relación con los demás.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y Bienvenida	Generar un espacio de encuentro con los participantes mediante la retroalimentación de la sesión anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciará con la bienvenida, posteriormente se hará la retroalimentación y revisión de tarea • Explicará el objetivo de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	5 minutos
Dinámica de animación Caja de pandora	Generar un ambiente propio para el desarrollo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevará una caja decorada, llamada “Caja de Pandora”. En la caja se colocaran papeles con los nombres de los/as pacientes • Luego se pedirá un voluntario para sacar el primer papel, la persona a la que le toque dirá cualidades positivas y que le agradan de la persona que le salió en el papel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caja con los nombres 	15 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente, la persona que salió en el papel deberá sacar un papel, hasta que todos hayan participado. • Se hará una reflexión donde se animara a los/as pacientes a reconocer las cualidades positivas de sus seres queridos. 		
<p>Actividad principal 1 Psicoeducación sobre la comunicación.</p>	<p>Comunicar ideas y sentimientos entre los/las participantes del grupo utilizando la escucha activa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará el concepto de comunicarse, los tipos de comunicación y la escucha activa. (ver anexo 21) • Se realizará dos ejercicios prácticos • Se colocaran en pareja y se les pedirá que hablen por 2 minutos cada uno del tema que deseen. • Se preguntará sobre el dialogo que tuvieron y se hará una reflexión sobre la escucha activa • Se repetirá de nuevo el ejercicio pero esta vez en dos minutos deberán imaginar que esa persona con la que hablan es un ser querido, deben decirles cómo mejorar su comunicación. • Finalmente se les motivará a practicar en 	<ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafos con la información de la comunicación 	<p>50 minutos</p>

		<p>casa lo aprendido.</p>		
<p>Actividad principal 2: Comunicación de las emociones/sentimientos</p>	<p>Propiciar en los/as pacientes la expresión adecuada de emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Breve retroalimentación sobre las emociones y sentimientos • Se le brindará una vejiga para que la inflen • Se les pondrá el reto de desinflar esa vejiga sin explotarla, tendrá la posibilidad de utilizar una aguja si quieren • Se les explicará la relación de la vejiga con las emociones y se hace una reflexión donde se plantea la importancia de que expresen esas emociones, ya que si no lo hacen podrían sacarlas de manera explosiva, tal cual una vejiga explotando, o podrían buscar una solución de cómo expresar esas emociones de manera adecuada • Libremente se invita a que compartan como se sintieron al intentar desinflar la vejiga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vejigas • Agujas 	<p>15 minutos</p>
<p>Espacio de intercambio Escucha activa y relajación</p>	<p>Practicar la escucha activa mediante un ejercicio de comunicación no verbal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forman parejas y se colocan de frente y cierran los ojos. (anexo 22) • Cada persona levanta una mano, la que esté en el mismo lado. • Acercaran una mano a la otra pero sin 	<ul style="list-style-type: none"> • Caja con diferentes objetos 	<p>20 minutos</p>

		<p>tocarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La acercan hasta el punto en que puedan sentir mutuamente cada persona la energía de la otra. 		
Evaluación y cierre	Finalizar la sesión con entusiasmo.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la hoja de evaluación • Se hacen los anuncios para la siguiente sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	10 minutos



ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “Hablo con libertad y con respeto”

Área: Conductual

Objetivo general: Comunicar ideas y sentimientos entre los participantes mediante un estilo asertivo que permita el establecer adecuadas relaciones interpersonales y disminuir conflictos.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y Bienvenida	Conocer los aprendizajes previos de los/las participantes mediante la retroalimentación y que ellos entiendan la relación con esta sesión	<ul style="list-style-type: none"> Se dará la bienvenida, y se realizará una retroalimentación Se dirá el objetivo de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	5 minutos
Dinámica de animación Se murió la lora	Motivar a la participación activa del grupo durante la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Se colocan todos los participantes en círculo. Un participante inicia la rueda diciendo al que tiene a su derecha "Se murió la lora"; pero llorando y haciendo gestos exagerados. El de la derecha le debe responder lo que se le ocurra; pero siempre llorando y con gestos 	<ul style="list-style-type: none"> Caja con los nombres 	10 minutos

		<p>de dolor. Luego, deberá continuar pasando la "Noticia" de que se murió la lora al de su derecha, llorando igualmente y con gestos exagerados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuará la secuencia hasta que termine la rueda. 		
<p>Actividad principal 1 Psicoeducación sobre la asertividad</p>	<p>Conocer con los/las participantes los tres estilos de comportamiento e identificar en su cotidianidad cual utilizan y sus consecuencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará el concepto de asertividad y los tipos de comportamiento, pasivo, agresivo, asertivo (ver anexo 23) • Se pondrán ejemplos sobre los tipos de comportamiento • Se les pedirá que piensen acerca de cuál de los tres estilos explicados es el que les corresponde • Se les pedirá a dos voluntarios que compartan alguna situación donde alguien ellos o alguien más se comportó pasivo o agresivo y cuáles fueron las consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Papelografos con la información de la asertividad 	<p>30 minutos</p>
<p>Actividad principal 2</p>	<p>Propiciar en los/as</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá que formen parejas y escojan un tipo de comportamiento, agresivo, pasivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<p>30</p>

<p>Dramatizaciones sobre los estilos de comportamiento</p>	<p>pacientes el comportamiento adecuado frente a conflictos</p>	<p>o asertivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre ellos deberán planear el problema que pasarán a dramatizar • Se les ayudará a que recuerden a que se refiere cada tipo de comportamiento • Se les pedirá a cada que pase a dramatizar el tipo de comportamiento que escogieron • Todos los demás deberán adivinar qué tipo de comportamiento dramatizó la pareja • Se reforzara en las características del comportamiento asertivo y se motivara a que lo practiquen en casa. 		<p>minutos</p>
<p>Espacio de intercambio</p>	<p>Expresar a los otros compañeros del grupo actitudes positivas que les permitan actuar con un estilo asertivo.</p>	<p>El regalo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se formara un circulo • Se le pedirá a cada participante que piensa en algo que le quiera regalar al compañero/a que tiene a su derecha, deben ser cosas que le ayuden a comportarse de manera asertiva por ejemplo, paciencia, valentía, sabiduría, etc. • Se comenzara con la dinámica. • Se hará la reflexión de lo importante de cada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<p>15 minutos</p>

		cosa que se regaló en el comportamiento asertivo.		
Evaluación y cierre	Conocer la opinión que los/las participantes tienen de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá que evalúen la sesión. • Se hacen los anuncios para la siguiente sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	10 min



ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “Se hace camino al andar”

Área: Afectiva

Objetivo general: Modificar la visión de resignación que las personas tienen hacia su vida por medio de técnicas que les permitan actuar con esperanza ante la vida y las situaciones en que se encuentran.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Recibir a los participantes y que expresen al grupo las expectativas que tienen de esta sesión a partir de la explicación del objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Se recibirá a los integrantes del grupo, y se hará la retroalimentación de la sesión • Se explicará el objetivo de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos
Dinámica de animación	Motivar a los participantes para que se involucren en la sesión y se integren con facilidad a las otras técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Para esta sesión se realizara la dinámica “sueños” • Se solicitara a los pacientes que se sienten en forma de circulo y se les entregara una vejiga, esa vejiga representa un sueño que ellos tengan, a medida que van inflando la vejiga están creando ese sueño. Después dos voluntarios comparten ¿cuál es su 	<ul style="list-style-type: none"> • Globos • Agujas 	15 minutos

		<p>sueño?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les explicara a los miembros del grupo las indicaciones entre más alto llegue el globo se hace realidad pero si el globo sale del circulo alguien lo explotara. Se inicia elevando todos sus globos y se da un tiempo de 5 minutos para ver qué sucede con los globos (la mayoría se sale y los reventaran al punto que queden pocos globos en el círculo) • Se realizara una reflexión con las siguientes preguntas. ¿en que se parece a la realidad? • ¿De qué manera te matan los sueños afuera? • Terminar diciendo que mientras estas vivo el sueño sigue vivo 		
<p>Actividad principal 1: Autorretrato</p>	<p>Cambiar la percepción negativa que tienen los participantes de sí mismos, mediante la identificación de actitudes positivas y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entregará a cada miembro una hoja en la cual dibujarán su rostro y los demás miembros deberán escribirle o decirle una actitud positiva y negativa que han observado de esta persona dentro del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Música • Hojas de papel bond • Colores • lápices 	<p>25 minutos</p>

	negativas observadas por sus compañeros/as de grupo dentro de las sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Observar y reflexionar personalmente acerca de lo que sus compañeros les han manifestado • Compartir con el grupo de manera personal y voluntaria sus ideas o sentimientos con relación a su retrato 		
Actividad principal 2: Visualización	Modificar la visión negativa que las personas tienen respecto a su futuro	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de la actividad anterior el facilitador/a pedirá que se coloquen en una posición cómoda y cerrando sus ojos • Se les piden que se visualicen a sí mismos con todas las cualidades que les han mencionado, que piensen ¿cómo se sienten? Y ¿cómo actuarían ahora con sus cualidades? se les pide que lo experimenten con la mayor intensidad posible. • Ahora con esas herramientas se visualicen dentro de dos años en las diferentes áreas de su vida, que haría diferente y como se sentirían. Finalmente termina la visualización • Esos aspectos que visualizaron deberán escribirlos en la hoja de trabajo que se 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo 	50 minutos

		<p>presenta (anexo 24)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalmente pueden compartirlos con el grupo de manera voluntaria 		
Cierre y evaluación	Conocer la opinión que tienen los participantes de la sesión mediante la aplicación de la hoja de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Se pedirá que evalúen la sesión. • Se agradecerá a las personas por su participación en la sesión • Se les recordara de la siguiente sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación 	15 minutos



ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABETES

Nombre de sesión: “El diario de mis días”

Sesión de cierre y evaluación

Objetivo general: Compartir las herramientas psicológicas que han adquirido en todo el proceso terapéutico y el benéfico que han tenido en sus vidas

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Escuchar a los participantes para conocer las expectativas que ellos tienen de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes y retroalimentación de la sesión anterior • Lectura del objetivo • Expresen las expectativas que tienen de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	15 minutos
Dinámica de animación	Animar a los pacientes a que se integren a la sesión y se preparen para las actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Se les solicitara a los miembros del grupo que formen un circulo • Realizaremos la dinámica que se llama “papa caliente”, estará formada por preguntas de las técnicas que se han realizado durante las sesiones • Se iniciara con música y los miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • Papa caliente • Música 	20 minutos

		<p>deben pasar la papa, cuando se detenga la música a la persona que le quede se le hará una pregunta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y así sucesivamente hasta terminar 		
<p>Actividad principal 1: El diario de mis días</p>	<p>Reconocer las técnicas que han sido útiles y significativas en este proceso terapéutico para los/las participantes mediante la expresión escrita y verbal de ellos en “el diario de mis días”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se entregará a cada uno de los participantes un diario en el cual en cada página tienen que escribir o dibujar una técnica o algo significativo para él/ella de esa sesión • Para estos se dará un tiempo de trabajo el facilitador no podrá ayudar a los participantes • Cuando la mayoría de participantes ha terminado, el facilitador/a guiará la secuencia de las sesiones con ayuda de los pacientes, hasta finalizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario (hecho con páginas de colores o según la creatividad) • Colores • Lápices 	50 minutos
<p>Actividad principal 2: Aplicación de prueba</p>	<p>Valorar mediante la opinión de los participantes que expectativas se cumplieron y cuales no dentro del grupo, de igual manera</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pegará el cartel con las expectativas que ellos habían expresado en la sesión de encuadre • Compartan en el grupo si estas expectativas se cumplieron o no y que justifiquen su respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartel de las expectativas • Prueba Diabetes 39 	30 minutos

	recomendaciones que ellos puedan para la mejora del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Se volverá aplicar la prueba de Diabetes • Apoyar a las personas con dificultades en la lectura o escritura 		
Cierre y evaluación	Celebración por la finalización de este proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Se agradecerá al grupo • Entrega de diplomas • Se realiza un espacio de compartir con el grupo 	• Diplomas	20 minutos

ANEXOS DE SESIONES

Anexo 1

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica *responder todas las preguntas*.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la

diabetes Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. Estar preocupado(a) por su futuro

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

8. Tensiones o presiones en su vida

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

9. Sensación de debilidad

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por diabetes

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

12. Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

13. No poder hacer lo que quisiera

Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Durante el último mes ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

14. Tener diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
15. El descontrol de su azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
20. La vergüenza producida por tener diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
22. Sentirse triste o deprimido
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
24. Tener bien controlada su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
25. Complicaciones debidas a su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
30. Menor interés en su vida sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
32. Tener que descansar a menudo
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
33. Problemas al subir escaleras
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
35. Tener el sueño intranquilo
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
36. Andar más despacio que otras personas
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
37. Ser identificado como diabético
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
39. La diabetes en general
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

Calificación global







1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida
- | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|
| Mínima calidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Máxima calidad |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|
2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes
- | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| Ninguna gravedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Extremadamente grave |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|

Gracias por sus respuestas

Anexo 2:

Nombre: _____

Indicaciones: Durante la semana debera practicar la tecnica en el momento que considere necesario, por lo que debera anotar en el siguiente cuadro : El dia, en que momento la utilizo , el grado de tension que tenia antes marcando con una X la cara de acuerdo al grado de malestar que experimenta y al finalizar realizara una valoracion marcando siempre con una X la cara con la que se identifique

Dia	MOMENTO EN QUE SE APLICA	ANTES GRADO DE TENSION	DESPUES GRADO DE TENSION
			
			
			
			

Anexo 3

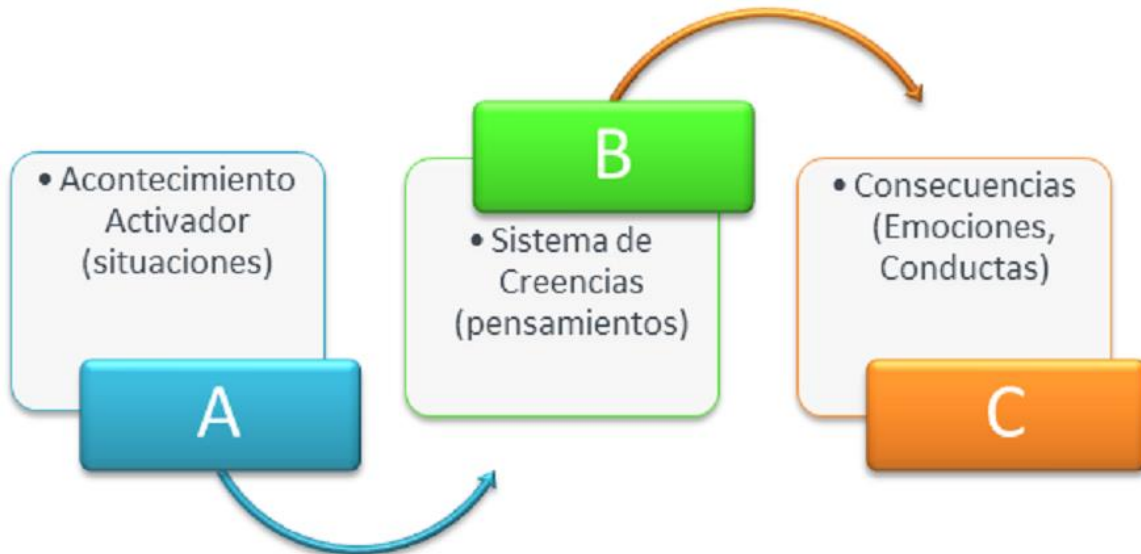
Emociones adaptativas y desadaptativas

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las *emociones adecuadas* son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando consecución de metas. El amor, el placer, la curiosidad, la alegría son algunos de los ejemplos de emociones positivas adecuadas. El dolor, la tristeza, la frustración, la incomodidad o el malestar son ejemplos de emociones negativas adecuadas.

Entre los sentimientos positivos inadecuados estarían la grandilocuencia o prepotencia que podrían interferir con la consecución de metas y propósitos; entre los negativos estarían los sentimientos de ira, depresión, ansiedad, desesperación, desesperanza, incapacidad o inutilidad. Estos sentimientos negativos se consideran inadecuados porque incrementan la percepción subjetiva de malestar o frustración y suelen bloquear las acciones que facilitan el afrontamiento de las dificultades que surgen en todo el proceso de consecución de metas. Según Ellis (1994) las emociones negativas y positivas saludables estarían asociadas a pensamientos o creencias racionales y las emociones negativas y perturbadoras lo estarían a pensamientos irracionales.

Anexo 4

El ABC de Ellis ejemplificando



Ejemplo:

- A. Acontecimiento activador: "*Mi amante me ha dejado por otro amor.*"
- B. Pensamientos y Creencias: "*No puedo estar sin el ella. Soy un perdedor debido a que me ha dejado. Es realmente terrible que me haya dejado. Nunca encontrare otro amor.*"
- C. Consecuencias Emocionales: "*Me siento triste. Me siento furioso. Me siento indigno. Y: No como. No duermo. Bebo demasiado alcohol. Falto al trabajo.*"

Anexo 5

The present https://www.youtube.com/watch?v=_RP1GsCyoAE

Anexo 6**La ansiedad y sus síntomas.**

Ellis habla de La ansiedad del yo, este tipo de ansiedad la suelen experimentar las personas cuando: (1) sienten que su “yo” o su valía personal está amenazado, (2) “deben” o “tienen” necesariamente que hacer bien cualquier cosa y/o ser aprobados por los demás y (3) sienten que es “horroroso”, “terrible” o “catastrófico” no hacer bien las cosas y no ser aprobados por los demás como ellos creen que “deberían” o “tendrían” que serlo. La ansiedad del yo supondría, por tanto, el auto-desprecio de la persona por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma, los otros y el mundo. La alternativa racional y saludable a la autocondenación sería la aceptación incondicional de uno mismo reconociéndose como ser falible. La auto-aceptación incluye, entre otras cosas.

Respuestas fisiológicas:

- Sentir molestias en el estómago.
- Sudar las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
- Temblar las manos o las piernas.
- Doler la cabeza.

- Mi cuerpo está en tensión.
- Tener palpitaciones, el corazón latir muy deprisa.
- Faltar el aire y la respiración es agitada.
- Sentir náuseas o mareo.
- Secarse la boca y tener dificultades para tragar.
- Tener escalofríos y tiritar aunque no haga mucho frío.

Anexo 7

Ideas irracionales más frecuentes en la ansiedad.

1. Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno.
2. Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo.
3. Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.

Anexo 8

La respiración profunda con retención del aire: Es una técnica que puede ser útil en situaciones en las que uno está muy activado. Es una respiración muy lenta (se respira tres veces por minuto), regular y diafragmática, pero implica retener el aire durante unos segundos y es más profunda que la controlada. Anteriormente hemos visto por qué es aconsejable que la respiración sea lenta, regular y diafragmática. ¿Por qué en este tipo de respiración tenemos que retener el aire y respirar más profundamente? a) Retención del aire: Hemos comentado que es un tipo de respiración pensada para utilizar cuando estamos muy activados. El hecho de retener el aire estimula el nervio vago, la rama principal del

sistema nervioso parasimpático, que es el encargado de reducir la activación cuando esta es demasiado intensa o prolongada. Por tanto, permite controlar la activación de forma más rápida que la respiración controlada. b) Profunda: este tipo de respiración es bastante más lenta que la respiración controlada, es decir respiramos menos veces cada minuto y, por tanto, es necesario coger más aire en cada inspiración para disponer del oxígeno que necesitamos. ¿Qué debe hacer para empezar a practicar este tipo de respiración? a) Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. b) Inspirar por la nariz y espirar por la nariz o por la boca. c) Hacer una inspiración lenta y profunda por la nariz durante 5 segundos, retener el aire durante 5-7 segundos y espirar lentamente por la nariz o por la boca durante unos 10 segundos. Puede ser aconsejable que se repita mentalmente y de forma lenta la palabra "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que espira o imaginar que la tensión se escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo puede serle útil contar de 1 a 5 (inspiración), de 1 a 5 o 7 (retención) y de 1 a 10 (espiración). d) Tras repetir todo esto dos o tres veces debe intentar seguir el ritmo de la respiración controlada.

Anexo 9

CUENTO DE LA ROSA BLANCA

En un jardín de matorrales, entre hierbas y maleza, apareció como salida de la nada una rosa blanca. Era blanca como la nieve, sus pétalos parecían de terciopelo y el rocío de la mañana brillaba sobre sus hojas como cristales resplandecientes. Ella no podía verse, por eso no sabía lo bonita que era.

Por ello pasó los pocos días que fue flor hasta que empezó a marchitarse sin saber que a su alrededor todos estaban pendientes de ella y de su perfección: su perfume, la suavidad de sus pétalos, su armonía. No se daba cuenta de que todo el que la veía tenía elogios hacia ella. Las malas hierbas que la envolvían estaban fascinadas con su belleza y vivían hechizadas por su aroma y elegancia.

Un día de mucho sol y calor, una muchacha paseaba por el jardín pensando cuántas cosas bonitas nos regala la madre tierra, cuando de pronto vio una rosa blanca en una parte olvidada del jardín, que empezaba a marchitarse.

–Hace días que no llueve, pensó – si se queda aquí mañana ya estará mustia. La llevaré a casa y la pondré en aquel jarrón tan bonito que me regalaron. Y así lo hizo. Con todo su amor puso la rosa marchita en agua, en un lindo jarrón de cristal de colores, y lo acercó a la ventana.- La dejaré aquí, pensó –porque así le llegará la luz del sol. Lo que la joven no sabía es que su reflejo en la ventana mostraba a la rosa un retrato de ella misma que jamás había llegado a conocer.

-¿Esta soy yo? Pensó. Poco a poco sus hojas inclinadas hacia el suelo se fueron enderezando y miraban de nuevo hacia el sol y así, lentamente, fue recuperando su estilizada silueta. Cuando ya estuvo totalmente restablecida vio, mirándose al cristal, que era una hermosa flor, y pensó: ¡¡Vaya!! Hasta ahora no me he dado cuenta de quién era, ¿cómo he podido estar tan ciega?

La rosa descubrió que había pasado sus días sin apreciar su belleza. Sin mirarse bien a sí misma para saber quién era en realidad. Si quieres saber quién eres de verdad, olvida lo que ves a tú alrededor y mira siempre en tu corazón.

Anexo 10

DIÁLOGO INTERNO

Es la conversación que una persona tiene consigo misma, esta puede ser negativa o positiva y afecta directamente en las emociones y sentimientos de las personas cuando es negativo, sin embargo se puede cambiar el diálogo interno negativo a pensamientos positivos y realistas.

A continuación hay unos cuantos ejemplos de cómo convertir el diálogo interno negativo en pensamientos positivos y alentadores. La próxima vez que note que tiene pensamientos negativos sobre el ejercicio, haga un esfuerzo por poner de lado la negatividad y convertirlo en un diálogo interno positivo.

Anexo 11

Pensamiento distorsionado y alternativo positiva

Todo o nada

Ejemplo:

No hice ejercicio a diario la semana pasada. Soy un cero para el ejercicio.

Alternativa positiva:

Hice ejercicio 4 de 7 días la semana pasada; un poco de ejercicio es mejor que nada.

Descalificar lo positivo

Ejemplo:

La única razón por la que lave los trastos es porque estaban ahí sin que nadie les hiciera caso.

Alternativa positiva:

Me alegro de haber lavado los trastos, así pude asegurarme de que quedaran limpios.

Generalizar demasiado

Ejemplo:

No puedo correr, y eso me impide hacer suficiente ejercicio como para que me haga bien.

Alternativa positiva:

Si no puedo caminar existen otros ejercicios que puedo hacer y serian una actividad sana y buena para mí.

Interpretación negativa

Ejemplo:

Mi médico quiere que me haga una evaluación de los pies antes de empezar a hacer más actividad. Seguro que eso significa que el ejercicio es malo para los pies.

Alternativa positiva:

Ya que tengo diabetes, siempre debo cuidarme mucho los pies. Me alegro de que mi médico se esté asegurando de que la actividad que haga sea adecuada para mí.

Personalización

Ejemplo:

El meteorólogo tiene algo contra mí. Estaba planeando caminar, pero ha estado lloviendo a cántaros todo el día. Qué mala suerte tengo.

Alternativa positiva:

Nunca se puede pronosticar el tiempo con exactitud, así que me alegro de tener un plan para hacer ejercicio bajo techo los días de lluvia como hoy.

Anexo 12

Técnica: Agradécete a ti mismo:

Agradécete a ti mismo	
Objetivo	Empezar el día mimando nuestro cuerpo, la gratitud empieza por nosotros mismos.
Descripción	<p>Nos levantaremos 10 minutos antes cada día, tomaremos conciencia de nuestra expresión facial, del estado de nuestra piel y de todo nuestro cuerpo.</p> <p>Observaremos qué necesita nuestro cuerpo, en la ducha nos daremos un masaje con la esponja y el gel siendo conscientes de lo que sentimos al hacerlo.</p> <p>Si nuestra piel está seca nos aplicaremos crema hidratante.</p> <p>Seremos conscientes de la agradable sensación que sentimos en todo nuestro cuerpo.</p>
Conclusiones	La gratitud debe empezar por nosotros mismos, es importante escuchar a nuestro cuerpo que constantemente nos muestra sus necesidades.
Tiempo	10 minutos.

Anexo 13

ROMPE CABEZAS



Anexo 14

APRENDER A ACEPTARSE

Lea en voz alta para los/as pacientes la primera oración

- *A veces, al pensar en mi vida, apenas puedo creer que en una época yo...*

Ahora pídales que escriban dos finales a esa oración ¡Adelante! Anímelos a que digan esos finales, si es necesario repita la oración.

Luego lea la siguiente oración:

➤ *Para mí no es fácil admitir que...*

Igualmente pídale que agreguen el final a la frase que quieran

A continuación lea la siguiente oración

➤ *No me resulta fácil aceptarme cuando yo...*

Pídale que completen la frase

Realice una pequeña pausa para un ejercicio de respiración (se puede realizar la respiración diafragmática)

En la siguiente parte anímelos a completar las oraciones y ayúdelos si no entienden alguna frase

A continuación lea las siguientes frases y complételas como desee...

Una de mis emociones que me cuesta aceptar es...

Una de mis acciones que me cuesta aceptar es...

Uno de los pensamientos que tiendo a alejar de mi mente es...

Una de las cosas de mi cuerpo que me cuesta aceptar es...

Si yo aceptara más mi cuerpo...

Si aceptara más las cosas que he hecho... Si aceptara más mis sentimientos...

Si fuera más honesto acerca de mis deseos y necesidades...

Lo que me asusta de aceptarme a mí mismo es...

Si otras personas vieran que me acepto más...

Lo bueno de no aceptarme podría ser...

Comienzo a darme cuenta de que...

Comienzo a sentir...

A medida que aprendo a dejar de negar lo que experimento...

A medida que respiro profundamente y me permito experimentar la autoaceptación...

Anexo 15

METÁFORA ARENAS MOVEDIZAS

“Sería como si usted estuviera atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentaría hacer lo que pudiera para salir de ellas, aunque lo que supiera e hiciera, solo le llevara enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo

y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a usted le pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y, en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”.

Anexo 16

VENTILACIÓN EMOCIONAL

Debemos invitar a las personas que cuenten varias historias a la vez

1. En esta primera parte se cuenta la primera historia cuando paso el acontecimiento en este caso la amputación

El facilitador/a deberá ayudar a que cuente la historia o la dibuje con base a los siguientes aspectos:

- ¿Qué fue lo que usted vivió? (evento)
- ¿Cuál fue su experiencia?
- ¿Cuáles fueron sus respuestas?

Si se presenta alguna resistencia

¿Cuándo ocurrió el evento que estaba haciendo?

¿Qué hizo? ¿Cómo reacciono? ¿Cuál era el propósito?

¿Qué efectos o consecuencias tuvo esa acción?

2. Después que la persona compartió con el grupo su historia se le invita a que cuente otra historia a partir de los aspectos que ella no había visto o tomado en cuenta, en esta parte es importante el papel del facilitador que pueda ayudarle al paciente a identificar esos aspectos

¿Qué valor hay detrás de esa acción?

¿Qué piensa acerca de usted mismo/a con estos nuevos conocimientos?

¿Qué cree que pienso yo o el resto de los integrantes del grupo al conocer su historia, respuestas y valores?

¿Qué nuevas posibilidades cree que se abren respecto al futuro cercano?

Anexo 17

LIBERANDO LA TENSION

Técnica para liberar la tensión que generan las emociones que no se han expresado correctamente

Pasos a seguir

Lleva la atención de tu mente a un punto concreto de tu cuerpo donde percibes tensión. Esta tensión puede ser tanto emocional o muscular.

Hazte muy consciente de todas las características del malestar y puntúa su intensidad. Del 1 al 10 (lo máximo que puedes aguantar).

Intenta contestar “sí o no” a las siguientes preguntas lo más rápido posible. Da igual si mi respuesta es un “sí” o un “no”. Lo que se pretende con esto es distraer a la mente para que no bloquee la liberación:

¿Puedo dejar que se vaya esta molestia?

¿Quiero que se vaya esta molestia?

¿Ahora?

Comienza a dar toques con tu dedo índice y medio, mientras te dices: “aunque tengo este malestar, permito que se vaya”

Inspira empezando por el abdomen y acabando por el pecho de modo que llegues a un punto en el que sientas la necesidad de expirar. De este modo provocas la primera respuesta de relajación del cuerpo.

Vacía totalmente los pulmones encogiendo el abdomen y el pecho, hasta que llegue la necesidad de inspirar, disparando la segunda respuesta de relajación.

Permite que el cuerpo inspire con libertad 3 o 4 veces y puntúa.

Vuelve a puntuar el malestar.



AUTORREGISTRO**Nombre:** _____**Indicaciones:** Durante la semana debera practicar la tecnica en el momento que considere

Parte del cuerpo en la que tengo tensión	Emoción que experimente	Nivel de malestar (1-10)	Nivel de malestar (1-10)
--	-------------------------	--------------------------	--------------------------

necesario, por lo que debera anotar en el siguiente cuadro : la parte de su cuerpo que experimento tension, que emocion sintio y el nivel de malestar que sentia antes de la tecnica (0 es ninguno y 10 un malestar grave) de igual manera complementar como se sintio despues de la tecnica

Anexo 18

El paciente activo deberá:

- Tener un mejor acceso a la información
- Tomar conciencia del estado global de su salud.
- Contar con una relación cercana, deliberativa y bidireccional con el profesional sanitario.
- Participará en la toma de decisiones, proceso en el cual los pacientes se involucran como agentes activos junto al profesional sanitario en la clarificación de las diferentes opciones médicas y en la elección de ciertos tratamientos adecuados a su caso•

- Adquirir autonomía durante el proceso terapéutico (dosis de medicación, hábitos de vida).

El paciente pasivo:

- No se informa
- Le deja las decisiones al médico y a su familia
- No se adhiere al tratamiento medico
- No sigue las indicaciones en el cambio de estilo de vida en pro de su salud

Anexo 19

Ocio



descanso/sueño



Ejercicio



Alimentación



Recreación



Anexo 20

El Cuento de «El Helecho y el Bambú»

Un día decidí darme por vencido. Renuncié a mi trabajo, a mi relación, a mi espiritualidad; incluso, quería renunciar a mi vida. En busca de respuestas, me dirigí al hogar del Maestro *Ochid*.

— ¿Podrías darme una buena razón para no darme por vencido? —le interrogué sin preámbulos. Me clavó su mirada verde, sonrió y me cogió con suavidad por el hombro.

—Ven conmigo, vamos a dar un paseo por el bosque. Quiero mostrarte algo.

Mientras caminábamos, de pronto, me sorprendió con una pregunta inesperada cuando yo solo deseaba respuestas:

—Mira a tu alrededor, ¿ves el helecho y el bambú? —me preguntó con gesto sereno.

—Sí —respondí.

—Cuando Dios sembró las semillas del helecho y el bambú, las cuidó por igual. Les dio luz, agua y las nutrió con cuidados y cariño. El helecho creció muy rápido. Su verde brillante cubría el suelo. Sin embargo, nada salió de la semilla de bambú. Pero no por ello renunció a él o lo abandonó. Al año siguiente, el helecho creció aún más denso y brillante... y la semilla de bambú seguía sin asomar... — El Maestro *Ochid*, sin dejar de observarme, hizo una pausa. Con un gesto contundente me indicó que tomara asiento a su lado, al pie de un lustroso olmo. Una vez cómodos, continuó con su narración:

—Pasó largo tiempo y el bambú continuaba sin brotar, pero la bondad y sabiduría de Dios jamás depuso su entusiasmo y fe en él. Al quinto año, sin embargo, un pequeño brote despuntó de la tierra. En comparación con el helecho era, en apariencia, muy pequeño

e insignificante. Seis meses después, el bambú creció a más de cien pies de altura. El arbolito, había pasado cinco años echando raíces, creciendo para adentro. Aquellas raíces lo hicieron fuerte y le dieron lo que necesitaba para sobrevivir—. Mirando una de las majestuosas ramas de aquel olmo, me escrutó, categórico—: ¿tú crees que Dios os pondría retos en el camino que fueran imposibles de resolver o de sobrellevar?

Me quedé mirándole sin saber qué decir o qué responder. Entonces él continuó con otra pregunta, esta vez desde su espontánea calma y natural circunspección:

— ¿Sabías que todo este tiempo de lucha en tu vida has estado echando raíces? Igual que Dios confió en el bambú y no lo desechó, tampoco va a renunciar ahora a ti. No te compares con otros —añadió con severidad—. El bambú tiene un propósito diferente al del helecho; sin embargo, ambos son necesarios y hacen del bosque un lugar hermoso... Tu tiempo llegará y ¡crecerás muy alto!

— ¿Cómo de alto? —quise saber.

— ¿Y cómo de alto será el bambú? —me interrogó como respuesta, continuando con su habitual práctica.

— ¿Tan alto como pueda...? —indagué.

—Nunca te arrepientas de un día en tu vida —continuó el Maestro *Ochid*—. Los buenos días te dan felicidad, los malos te aportan experiencia; ambos son esenciales para la vida. La felicidad contribuye con tu dulzura, los intentos te dan fuerza, las penas te hacen más humano, las caídas te enseñan el valor de la humildad y el éxito colabora en tu brillo... Pero... ¡solo la Confianza en la Vida te mantendrá caminando!

Anexo 21

La comunicación.

Es el intercambio de ideas, opiniones, análisis... Comunicamos en el transcurso de una reunión, en una conversación con nuestra familia y amistades, en una asamblea. Es transmitir y recibir, hay retorno.

- **Comunicación verbal o el diálogo:** representa una conversación recíproca entre las dos partes y tiene como código la lengua humana. Las conversaciones cotidianas con amistades y familiares, las asambleas en el trabajo, las reuniones en el sindicato y las negociaciones se realizan a través del canal directo de la voz y producen una comunicación directa.
- **Comunicación escrita:** utiliza, al igual que la comunicación verbal, la lengua como código, pero el canal es un medio escrito: una hoja informativa, un acta de reunión, una carta, etc., y se traducen en una comunicación indirecta mediatizada por el recurso escrito.
- **Comunicación no verbal:** esta categoría de la comunicación incluye la comunicación a través de enviar y recibir mensajes sin palabras, que se transmiten a través de expresiones faciales, contacto visual, gestos, posturas o el lenguaje corporal. De hecho, la comunicación verbal suele contener elementos no verbales denominadas para-lenguaje que forman parte de la calidad de voz, la entonación, el estrés, la emoción y el estilo de hablar.
- **comunicación visual:** este método de transmisión de ideas y la información se relaciona principalmente con imágenes que incluyen signos, tipografía,

dibujo, diseño gráfico, ilustración, el color y los recursos electrónicos. Esta forma de comunicación con efecto visual enfatiza en el concepto de que un mensaje visual con texto tiene un mayor poder de informar, educar o persuadir a una persona.

Anexo 22

Escucha activa:

¿Cuál es la diferencia entre el oír y el escuchar?

Existen grandes diferencias. El oír es simplemente percibir vibraciones de sonido. Mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Sentir la energía de la otra persona con la mano.

Énfasis: Escucha activa, relajación.

Nos ponemos de pie por parejas que se miran de frente.

En cada pareja cada persona levanta una mano, la que esté en el mismo lado.

Acercamos una mano a la otra pero sin tocarse, la acercamos hasta el punto en que podamos sentir mutuamente cada persona la energía de la otra.

No es conveniente hablar.

Conseguimos mejor los objetivos si realizamos la actividad con los ojos cerrados.

Reflexión:

¿Qué les pareció?

¿Qué sensaciones hubo?

¿Qué sentimientos?

¿Escuchaste las sensaciones de la otra persona?

¿Qué te transmitía la otra persona?

Anexo 23**Psicoeducación sobre la asertividad.****¿Qué es el comportamiento asertivo?**

Es un tipo de habilidad social, es el comportamiento adecuado donde se puede expresar lo que se siente, piensa, cree o se necesita, sin ofender a los otros, abriendo posibilidades de diálogo y amistad con los demás.

Principios básicos de la Asertividad

El lenguaje corporal:

Lenguaje corporal:

Cara colorada de enojo, moviendo la cabeza disgustadamente de un lado a otro, tono de voz desdeñoso
(agresivo)

Un tono sereno de voz, contacto directo de los ojos, lenguaje expresivo
(asertivo)

Un tono de voz débil, la mano cubriendo la boca, evitando el contacto visual
(No-asertivo)



Mensaje del lenguaje corporal:

“No estoy de acuerdo contigo, tonto? Provócame y te me

“Estoy de acuerdo contigo”



“No tengo derecho de decir esto. Estoy en desacuerdo conmigo mismo y me siento tonto”.



Anexo 24

DESCRIBIENDO MI VISIÓN PERSONAL

Aspectos de mi vida	¿Cómo me visualizo en dos años?	¿Cómo me sentiría con eso?
Mi auto-imagen:		
Mi hogar:		
Las posesiones materiales:		
El trabajo:		
Mi salud:		
Las relaciones con las otras personas:		
Los hijos:		
Intereses propios (como sembrar un jardín, pintar, dibujar, leer, escribir...)		
La comunidad o lugar de residencia:		

Anexo 25

HOJA DE EVALUACIÓN DE LAS SESIONES

Esta hoja podrá ser aplicada de manera verbal o escrita de acuerdo a las características del grupo.

Al final de las sesiones deberá ser aplicada esta hoja de evaluación para conocer el impacto de cada una en los/as participantes, su aprendizaje y recomendaciones para mejorar. Recomendaciones que deberán ser tomadas en cuenta.

1. ¿Qué le pareció la jornada?

2. Mencione un aprendizaje que se lleva de la jornada

3. Mencione que elementos no le gustaron de la jornada

4. ¿Qué recomendaciones puede dar para mejorar las jornadas?
