

**NIVELES DE RESILIENCIA EN PACIENTES RECIENTEMENTE AMPUTADOS:
CONSEJOS PARA FORTALECERLA.¹
RESILIENCE LEVELS IN PATIENTS WITH A RECENT AMPUTEES: TIPS TO STRENGTHEN IT.**

Jaime Ernesto Vargas-Mendoza² y Jeanette Monserrat Villavicencio Espinoza

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.
Centro Regional de Investigación en Psicología
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca.
México

Resumen: A 10 pacientes recientemente amputados se les aplicó una encuesta para determinar sus niveles de resiliencia, como rasgos personales para superar la adversidad de la pérdida sufrida. Los resultados mostraron que solo uno de los sujetos evaluados evidenció ser una persona resiliente. Se consideró que los demás eran pacientes que necesitaban de un programa de apoyo para fortalecer su resiliencia y mejorar en su proceso de rehabilitación física y emocional. Se concluye con algunas recomendaciones sobre las formas de lograr este propósito.

Palabras Clave: amputación, resiliencia, consejos.

Abstract: 10 recently amputated patients were evaluated for resilience features of personality by minds of a questionnaire taken this levels as amounts of resources for overtake their louses. Results show only one of them resilient enough. All others were considered as needing of support in developing emotional self-control skills as aids for a better rehabilitation process. Finally included are advises on ways of building resilience and coping with adversity.

Keywords: amputation, resilience, advaice.

¹ Recibido el 15 de julio del 2010 y aceptado el 25 de julio del 2010

² Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: je_vargas@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

La resiliencia psicológica se refiere a la capacidad de un individuo para enfrentar las situaciones estresantes y no manifestar alguna disfunción psicológica, como sería una enfermedad mental o un tono emocional persistentemente negativo. Esta es la forma fundamental de enfocar la resiliencia desde el punto de vista de la psicología, es decir, la resiliencia se define en términos de la capacidad personal para evitar la psicopatología, a pesar de lo difícil de las circunstancias. Los estresores psicológicos o “factores de riesgo” son las experiencias que podrían provocar un estrés agudo o crónico, como la muerte de alguien, una enfermedad crónica, una experiencia de abuso emocional físico o sexual, el temor exagerado producido por una situación amenazante, el desempleo o la violencia en la comunidad donde uno vive. Esta investigación se enfocó en la experiencia de los pacientes que recientemente sufrieron una amputación dentro de un ambiente hospitalario.

En la psicología humanista, la resiliencia se refiere a la capacidad individual para alcanzar y manifestar el potencial personal, a pesar o quizá gracias a tales estresores. Los individuos y las comunidades resilientes se inclinan más a ver los problemas como oportunidades para crecer. En otras palabras, no solo confrontan correctamente dificultades y situaciones inusuales, sino que experimentan estos retos como oportunidades para aprender y desarrollarse (Neil, 2010).

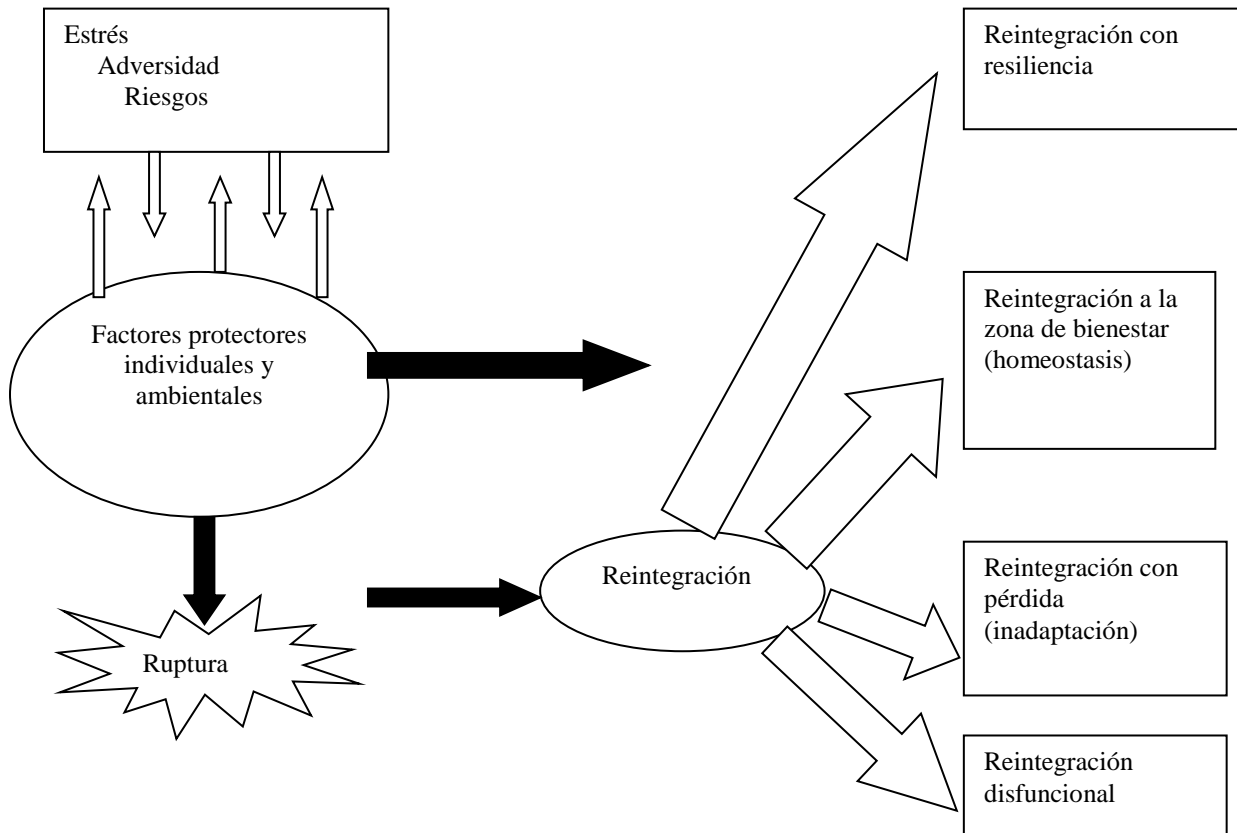
El término resiliencia proviene del latín *resilio* que significa volver atrás, volverse de un salto, rebotar, saltar hacia atrás, ser repelido o resurgir. El concepto no es nuevo en la historia. Se trata de un término que surge de la física y la mecánica, de la metalurgia, y se refiere a la capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura original. Este término también se usa en medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura. Más tarde, el concepto fue utilizado en las ciencias sociales, como la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina social y

la intervención social con un significado muy cercano al etimológico: ser resiliente significa ser rebotado, reanimarse, avanzar hacia adelante después de haber padecido una situación traumática.

El concepto de resiliencia tal y como lo entendemos hoy en día, nace en los años 80. Surge como un intento de entender las causas y la evolución de las psicopatologías. Concretamente, el término es utilizado por la psicóloga del desarrollo Emmy Werner que llevó a cabo un estudio longitudinal y prospectivo: el seguimiento de 698 individuos (nacidos en el año 1955), desde el periodo prenatal hasta la edad de 32 años. Las niñas y niños eran los patitos feos de familias pobres de los bajos fondos de la isla hawaiana de Kauai. En su estudio, Emmy Werner tuvo la intuición de considerar aquellos casos en que se adaptaron positivamente y llegaron a ser adultos con una vida equilibrada y competente a pesar de vivir situaciones de grande riesgo o adversidad durante su infancia. Los etiquetó como personas resilientes. Estas investigaciones iniciales establecen la búsqueda alrededor de un modelo triádico donde se estudian tres grupos de factores: los atributos personales, los aspectos relativos a la familia y las características de contexto donde están inmersos. De esta manera, entre de otros, se descubrió que la educación compensaba los déficits iniciales. A mediados de los años 90 surge una segunda generación de investigadores (como Michael Reuter y Edith Grotberg, entre otros) bajo una nueva vertiente de investigación, con el estudio de la dinámica y la interrelación entre los distintos factores de riesgo y de protección, con el interés de elaborar programas de intervención que permitan promover la resiliencia de forma efectiva (Forés, 2008).

En un libro relativamente reciente, *The Whispering of Ghosts: Trauma and Resilience*, escrito por Boris Cyrulnik y traducido al inglés por Susan Fairfield (citado en el sitio del Educador Marista en internet), se aborda con profundidad el perturbador tema del trauma que ocurre durante la infancia y como es que este trauma se manifiesta, a veces, como la perturbación emocional conocida como

Figura 1. Modelo de Resiliencia (Richardson y otros, 1990)



desorden de estrés post-traumático. Cyrulnik define el “trauma” como “un rompimiento en el desarrollo normal” y define la resiliencia como “una forma de reasumir el desarrollo”. Los niños traumatizados, en vez de decaer y abandonarse se esfuerzan y sanan por sí mismos, aunque muchas veces con la ayuda de algún profesional. Inclusive, los niños resilientes “transforman el recuerdo de su trauma en una herramienta para relacionarse”, otorgándose una auto-estima y estableciendo control sobre su sufrimiento. La única forma de ayudar a una persona traumatizada, nos dice Cyrulnik, es mediante el entendimiento. Luego de un trauma inicial, el solo hablar con la víctima es suficiente. Más adelante “la coherencia de la narrativa de lo acontecido le dará coherencia al evento. Los niños que se han vuelto adultos resilientes han recibido ayuda para darle sentido a sus lesiones”.

Dado que casi todas las investigaciones sobre la resiliencia hasta hoy se han centrado en los

niños o los adolescentes, el conocimiento de cómo se sobreponen los adultos expuestos a tensiones personales o laborales es aún incipiente, aunque parece que el proceso es similar. Este proceso ha sido diagramado en un Modelo de la Resiliencia (Richardson y otros, 1990) que se presenta en la figura 1.

De acuerdo con este Modelo de la resiliencia, cuando un individuo de cualquier edad sufre una adversidad, en principio se pone en contacto con ciertos rasgos propios y ambientales que amortiguan esa adversidad. Si cuenta con suficiente “protección”, el individuo se adapta a la dificultad sin experimentar una ruptura significativa en su vida, lo que le permite permanecer en una zona de bienestar, o en “homeostasis”, o avanzar a un nivel de mayor resiliencia debido a la fortaleza emocional y los saludables mecanismos de defensa desarrollados en el proceso de superar la adversidad. Sin la necesaria protección, el individuo atraviesa un

proceso de ruptura psicológica y luego, con el tiempo, se reintegra de esa ruptura. Una vez más, la disponibilidad de factores protectores personales y ambientales determinará el tipo de reintegración. Como muestra la figura, esta reintegración podría tomar las características de una disfunción, como el abuso de alcohol u otras drogas, o un intento de suicidio, o bien presentar rasgos de inadaptación, como la pérdida de la auto estima o de la capacidad de enfrentar sanamente los problemas. La reintegración también puede dar por resultado el regreso del individuo a la zona de bienestar o el incremento de la resiliencia.

Este modelo ofrece dos mensajes importantes: que la adversidad no conduce automáticamente a la disfunción, sino que puede tener diversos resultados para el individuo que la sufre, y que incluso una reacción inicial disfuncional a la adversidad puede mejorar con el tiempo.

Las personas que han sido amputadas y han sido estudiadas con relación a sus reacciones emocionales y su capacidad de recuperación, generalmente han perdido alguna parte de su cuerpo debido a un accidente laboral, un accidente de tránsito, una catástrofe natural, una enfermedad o una experiencia de guerra. Por ejemplo, en una de las primeras investigaciones reportadas se estudiaron 68 personas nativas de seis diferentes países donde hay minas terrestres. Estas personas perdieron una extremidad por la explosión de una mina. Todas ellas fueron entrevistadas con un formato semi estructurado para examinar aspectos psicosociales, estrategias de afrontamiento y características resilientes. Los datos encontrados indicaron que la aceptación de los sobrevivientes a la pérdida de un miembro y su estado psicológico de recuperación estaba grandemente influenciado por las características individuales de resiliencia, el apoyo social de que dispusieran, el cuidado médico, su situación económica y la actitud de sus grupos sociales para aceptar a las gentes con amputaciones (Ferguson, Richie & Gomez, 2004).

Por otro lado, la mayor cantidad de amputaciones en los Estados Unidos son

consecuencia de enfermedades vasculares crónicas: 82% de las amputaciones son realizadas como resultado de la Diabetes Mellitus (DM) o de la Enfermedad Vascul Periférica (PVD). Se efectúan cerca de 50,000 amputaciones de miembros inferiores anualmente. Hay aproximadamente 300,000 personas viviendo en los Estados Unidos como sobrevivientes de la amputación de una o las dos piernas. En los pacientes con DM, se requiere amputarles una pierna entre 1 y 7% de ellos y de estos, entre 20% y 50% tienen riesgo de que se les ampute la otra en los siguientes 4 años. A los hombres se les hacen amputaciones con más frecuencia que a las mujeres y el promedio de edad de la mayoría de amputados es alrededor de los 60 años.

En México se reportan cada año 60,000 amputaciones y la mortalidad asociada a esta es alta. El 22% de los pacientes sufre reamputación de la otra extremidad y son necesarios entre 6 y 9 meses de rehabilitación después de la amputación para la colocación de una prótesis (Balderas-Medina, 2010). En declaraciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a los diarios se indica que en nuestro país el 70% de las amputaciones de extremidades ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente en personas que padecen DM. De acuerdo con cifras oficiales, de los 6.5 millones de personas que sufren de diabetes en México, 35% ignoran que le aqueja este mal, lo cual ocasiona una atención tardía y la aparición de diversas complicaciones, entre ellas, las que derivan en amputaciones. Según reportes del IMSS, 70% de las amputaciones no traumáticas de pie se deben a complicaciones infecciosas por diabetes mellitus, originadas principalmente por falta o mal control médico de esta enfermedad crónico-degenerativa. Mientras que la Secretaría de Salud informa que en un año se amputaron 75 mil piernas en México. Se calcula que sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y únicamente 30% de los rehabilitados sabe usar adecuadamente sus aparatos y prótesis, las cuales son muy costosas, en México pueden costar hasta 110 mil pesos (Sánchez & Rodríguez, 2007).

Las reacciones inmediatas al proyecto de la amputación varían, dependen de si la amputación es un procedimiento planeado, si ocurre en el contexto de una enfermedad crónica o es necesaria por la presencia intempestiva de una infección o por un trauma. Cuando el paciente tiene tiempo para prepararse, se experimentan los clásicos estados del duelo. Entre ellos está la negación (manifiesta con frecuencia por no querer hablar del tema), el coraje (dirigido casi siempre al personal médico a quien se le acusa de "carniceros", etc.), la oposición (intentos de evitar o posponer la cirugía alegando pretextos), la depresión (sentimiento de desamparo, pasividad e incapacidad) y finalmente la aceptación (que puede no alcanzarse hasta que el paciente esté bien dentro del proceso de rehabilitación). El trastorno de estrés post-traumático es más frecuente en amputaciones derivadas de accidentes, guerra, incendios o traumas y menos probable cuando la amputación es resultado de una condición médica. El proceso de rehabilitación puede y debe incluir el fortalecimiento de la resiliencia en los pacientes (Bhuvaneshwar, Epstein & Stern, 2007).

En el presente trabajo se evaluaron los niveles de resiliencia en pacientes amputados recientemente en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, Delegación en Oaxaca, a fin de determinar la necesidad de elaborar un paquete de intervención para su recuperación que incluyera el tratamiento psicológico dirigido a fortalecer su capacidad resiliente, con lo que se podría ofrecer un tratamiento de mayor calidad y eficiencia

Método

Participantes

Se evaluaron 10 pacientes amputados. Seis varones y cuatro mujeres. La edad promedio fue de 54 años (con un rango entre 34 y 81 años). Ocho fueron amputados de una extremidad inferior, uno del pene y otro de dos dedos de una mano. La participación de los sujetos fue voluntaria y anónima.

Materiales

Se aplicó el test The Resilience Factor (Staff, 2004) como instrumento de evaluación de los niveles de resiliencia en los sujetos.

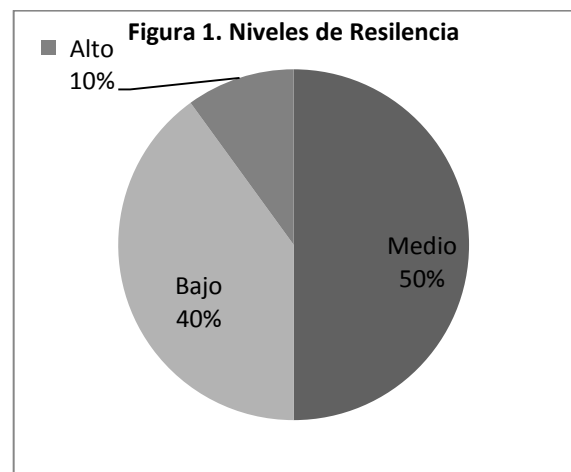
Procedimiento

Fase I.- Se aplicó el instrumento de evaluación individualmente mediante visita, por el mismo encuestador, en la cama del paciente.

Fase II.- Los datos fueron tabulados y graficados mediante una estadística descriptiva

Resultados

La Figura 1 muestra los niveles de resiliencia que arrojó la prueba que se aplicó a los sujetos. Puntajes menores de 6 se consideraron como nivel bajo de resiliencia. Puntajes entre 6 y 13 se calificaron como un nivel medio de resiliencia. Los puntajes mayores a 13 se consideraron como un nivel alto de resiliencia.



Se puede apreciar en la Figura que la mayoría de los sujetos calificaron con niveles Medio y Bajo. Solo uno de los 10 sujetos mostró un nivel alto de resiliencia. Los autores de la prueba recomiendan que quienes se encuentren con puntajes bajos, necesitan aprender habilidades de auto-control. Quienes tienen puntajes medios, no tienen una clara necesidad de aprender auto-control, pero se

beneficiarían enormemente de esto y solo se considerarán como resilientes quienes alcancen puntajes altos.

Discusión

Los datos que encontramos en la población estudiada son congruentes con los reportados en la literatura. Más hombres que mujeres amputados, una edad promedio cercana a los 60 años y en su mayoría, amputaciones de miembros inferiores como complicaciones relacionadas con la diabetes. También vemos que posiblemente solo uno de cada 10 pacientes tenga las características resilientes que le permitan crecer emocionalmente a partir de la experiencia de la amputación, por lo que es necesario pensar en el apoyo que necesitan la mayoría de estos pacientes.

La resiliencia no es un don, generalmente emerge en las personas que se han entrenado fuerte, que tienen actitudes particulares, habilidades cognitivas y emocionales, así como una profunda determinación para sobreponerse a los retos más serios.

La construcción de la resiliencia en las poblaciones con riesgo se ha vuelto una misión cada vez más popular en las intervenciones comunitarias, en el apoyo a los jóvenes, en el trabajo social y en los programas de desarrollo personal, a partir de los últimos años del Siglo XX. Los esfuerzos comunitarios por fortalecer la resiliencia mediante programas de intervención se consideran proactivos, preventivos, potencialmente economizadores de recursos y como enfoques positivos para disminuir las disfunciones psicológicas. Una fórmula simple nos recuerda este valor y es la que señala que: el crecimiento = las dificultades + los apoyos (Neill, 2010).

En el caso de la pedagogía de la resiliencia, las escuelas resilientes son aquellas que promueven entre los niños y los jóvenes el mejorar y desarrollar aún más sus capacidades académicas, físicas y sociales. En ellas se aplica La Rueda de la Resiliencia de la terapeuta clínica Nan Henderson, que recoge los seis pasos necesarios para

promover la resiliencia en las comunidades escolares:

1. Enriquecer los vínculos sociales
2. Fijar límites claros y firmes
3. Enseñar "habilidades para la vida"
4. Brindar afecto y apoyo
5. Establecer y transmitir expectativas elevadas
6. Brindar oportunidades de participación significativa

Por lo que toca a los adultos, la Asociación Psicológica Americana (APA), promueve un programa denominado "El Camino a la Resiliencia" (www.helping.apa.org), donde se exponen 10 formas de construir la resiliencia:

1. Establecer relaciones. Es importante tener buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas. Aceptar la ayuda y el apoyo por parte de quienes se preocupan por nosotros y nos escuchan, es una forma de fortalecer nuestra resiliencia. Algunas personas encuentran que ser activos en grupos de acción cívica, organizaciones basadas en la fe u otros grupos locales, proporciona apoyo social y puede ayudar a conservar la esperanza. El ayudar a otro cuando nos necesita puede beneficiar al que lo hace.
2. Evitar considerar las crisis como problemas insalvables. Uno no puede cambiar el hecho de que sucedan situaciones altamente estresantes, pero sí puede uno cambiar la manera de interpretar y responder ante tales situaciones. Hay que procurar ver más allá del presente y visualizar como el futuro puede ser mejor. Conviene resaltar cualquier cosa que nos haga sentirnos un poco mejor, cuando tratamos con circunstancias difíciles.
3. Aceptar que los cambios son parte de la vida. Es posible que ciertas metas ya no se puedan alcanzar como resultado de las situaciones adversas. El aceptar las situaciones que no podemos cambiar nos puede ayudar a enfocarnos en las cosas que sí podemos cambiar.

4. Trazarse metas y dirigirse a ellas. Impóngase metas razonables. Todos los días haga algo (aunque sea un poco), que lo aproxime a alcanzar su meta. En lugar de querer lograr cosas imposibles, pregúntese ¿qué puedo hacer hoy para lograr lo que quiero?
5. Actuar decididamente. En situaciones adversas haga lo mejor que pueda, en lugar de quedarse congelado sin hacer nada o permitir que los problemas lo rebasen completamente o pensar que las cosas se resolverán solas.
6. Reconocer las oportunidades de ver de lo que uno es capaz. Las personas frecuentemente aprenden algo sobre ellas mismas y pueden encontrar que han crecido en algún aspecto cuando experimentan pérdidas. Muchos de quienes han experimentado tragedias reportan que han mejorado en sus relaciones interpersonales, que tienen un mayor sentido de fuerza interior aun cuando se saben vulnerables, que son más conscientes de todo, que poseen mayor espiritualidad y que aprecian más la vida.
7. Cultivar una imagen positiva de uno mismo. Desarrolle la confianza en sus habilidades para resolver problemas y confía en sus instintos para construir su resiliencia.
8. Ver las cosas en perspectiva. Aun cuando enfrente situaciones muy dolorosas, trate de ver lo que sucede en una amplia perspectiva o contexto. No considere lo que le pasa dándole una proporción mayor de lo que realmente es.
9. Mantener la esperanza. Una postura optimista hace que uno espere que sucedan cosas buenas. Trate de visualizar lo que usted quiere, en lugar de preocuparse sobre lo que usted teme.
10. Cuidarse uno mismo. Preste atención a sus necesidades y a sus sentimientos. Involúcrese en actividades que disfrute o que lo relajen. Haga ejercicio

regularmente. El cuidarse a uno mismo ayuda a mantener el cuerpo y la mente listos para enfrentar situaciones que requieren de resiliencia.

También pueden ser de ayuda otras formas adicionales de fortalecer la resiliencia, por ejemplo, algunas personas pueden escribir sobre sus pensamientos más profundos, relacionados con su trauma o diversos eventos estresantes que hayan vivido. La práctica de la meditación y la espiritualidad ayuda a algunas personas a restablecer conexiones y recobrar la esperanza. La clave está en encontrar formas que pueden resultar benéficas a uno y hacerlas parte de nuestra estrategia para aumentar nuestra resiliencia.

Es recomendable conformar grupos de autoayuda y apoyo mutuo con pacientes amputados. Al compartir sus experiencias y su información, los participantes se sienten comprendidos y no se ven solos al experimentar sus dificultades. La lectura de libros sobre personas que han salido adelante frente a retos importantes, pueden motivar al lector para encontrar una estrategia que le pueda funcionar en su propia persona. Algunos recursos disponibles en internet pueden ser una fuente importante de ideas, aunque la calidad de la información depende de la fuente. Finalmente la psicoterapia individual en sesiones con un psicólogo clínico es una forma de abordar la ayuda que uno puede necesitar para superar una mala experiencia y recobrar el funcionamiento relativamente independiente.

Referencias

- Balderas-Medina A. (2010) *Pié diabético y sus complicaciones.* <http://monterrey.olx.com.mx/pie-diabetico-y-sus-complicaciones-iiid-86529847>
- Bhuvaneshwar Ch G, Epstein L A, Stern T A. (2007) Reactions to Amputation: recognition and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9(4): 303-308

- Ferguson A D, Richie B S, Gomez M J. (2004) Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: The bridge between physical healing and full recovery. *Disability & Rehabilitation*, 26, (14-15), 931-938
- Forés A. (2008) Pedagogía de la resiliencia. *Revista Misión Joven*, 377
- La Resiliencia en la Escuela. www.educadormarista.com
- Neill J. (2010) *What is Psychological Resilience?*
<http://wilderdom.com/psychology/resilience/PsychologicalResilience.htm> #Enhancing
- Sánchez J, Rodríguez R. (2007) *Diabetes: consecuencia fatal*. El Universal, 02 de Septiembre
- Staff P T. (2004) How self-regulating your emotions helps you become more resilient in stressful situations. *Psychology Today Magazine*, 22