

## CAPITULO 2

### ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA AMPUTACION\*

#### Introducción

La amputación es una incapacidad que puede afectar a los niños, a los adultos y a los ancianos, ya que ocurre a cualquier edad de la vida humana. La manifestación primaria es el niño que nace amputado congénito, con una extremidad o extremidades incompletas. La última ocurre cuando se amputa un miembro a un individuo de mucha edad en un esfuerzo para ayudar a que su vida se prolongue unos meses o años más. Los factores que influyen en el cuidado y tratamiento de un niño que ha nacido sin un miembro son muy diferentes de los que afectan al tratamiento de un adulto con una amputación traumática sufrida como resultado de un accidente de automóvil, y son también diferentes los problemas del anciano que ha sufrido la amputación de un miembro en sus últimos años a causa de la diabetes. Se ve claramente que los problemas de la amputación dependen en gran manera de la edad cronológica del individuo y están específicamente relacionados con los atributos psicológicos y físicos que son característicos de su edad.

Es importante que tomando los amputados en grupo, no está relacionada directamente la extensión de la pérdida física con las dificultades psicológicas del paciente. Estas dificultades dependen en su mayor parte de los atributos personales del individuo que del tipo de amputación. Por tanto, un individuo con una pérdida física limitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida más importante.

Dirigiendo nuestra atención a las reacciones de la conducta del amputado, el análisis de los aspectos psicológicos del problema sugiere que se analicen mejor siguiendo tres canales.

El primero concierne a las experiencias y problemas reales con los cuales tropieza el individuo como resultado de la amputación.

El segundo trata de la variedad de formas con que el paciente reacciona a estos estímulos, los tipos de conducta que despliega y las introspec-

---

\* Basado en el capítulo "Amputación" por el Dr. S. Fishman en "Psychological Practices with the Physically Disabled" editado por J. Garret y S. Levine, publicado por Columbia University Press 1961.

ciones del paciente concernientes a su incapacidad.

La tercera discusión concierne a la identificación de aquellos procesos psicodinámicos que clarifican las relaciones entre las experiencias objetivas asociadas con la amputación y el resultado de las respuestas de la conducta.

### La experiencia de la Amputación

Considerando el estímulo que experimenta el amputado, vamos a examinar primero los problemas reales que engendra la incapacidad. El conocimiento de la naturaleza de los problemas que se presentan es como pavimentar el camino para entender la conducta de los que la sufren. Se desarrollan por la permanencia e irrevocabilidad de la pérdida producida por la amputación un número de problemas estrictamente físicos, psicológicos y sociales bastante específicos y de naturaleza única. Después, estos problemas físicos y psicológicos deben considerarse en relación de unos con los otros por sus íntimas y complejas interacciones. Por último, la importancia de los problemas asociados con la amputación, llevar una prótesis y el reajuste personal es grande y merecen una detallada identificación.

#### **A. Capacidades Físicas**

##### 1. Limitaciones funcionales

Aunque las satisfacciones psicológicas que acompañan a la actividad física no han sido estudiadas muy a fondo, está claro que hay una inclinación congénita a usar los recursos propios. Esto se hace evidente en la determinación de los niños para andar, gatear y manipular objetos sin aprendizaje. La participación espontánea de los niños y adultos en una variedad de actividades físicas, es el ejemplo más claro de esta necesidad. Aunque tenemos alguna dificultad en definir con precisión la naturaleza de esta inclinación a una actividad física, está perfectamente claro que hay necesidades psicológicas y satisfacciones asociadas con ella, y que con la amputación estas satisfacciones se limitan.

Además de los placeres que están directamente relacionados con el uso de las facultades físicas propias, como andar, bailar o nadar, hay otras satisfacciones que sólo se pueden realizar a través del uso de la función

ambulatoria o prensil como un escalón previo. En este último caso, estos placeres no crecen con la actividad física sino por los resultados de esta aplicación, como subir al palco de un teatro, agarrar una bebida o hacer una excursión a un sitio deseado pero algunas veces inaccesible.

En relación con los trabajos físicos, tanto la satisfacción directa que llevan consigo y de los placeres ya comentados, las alternativas abiertas al amputado son: a) evitar la ejecución de la tarea, b) compensar la pérdida con el uso de la extremidad restante, o c) ejecutar la función reemplazando el miembro perdido por otro artificial. Dependiendo de la tarea y situación a la cual se ha enfrentado, el amputado puede utilizar las tres alternativas como solución en algunos casos. Pero sin que importe la alternativa que elija el amputado, su necesidad de ejecutar una gran variedad de actos físicos sin restricción ni limitación, podrá ejecutarlos sólo parcialmente.

Es importante notar que, por lo general, la prótesis del miembro inferior reemplaza mejor el miembro perdido que la prótesis de la extremidad superior. Esto es consecuencia del hecho de que la ambulación es esencialmente una actividad cíclica y repetitiva en dos planos, la cual puede duplicarse por medio de una pierna artificial con relativa efectividad. La función de la extremidad superior es considerablemente más variada y compleja, y casi siempre lleva consigo un movimiento en tres planos, lo cual hace que el problema de la duplicidad sea mucho más complicado. Por esto, se puede considerar fortuito que las amputaciones del brazo ocurran con más frecuencia en gente joven que tiene la adaptabilidad física y psicológica necesaria para aprender el uso de una prótesis de extremidad superior.

## **2. Fracasos funcionales**

Normalmente, nuestra sociedad presenta actitudes relativamente negativas hacia la gente que fracasa en diversas actividades, ya sea en el trabajo, en la escuela o en asuntos sociales. El fracaso como estudiante, un error jugando a la pelota o el fracaso en el trabajo o los negocios son objeto de crítica por parte de la sociedad.

De todas formas, el uso de un aparato protésico implica inevitablemente un mayor número de fracasos en la función física, así como el desarrollo

de tres hechos que están fuera del control consciente del amputado. Pensando que la prótesis es una simple máquina, a) cualquier fallo en el diseño y construcción de sus partes y/o en la adaptación en el amputado pueden causar fallos en la función; b) aunque el miembro artificial está perfectamente controlado por el amputado, puede fallar en proporcionar una adecuada función; c) el nuevo amputado no ha desarrollado un nivel suficiente de coordinación muscular para mantener un control consistente del miembro.

A la vista de estas consideraciones, el amputado, especialmente el nuevo, debe aceptar que en un número razonable de veces se caiga mientras está andando o falle en el simple acto de agarrar algo con la mano artificial y que se le caiga. Estos fallos en las funciones elementales y esenciales son fuente de inquietud y confusión para el individuo a causa de las consecuencias sociales y físicas. Aunque el individuo esté muy experimentado en el uso del aparato artificial, siempre existe la posibilidad de fallo. Dependiendo de la necesidad del individuo en presentar una apariencia de perfección a otras personas y a sí mismo, la ansiedad que acarrea un fallo en público tiende a inhibir el uso del aparato.

## B. Comodidad

### 1. Dolor relacionado con la prótesis

Una dificultad más que se presenta en la adaptación de la prótesis es que el individuo no tenga ni dolor ni tensión y esté tan cómodo como sea posible. Normalmente, no se sabe que las prótesis son accesorios inherentemente incómodos y aún la mejor construida, no se puede considerar completamente cómoda y algunas veces el amputado no la admite. Lo que nosotros llamamos una prótesis cómoda es simplemente la que ofrece un grado mínimo y tolerable de incomodidad.

Aunque no esté muy explicado, no debe extrañar el punto de vista arriba expresado, porque cuando se fije un dispositivo protésico en la extremidad inferior del amputado, los tejidos y músculos están ejecutando funciones atípicas, p. ej. la carga del peso. Hasta que se aclimatan los tejidos, se insensibilizan y/o se vuelven callosos para desarrollar estas nuevas funciones hay una cierta incomodidad.

Aun después de períodos prolongados de uso protésico, la insensibili-

zación no es completa y todavía hay algo de incomodidad. Hay una complicación psicológica adicional y es que la mayoría de las áreas del muñón tienen un umbral de dolor más bajo que las áreas correspondientes del miembro opuesto.

Aunque el problema de la carga del peso no existe en los amputados del miembro superior, la musculatura restante está sujeta a una tensión anormal y para los amputados de extremidad superior e inferior, los tejidos del cuerpo están encerrados dentro de materiales impermeables relativamente rígidos (madera o plástico) que interfieren la ventilación normal y causan irritación e incomodidad por calor y la falta de transpiración.

## 2. Sensaciones fantasma y dolor

Otro tipo de incomodidad se deriva del fenómeno de sensación fantasma y dolor. Especialmente durante el período post-operativo inmediato, casi todos los amputados continúan sintiendo la existencia de los segmentos distales de la extremidad que han perdido como si éstos fueran todavía parte del cuerpo. En un gran porcentaje de casos, esta sensación fantasma es primero dolorosa como si la parte del cuerpo que se siente estuviera en una posición anormal o comprimida. Con el tiempo, tienden a desaparecer los aspectos dolorosos de la sensación fantasma en la mayoría de los amputados; de todas formas, en algunos casos permanece indefinidamente la sensación fantasma. En especial entre los amputados de avanzada edad, la sensación fantasma es siempre dolorosa y presenta un problema importante. En el mejor de los casos, la sensación fantasma es un estímulo moderado de distracción, en otros es bastante dolorosa y molesta.

## 3. Cansancio

Aunque la investigación no ha proporcionado datos concretos y seguros en relación con la mayor cantidad de energía empleada en las tareas diarias por varios tipos de amputados en comparación con las personas normales, los estudios preliminares nos dicen que estas diferencias son significativas. Por ejemplo, un amputado por debajo de la rodilla durante la marcha gasta considerablemente más energía que la que gasta una persona sana. Como el amputado necesita gastar más energía, necesita desviar el esfuerzo que realiza en otras actividades y aplicarlo a su incapacidad. Como resultado

de su mayor esfuerzo, se cansa más rápidamente que una persona normal. Ambos fenómenos (gasto continuo de esfuerzo y cansancio más rápido) tienden a interferir la motivación individual para participar en las actividades que comparte el proceso de rehabilitación.

Otro aspecto de este problema es el hecho de que ciertos aspectos del uso del dispositivo protésico **no** son automáticos. En otras palabras, el amputado necesita prestar una atención variable pero continua a la acción, control y uso de su prótesis. Esta necesidad de incrementar la atención lleva consigo una mayor demanda en las fuentes psicológicas del individuo. Da como resultado una desviación de la atención a otras materias para enfocarla en la obtención de una mejor ambulación o prensión. Aunque no podemos trasladar estas demandas en términos de energía física y cansancio, un drenaje continuo de los recursos del amputado es lo que se produce.

## **C. Apariencia**

### **1. Consideraciones visuales**

La palabra estética, que se relaciona con adorno, embellecimiento o decoración, se usa mucho en el campo de la restauración protésica en relación con los problemas asociados con el aspecto visual. Este problema estético es muy importante en los amputados de la extremidad superior en ambos sexos, y en las mujeres amputadas de la extremidad inferior, pues en ambos casos la ropa no cubre normalmente la extremidad. A causa de la moda en el vestir, los hombres amputados de la extremidad inferior y los niños muy pequeños, dado su estado de desarrollo psico-sexual, hace que se preocupen poco de las materias concernientes a su apariencia personal. Con la llegada de la adolescencia, esta situación cambia dramáticamente y los problemas cosméticos se vuelven de gran importancia.

Es interesante notar que hay un grupo de incapacidades ortopédicas similares a la amputación que llevan consigo esta **insignia externa**. Todas las personas afectadas por estas incapacidades se identifican fácilmente por ser diferentes. Por otra parte, la mayoría de las enfermedades son primero internas en naturaleza, y pueden ser secretas hasta que el individuo decide contar su enfermedad. Las incapacidades **externas** tienden a desarrollar un problema relacionado con el hecho de que vivimos en una sociedad

donde se da gran importancia a la calidad, adecuación y conformidad de la apariencia física. El problema es el resultado del hecho de que tendemos a arreglarnos de acuerdo con un modelo, dando gran importancia a la ropa y maquillaje.

Obviamente, cuando se sufre una amputación, la apariencia cambia a los ojos de uno mismo y para los demás. Como los valores asociados con la apariencia son importantes, cuando algún miembro de nuestra sociedad no cumple con estos modelos, sufre una pérdida de aceptación y por ello se crean problemas interpersonales.

## 2. Consideraciones auditivas

Aunque el principal problema para el amputado es la adecuación de su apariencia visual, hay también problemas relacionados con el ruido que pueden producir las características del aparato protésico convencional. Si ya la apariencia externa afecta a la persona, la adaptación a una extremidad sustituida que produce ruido es una causa de inquietud.

Un miembro artificial al ser una pura máquina, puede tener una variedad de pequeños ruidos asociados a la función. Algunos amputados se preocupan por el ruido causado por el escape de aire alrededor del borde del encaje o el producido en la articulación de la rodilla o del tobillo protésicos. Otros son muy sensibles al sonido del pie protésico al golpear el suelo en ciertos momentos de la marcha. Los amputados de la extremidad superior pueden reaccionar al ruido que produzca el codo protésico al fijarlo en una posición o la pieza terminal agarrando un objeto. Aunque estos ruidos son de un nivel muy bajo de intensidad y la mayoría de la gente no se da cuenta, a un porcentaje bastante alto de amputados le preocupan estos ruidos y tienden a proyectar su preocupación sobre los otros. Así como los valores cosméticos, visuales y auditivos se afectan por la amputación y la restauración protésica, hay otra área de adaptación.

## D. Factores vocacionales y económicos

Cualquier interferencia en la habilidad del individuo para ganar su puesto en la sociedad competitiva le afecta psicológicamente. A la comprensión de este problema, en cómo afecta al amputado, puede ayudarnos considerando la escala **socio-económica** que de forma general cataloga a la gente

en términos de su status social. En general, la posición social en la escala está íntimamente unida al tipo de trabajo. Las ocupaciones que están de acuerdo con el status más elevado de esta escala son las profesionales, directivas y ejecutivas, mientras que las categorías de trabajo con menos habilidad representan el más bajo. Debe tenerse en cuenta que los deberes de un grupo profesional, directivo y ejecutivo, dependen en primer lugar de la inteligencia y la personalidad (capacidad de pensar, hablar, escribir, de persuasión o de tomar decisiones) mientras que el grupo no cualificado depende, sobre todo, de sus recursos manuales (llevar, empujar, tirar, andar, llenar o cargar). De ello se deduce que el potencial de reutilización de un amputado depende de su capacidad para actividades intelectuales o manuales.

Cuando alguien del primer grupo sufre una amputación, no tiene grandes problemas en el factor económico. Con excepción de un pequeño grupo que trabaja en las Bellas Artes y en algunas otras profesiones, la capacidad de este grupo para seguir sus ocupaciones no se ve demasiado afectada, como tampoco su salario. Los únicos problemas económicos a los que se enfrenta este grupo son los gastos médicos y protésicos que conlleva su invalidez. Por otra parte, los que ganan su vida principalmente ejecutando actividades físicas usando brazos y piernas, y que no tienen recursos intelectuales ni personales de formación en otros campos, sufren un grave handicap económico como resultado de la amputación, ya que no pueden competir con sus compañeros sanos.

El hecho más importante es que la gran mayoría de desempleados y de empleados marginados proviene de este grupo económicamente bajo. A no ser que se introduzca una colocación selectiva o se hagan más modificaciones especiales en el trabajo, esta gente queda desempleada. Por lo tanto, aquí se trata de la necesidad de que este importante segmento de población sean económicamente capaces por sí mismos.

Como puede imaginarse, hay un marcado descenso en el número de amputados que están empleados en la agricultura, en ocupaciones que necesitan habilidad, poca habilidad o ninguna. En un estudio sobre 1.630 amputados de brazo, hecho por Berger en 1958, el 64% estaban empleados en este tipo de trabajo antes de la amputación, y sólo el 27% seguían empleados después de la amputación.

En contraposición, sólo el 14% trabajaba en servicios profesionales, directivos, de oficina y ventas, antes de la amputación, pero el 41% volvió al mismo trabajo después de la amputación. El porcentaje de individuos del estudio que quedaron sin empleo aumentó del 1 al 19%. Aunque se encontraron cifras parecidas en los datos de desempleo concernientes a los amputados de la extremidad inferior, no son tan graves, ya que una amputación del miembro inferior limita menos las posibilidades de trabajo que una amputación del miembro superior.

#### **E. Consideraciones sociales**

Tal vez el requisito psicológico más importante para una vida productiva y bien adaptada es el respeto y status que recibe de sus asociados e iguales. Por encima de las satisfacciones físicas de la vida, es muy importante la satisfacción que da el cuidado y afecto de la gente que nos rodea (amigos, familia, compañeros de trabajo). En relación con el amputado, hay la posibilidad de una pérdida de aceptación por parte de sus iguales. El amputado no está normalmente obligado a adivinar lo que los demás piensan de él. El puede (excepto en el caso de un amputado congénito) reflejar simplemente lo que pensaba acerca de otra gente inválida antes de que él mismo lo fuera. Estas actitudes que tenía hacia la gente inválida, están dirigidas ahora hacia sí mismo.

Es probable que en estas reflexiones, la palabra **lisiado** entre en el pensamiento del amputado acompañada de varias connotaciones de insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo y culpabilidad. Obviamente, cuando un individuo se mira a sí mismo o siente que los demás le miran en estos términos, se considera objeto de una disminución del respeto que merece y reaccionará de acuerdo a este cambio de estado. Estas actitudes probablemente no aumentan el concepto que tiene sobre sí mismo, sino más bien lo disminuyen y el paciente supone que debe defenderse de estos ataques contra su integridad.

Los prejuicios sociales en relación con los inválidos han sido reflejados en nuestra literatura con caracteres de villanos tales como el Capitán Hook, Capitán Ahab, Long John Silver y otros, que se identifican como amputados. Esta caracterización tiende a mantener las actitudes negativas hacia los inválidos en virtud de su influencia en los jóvenes durante sus

años de formación. Es verdad que hay problemas educativos muy significativos que intentan cambiar las actitudes sociales hacia los inválidos y enseñan que la pérdida de un miembro no devalúa automáticamente a una persona. De todas formas, las actitudes hacia los inválidos han permanecido durante siglos y no pueden cambiarse fácilmente en un corto período de tiempo a pesar del intenso esfuerzo que se realiza. Por ahora debemos enfrentarnos con la realidad de que la pérdida del status social que acompaña a la amputación y la necesidad humana de conservar el respeto a sí mismo y a los demás, se ve seriamente amenazado.

Sería muy interesante poder hacer un informe general sobre cuáles de las áreas de los problemas indicados son más significativas. Si esto pudiera hacerse, se prestaría más énfasis y atención a los aspectos más importantes de los problemas de los pacientes y menos atención a los otros. De todos modos, no es posible hacer este informe general, puesto que la importancia de los problemas es diferente para cada paciente, dependiendo de su sistema personal de valores. También el proceso de rehabilitación lleva consigo una serie de compromisos y aunque el tratamiento sirve para reducir varios de los problemas de los amputados, no resuelve completamente ninguno de ellos. Reduciendo ciertos problemas, algunas veces se introducen otros nuevos o se agravan otros ya antiguos. En el tratamiento del amputado, se pueden valorar las interacciones entre todos estos problemas y proceder a esa valoración.

El lector habrá notado, desde luego, la gran importancia que se ha dado a los títulos precedentes A, B y C, que tratan de materias relacionadas con la utilización de una prótesis. Ello es una consecuencia directa del papel que juega la prótesis en la rehabilitación personal y vocacional del amputado. La utilización de la prótesis es la primera señal de la capacidad y deseo del individuo de volver a entrar en la sociedad. Como tal, su aceptación y uso es frecuentemente un buen pronóstico del efecto de todo el esfuerzo que se va a hacer con la rehabilitación.

Ciertamente, muchos de los problemas que hemos discutido se eliminarían si no se hiciera ninguna tentativa en la restauración funcional. Aunque esta actitud simplificaría los problemas de reajuste que estamos enfrentando, se presentarían también similares tipos de problemas personales,

sociales y culturales que intentamos resolver a través de los esfuerzos de la rehabilitación. Los valores humanísticos de nuestra sociedad sugieren que debe realizarse el mayor esfuerzo posible en favor de la vuelta a la función independiente, como primer paso a la reintegración social del individuo.

#### Conducta del amputado

Volviendo a la segunda cuestión de cómo reacciona el amputado ante los problemas engendrados por la amputación, se plantean dos preguntas: ¿Cuáles son los efectos sobre la conducta de la amputación?, y ¿cuáles son las actitudes, opiniones y sentimientos introspectivos del individuo?

No hay duda de que el factor más importante que afecta a la adaptación de la prótesis es el comportamiento, el tipo humano, su personalidad. En otras palabras, ¿cuál es el modelo del proceso de adaptación de la persona? ¿Cómo ha recibido y resuelto las dificultades (incluso desastres) con que nos encontramos como humanos? ¿Cuál fue su habilidad para enfrentarse y mantenerse en varias crisis? ¿Cuáles fueron sus necesidades para ser productivo o pasivo de cara a las dificultades? ¿Qué grado de independencia ha demostrado en sus varias situaciones? ¿Qué grado de flexibilidad o rigidez ha tenido su conducta?

Si se hace una estimación de lo que estas características juegan en su personalidad, se habrá obtenido la mejor indicación referente al tipo de adaptación que una persona puede tener a la amputación y las prótesis.

#### **A. Conducta durante la hospitalización**

Vamos a considerar primero la conducta del individuo durante la hospitalización en el período post-operativo inmediato. Durante la II Guerra Mundial se hicieron varios estudios de los amputados durante el período de hospitalización. En un estudio hecho por Wittkower en 1947, que examinó a 200 amputados de guerra, por medio de entrevistas descubrió que las reacciones dominantes sobre la conducta eran expresiones de ansiedad, depresión, resentimiento, desconfianza, resignación e indiferencia. Un segundo estudio hecho por Randall, Ewalt y Blair en 1945, que evaluó a 100 amputados veteranos del Ejército Americano, por medio del Test de Rorschach y entrevistas psiquiátricas, encontró vergüenza, auto-compasión, preocupación

por la familia, depresión, ansiedad, sentimientos de buena suerte y sin respuestas emocionales entre el grupo. Un tercer estudio realizado por Hughes y White en 1946, con 350 pacientes, en el Hospital Naval de U.S.A. encontró que los amputados conservaban normales sus reacciones personales. Las tres investigaciones encontraron un número de pacientes que se ajustaban relativamente bien a la pérdida del miembro, mientras que otros se ajustaban con gran dificultad. Estos estudios, así como las experiencias clínicas más recientes en hospitales civiles, sugieren que después del trauma inmediato producido por la amputación, hay un aumento de las reacciones emotivas del individuo durante las primeras semanas o meses post-operatorios. Durante este período es cuando son más fuertes las reacciones emocionales de la amputación.

#### **B. Conducta a largo plazo**

Después de que han pasado los efectos traumáticos psicológicos inmediatos de la cirugía de la amputación y su realización, la conducta se vuelve más y más relacionada con la personalidad del individuo antes de la amputación. Después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos **normal**. No hay, aparentemente, ningún proceso especial que se pueda definir como neurótico o psicótico durante el largo período de ajuste de la amputación. De todas formas, no es sorprendente que se relaten una gran variedad de conductas de los amputados por varios observadores, ya que el modelo de conducta abierta de los amputados refleja todo el espectro de la adaptación que puede influenciarse a veces con las predisposiciones y prejuicios del observador.

Por lo tanto, ¿puede la conducta del amputado diferir a largo plazo de la de un individuo sano? Aunque no hay grandes diferencias en el modo de conducirse, los amputados expresan actitudes, opiniones y sentimientos concernientes a su invalidez y las tensiones periódicas a las que deben enfrentarse.

En un cuestionario realizado por Fishman y Stiller a 359 hombres adultos, antiguos amputados del brazo, se intentó estudiar nueve personalidades variadas: 1) aceptación de la pérdida, 2) identificación con el inválido,

3) evaluación de la adecuación, 4) independencia, 5) sensibilidad, 6) evaluación de la aceptación por otros, 7) sociabilidad, 8) frustración, y 9) optimismo. Los hallazgos más sobresalientes de este estudio hecho por Fishman y Stiller en 1958, sugieren que cualquiera que sea el aspecto de la personalidad que se estudia, los sujetos tienden a mantener un sentimiento de integridad del cuerpo, negando muchas de las consecuencias personales, vocacionales y sociales de la amputación. Intentan no dar importancia a las dificultades físicas, rechazan la anormalidad y sitúan sus deseos cosméticos y funcionales en línea con los de la gente normal. De todas formas, estos sentimientos se deben interpretar como la gran necesidad que tiene el amputado de ser admitido sin perjuicios por las personas normales. Para ganar este reconocimiento, el amputado obviamente responde de una forma que representa sólo parcialmente sus verdaderos sentimientos. De todas formas está claro que este dato refleja cómo el amputado siente que se le debe juzgar más que como se juzga él mismo.

En otra investigación hecha por Fishman en 1949, utilizando la entrevista clínica como útil de la investigación para estudiar a 48 hombres amputados de brazo ya veteranos, se pudo conseguir mejores informes que a través de cuestionarios. Un análisis de los protocolos de la entrevista dio un número considerablemente más alto de referencias propias negativas que positivas, que revelan un gran número de actitudes de no aceptación de su incapacidad. Parte de los conceptos negativos sobre ellos mismos se tradujeron en: 1) hostilidad, 2) dependencia, 3) timidez, 4) confianza superficial en sí mismos, 5) motivaciones inestables, 6) racionalización de las situaciones, y 7) obligatoriedad. Los tipos de conducta que estaban asociados a los conceptos positivos de sí mismos eran: 1) seguridad en sí mismos, confianza, 2) motivación estable, 3) sociabilidad, 4) hostilidad no expresada, y 5) actitudes positivas hacia el miembro artificial.

Aunque hubo claras diferencias en la conducta que acompañaba a las referencias positivas y negativas hacia ellos mismos, en algunos casos el mismo concepto de sí mismo o uno similar daba lugar a reacciones diferentes. En una persona que no acepta la situación, se puede originar hostilidad y una conducta agresiva mientras que en otra la no aceptación se expresa a través de una conducta tímida o depresiva. El rechazo del amputado

a su estado puede, en algún caso, producir hostilidad hacia el aparato protésico o hacia el personal rehabilitador, mientras que en otros casos el resultado de la misma actitud de rechazo es una conducta de tratar de llamar la atención o una retirada completa. Está, por tanto, completamente claro que pueden darse diferentes tipos de conducta.

### C. La conducta relacionada con el uso protésico

Probablemente, el acontecimiento más importante en la vida de un individuo después de la amputación es la recepción y uso subsiguiente del aparato protésico. La aceptación o no aceptación por parte del individuo, el uso o no uso del aparato y las actitudes asociadas, tienen una influencia esencial en la naturaleza de su vida posterior. En vista de la importancia dada al uso de la prótesis, es importante considerar si hay consecuencias psicológicas asociadas con él. Específicamente, ¿se alteran las actitudes o la conducta del amputado por llevar un aparato protésico, o éste simplemente aumenta la función física?

Como parte de la investigación de los amputados de la extremidad superior citados anteriormente, 359 fueron evaluados psicológicamente antes de que se realizara el tratamiento protésico, y examinados otra vez algunos meses después de la terminación del tratamiento. Los datos llevaron a la conclusión de que con el uso activo de un aparato protésico había:

1. Una disminución de los sentimientos de sensibilidad y frustración
2. Un aumento de los sentimientos de adaptación social
3. Una mejor aceptación de su situación de incapacidad
4. Un mayor sentido de efectividad e independencia funcional
5. Mayor auto-dependencia
6. Mayor seguridad y aceptación de uno mismo
7. Menos timidez y una conducta más adaptable.

Uno puede preguntarse si el amputado experimenta completamente estos cambios positivos, o si son, en parte, una norma cultural hacia la restauración protésica.

En base a los datos de esta investigación, no es posible contestar a esta pregunta, aunque se pueda razonar que ambas consideraciones contribuyen a las opiniones del amputado. De todas formas, cuando la clínica pre-

senta el informe de las actitudes y reacciones del abrumador porcentaje de amputados que llevan aparatos protésicos, se confirma que hay una fuerte evidencia de las ventajas psicológicas asociadas al uso protésico.

Fishman y Peizer hallaron unos valores similares del uso de la prótesis en un grupo de 159 amputados jóvenes. En este grupo, el uso protésico incrementaba la esfera de actividades de los niños y la de una conducta independiente. Todo esto se acompañaba por una mejora evidente de la estabilidad emocional, la adaptación en el colegio, la confianza social y la calidad de las referencias dadas por los miembros de este grupo. Excepto un estudio realizado por Champan, Palmer, Bell y Buckley en 1959, describiendo los valores funcionales de las prótesis para amputados ancianos, no ha habido estudios comparativos que nos dieran luz sobre los efectos psicológicos del uso protésico en pacientes geriátricos.

Aunque la gran mayoría de los amputados aprovechan el aparato funcionalmente y psicológicamente, hay un número importante que aparentemente no lo hace. En el estudio referente a amputados del brazo arriba indicado, se trató de determinar las razones de la falta de adaptación a la prótesis y se desarrollaron los siguientes puntos:

1. Normalmente, hay muy poca información a disposición de los nuevos amputados en lo concerniente a la prótesis al principio del programa de rehabilitación, y esta deficiencia favorece el desarrollo de esperanzas irreales en relación con el uso de la prótesis.

2. Muchas ideas optimistas respecto al valor de las prótesis se veían frustradas produciendo después del uso protésico, decepción y agotamiento.

3. Normalmente, no se hace ningún intento para cambiar las actitudes pesimistas hacia el uso protésico antes de la adaptación de la prótesis.

Estos hechos sugieren que se rendirían un buen servicio si al amputado se le informara de las realidades del uso protésico al tiempo de adaptarle la prótesis, y del entrenamiento para realizar las máximas motivaciones y disminuir las decepciones.

En otro aspecto de este mismo estudio, se estableció que las actitudes después de la adaptación y el uso de la prótesis están firmemente relacionadas y pueden predecirse con su actitud antes de la adaptación. Los datos

indican que las opiniones mantenidas por el amputado antes de adaptarle los aparatos protésicos ejercen una influencia controlada sobre la posterior **aceptación** protésica y sobre su uso. En base a estos descubrimientos, se puede decir que no es apropiado proporcionar un aparato protésico a un individuo hasta que no haya desarrollado una **apredisposición** para aceptar sus propósitos y funciones. Si un paciente mantiene unas actitudes negativas a esta **situación**, hará falta un esfuerzo educacional en un intento de influir y cambiar sus actitudes.

Una última **consideración** relacionada con la actitud hacia el personal que realiza los servicios protésicos. Es evidente que la manera en que **reacciona** un individuo al aparato protésico es, en gran parte, un reflejo de lo que él piensa del protésico que le da ese servicio, puesto que el **paciente** generalmente no tiene bases reales para saber si una prótesis es buena o mala en el sentido técnico; el paciente reacciona a aquellas cosas a su alrededor que puede evaluar. Por tanto, lo que él tiene en cuenta es la aparente habilidad y competencia de su protésico, tal como el paciente responde de la misma manera al cirujano o al fisioterapeuta. Como el **tratamiento** por sí mismo no puede ser evaluado, el individuo hará sus juicios sobre si quien le da el tratamiento es competente y merecedor de respeto. Por ello, las **características** personales del equipo y, especialmente las del protésico, hacen que sea una persona muy crítica.

#### Psicodinámica del amputado

Volvemos ahora a la tercera área de discusión para completar el análisis de las reacciones psicológicas de la amputación. Enfocaremos nuestra atención a los procesos psicodinámicos que actúan como un puente entre las experiencias individuales y la conducta resultante.

##### **A. Percepción de la incapacidad**

En algunos casos, los pronósticos del potencial de rehabilitación basados en consideraciones físicas, demuestran ser bastante inexactos y oscuros, ya que son un factor psicológico, es decir, por las solas percepciones de su invalidez. En muchos casos, estas percepciones tienen una mayor influencia en el proceso de rehabilitación y su resultado, que la extensión física de la invalidez. El propio concepto, que representa la suma total

de las complejas interacciones entre estas percepciones, reflejan el significado personal de la pérdida para el individuo. La naturaleza de estas percepciones también depende mucho del valor estructural del individuo.

Un concepto bien conocido es el de la imagen corporal que depende de las percepciones del individuo, del cuerpo y físicas. Aunque tomado por sí sólo, es menos constructivo que el concepto perceptivo propio, no es tan útil cuando se trata de la relación entre la conducta del amputado y su entorno.

Es muy raro encontrar un concepto perceptivo real entre los nuevos amputados. En la mayoría de los casos, existen sensaciones propioceptivas inexactas y distorsionadas. Es un hecho que nos sorprende, ya que el paciente no tiene normalmente acceso a ninguna experiencia con inválidos. No sabe qué puede esperar de la vida como persona amputada y, a la vista del trauma producido por la pérdida del miembro, enfoca sus ansiedades en la amputación y considera la invalidez en su vida futura como un factor más central de lo que realmente es. De todos modos, probablemente es más correcto decir que una persona debe aprender a vivir con las percepciones de su invalidez mejor que con su invalidez.

Como el amputado actúa de acuerdo con sus percepciones, y no con la realidad, las consecuencias de una estimación muy distorsionada de su invalidez se reflejan en una mayor dificultad en aceptar las exigencias del proceso de rehabilitación. Si no se dan los pasos necesarios para corregir estas percepciones antes de la prescripción, del ajuste del miembro artificial y del entrenamiento para su uso, sería casi imposible llegar a cumplir estos procesos. La rehabilitación se hace vacilando y con gran resistencia y dificultad.

Por tanto, debemos tratar más de efectuar un cambio en las percepciones del individuo que en cambiar las mismas realidades. Siendo así, el tratamiento del amputado tiene dos metas: 1) la disminución de la pérdida física por medio del cuidado médico apropiado, de los aparatos protésicos y de un entrenamiento protésico y vocacional, y 2) una revisión de los pensamientos y de las actitudes sobre la incapacidad por medio de una reeducación continua. Ambas cosas con objeto de incrementar la actividad funcional y psicológica del paciente.

## B. Consecuencias de la frustración

La manera con que la gente responde al desastre, a la muerte de un ser querido, la destrucción de su casa o la enfermedad de un niño, varía de innumerables formas. Igualmente, las reacciones a la amputación son también muy variables. Se puede esperar cualquier respuesta en la misma proporción de conductas normales, neuróticas y psicóticas que hay en el resto de la gente.

Hemos descrito antes un número de necesidades humanas que no pueden realizarse completamente como resultado de la pérdida de un miembro. Hemos sugerido que estas circunstancias tienden a frustrar al individuo y a generar conflictos por no poder obtener los resultados que necesitan conseguir. Conflictos y frustraciones son construcciones teóricas que describen ciertos aspectos de la adaptación humana, y su presencia actúa inevitablemente en el desarrollo de tensiones en el individuo. Para restablecer el equilibrio psicológico, debe reducirse la energía asociada a estos estados de tensión. Esta reducción de tensión se hace a través de una conducta abierta o cerrada, que se caracteriza por una variedad de reacciones emocionales y mecanismos de ajuste.

Las emociones que se despiertan pueden ser bastante específicas, como la cólera o el temor, o pueden ser difusas, como la ansiedad. Como resultado de la amputación, las reacciones emotivas suelen ser casi siempre negativas (p. ej. ansiedad, cólera, temor) como opuestas a los sentimientos positivos (p. ej. amor, afecto, alegría). Cuando se experimentan fuertes emociones negativas, tienden a expresarse directamente a través de una conducta abierta, mientras que las emociones menos fuertes y menos específicas pueden inhibirse y modificarse más fácilmente. En cualquier caso, es muy raro que las fuertes tensiones del amputado se revelen a través de un solo tipo de respuesta emocional.

La conducta del individuo también depende de su previo aprendizaje de la adaptación. Por lo tanto, en muchos casos, entra en juego un mecanismo de defensa inconsciente como una proyección, desplazamiento, racionalización, regresión, somatización y negación. Cuando esto ocurre, el modelo de conducta abierta puede anularse o limitarse bastante en cualquier reacción emotiva identificable. Las reacciones del amputado sobre la frustra-

ción y el conflicto incluyen normalmente experiencias emotivas abiertas y defensas inconscientes. Cada uno entra en el juego en base de cómo el individuo percibe e interpreta la situación específica del entorno, así como la intensidad y variedad de las emociones que ha experimentado.

Otro camino para la adaptación dinámica ha sido formulado por el Dr. Stephen Fink, cuyos análisis tienen en cuenta cuatro pasos en el proceso de la adaptación: 1) choque inicial, 2) retraimiento defensivo, 3) reconocimiento, y 4) adaptación. El Dr. Fink sugiere que todos los individuos enfrentados con un trauma físico importante responderán mostrando las características de estos cuatro pasos para adaptarse en cierto grado.

Inherente a este análisis es el concepto del Dr. Maslow en relación con las necesidades básicas del individuo. Entre estas necesidades hay dos que se relacionan con nuestra discusión, teniendo que ver con "seguridad" y "crecimiento". En la extensión en que un individuo está intimidado por su entorno, será guiado por necesidad de seguridad para proteger su ego y estará menos inclinado a luchar con cualquiera de los riesgos asociados a la readaptación post-traumática en el grado en que una personalidad está caracterizada por necesidades de crecimiento. El individuo estará dispuesto a adaptarse él mismo a las varias posibilidades del proceso de rehabilitación. Es, por tanto, necesario tener en cuenta la distinción entre las dos situaciones, una caracterizada por necesidades de seguridad, y la otra por las necesidades de crecimiento.

La reacción inicial es de shock psicológico como amenaza de la propia preservación o de existencia de consecuencias individuales de la intensa ansiedad generada por la crisis de la amputación. Los síntomas asociados con el shock muy frecuentemente incluyen entorpecimiento emocional y pasividad. A nivel cognoscitivo, el individuo no tiene un plan de acción, pues tiene sus recursos intelectuales congelados. La realidad de lo que ha sucedido es demasiado para manejarse y, por tanto, responde con un sentimiento de desamparo. Muy a menudo, el individuo refleja un tipo de conducta despersonalizada, automática, estereotipada, con un cuadro reducido de conformidad.

Este choque inicial, a su vez, abre el camino a un estado secundario de adaptación, retraimiento defensivo, que está caracterizado por una de-

pendencia del pasado, con los recuerdos más satisfactorios de una vida anterior. El individuo utiliza una variedad de mecanismos de evasión, tales como fantasía, contradicción, así como ansiosos y mágicos pensamientos. El uso de estos mecanismos es el tipo de ajuste más prontamente aprovechable para ayudar a reducir la intensa ansiedad asociada con la amputación. En este particular estado, las energías de la persona se movilizan para guardar su estado psicológico bajo control. En este momento, no está interesado en ninguna nueva experiencia que pueda ser amenazadora, como si uno tratara de animar al paciente a hacer más de lo que está dispuesto a hacer. Esta apertura es como si se percibiera una amenaza rechazada y que fuera inefectiva. Para la mayor parte de la gente, esta fase termina porque, antes o después, este mecanismo eliminante pierde su efectividad para reducir la ansiedad y la tensión, y dar suficientes satisfacciones.

Como consecuencia de la caída de estas defensas, se desarrolla un mayor reconocimiento de que no hay vuelta atrás a la normalidad física y el individuo empieza a reconocer las realidades de la situación de amputado. Este proceso envuelve un período renovado de tensión psicológica, con depresión y desconsuelo y, a veces, se expresa hostilidad por la pérdida. Esta fase del acoplamiento ocurre frecuentemente cuando no hay aparentemente una mejora de las funciones físicas.

El carácter del último estado, adaptación, depende de las necesidades individuales de (crecimiento) un sentido renovado del propio respeto, independencia y mejora. El individuo debe de poder fijar, como objetivo, una vida independiente y socialmente satisfactoria, una en la cual el respeto es importante. Estos objetivos le permiten tomar los necesarios riesgos asociados con el proceso de rehabilitación.

Es aparente que la proporción y la extensión en que progresa el individuo, a través de estos cuatro pasos, dependen de la relativa influencia en la personalidad de las necesidades de "seguridad" contra "crecimiento". Por tanto, no todos los pacientes progresarán a través de los cuatro pasos de ajuste. Como sabemos, algunos individuos no pueden adaptarse con éxito a su estado de disminuído físico y vemos una serie de consecuencias psicológicas, tales como suicidio, alcoholismo, habituación a la droga, depresiones psíquicas, mecanismos de defensa y/o fantasías que no llevan a una adaptación productiva.

### Rehabilitación psicológica

Hay cinco áreas de actividad humana que se describen como frustraciones a causa de la amputación, a saber: función física, cosmética, comodidad, factores vocacionales y económicos, y consideraciones sociales. Está claro que, para ayudar al amputado, deben tratarse estos problemas modificados por su forma de percibirlos para disminuir las frustraciones y conflictos que llevan consigo. Estos problemas no se pueden borrar, pueden modificarse o llegar a un arreglo, pero no pueden negarse. El problema de rehabilitación del amputado consiste en ayudar al paciente a aceptar ciertas limitaciones en su modelo de vida, para asegurar una interferencia mínima con la gran variedad de otras actividades importantes de la vida. A continuación hacemos varias sugerencias.

Primero, los procesos actuales de restauración física, el consejo personal y profesional, así como su situación en el trabajo, ayudan al paciente a llenar algunas de sus necesidades. Cuando el amputado usa una prótesis, no anda como una persona sana, pero su marcha se aproxima más a la marcha normal que si usara muletas. La prótesis no es exactamente igual a una extremidad normal. De todos modos, si está bien fabricada, cumplirá con los requisitos de una apariencia razonable. La prótesis no será completamente cómoda, pero puede diseñarse para adaptarse dentro de los límites de dolor que tolera el individuo. Cuando aprende a utilizar y usar su prótesis, la frecuencia con la que se cae disminuye. El consejo personal ayuda al amputado a clarificar y corregir sus percepciones y así entiende los puntos importantes del proceso de rehabilitación, lo que debe esperar en el futuro, y lo que debe aprender para vivir bien con la prótesis. Por medio de un consejo vocacional apropiado, y de la ayuda de encontrar un empleo, puede reducirse la inseguridad asociada al reempleo y aprender a aceptarse a sí mismo, y por lo tanto, las actitudes de los demás.

Un enfoque importante gira alrededor de la capacidad del personal de rehabilitación para introducir valores y metas en su vida, en lugar de los que tenía antes de la amputación, y de la capacidad del paciente para aceptar estos nuevos puntos de vista. Por ejemplo, si la ocupación del paciente antes de la amputación llevaba consigo un uso considerable de la extremidad afectada, se puede llevar a cabo un progreso psicológico importante sugi-

riendo otras ocupaciones que no necesiten ese esfuerzo y que satisfagan al paciente. Si se ofrece y se aceptan nuevos valores y metas, se elimina un factor importante en el desarrollo de la frustración y de los conflictos.

Tercero, frecuentemente existen problemas en la preparación del paciente para someterlo psicológicamente a los procesos de restauración protésica y rehabilitación profesional. En los primeros estados post-operatorios se debe ver cómo el amputado sufre una reacción emotiva no demasiado distinta a la de la gente que sufre una catástrofe, como la muerte de un ser querido. En ambos casos, las reacciones emocionales de desconsuelo operan en forma de circuito que puede interrumpirse en un punto si el individuo se recupera de la pérdida, y vuelve a entrar en las actividades normales de la vida. Estas circunstancias nos dicen que debemos hacer que el paciente amputado desarrolle algunas actividades tan pronto se encuentre en un estado psicológico oportuno, lo que le desviará de la continua preocupación que tiene por su pérdida.

En relación con ello, los procedimientos de entrenamiento protésico cumplen la importante función de llevar al paciente a importantes y estimulantes actividades. Además, el propósito fundamental del entrenamiento protésico, que es el adiestramiento en el uso de la prótesis, lleva consigo una concentración física y mental que es muy importante. Hay que darse cuenta que, normalmente, sólo el terapeuta ocupacional o el fisioterapeuta están suficiente tiempo con el paciente para proporcionarle la supervisión y el estímulo continuo que necesita.

Cuarto, a veces una técnica que ayuda a motivar al paciente amputado lleva consigo el ponerle en contacto con pacientes previamente amputados. Es particularmente importante usar este procedimiento con aquellos amputados que encuentran que es imposible relacionarse o identificarse con trabajadores profesionales no amputados. De hecho, el amputado es incapaz de beneficiarse de la instrucción y la tranquilidad que le proporciona, debido a su actitud de que nadie que no haya perdido una extremidad puede realmente entender esta situación. En estos casos, el hacer participar a los amputados debidamente preparados con los que el nuevo paciente puede identificarse y de los que puede aprender, no debe ser sobreestimado. Hay que tener

en cuenta, sin embargo, la cualificación del amputado que sirva de ayuda. Se debe usar uno que esté perfectamente adaptado y que el nuevo amputado no sea una salida de sus problemas y ansiedades.

Quinto, la continua actitud del personal de rehabilitación creando un clima de atención, seguridad y respeto, tiende a aliviar las emociones experimentadas por el paciente, así las emociones negativas destructoras no florecen tan fácilmente en una atmósfera caracterizada por este clima de aceptación profesional.

Por último, debemos insistir en que cada paciente debe ser tratado según su propio sistema de valores. Dar importancia a cada uno de los problemas de los amputados es parte del proceso de diagnóstico y pronóstico, y es indispensable para dirigir un buen tratamiento.

Estas variadas sugerencias, aunque no exhaustivas de todas las que pueden hacerse, tienden a reducir la frustración y la tensión de las emociones negativas experimentadas por el paciente. Así tiende a incrementarse la motivación individual para volver a ser un miembro activo de la sociedad.

#### Valoración del éxito de la rehabilitación

¿Por qué criterio podemos calibrar el éxito de la rehabilitación en un amputado? ¿Depende la contestación de una restauración aparente y perfecta de la función perdida, o de una prótesis ideal en cosmética, o de la prótesis más cómoda? Parcialmente, el éxito depende de todas estas contestaciones, pero en muchos casos existe con un mínimo de estos requisitos.

No podemos esperar los mismos éxitos en pacientes con características físicas y psicológicas distintas. Podemos realizar sólo lo que permite el potencial físico y psicológico individual antes de la amputación. De todos modos, es posible tener un mejor resultado, la rehabilitación con individuos que han tenido una función física menor que con los que tenían una mayor función física.

A la vista de este hecho, se puede definir el éxito en rehabilitación en términos de criterio psicológico mejor que de criterio físico. Se debe decir que la rehabilitación tiene éxito cuando la amputación y sus consi-

güentes consideraciones no son ya el problema central de adaptación para el individuo. Cuando la habilidad para usar la prótesis aumenta automática y subconscientemente, y la conciencia de estar limitado físicamente se hace menos importante, y la amputación se vuelve una mínima fuente de interferencia en sus actividades familiares, profesionales y sociales, es cuando se ha cumplido la rehabilitación con éxito.