Reflexiones acerca de las necesidades que experimentan las personas, previo a la cirugía de amputación

LEIDY CAROLINA BERRIO DUQUE

1065591

LINA MARIA GOMEZ MARIN

1060265

PSICOLOGOS

UNIVERSIDAD DE

SANBUENAVENTURA CALI

2010

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen 4
1. Introducción 4
2. Contextualización 7
2.1 Acerca de la Salud Pública 7
2.2 *Sistema General de Seguridad Social en Salud: SGSSS* 8
3. DIAGNOSTICO 12
4. Descripción Del Problema 18
5. Objetivos 21
5.1 Objetivo General 21
5.2 Objetivos Específicos 22
6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE 22
7. Marco De Referencias Conceptuales 23
7.1 Definición de términos 23
7.2 Concepto De Salud Y Enfermedad 23
7.3 Psicología De La Salud 26
7.4 El Psicólogo En El Ámbito Hospitalario. 27
7.5 Amputación 29
7.5.1 Razones para una cirugía de amputación: 30
7.5.2 Aspectos Psicológicos De La Cirugía De Amputación 31
8. Marco Conceptual Base desde La Psicología Humanista 33
8.1 Teoría De La Jerarquía De Necesidades - Abraham Maslow 33
8.2 Concepto De Persona Según Carl Rogers, Una Visión Fenomenológica De la persona 35
9. Metodología 38
9.1 Tipo De Estudio 38
9.2 Instrumento 39
10. Categorías De Análisis 40
10.1 Necesidades 40
10.2 Persona 41
10.3 Profesional de salud 41
10.4 Preguntas Realizadas A Las Personas Amputadas. 41
10.5 Preguntas Realizadas A Profesionales De La Salud 42
11. Presentación Y Análisis De Resultados Investigativos. 43

11.1 Análisis De Resultados 44
11.1.1 Necesidades de reconocimiento: 44
11.1.2 Necesidades de Información: 46
11.1.3 Necesidades Sociales: 48
Bibliografía 54
Web grafía 55
13. Anexos 56
13.1 Anexo 1 Los Derechos del Paciente 56
13.2 Anexo 2 Entrevista Medico 61
13.3 Anexo 3 Entrevista Psicóloga 63
13.4 Anexo 4 Entrevista Persona Amputada 75
13.5 Anexo 5 Entrevista Persona Amputada 79
13.6 Anexo 6 Cuadro Categorías 81

Resumen

Este estudio pretende Identificar las necesidades que experimentan las personas, previo a la cirugía de amputación, con el ánimo de propiciar reflexiones desde la perspectiva de los profesionales de la salud, y los usuarios del sistema, tendientes a la atención oportuna de dichas necesidades en el sector salud. Para su realización, se contó con la colaboración de dos Profesionales de la salud, a saber, un médico y una psicóloga, y dos personas que hubiesen sido expuestas a cirugía de amputación, y compartieran su vivencia, desde el punto de vista de las necesidades, previas a la cirugía. Esta investigación, es de carácter no experimental y diseño de corte transversal, en la cual básicamente, se valida la importancia de la preparación previa tanto de la persona como de su grupo familiar; práctica que en el sector salud, requiere de mayor atención.

Palabras clave: *Cirugía de amputación, preparación previa a la cirugía, profesionales de la salud, necesidades de la persona/paciente.*

This study aims to identify the needs that people experience prior to amputation surgery, with the aim of promoting reflections from the perspective of health professionals and patients, aimed at the timely care of these needs in the health sector. To realize this, we had the collaboration of two health professionals, namely, a doctor and a psychologist, and two people who had been exposed to amputation surgery, and share their experience, from the point of view of needs before surgery. This research is a non-experimental and cross-sectional design, which essentially validates the importance of prior preparation of both the person and their family group, practice in the health sector requires greater attention.

1. Introducción

Este es un trabajo de investigación que en un principio se pretendió realizar con familias de personas secuestradas, pero al no poder hacer contacto con esta población y tras el hecho de haber tenido algún contacto previo con la temática de las personas que se encontraban expuestas a cirugía de amputación, se decidió entonces abordar esta temática, en particular desde la perspectiva de las personas amputadas a causa dediabetes. Como posible lugar de investigación, se había contactado inicialmente la

Clínica Rafael Uribe Uribe, espacio en el cual una de las investigadoras tenía contactos previos, pero en el momento, la Universidad de San Buenaventura-Cali, no tenia convenio con dicha institución, por lo tanto se acudió al Hospital Universitario del Valle (HUV).

Al entrevistarnos con una funcionaria del H.U.V, se nos recomienda ampliar el marco de la población, no solo desde la diabetes, sino de la amputación en general, teniendo en cuenta que si bien, sería factible encontrar personas con diabetes expuestas a cirugía de amputación, también existían otras causas para llevar a cabo tal cirugía, y más aún en nuestro contexto, dados los índices de violencia, accidentalidad y otras causas que conllevan a realizar este tipo de intervenciones, como se verá en el interior del texto. Sin embargo el ingreso al Hospital Universitario del Valle Evaristo García, para la recolección de información como tal, no fue del todo posible debido a modificaciones administrativas recientes, aunque aún así se contó con alguna información del Hospital, en lo que respecta a nuestra temática, entre otras fuentes, a través de la entrevista diagnóstica realizada a la psicóloga practicante de sala de ortopedia y a algunas enfermeras de asistencia.

Esta tesis por ser un trabajo de grado que desde los parámetros de la Universidad de San Buenaventura Cali, se circunscribe a la investigación empírica no institucional, nos lleva a situar la temática en un escenario que procure cobijar el campo de la salud como tal, orientándose hacia la perspectiva de la persona expuesta a cirugía de amputación y también la mirada de los profesionales que les acompañan.

En este caso, contamos con el apoyo de un médico y una psicóloga que trabajan en el área, y también dos personas con cirugía de amputación, una por cáncer y la otra por diabetes.Vale la pena destacar que el establecimiento de contacto con nuestra población no fue fácil, dado que el contacto con la misma se realizó principalmente a través de familiares y amigos.

El interés de trabajar la temática de la persona amputada, se amplió en nosotras, al realizar la revisión de antecedentes y el levantamiento del diagnóstico, en el cual, se entrevistaron dos estudiantes de la Universidad de San Buenaventura, una de las cuales había realizado su práctica investigativa en el Hospital Militar, base aérea de Cali, y la otra en el Hospital Universitario del Valle, en la sala de ortopedia y traumatología.

Esta indagación nos permitió entrever la importancia de la presencia de la psicología en la atención a esta población, debido a la vulnerabilidad emocional (entre otros aspectos), a la que se encuentran expuestas las personas previas a la cirugía de amputación.

Es así, como la pertinencia de este trabajo se sustenta en la necesidad del reconocimiento de las necesidades de personas previas a cirugía de amputación, mediante una atención interdisciplinar, que lo ayude a comprender, tanto a la persona/paciente, como a su familia, el proceso al cual va a ser sometido.

De esta manera,el trabajo investigativo, incorpora a su discusión, tanto la visión del profesional de la salud como de las personas que hubiesen experimentado la amputación; se realizaron entrevistas a los profesionales de la salud y a las personas amputadas, teniendo en cuenta tres aspectos como ejes de análisis: El reconocimiento, la información y el componente social, los cuales, entre otros, son de suma importancia como asuntos base en las necesidades que experimentan las personas previas a una cirugía de amputación, tomando como referente teórico la perspectiva de Maslow (1995),una de las posturas base de la psicología humanista, y el marco fenomenológico, desde el cual, el situarse en el punto de referencia del otro, permite una mayor comprensión de sus vivencias y de la manera como le atribuye sus propios sentidos y significados a las mismas, en este caso, las de la persona amputada frente a sus necesidades, las cuales no son del todo leídas por los profesionales de la salud y en esta tesis se pretendía de algún modo, enunciarlas, discutir y reflexionar sobre las mismas.También se toman como referentes conceptuales para el análisis la postura de Rogers (1995) que nos refiere a una concepción humanista del hombre, además de los aspectos de la psicología relacionados con la clínica, y su ejercicio en el ámbito hospitalario, como también un marco legal de la ley 1471 de 1991, que nos amplia el deber ético de los profesionales de la salud con respecto a las personas tratadas.

A partir de las entrevistas, en términos generales, se pudo dar cuenta que las personas previas a una cirugía de amputación, experimentan necesidades de reconocimiento, de información y social, las cuales son tenidas muy poco en cuenta por el sector de la salud.

Esta investigación entonces como se ha venido enunciando, plantea puntos de referencia al respecto, que al momento de la carrera en el cual las investigadoras se

encuentran, posibilita incorporar estos asuntos a su práctica profesional, que continua en noveno semestre con el acceso a una entidad de salud, facilitando un estudio más amplio de la tesis que se propone en este documento y la posibilidad de intervenir quizás al respecto desde la incorporación de la mirada del otro a partir de sus necesidades

2. Contextualización

Como se mencionó en apartado anterior, ésta investigación se enmarca desde los parámetros de la Universidad de San Buenaventura, Cali, en la modalidad de Investigación Empírica No Institucional, lo cual quiere decir, que si bien no se desarrolla la investigación como tal en una institución determinada, esto no significa que no se contextualice, en este caso, el área de aplicación de la Psicología, más fuertemente relacionada con la temática, sin ser la única. Como contexto base de esta investigación, teniendo en cuenta que se realiza un estudio acerca de las necesidades que experimentan las personas remitidas a cirugía de amputación, se describirá inicialmente lo que significa el concepto de salud, en particular el de salud pública, como un escenario desde el cual se sitúa esta investigación en términos de la atención de la persona y siendo este contexto uno de los más fuertemente afectados hoy por hoy en nuestro país, dada una serie de implicaciones tanto a nivel nacional como global.Vale la pena anotar que ésta contextualización como escenario de aplicación, tendrá mayor desarrollo conceptual en el apartado marco de referencias conceptuales, desarrollando básicamente aquí, el marco general de lo que implica trabajar en el contexto de salud y en la revisión conceptual, la psicología de la salud en sí, en relación con la problemática de las personas con cirugía de amputación.

2.1 Acerca de la Salud Pública

> *La salud pública es un campo siempre inacabado de ideas, preocupaciones, propuestas y trabajos destinados a entender y garantizar el bienestar colectivo. Este carácter esencial de campo inacabado implica la exigencia permanente de integrar a las discusiones los nuevos problemas, de persistir en la búsqueda de respuesta y solución al conjunto de viejas y nuevas preocupaciones e, inclusive, de adelantarse visionariamente a las tensiones del futuro a partir de la identificación y el análisis de las dinámicas y tendencias contemporáneas. (Franco, 2002, pág.9)*

Desde la definición de Franco (2002), hay varias ideas centrales, dentro de ellas y entre otras, la consideración de la noción de salud como un campo, lo que implica desde la perspectiva del campo, que este último se encuentra afectado interdependientemente por otros aspectos, que en el caso de la salud, significa el reconocimiento de condiciones, sociales, políticas, culturales, normativas que influyen en ese campo. Desde ese mismo punto de vista, tal noción es cambiante, y elaborar una investigación hoy en el campo de la salud, requerirá siempre de continuas revisiones dado que no implica una sola área.¿Qué otros campos por ejemplo habría que tener en cuenta para al menosidentificar el contexto de la salud en nuestro país?

Como primera medida, el campo de la salud, es un campo que tiene unas directrices internacionales. Dentro de las principales instancias marcadoras de tales directrices a nivel mundial, se encuentran, entre otras entidades la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como instancias que con la participación de diferentes países, entidades, actores sociales, entre otros, desde las cuales se trazan los derroteros que cursará la salud a nivel mundial. Estos derroteros los articula cada nación a su plan nacional de salud, que en el caso de Colombia, es a su vez regulado por la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Protección Social y la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Es así como el Plan Nacional de Salud Pública, establece las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, y define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2 *Sistema General de Seguridad Social en Salud: SGSSS*

En Colombia, desde el año1993, el modo de organización de la salud en nuestro sistema, está regulado por la ley 100 del mismo año, la cual en términos muy amplios, cobija básicamente cuatro frentes:

- El régimen pensional
- El régimen de salud

- Las A.R.P o Administradoras de Riesgos Profesionales en salud
- Otros (recreación, regulación de cajas de compensación, etc)

La ley 100 en sus premisas iniciales fue creada con el ánimo de brindar igualdad de oportunidades en el acceso a la salud a los colombianos y la posibilidad a través de un sistema que fuese solidario, de escoger la entidad de salud, a partir de una sana competencia entre las mismas. (Arrivillaga, 1997).

Muchas de estas premisas iníciales, que si bien parten de una intencionalidad de generar básicamente igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, han tenido serias dificultades a la hora de ser puestas en práctica (Medina, Cardona, Bottia, 2005), (Echeverry Lopez, 2002), presentando entre otras muchas dificultades:

- Disminución de la calidad de la atención en los servicios en salud
- Alto déficit debido a las enfermedades consideradas de Alto costo
- Cruces entre los aportes, lo cual hace que no se reciba realmente lo que necesita el funcionamiento del gasto público en salud
- Represamiento de las solicitudes de atención, cirugía, entre otras, lo que genera a su vez demandas al sistema, impacto sobre los usuarios.

Todo esto se refleja en nuestro sistema de salud, que como lo publican recién los diarios de nuestro tiempo, es la mayor época de crisis del sistema, y aunque si bien ha habido intentos de reforma, como lo plantea la Ley 1123 de 2007, aún hay serias dificultades centradas sobretodo en la calidad de la atención y los déficit económicos que han sido los causantes del cierre de muchas entidades de salud y que en el caso de la región del Valle del Cauca por ejemplo, tienen a una de las entidades más representativas de la Región,

El Hospital Universitario del Valle (entre otros), en una situación de crisis, esto se evidencia en los medios de comunicación, para muestra de de ello se cita un artículo del periódico el País

La crisis del HUV

El suroccidente de Colombia no se puede quedar sin su principal centro hospitalario. Por eso, hay que solucionar la crisis que padece el Hospital Universitario del Valle, exigir transparencia y el concurso de todos los actores para sacar adelante una institución que le proporciona salud a cuatro departamentos.

El reclamo de los médicos internistas del HUV tiene plena validez. Su preocupación frente a la escasez de insumos, medicamentos, unidades de sangre e implementos de cirugía y laboratorio para atender a los pacientes corresponde a la realidad. Por eso, de 60 procedimientos quirúrgicos que se realizaban al día, ahora se hacen 18, es decir una reducción del 70%. Su desesperación se refleja en las palabras de la doctora Manuela Olaya: "Hemos sido testigos de cómo han muerto personas o se ha desmejorado la salud de pacientes por no contar con los equipos, por tener que postergar una cirugía, por no tener un medicamento. Eso no es ético".

Las deudas por $32.000 millones con los proveedores ha llevado a que no le entreguen insumos al Hospital. Es el efecto más expresivo de los problemas que padece el Hospital. Una crisis que, como le acontece a todo el sistema de salud pública en el país, empieza porque sólo uno de cada tres pacientes que ingresa al centro hospitalario paga su atención. Al HUV lo están acabando en buena parte las cuentas pendientes que tiene el Estado por estos pacientes de escasos recursos que hacen parte del régimen subsidiado.

Ahora bien, entre el Departamento y las EPS, incluida la liquidada Calisalud que es responsabilidad del Municipio, le deben $240.000 millones. Un monto importante que, de pagarse, daría el respiro que necesita la institución y le permitiría funcionar sin afugias. Y el otro desangre, claro, es el de la politiquería, que ha llevado a que el Hospital se maneje con criterios clientelistas y sea botín que se reparte en puestos y contratos entre algunos mandatarios y políticos.

Para salvar al HUV se necesita ante todo voluntad. Y la solución no le corresponde sólo al departamento del Valle, que esta semana ha sido el primero en dar muestras de compromiso de pago. Hay que insistir en que Cali debe aportar al remedio. Y no olvidar que se trata del centro hospitalario más importante del suroccidente colombiano y gran parte de su déficit se debe al subsidio de pacientes que llegan desde Nariño, Cauca y Putumayo, que carecen de recursos y por los cuales debe responder la Nación.

La experiencia que afronta el Hospital Universitario del Valle debe servir para ratificar que con la salud pública no se juega. Y que mucho menos puede estar al vaivén de las veleidades partidistas ni en manos de dirigentes que detentan el poder y creen que pueden lucrarse de él. La salud es un bien público que demanda un manejo responsable, sobre todo en un país como Colombia donde la limitación de recursos le da al Estado la importancia de garantizar a la población el acceso a ese derecho fundamental. (Periódico el Paísoctubre 22 del 2010).

En el ámbito conceptual, desde la salud pública, se le ha otorgado importancia a la participación “activa e informada de la comunidad”:

> “*La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario*”. Plan nacional de salud pública,(2007)

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad.

Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

Es así como las funciones fundamentales de la salud pública, en parte expresadas en la definición, serían: promoción o fomento de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación e investigación.

Y es en el último apartado donde se quiere enfatizar con esta investigación,

> “*La investigación sobre el público a quien se va a destinar el auxilio, es clave para elaborar programas exitosos de comunicación para la salud, y brindar información y materiales pertinentes y para identificar los canales que tienen más probabilidades de llegar a los que se encuentran en gran riesgo y, así, tener alguna influencia sobre ellos*” Coe, (1998).

Son muchos los asuntos que como escenario de contextualización están implicados al abordar un trabajo de grado, en particular en la temática de salud. Algunos son más visibles para las investigadoras desde lo cotidiano y este es el intento de aproximarse de modo muy amplio al campo de la salud en general, donde se destaca entonces, el reconocimiento de un campo que es multi afectado por diversos componentes, cada uno de los cuales sería una investigación en sí misma.

Retomando entonces, desde lo general ahora a lo más específico, inicialmente esta investigación asumió como población personas que son remitidas a cirugía de amputación, en el Hospital universitario del Valle, con personas ubicados en las diferentes salas que competen a este tipo de procedimientos, sin embargo, debido a re-organización institucional del hospital, no fue posible la entrada para el levantamiento de la información de análisis, mas sí de diagnóstico. Cabe aclarar que la población que nos da el soporte para el diagnostico son ESTUDIOS DE CASO AISLADOS DE LA INSTITUCION.

Esta contextualización nos permite ubicar una población y una problemática que se liga a los objetivos con los cuales se trabaja en esta tesis, sin embargo como se dijo anteriormente esta contextualización es solo un acercamiento que nos permite aproximarnos a una mirada más amplia de la persona que en este caso, previa a su cirugía de amputación, se enfrenta no sólo a su propia dificultad, sino a todo un sistema del campo de la salud.

3. DIAGNOSTICO

Teniendo en cuenta el marco general del sistema de salud colombiano, como antecedente de base para el levantamiento del diagnóstico, se retoma la siguiente cita:

> "*En Colombia ser habitante de la zona rural, ser joven, ser mujer y pertenecer a una minoría étnica y si además se es pobre, representa una clara desventaja ante la vida y probablemente .aunque no se dispone de información específica y desagregada en salud. una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad y la muerte evitables. Desde ésta perspectiva las desigualdades socio sanitarias reflejan la deuda social acumulada del desarrollo y la orientación y resultados de las políticas sociales en Colombia".* (Echeverry Lopez, 2002, pág. 83).

De base, hay unas dificultades desde las que se parte desde el campo de salud, tal y como lo refiere la autora, ligadas a su vez a unos condicionantes sociales, étnicos, de género, geográficos y políticos, que marcan la desigualdad y lo que denomina como "deuda social" en el sistema de salud colombiano.

De modo más específico, para realizar el diagnostico de esta investigación, se realiza lo siguiente:

Desde el interés particular de las investigadoras por la temática, se realiza conversación inicial con una de las personas que posteriormente es entrevistada en profundidad para la presente investigación, siendo ésta una psicóloga que labora en la Clínica Rafael Uribe Uribe, quien a través de su relato logra afirmar nuestro interés en la temática, al reconocernos que usualmente la persona que va a ser sometida a cirugía de amputación, usualmente no recibe algún tipo de preparación, sobre todo desde el punto de vista psicológico, sobre su procedimiento.

Por una parte debido a que esta clase de cirugía suele hacerse en condiciones de premura (caso de las personas afectadas por minas antipersona por ejemplo), pero también porque no hace parte del protocolo la preparación psicológica para este tipo de cirugía. Cabe la aclarar que la profesional a la que hacemos referencia en este apartadotiene 6años de experiencia en el ámbito de la salud desarrollando su trabajo con personas de la población que nos atañe, en el cargo de psicóloga en la clínica Rafael Uribe Uribe, comose dijo anteriormente.

A su vez, en el interés de trabajar entonces con las personas previas a cirugía de amputación y al no ser posible realizarlo en la Clinica Rafael Uribe Uribe, (aunque dicha conversación inicial se tomara como base también para este diagnostico), se opta por concertar cita con la coordinadora de capacitación del HUV. En tal reunión aunque no fue posible concertar el ingreso a sala de ortopedia en ese entonces, la coordinadora de capacitación plantea frente a la temática, la sugerencia de abordar no solo pacientes con diabetes mellitius, como consideraban las investigadoras, sino que desde su experticia sugiere ampliar el marco de la población, a personas que van a ser sometidas a cirugía de amputación en general, colocando como ejemplo la situación del hospital, donde en gran medida de las amputaciones de sala de ortopedia, ocurren no solo por diabetes sino también por accidentes de tránsito y/o ocupacionales en algunos casos. A su vez, manifiesta que en efecto, no está contemplado la preparación del paciente más que el informar acerca de la cirugía a realizar, pero que en ocasiones no se cuenta con el personal suficiente para atender tales demandas.

Esto se cruza ya con variables entonces de otros órdenes, dado que el Hospital por ejemplo, además de su personal de planta recibe un gran número de practicantes y

personal de rotación alta, que si bien brindan un gran soporte, sin su presencia es difícil garantizar la continuidad de procesos.

Además de estos contactos iniciales, se realiza entrevista a dos 2 practicantes de psicología, una de ellas realizó la practica en el Hospital Universitario del Valle y ha trabajado especialmente con personas amputadas, la segunda realizó su practica en el Hospital Militar con personas víctimas de las minas antipersona. Vale la pena anotar, que al realizar la entrevista con las practicantes, en particular, a quien realizó su práctica en el HUV, a su vez, ella recogía las voces de personal de salud de sala con el ánimo de apoyar el proceso de levantamiento de diagnóstico para esta investigación.

En esta indagación se pudo evidenciar, a manera de relato general y personal por parte de las practicantes, que en el ejercicio de lo que respecta a la atención pre quirúrgica a las personas previas a cirugía de amputación la psicología tiene poco espacio de trabajo, queriendo decir con esto que el reconocimiento de la necesidades de una persona antes de una cirugía de amputación es escasamente leído por los profesionales de la salud mental.

Cabe aclarar que una de las practicantes explica que esta atención es en ocasiones imposible en ciertos casos los cuales ella ha tratado, ya que debido a la condición en que las personas llegan al hospital militar se es necesario trabajar es en el post operatorio, ya que muchas de las personas que ingresan ya se encuentran amputadas debido a los artefactos antipersona.

A continuación se mostrara un cuadro con la información obtenida de las psicólogas practicantes, respondiendo al pedido de las investigadoras de mostrar, cuales son para ellas las necesidades más sobresalientes en las personas que están en situación de pre operación de amputación, o personas ya amputadas.

Practicante HUV	**Practicante Hospital Militar**
*****Necesidades de acompañamiento emocional en las personas, pre y pos quirúrgicas de amputación. *Búsqueda de incentivación hacia el personal de salud acerca de las necesidades de una información clara y	*****Necesidad de acompañamiento psicológico a las familias, de los soldados, víctimas de la minas antipersona *Necesidad de crear una estrategia de psicoeducación previa para los soldados

entendible hacia el paciente. *Motivación a los profesionales de la salud para una atención integral del paciente prequirurgico de amputación. *Necesidad de preparación tanto medica como psicológica ante la pérdida del miembro que va a ser amputado.	con más probabilidad de zona minada, para así, anticipar un proceso de aceptación. *Necesidad de centrarse en etapa de duelo y proyecto de vida, ya que la mayoría de personas vienen amputados de la zona donde tenían estadía, no es posible pasar por una preparación prequirurgica.

Aunque los escenarios institucionales en cuanto al tema a tratar reflejaban situaciones de amputación claramente distintas, si coincidían las psicólogas practicantes, en reconocer el valor de una educación previa, que pudiese por ejemplo, en el caso de los soldados prepararles frente a este tipo de situaciones que dada su condición, son posibilidades a las que se exponen al entrar en las zonas de riesgo; así mismo la practicante del H.U.V también enfatizaba el lugar de la preparación tanto médica como psicológica previa de la persona que va a ser amputada, como educación facilitadora del proceso de asimilación de la cirugía y lo que ella conlleva.

También desde el acercamiento previo en conversatorios con las profesionales de la salud, que fueron referidos al inicio de este apartado, ambas argumentaron sobre la necesidad de presencia de la psicología en los procedimientos quirúrgicos, refiriendo estos, lo oportuno de la información brindada al paciente reconociéndolo como un ser biopsicosocial, en un trabajo interdisciplinario, queriendo mostrar con estas reflexiones en la entrevista realizada, que desde la experiencia medica, refiere el poco interés del personal médico frente a las emociones del paciente en una etapa prequirurgica de amputación.

Además se recolectó información de tesis, publicaciones o trabajos realizados alrededor del tema que nos concierne, dentro de la búsqueda de antecedentes, se encuentran escasas investigaciones o documentos que indiquen la atención a las necesidades de las personas previas a cirugía de amputación, en esta búsquedaencontramos en la revisión de algunos antecedentes*(ver anexos),*estáncentradas principalmenteen los aspectos médicos dela amputación y desde la psicología, en la etapa postoperatoria, aunque de la última, las investigaciones al

respecto son escasas, las únicas relacionadas se acercan desde el duelo, el miembro fantasma, el auto cuidadopostquirúrgicoeducación, y prevención, como también la revisión de antecedentes revela según Jorge Azofeifa (2007), que las personas amputadas son personas que emocionalmente tienen un impacto y necesitan un apoyo para sobrellevar su condición.

SegúnZapata Jaramillo, (2010), en un artículo acerca de las personas amputadas en Colombia, no solo son por enfermedades sino por accidentes y por el conflicto armado, se encuentra un bosquejo en cifras donde se calcula la incidencia de amputaciones en el país, el cual se cita a continuación.

> *La Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación estima que la incidencia de amputación en el país se da de 200 a 300 personas por cada 100.000 habitantes. Esta cifra se calcula teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad, y que entre 5-10% de los discapacitados son amputados*. Zapata Jaramillo, (2010).

Dice el artículo que desde 1990 hasta el año 2004, el Observatorio de Minas de la Vicepresidencia de la República, registró más de 3.000 víctimas de minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE), de ellos, más de 2.300 fueron heridos, la mayor parte con mutilaciones y amputaciones en sus extremidades

> *De acuerdo con la Federación Diabetológica Colombiana en Colombia las estadísticas muestran que entre un 7.4 a 9.4% de la población adulta es diabética, por lo tanto se estiman 1.7 millones de personas con diabetes; de ellos al menos un 50% tienen sus pies en riesgo por presentar neuropatía, problemas vasculares, o alteraciones biomecánicas. Lo anterior permite afirmar, sin duda, que los diabéticos colombianos amputados son mayoría respecto de los amputados por causa del conflicto armado*". (idem, 2010)

Los datos anteriores nos ayudan a demostrar en términos numéricos que las personas que conviven con diabetes, es alto, en términos poblacionales, es decir, un 50% de estas personas tendrían el riesgo de ser amputadas.

A lo anterior sumarle que la diabetes en nuestro país no es la única causa de amputación, ya que existe también, las víctimas de minas anti persona, como también, las cifras importantes generales determinadas por la asociación colombiana de medicina

física y rehabilitación, de acuerdo a estas cifras arrojadas, la amputación en Colombia es una cirugía que se realiza con frecuencia, y que necesariamente trae consigo efectos físicos que desencadenan cambios físicos y psicológicos alrededor de la persona que se la realiza y sus familias.

El alto porcentaje se personas amputadas por diabetes demuestra inconvenientes a la hora de entrar en la prevención y psicoeducación de estas personas con respecto al riesgo de desarrollo de un pie diabético, así mismo su complicación y finalmente la amputación, como también la preparación psicológica de los soldados enviados al conflicto, que tienen el riesgo de ser víctimas de minas antipersona y que hacer una preparación preoperatoria es imposible ya que las victimas ya son amputados a la hora de llegar al hospital.

De todo lo anterior se puede decirentonces que las personas que son sometidas a cirugía de amputación en general, son personas vulnerables que necesitan una preparación tanto física como emocional para el procedimiento que se llevara a cabo, reconociendo que no es solo una “parte de su cuerpo”, la que se ve afectada sino la persona en si misma, tanto en funcionalidad, relaciones, emociones, entre otros aspectos. El reconocimiento de estos aspectos y lo que requiere en cada uno de ellos, le da lugar como ser humano, y seguramente aporta en su proceso de rehabilitación. Se recoge también que la mayoría de las investigaciones han estado centradas desde el postoperatorio o mas desde el punto de vista de la medicina, epidemiologia y no desde lo que podría considerarse como un asunto de prevención secundaria en salud, teniendo en cuenta una educación que intente prevenir complicaciones futuras.

Es así como mediante reflexiones que se pretenden realizar en esta tesis que compete la perspectiva del paciente, y la del profesional de la salud, que es el directo responsable y está en el deber de reconocer las necesidades que entran en juego en el proceso pre quirúrgico de amputación, se articula a este diagnostico la descripción del problema donde se ahondaran los aspectos concomitantes al apartado precedente, facilitando la ampliación de la problemática y el núcleo fundamental de la discusión que este trabajo pretende mostrar.

4. Descripción Del Problema

En el proceso de investigación se ha ido encontrando queen una mayor proporción, sobresale másel discurso de la medicina en la atención preoperatorio ante un procedimiento quirúrgico,ya que es el médicoel encargado de brindar la información al paciente de la cirugía a la cual va ser sometido.

> *Pasa que cuando se trata de saber sobre el cuerpo del otro, los médicos no tienen reparo en esto, y creen saber lo necesario. Sin embargo cuando no han hecho un ejercicio de vivenciar los órganos, su discurso es limitante y fisiológico, y esto hace que el discurso no llegue fácilmente a su receptor.* Schnake,,(2005)

Este modelo tradicional nos arroja a una visión un poco mecanicista del discurso del médico, convirtiendo al paciente en cuerpo netamente fisiológico, dejando a un lado el reconocimientodel ser humano como un todo,en el cual lo social y lo psicológico, dentro de ese procedimiento quirúrgico, hacen parte fundamental, puesto que es pertinente que la mirada hacia la persona que va a ser sometida a cirugía de amputación, sea informada de manera integral, es decir, que la información cubra no solo los aspectos biológicos y fisiológicos, sino también los aspectos emocionales y mentales de la persona, como lo mencionan Roig, Pastor y Neipp, (2003), Pág. 39-40.

> *Las discrepancias entre médicos y enfermos en la información y la implicación, producen incomodidad y conflicto, aumentando la experiencia de estrés en los pacientes.*

Lo anterior nos da una perspectiva global acerca de la problemática tratada, puesto que la atención preoperatorio centrada en el paciente, la presencia por parte de la psicología es medianamente ausente en este tipo de intervención, y es responsabilidad tanto social como profesional ser parte del abordaje en este tipo de escenario, sin embargo, el subestimar y el ignorar por parte de otras profesiones el trabajo del cual se puede encargar el psicólogo, lo expone a verse como parte pasiva o no ser parte de dichos procedimientos, evidenciado en las pocas búsquedas en Colombia acerca de esta problemática, ya que, aunque existen datos recurrentes en el tema de el acompañamiento para personas remitidas a cirugía de amputación, este acompañamiento radica en los aspectos psicológicos después de la cirugía, tratando temas, como el duelo, el miembro fantasma, y el autocuidado, pero poco se ha explorado en la importancia de el acompañamiento y reconocimiento de las necesidades de la persona antes de que se

lleve a cabo el procedimiento quirúrgico.Aunque es importante reconocer que algunas de las cirugías de amputación, como nos lo refería una de las psicólogas practicantes en el apartado del diagnóstico, se realizan en el momento inmediato, dada la urgencia, sin embargo si debería considerarse en esos casos la atención de la intervención psicosocial a los familiares, o en tales situaciones dado que es un asunto posible en el caso de las fuerzas armadas, considerarlo como parte de la formación desde la prevención en salud que reciben los soldados, hablar de la temática previo a los enfrentamientos. Esto tiene que ver además, con la manera como en el ámbito de la salud en general es concebido el ser humano. Se planteaba en el diagnóstico, que suele intervenir más en el síntoma, en este caso, en la amputación por ejemplo, desconociendo la totalidad de la persona involucrada y como se afecta en todos sus aspectos a partir de la pérdida de uno de sus órganos, visión que como conjunto no es abordada en la perspectiva convencional.

La persona a la cual se le realizara el procedimiento quirúrgico debe tener un acompañamiento interdisciplinario no solamente en la rehabilitación posquirúrgica, si no que es pertinente iniciar este proceso antes de la cirugía, donde la psicología seria parte de este cuerpo interdisciplinario y estaría acompañando a la personacomo un todo, incluyendo sus lugares sociofamiliares, en esta situación, tomando como partida la forma de subjetivación e información que tiene esta acerca del procedimiento y como experimenta esa necesidades tanto físicas como emocionales a las cuales se enfrenta.

La razón de ser de esta investigación no es otra que explorarlas necesidades que experimentan las personas en el periodo pre-quirúrgico ante una cirugía de amputación.

La persona remitida a una cirugía de amputación debe ser reconocida por las instituciones prestadoras de salud y sus profesionales, como un ser bio-psico-social, y por lo tanto, su atención debería ser integral, esmerándose en el cuidado, y rehabilitación de las esferas del ser.

La relación clínica – paciente, enmarcada por la prestación del servicio de salud por parte del profesional, debe desarrollarse teniendo como rutas la transparencia y oportunidad de la atención, sin dejar de lado, el marco legal que implica dicha actividad y concomitante a ello, el marco político social que determina nuevas interacciones. El profesional de la salud recreara en la relación clínica – paciente, las garantías constitucionales y el ejercicio de la dignidad humana, en la toma de decisiones alrededor del procedimiento quirúrgico de amputación, o de cualquiera que sea el caso.

Dichas garantías se consideran en el principio de la autonomía y el derecho al libre desarrollo de la personalidad contemplados en la Constitución Política de Colombia de 1.991, Capitulo 1, Titulo II, Artículo 16 “derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.” y los artículos siguientes.

Lo anterior es ratificado en la Resolución 13437 de 1.991 del Ministerio de Salud Pública,en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del Decreto Ley No. 1471 de 1991, por lo cual se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes aprobado por la Asociación médica Mundial en Lisboa, 1.981.

El parágrafo 2 del Artículo 1o. de dicha Resolución señala que todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole:

> "*Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve.*
>
> *También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojala escrita de su decisión”*.

De la misma manera siendo la amputación un procedimiento quirúrgico complejo y tomando en cuenta el estrés preoperatorio que se puede presentar en las personas remitidas a esta cirugía, es de suma importancia la presencia de la psicología como alternativa de ayuda terapéutica para las personas involucradas en esta problemática, para hacer evidente el cumplimiento no solo de la ley, como punto importante del ejercer profesional, sinotambién como reconocimiento a la persona que tiene en juego necesidades no solo biológicasatendidas por el personal médico, sinotambién por la necesidades mentales y emocionales que competen a la psicología, por eso la importancia de la intervención centrada en el paciente, como lo refieren Roig, Pastor y Neipp, 2003,Pag 39, Citando a *Byrne y Long, (1976)* y *Roter y Hall (1987*),

> *El estilo de intervención “centrado en el paciente”, donde el profesional es menos controlador, hace preguntas abiertas con lo que permite al paciente abordar otras*

cuestiones, evita la jerga y tecnicismos y estimula la participación en las decisiones…

Sin embargo la realidad Colombiana y las actuaciones clínicas, refieren actos administrativos desprovistos de condiciones integrales en la atención de un paciente viable para la amputación, negando en ocasiones las necesidades de un acompañamiento Biopsicosocial.

Es así como este trabajo pretende identificar las necesidades que las personas manifiestan tener en una etapa preoperatorio de una cirugía de amputación con el fin de crear reflexiones que puedan elaborarse desde la psicología, acerca de las necesidades que experimentan las personas previo a la cirugía de amputación, y así motivar además de dar a conocer a los profesionales de la salud mental la importancia de trabajar en este ámbito que como se dijo anteriormente se hace oportuna su presencia, es así como a partir de lo mencionado anteriormente surge la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las necesidades que experimentan las personas previas a la cirugía de amputación, desde la perspectiva del profesional de la salud y de la persona?

Esta pregunta nos ayuda a crear un objetivo general y de la derivación de unos objetivos específicos que nos darán la partida para direccionar toda la búsqueda de información que se evidenciaran en los resultados de la investigación, estos objetivos serán encontrados a continuación.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Identificar las necesidades que experimentan personas, previo a la cirugía de amputación, con el ánimo de propiciar reflexiones desde la perspectiva de los profesionales de la salud, y las personas, tendientes a la atención oportuna de dichas necesidades en el sector salud.

5.2 Objetivos Específicos

- Reconocer tanto desde la perspectiva de la persona con amputación como del profesional de la salud, qué sentimientos, emociones y expectativas, se movilizan en este tipo de situaciones.
- Contrastar lo que piensan los profesionales de la salud entrevistados con respecto a la información que se le debe dar a la persona, con lo que la persona con amputación refiere requerir a este nivel.

- Dar cuenta del valor que los profesionales de la salud y la persona con amputación otorga al acompañamientopsicologico en este tipo de procedimientos.

- Identificar que tanto las personas conocen de sus derechos en el área de la salud.

6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE

Se pueden encontrar diversos estudios realizados con el fin primordial de trabajar factores y características asociadas al tema alrededor de la amputación, tanto emocionales como físicas, la cual se encuentran pocos antecedentes investigativos en la etapa prequirurgica de amputación desde la parte emocional y mental, no es menos importante ni poco merecedora de la atención necesaria para hacer un trabajo integral desde esta perspectiva.

Algunas investigaciones alrededor del tema, realizadas tanto a nivel nacional como a nivel internacional se han enfocado en la parte de rehabilitación, etapas pos quirúrgicas, desde diferentes campos en la salud, como lo es la medicina, enfermería, fisioterapia y psicología, esta ultima en la intervención psicológica en la etapa pos operatoria como se dijo anteriormente. Esto debido a las diferentes enfermedades y reacciones emocionales alrededor de una cirugía de amputación, pretendiendo con éstos consolidar factores y características asociadas a ésta patologías ligadas o desencadenantes de este procedimiento quirúrgico.

Para este estudio en particular se tomaron como referencias algunos de los estudios más actuales frente a temas ligados a la amputación y atención prequirurgica,

encontrando en su gran mayoría estudios médicos frente a la diabetes y pie diabético, como también textos alrededor de el conflicto armado en Colombia, minas anti personas, y su incidencia en la amputación traumática de los soldados involucrado.

De los anteriores estudios se puede destacar que se encontraron artículos desde el campo de la psicología frente a la atención prequirurgica en general, y como estos procedimientos suscitan reacciones emocionales donde el paciente debe ser atendido antes, durante y después de su cirugía.

7. Marco De Referencias Conceptuales

7.1 Definición de términos

Para la realización de esta investigación se acudió a planteamientos teóricos que nos permitieran articular a nuestras variables planteadas en la pregunta de investigación y a nuestro análisis, un soporte de base para obtener los resultados, es por esto que se hizo necesario como primera instancia definir el concepto de salud y enfermedad, como también la articulación de la psicología y sus teorías con respecto al ámbito hospitalario, como también se describe el procedimiento quirúrgico de amputación y sus variaciones, además de los aspectos psicológicos alrededor de esta cirugía.

También se hizo pertinente las teorías de orientación humanista como la teoría de necesidades de Maslow, y una mirada humanista del hombre propuesta por Rogers, paradarles la mirada fenomenológicaa las personas propósito de la investigación.

7.2 Concepto De Salud Y Enfermedad

Bastante se ha escrito sobre los conceptos de salud y enfermedad definiéndolos como aspectos opuestos, colocándolas entre lo normal y lo anormal.

La salud y la enfermedad no son dos aspectos opuestos, sino que son un mismo fenómeno. La salud y la enfermedad son un fenómeno biológico que se extiende hasta lo social.

No se puede hacer una definición absoluta, pero haremos un recorrido por algunas de las definiciones que se les ha hecho a ambas, miraremos en primer lugar el Diccionario de la Lengua Española donde el término de salud consta de cinco definiciones principales como:

(Del lat. *salus, -ūtis*).

1. f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

2. f. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

3. f. Libertad o bien público o particular de cada uno.

4. f. Estado de gracia espiritual.

5. f.**salvación**(consecución de la gloria eterna). *Real Academia Española, (2010).*

Para definir el término enfermedad el Diccionario de la Lengua Española reconoce tres definiciones principales como:

1. f. Alteración más o menos grave de la salud.

2. f. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual. *La ambición es enfermedad que difícilmente se curaLas enfermedades del alma o del espíritu*

3. f. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.*Real Academia Española,(2010)*

Al hacer el recorrido conceptual de salud y enfermedad, se puede deducir que estos dos terminos se pueden asociar a la perspectiva o direccion que se le asigne dependiendo del caso, es decir ya sea mental, espiritual o fisico, ademas según la conceptualizacion planteada son terminos asocioados como complementarios, ya que la ausencia de la salud es enfermedad y la enfemedad es sinonimo de no salud.

En términos muy generales y como aproximación teórica al campo de la salud, es necesario también retomar dos nociones que hacen parte de lo que se considera como salud y que por lo tanto tambien del quehacer del psicologo en este campo. Estas nociones son las de promoción y prevención en salud.

Promocion de la salud desde la definicion del Ministerio de Protección Social en Colombia, tiene que ver con todos aquellos procesos encaminados a mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma, actuando sobre los determinantes de la salud, tanto biologicos, ambientales, sociales y psicologicos, a traves de la formulación de políticas públicas, la creacion de ambientes favorables para la salud, el fortalecimiento de la acción y participación comunitarias y el desarrollo de comportamientos para el logro de estilos de vida saludables. (Gaviria, 1998)

La Prevención por su parte, tiene que ver con las acciones y estrategias que se llevan a cabo para la protección a los individuos y a las comunidades, de factores de riesgo para evitar la ocurrencia de enfermedades especificas. Esto implica, un conocimiento de los factores determinantes de las enfermedades, tales como los factores ambientales, genéticos, sociales, laborales, ocupacionales y los comportamientos de los individuos. (Idem, 1998)

En el campo de la prevención en salud se reconocen tres tipos de prevención:

-Prevención Primaria: Busca reducir el riesgo de la aparición de una enfermedad. Son aquellas acciones especificas que se instauran a partir de los factores de riesgo antes que la enfermedad se instaure.

-Prevención Secundaria: Cuando la enfermedad ya se ha instaurado, se busca su detección temprana, oportuna y efectiva con el animo de controlar su duración y sintomatologia.

-Prevención Terciaria: Con la enfermedad ya instaurada y en curso, busca reducir, minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que promover la adaptación a condiciones irremediables.

Idealmente se esperaría en términos de salud, que las acciones estuviesen mas encaminadas al ámbito de la promoción de la salud, en procura del mantenimiento de la misma, sin embargo como se verá en el transcurso de la discusión y en el análisis de resultados, las acciones en nuestro pais, suelen estar mas encaminadas al ámbito de la prevención, cuando ya la enfermedad se ha instaurado.

Ahora, a continuación se articula los aspectos de la psicología en el ámbito clínico-hospitalario, empezando por la psicología de la salud, seguido del psicólogo en hospital.

7.3 Psicología De La Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud comoun estado de bienestar completo tanto físico, como mental y social además de nolimitarse a definirla como la ausencia de enfermedad o malestar. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

OMS, (2007), hace una referencia en cuanto al primer intento generalmente aceptado de definición formal de la psicología de la salud concepto propuesto por el autor Joseph Matarazzoen 1980, quien consideró la psicología de la salud, como cita el autor fielmente, lo siguiente, "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Esta definición acaba por convertirse en el conceptoempleado por la División de la Psicología de la Salud de la *American PsychologicalAssociation* (APA).

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias.

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1977 y en 1978, asi:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Para llevarlos a cabo se debe enfatizar en:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

Estas funciones son aquellas que por ética el psicólogo en el ámbito hospitalario debe cumplir a cabalidad, proporcionando todo lo anterior mente mencionado a los pacientes y a todo el equipo de salud que lo acompaña.

7.4 El Psicólogo En El Ámbito Hospitalario.

Hospital viene de la palabra “hospice”, significando esta a su vez “casa de acogida” y “lugar para morir”, en este mismo orden de ideas, en la actualidad, el hospital ha sido suficientemente fiel a su significado, pues se encarga de albergar y acoger a las personas que buscan una solución a su problema de salud, un lugar seguro donde depositar su confianza.

Si bien un hospital es un espacio para la prestación de servicios médicos, y psicológicos, es también una organización empresarial donde todo tiene un orden jerárquico, normas y esquemas administrativos de trabajo, como en cualquier empresa.

Cada hospital debe tener varios departamentos, puesto que al aumento de conocimiento, y con él, de tecnología y especialidades, el hospital necesita distribuir funciones determinadas funciones. Lo anterior trae como resultado la autonomía de cada departamento, y con esto el poco trabajo de contacto entre ellos, evidenciándose también el trato hacia el paciente. Es importante resaltar que un hospital dependiendo de donde esté ubicado geográficamente arrojara a su vez, los aspectos socioculturales de la población, y a partir de esto, el equipo humano del hospital, sabrá como acercase y tratar con esta.

Cuando el potencial iatrogénico de la hospitalización de un paciente aparece, en otras palabras, el equipo humano del hospital está en la capacidad de tratar a los pacientes con diferentes tratamientos, que en ocasiones pueden causar empeoramiento de la salud de este, por diferentes razones, sin embargo por esto mismo el hospital se encarga de propiciar salvedad para el paciente en la parte física, cultural, estructural, y social.

Los aspectos psicológicos que abarcan una hospitalización pueden ser varios, ya que solo con los olores, los ruidos, el diseño de las habitaciones, las salas de espera, el mismo entorno del hospital conlleva a que el paciente se “aculture”, en la cultura hospitalaria, debido a los tecnicismos que se dan entre los profesionales. La incidencia de la hospitalización produce ruptura con los roles habituales y la limitación en el uso de recursos sociales del paciente.

Por otro lado tenemos la relación médico-paciente, tradicionalmente vista como confidencial, y que actualmente esa confidencialidad se está viendo vulnerada por la forma particular en la que otros profesionales y estudiantes también hacen parte en el diferencial de diagnostico, es decir la salud del paciente es una discusión pública.

El equipo del hospital pareciese que fuera entrenado solo para el trato de enfermedades y no de pacientes, es una atención despersonalizada, sin embargo ante

todo lo anterior, las dinámicas de hospitalización pueden cambiar si la interacción fuera centrada en el paciente.

Donde el profesional es menos controlador, pues hace preguntas abiertas, y no tiende a ignorar otros temas diferentes a la enfermedad, es decir se preocupa por la necesidad del paciente en lo biológico y psíquico cultural.

Si bien se hace un recorrido a la labor del psicólogo y la psicología en el ámbito hospitalario, es importante resaltar que ante este marco conceptual, la temática que nos atañe, liga y atraviesa esta labor ética de psicólogo con respecto al ámbito hospitalario y todo el personal que se encuentra dentro de este, en este trabajo es la amputación, ya que son las situaciones que las personas que participan en esta tesis necesariamente han pasado por este procedimiento, y es así como se hace pertinente desglosar este concepto para su mayor comprensión.

7.5 Amputación

La amputación traumática completa se define como la separación o desarticulación total de un segmento del miembro del resto del cuerpo. En la amputación incompleta o parcial queda algo de tejido blando de conexión, pero hay sección completa de los vasos principales y, al menos, del 75% de las partes blandas. Jaramillo, (2010)

Por lo general las amputaciones son el resultado de múltiples causas como traumatismos, enfermedades vasculares, infecciones, tumores y defectos congénitos.

Es importante resaltar que para determinar si es pertinente el procedimiento quirúrgico, es si, y solo si, hay perdida completa de el aporte sanguíneo a la parte afectada. Así mismo en el proceso quirúrgico de amputación lo que prima es la necesidad de mantener la mayor cantidad del miembro que va hacer amputado, la razón de ser de la cirugía no es otra que detener el deterioro del miembro, ya que si esta cirugía no se realiza a tiempo es posible que se comprometa todo el miembro u otros miembros del cuerpo, de esta manera, como en el caso de infección en este ámbito traumatológico, la amputación sirve como mecanismo de prevención para evitar la expansión de la infección en otros miembro o en su defecto órganos.

A continuación se discrimina los diferentes tipos de amputación, ahondando principalmente en la amputación de extremidades.

- Amputación de dedos
- Amputación parcial de pie (Chopart, Lisfranc)
- Desarticulación del tobillo (Syme, Pyrogoff)
- Amputación debajo de la rodilla (transtibial)
- Amputación en la rodilla (desarticulación de la rodilla)
- Amputación arriba de la rodilla (transfemoral)
- Rotación de Van-ness (Rotación del pie y reimplantación de forma que la articulación del tobillo se utiliza como rodilla.)
- Desarticulación de la cadera
- Amputación en la pelvis.

-Brazo

- Amputación de dedos
- Amputación metacarpiana
- Desarticulación de muñeca
- Amputación del antebrazo (transradial)
- Desarticulación del codo
- Amputación arriba del codo (transhumeral)
- Desarticulación del hombro y posterior amputación.

- Hemicorporectomía, o amputación en la cintura, es el tipo de amputación más radical.

7.5.1 Razones para una cirugía de amputación:

- Tumores cancerígenos en huesos (por ejemplo, osteosarcoma, osteocondroma)
- Heridas severas en los miembros, en los cuales no se puede salvar el miembro, o donde los intentos de salvar el miembro han sido fallidos
- Problemas de circulación
- Deformidades de los dedos o extremidades
- Canceres avanzados
- Gangrena
- Infección en los huesos (osteomyelitis)

- Amputación traumática (La amputación tiene lugar en la escena del accidente, la extremidad puede haber sido parcial o totalmente seccionada)
- Amputación en el útero (Amniotic band)
- Mastectomía (amputación del seno) por cáncer de seno.

La amputación es un término que atraviesa todo el trabajo que se propone esta tesis como se dijo anteriormente, siendo así, en el contexto colombiano la amputación como se nombró en el diagnóstico, es un procedimiento quirúrgico que es el resultado de muchas causantes, en Colombia la diabetes y las minas antipersona son las principales causas de una cirugía de amputación, o de amputación inmediata como es el caso de las víctimas de minas.

De la misma manera es pertinente acercarnos a los aspectos que nos competen a la psicología dentro de este procedimiento es por esto que se revisan algunos de los aspectospsicológico que entran a ser parte de este procedimiento.

7.5.2 Aspectos Psicológicos De La Cirugía De Amputación

En este apartado se describe a grandes rasgos divido en ítems las consecuencias psicológicas que pueden resultar de una cirugía de amputación.

1-CAPACIDADES FÍSICAS

-Limitaciones funcionales

-Fracasos Funcionales

2-COMODIDAD

-Dolor Relacionado con la prótesis.

-Sensaciones Fantasma o Dolor

-Cansancio

3-APARIENCIA

-Consideraciones Visuales.

-Consideraciones auditivas.
-Cambios en autoestima/autovaloración tras la pérdida

4-FACTORES VOCACIONALES Y ECONÓMICOS

5-CONSIDERACIONES SOCIALES
-Conducta y dificultad en la relación con los demás
-Dificultades de ajuste/incorporación laboral
-Limitaciones en la movilidad
-Costos de las prótesis

6-CONSIDERACIONES EMOCIONALES

-Estrés postraumático
-Ansiedad frente a la cirugía, temores, sentimientos de minusvalía
-Desafíos en su entorno y en su vida frente a la nueva condición.

Lo anterior encierraalgunos delos aspectos psicosociales a los cuales la persona se puede enfrentar, aclarando que siendo el ser humano único, y teniendo en cuenta su proceso subjetivo, estos aspectos pueden o no presentarse.

Así mismo y teniendo en cuenta las definiciones anteriores se consideran para este marco de suma importancia, articular lo que dice la ley con respecto a los deberes y derechos de la persona hospitalizada. Teniendo en cuenta su extensión, se adjunta en anexos, sin embargo, algunos de sus artículos serán mencionados en este apartado, dado que son valiosos para el análisis.

Parámetros Decreto De Ley 1471

En ejercicio de las atribuciones legales, especialmente las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del Decreto Ley No. 1471 de 1991 en la constituciónplantealo siguiente:

Artículo 1º estipula

- La persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

- Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

Si bien lo anterior nos direcciona a un aterrizaje de conceptos pertinentes para el desarrollo de la investigación también como parte primordial de esta investigación, se escogió el marco de la teoría humanista, con el propósito de aprender a hacer lectura desde el marco de referencia del otro, tal como nos lo presenta esta perspectiva desde su punto de vista fenomenológico.

8. Marco Conceptual Base desde La Psicología Humanista

8.1 Teoría De La Jerarquía De Necesidades - Abraham Maslow

Maslow estableció una serie de necesidades experimentadas por el individuo, dando origen a la llamada «pirámide de necesidades». Según esta teoría, la satisfacción de las necesidades que se encuentran en un nivel determinado lleva al siguiente en la jerarquía, sin embargo se dan algunas coincidencias entre un nivel y otro ya que no se da una satisfacción total de las necesidades.

Maslow,1998, indicó en un principio cinco niveles de necesidades y los clasificó por orden de importancia. En la base de la pirámide se encuentran las necesidades básicas o primarias, y en la cúspide las de orden psicológico o secundarias.

La clasificación de lapirámide de necesidades segúnMaslowestá dada en el siguiente orden jerárquico, y se resumiráa continuación en que consta de cada una:

Necesidades Fisiológicas: Hacen referencia a aquellas necesidades que el autor denomina como de “supervivencia”. Se consideran como básicas en la subsistencia de cualquier ser y en términos de categorías se encuentra todo lo que encierra, alimento, líquido, refugio, sexo, sueño y oxigeno.

Necesidades de seguridad: Están relacionadas con la forma en que la sociedad se organiza para distribuir de manera equitativa las necesidades de sentirse protegido, de vivir en un ambiente estable y tener garantizado el acceso a servicios básicos como lo son la salud, bienestar social, seguridad ciudadana, entre otras.

Necesidades de amor y pertenencia: Se refieren al grupo de necesidades que generan sentido de pertenencia a la persona en su contexto, hacen referencia a la necesidad de crear nexos de afecto, en obtener un lugar propio en su grupo particular y en su contexto.

Necesidades de Afecto: se dividen en dos, la autoestima que incluye el afecto así mismo, y por parte de los otros, que incluye reconocimiento, aceptación, reputación y aprecio.

Necesidades de la actualización del yo: es la necesidad psicológica referente al crecimiento, desarrollo, y utilización del potencial propio.

Necesidades de saber y comprender: la curiosidad constituye unacaracterística de la salud mental, la necesidad de saber y entender, de comprender, de sistematizar, organizar la información que se recibe del exterior.

Cuando se han cubierto las necesidades vitales, son los deseos de cada individuo los que establecerán el orden de necesidades e incluso podrá modificar la jerarquía con el paso del tiempo.

El ser humano está motivado por cierto estas necesidades básicas que abarcan a todas las especies, estas necesidades, según Maslow, al parecer, son inmutables, además de tener base en el origen, genética o instintiva.

Maslow propone que el ser humano está atravesado por necesidades de índolepsíquicamás que puramente fisiológicas, estas necesidades, son los aspectos íntimos de la índole humana, y la cultura no puede desaparecerlas, solo reprimirlas. Es así, como las personas pueden o no tener conciencia de sus necesidades vitales, negándolas o reconociéndolas. El ser humano con la satisfacción de sus necesidades tiene la propensión de buscar su desarrollo y autorrealización de acuerdo a su cultura y contexto.

De la misma manera articulando a las necesidades y la mirada humana que plantea Maslow en su teoría, se evidencia dentro de la formación del trabajo planteado la necesidad de ligar la teoría fenomenológica Rogeriana que se verá a continuación demostrando y soportando la idea de esta tesis, que es, de alguna manera la humanización de la persona pre quirúrgico.

8.2 Concepto De Persona Según Carl Rogers, Una Visión Fenomenológica De la persona

La teoría propuesta por Rogers nos ayuda tener una visión de las personas más humana, además de considerarlas como un todo, como un ser construido por diferentes esferas.

El hombre vive subjetivamente, de una manera consciente o inconsciente los sentimientos, emociones y percepciones de las personas estánllenas de elementos que los hacen muy personales.

Se puede tener en cuenta la perspectiva de hombre que muestra Miguel Martínez M (1995) "*El hombre comienza su labor cognoscitiva tomando conciencia de su mundo interno experiencia, de sus vivencias, es decir las personas perciben el mundo de acuerdo con su realidad personal y subjetiva, sus necesidades, deseos, aspiraciones, valores, sentimientos."*

Es un ejercicio de lo que es "de adentro hacia fuera", es decir cómo se vivencia ese mundo exterior y como se evidencia en la interiorización que hacemos de él.

El concepto de persona según Rogers, nos propone que las personas, en el trascurso de la actualización de sus potenciales, crearon la sociedad y la cultura, sin embargo, esto no es una novedad ya que somos seres sociales; está en nuestra naturaleza, pero, al crearse la cultura, se desarrolló una vida propia.

Rogers nos dice que los organismos saben lo que es más conveniente para ellos. La evolución nos ha equipado con los sentidos, los gustos, las discriminaciones que necesitamos, facilitándonos la posibilidad de crear un mundo subjetivo conformado por símbolos que nos determinaran como "auto representantes" de lo que somos, de lo que creemos, de lo que elegimos, es decir como creamos nuestra personalidad.

La *actitud básica* que debe asumir el terapeuta y que Rogers enfatiza, tiene tres aspectos: a*utenticidad*, *aceptación incondicional* del asesorado y *comprensión empática* del mismo, las cuales activan la *"tendencia actualizante"* de la persona, la cual se concibe como la capacidad natural e innata de autodesarrollo que posee toda persona (cambio de sus autoconceptos, actitudes y conductas), y que la llevará al máximo despliegue y auto-realización de sus potencialidades, cuando se dan esas condiciones. No es cuestión de hacerle algo al individuo o de inducirlo a hacer algo en relación a sí mismo. Por el contrario, se trata de liberarlo para que tenga un crecimiento y un desarrollo normales, de quitar obstáculos para que él pueda ir otra vez hacia delante. (Martinez, 2006)

> *Rogers enfatiza que la tendencia actualizante es propia también de todo ser vivo según su propia naturaleza, como una ley general del universo, y así se evidencia en todos los niveles de los organismos vivientes: en efecto, hasta las semillas de muchas plantas pueden permanecer dormidas por muchos años, pero, cuando se le ofrecen las condiciones adecuadas, brotan, crecen y florecen con plenitud.* (Idem, 2006, pág. 12).

El Concepto de Persona

Rogers repitió muchas veces, especialmente en sus últimos tiempos, que él "deseaba anteponer y valorar a la persona por encima de todo" (Rogers 1989, citado en Martinez, 2006). El concepto de persona desde el punto de vista del autor está dotado de una serie de postulados básicos entre los cuales se destacan:

-La singularidad, atendiendo a que cada ser humano es único e irrepetible

-La percepción subjetiva del mundo, donde cada cual experimenta su realidad conforme a la manera como ha construido su realidad.

-La responsabilidad, atribuyendo a cada persona el valor de sus elecciones y sentidos en el mundo.

- El valor de las relaciones profundas y la capacidad del ser humano desde su carácter relacional de establecer dichas relaciones.

La propuesta de persona de Rogers, le apuesta más a ese carácter relacional del ser humano y por eso el acompañamiento desde esta perspectiva no va dirigido hacia un problema o la solución del mismo, sino a la persona en si "Terapia centrada en la persona", tal como lo queremos asumir en esta investigación, centrándonos en la forma como las personas que experimentan la cirugía de amputación, viven su mundo, lo sienten y como esto también les afecta.

Este marco conceptual nos ayuda a soportar todo el trabajo propuesto en esta tesis, es decir, nos da la apertura para la comprensión y análisis de los discursos, para darle base conceptual a la tesis, y como también nos permite sustentar la pertinencia, importancia y deber de la intervención de la psicología en este ámbito, si bien este marco de referencia nos muestra la forma teórica de comprender los discursos de las personas

alrededor del tema que nos atañe, se busca que estos discursos a la luz de la teoría humanista sean comprendidos desde una mirada biopsicosocial del ser humano, queriendo decir con lo anterior, que la pretensión de el marco teórico aquí utilizado como herramienta de soporte, es establecer una diferenciación del concepto de pacientea persona, de acuerdo a los objetivos planteados y la posición critica frente a la concepción de una personaen el ámbito de la salud como un ser solo biológico.

9. Metodología

9.1 Tipo De Estudio

Esta investigación, se sitúa como un estudio exploratorio, el cual busca por medio de entrevistas semiestructuradas, análisis y observación, reflexiones acerca de las necesidades que experimentan personas, previo a la cirugía de amputación.

La Investigación exploratoria no intenta dar explicación respecto del problema, sino sólo recoger e identificar antecedentes generales, números y cuantificaciones, temas y tópicos respecto del problema investigado, sugerencias de aspectos relacionados que deberían examinarse en profundidad en futuras investigaciones. Su objetivo es documentar ciertas experiencias, examinar temas o problemas poco estudiados o que no han sido abordadas antes. Por lo general investigan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el “tono” de investigaciones posteriores más rigurosas.

Los estudios exploratorios se efectúan, dicen unos populares autores, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

La población escogida para la realización de esta investigación constó de 2 profesionales de la salud, una psicóloga y un médico especialista en traumatología y ortopedia, y por otro lado 2 personas amputadas.

Así mismo para la recolección de la información se realizó una entrevista semiestructurada divida en: Preguntas a profesionales de la salud y Preguntas a personas amputadas. Esta entrevista es creada por las investigadoras con parámetros que arrojaron la información necesaria para que se articulara a los objetivos.

9.2 Instrumento

En esta investigación se utilizó la entrevista semiestructurada por considerarla el método más pertinente para abordar la temática y población objeto de estudio, elaborada por las investigadoras acorde con las categorías de análisis.Se elaboraron preguntas que permitieran dar cuenta de las necesidades que se evidencian en la etapa preoperatorio de amputación, desde la perspectiva del profesional de la salud y los pacientes frente al procedimiento quirúrgico ya mencionado.Sin embargo cabe mencionar, que si bien la entrevista tiene un diseño metodológico previo, es en el encuentro con el otro donde muchas de las preguntas se amplían, se reconoce a su vez la limitación del instrumento mismo dada la primera experiencia en investigación formal en este campo y estos ajustes se consideran en análisis de resultados.

Esta entrevista entonces, se realizó a 2 profesionales de la salud, médico y psicóloga, y a 2 personas que han sido sometidas a cirugía de amputación, con el fin de propiciar una perspectiva bilateral, la medicina y la psicología escogidos intencionalmente ya que están vinculados actualmente y activamente con el tipo de población a estudiar, y los pacientes como testimonio personal de esas necesidades que los acarrean como ser integral, puesto que ellos han sido ya sometido a dicho procedimiento quirúrgico.

Para la realización de este instrumento se crean una serie de preguntas, que guiaron la búsqueda de las investigadoras para determinar la elaboración de las reflexiones que surgen del discurso del paciente y los profesionales de la salud:

Esta investigación se dividió en 3 categorías de análisis que permitirá direccionar con los conceptos planteados en el marco teórico, una guía para la obtención de resultados:

10. Categorías De Análisis

10.1 Necesidades

Desde la perspectiva de Necesidades de Maslow, 1998, en esta investigación las necesidades o demandas que la persona requiere para una adecuada asimilación de su proceso previo a la cirugía de amputación, se han clasificado en el siguiente orden:

Necesidades de reconocimiento: En esta investigación tienen que ver como lo plantea Maslow, a la valoración que se hace de la persona como un todo, haciendo un especial énfasis en su dimensión afectiva, teniendo como principal eje de análisis, el reconocimiento de las emociones y sentimientos a los que se enfrenta la persona previo a la cirugía de amputación.Vale la pena anotar que en la psicología humanista, aunque si bien se considera a la persona como un todo, la dimensión afectiva tiene un lugar de especial atención, en relación con lo corporal y lo mental.

Necesidades de información: Esta categoría, si bien está vinculada con la anterior, se quiso discriminar, para dar cuenta de la manera como el profesional de la salud percibe la necesidad de saber de su procedimiento desde la perspectiva del profesional, en contraste con la de la persona con amputación. Se pregunta básicamente acerca de la información que se recibe, a través de quien y en qué medida esa información le aporta a su proceso de aceptación.

Necesidades sociales: En esta investigación las preguntas de esta categoría están dirigidas principalmente a dar cuenta del modo en que los profesionales reconocen el valor del acompañamiento en este tipo de procedimientos así como se incluye en el aspecto social, el reconocimiento de los derechos del paciente en salud, indagando acerca de los mismos.

Se resalta también, que estas categorías, en las preguntas se entrecruzan entre si y es probable que al ser una entrevista semi-estructurada, nuevas preguntas emerjan, teniendo en cuenta que es la primera experiencia investigativa formal de las autoras, como se refirió en apartado anterior.

10.2 Persona

Esta categoría se toma basándonos en la teoría fenomenológica de Rogers, de reconocimiento de la persona como un ser cultural y subjetivo, que se ve en la necesidad de ser visto de una manera más humana, frente al discurso usualmente utilizado en la información que se proporciona a este, en el proceso previo a una cirugía de amputación.

10.3 Profesional de salud

Si bien esta categoría es creada intencionalmente con un profesional experto en traumatología y ortopedia, por parte de la medicina, y en la psicología, una psicóloga de asistencia hospitalaria encargada de Inter consultas en traumatología en una clínica de Cali, se entenderá entonces en esta categoría como la importancia de la mirada y percepción de los directos involucrados en la parte de salud con respecto al paciente, desde su experiencia con la población previa a cirugía de amputación.

Para poder dar cuenta de las categorías de análisis realizamos una entrevista que consta de preguntas del interés de las investigadoras para obtener los resultados de manera puntal en la investigación, estas preguntas buscaron que la personas entrevistadas dieran cuenta de nuestro propósito en este trabajo a continuación les presentaremos las preguntas que se realizaron para poder entrevistar tanto a las personas amputadas como al los profesionales de la salud.

10.4 Preguntas Realizadas A Las Personas Amputadas.

1. ¿Que sentimientos experimento usted cuando le dijeron que lo iban amputar?
2. ¿La cirugía le generaba miedo, tristeza, desilusión, rabia?
3. ¿Usted sabia porque le iban amputar?
4. ¿Cómo se entera usted de la cirugía de amputación?

5. ¿Quién le brinda la información del procedimiento quirúrgico?
6. ¿Le parece importante el hecho preparen a una persona para un procedimiento de amputación?
7. ¿Usted considera que le dieron la información necesaria para el procedimiento que le iba hacer?
8. ¿Quién lo acompaño en el proceso previo a la amputación aparte de medico?
9. ¿Si no le dieron la información, le hubiera gustado que se la dieran?
10. ¿Le parece importante que se le brinde la información?
11. ¿Después de la operación tuvo algún acompañamiento por parte de la entidad de salud?

10.5 Preguntas Realizadas A Profesionales De La Salud

1. ¿Se prepara a la persona que va ser amputada para la intervención quirúrgica, desde la parte médica y psicológica?

2. ¿Quién es la persona encargada de dar la información?

3. ¿Quién lo acompaña a usted en el momento que va dar la información?

4. ¿Qué tipo de información se le da a la persona que va ser amputada?

5. ¿Cuando usted da la información, como percibe emocionalmente a la persona que va ser amputada?

6. ¿Qué tanto conoce usted como profesional de la salud las necesidades de una persona que se le va realizar una cirugía de amputación?

7. ¿De acuerdo a su experiencia cuales son las necesidades mas recurrentes que tienen las personas que van hacer amputadas?

8. ¿Usted cree que es necesario que a la persona que va ser amputada se le haga un acompañamiento psicológico?

9. ¿Qué tipo de acompañamiento tiene la persona después del procedimiento quirúrgico?

De acuerdo a las preguntas planteadas y a las respuestas obtenidas de las personas amputas y los profesionales de la salud se realizo un cuadro teniendo en cuenta las categorías de análisis, el cual encontrara completo en los anexos, aquí mostramos el esquema.

Profesional de la Salud	Necesidades del la persona amputada		
	Reconocimiento	Información	Social
Médico Traumatólogo Ortopedista	Preguntas : 1-3-5-6-7-8	Preguntas : 2-3-4-6	Preguntas : 6-8-9
Psicóloga Clínica	Preguntas : 1-3-5-6-7-8	Preguntas : 2-3-4-6	Preguntas : 6-8-9
Personas amputadas			
Amputado ambas piernas por diabetes	Preguntas : 1-2-3-6-7-9-10-11	Preguntas: 3-4-5-6-7-10	Preguntas: 5-6-8-9-11
Amputado pierna derecha debido a un CA.	Preguntas: 1-2-3-6-7-9-10-11	Preguntas: 3-4-5-6-7-10	Preguntas: 5-6-8-9-11

11. Presentación Y Análisis De Resultados Investigativos.

Basándonos en lo anteriormente dicho a continuación se encuentra un cuadro donde de acuerdo a las entrevistas realizadas se clasificó la información, organizándolas en las respectivas categorías de análisis planteadas en la investigación, y mediante las cuales se buscaba obtener los resultados.Posterior a la presentación del cuadro síntesis, que recoge en términos generales algunas de las frases representativas tanto de los profesionales como de las personas con amputación, se realiza un análisis intentado articular las categorías de análisis y los objetivos de la investigación, para así desarrollar las conclusiones del trabajo.

11.1 Análisis De Resultados

La técnica de recolección de datos fue realizada por medio de lo anteriormente planteado en el instrumento, aquí, se encontrara los análisis que se realizaron a las entrevistas, mirando la perspectiva de los profesionales de la salud y la persona amputada las necesidades que entran en juego en la etapa prequirúrgica de una cirugía de amputación.

Es así como estos resultadosrelacionados con las categorías de análisis y los hallazgos en este trabajo nos ayudan a soportar los objetivos planteados

11.1.1 Necesidades de reconocimiento:

Hacer un reconocimiento a la persona que va ser amputada es fundamental pero poco aplicado en el área de la salud, como nos lo menciona el Médico entrevistado, al decir que a la persona se le hace un seguimiento de rehabilitación física, con médicos, fisioterapeutas, neurólogos pero el acompañamiento psicológico es escaso, sin embargo por parte del personal médico hay un nivel de reconocimientode la importancia del psicólogo ayude con el manejo de las emociones del paciente.

Es importante resaltar que un hospital dependiendo de donde esté ubicado geográficamente arrojara a su vez, los aspectos socioculturales de la población, y a partir de esto, el equipo humano del hospital, sabrá como acercase y tratar con esta.

Es por lo anterior y articulándolo a lo dicho por la psicóloga, se determina que hacer unreconocimiento a la persona que va ser amputada es necesaria, puesto que este reconocimiento es escaso por parte de los médicos ya que ellos ven a la persona como una urgencia biológica que debe ser atendida, cabe aclarar que según los hallazgos extraídos del discurso por parte de la psicóloga entrevistada, los médicos ahora reconocen que hay un profesional que puede hacer un acompañamiento psicológico en el momento de dar la información y para la preparación pre quirúrgica; es importante reconocer a la persona como un sujeto que sufre, que tiene unas facultades cognitivas que le permiten entender en un principio y después comprender lo que le esta pasando,

en este momento la psicóloga cree que es necesario reconocer al ser humano y no verlo como algo orgánico, pero la mayoría de veces los médicos ven lo orgánico y pocas veces reconocen al sujeto.

Desde la mirada de la personas amputadas, un caso manifiesta que el sector de la salud si le hace el reconocimiento, pero se puede decir que él es el que no reconoce sus necesidades, al decirle al médico que no se preocupe por psicólogos, entendiendo esto como la evitación del proceso psicológico debido al parecer por desconocimiento de la labor de este, es decir que en ocasiones el acompañamiento psicológico no se hace por no demanda del paciente.

El otro casomanifiesta que él no tuvo ningún tipo de acompañamiento psicológico, sin embargo refiere que le hubiera gustado tener un psicólogo, ya que manifiesta que el psicólogo puede entender mejor la situación por la que se está pasando, en este caso los hallazgos durante todo su proceso antes y después de la cirugía se encuentra que no hay presencia de psicología, y en ningún momento el servicio es brindado, comprendiendo así de nuevo el poco reconocimiento que se le hace al paciente a nivel mental en este tipo de procesos, solo le hacen controles a nivel medico, de acuerdo a su evolución física.

Según lo referido por las personas amputadas, se puede decir que el reconocimiento que se le hace a las personas que pasan este procedimiento a nivel mental y sentimental, es escaso e incluso ellas mismas desconocen que puede ser necesario el acompañamiento del psicólogo en un proceso como lo es la amputación, con lo anterior se puede deducir que falta por parte de la entidades de salud, y el cuerpo médico mismo, un reconocimiento más humano del paciente, pues así, el lugar de la psicología tendría más cabida.

Si bien como nos lo expresaba a inicio del trabajo una de las psicólogas practicantes, en muchas ocasiones la persona llega a la cirugía cuando ya hay que practicarle la amputación, también se dan los casos como lo encontramos con los entrevistados, en los cuales, ni siquiera se ha considerado las emociones, expectativas que la persona tiene frente al proceso y en ese sentido, es entender también la mirada exclusivamente “sintomatológica” que tiene nuestro sistema de salud al respecto, donde no se mira a la persona como un todo, sino como una “parte” de un cuerpo físico a la cual hay que atender, y con eso se asume que se está dando cubrimiento a sus necesidades, no dando lugar a la importancia de las emociones, como en este caso.

11.1.2 Necesidades de Información:

La información que reciben las personas que va hacer amputadas de acuerdo a las respuestas de las personas que pasaron por esta intervención es muy escasa o puntal, como pasa con el sujeto 1 que solo sabía que al amputación era consecuencia de la diabetes, pero no tuvo ninguna información de cómo o en qué consistía el procedimiento; en el sujeto 2 vemos que la información es mal manejada y ocultada ya que él no se entera por medio del médico sino por una de las asistentes.

Cuando la persona pasa con el médico, este solo le manifiesta que deben de amputarlo, pero no le explica porque se le debe de realizar el procedimiento, ni que es lo que esto significa e implica en su vida.

Es a través de la demanda de la persona que el médico procede a explicar, sin embargo debería estar como protocolo de base, el brindar la información al paciente acerca de lo que significa el procedimiento. Además, de acuerdo a lo referido por la psicóloga, podemos decir que las personas amputadas no entienden la información dada por el médico, porque esta normalmente es en términos médicos.

Maslow, 1998, en uno de sus planteamientos acerca de las necesidades del ser humano dictamina un apartado donde habla de “la necesidad de saber y comprender”, la cual dice que la persona tendrá la necesidad de saber y entender, de comprender, de sistematizar, organizar la información que se recibe del exterior, sin embargo, desde la parte de los profesionales de la salud podemos decir que ellos reconocen que la información que se le brinda a lapersona es escasa, como lo vemos en el caso del médico, que nos dice que algunos médicos creen que no es necesario brindar la información, pero esto no es en todos los casos.

Se puede decir de acuerdo a las respuestas dadas por el médico y la psicóloga que el manejo y la forma de darle la información a la persona que va a ser amputada depende de cada médico,y no es un asunto que provenga de políticas institucionales acerca del manejo de pacientes pre-quirúrgicos, en este caso, desde la cirugía de

amputación. Sin embargo, se encuentra también que los médicos ahora está empezando a ver la necesidad de esa comunicación con el paciente, situación que no es enseñada en la formación académica, dado que esta se centramás en el saber técnico y científico, que en la humanización, lo que forma a alguno profesionales de la salud carentes de formación humana y tendientes a ver a la persona como la patología no como ser humano.

Correa y Arrivillaga, (2007) hacen una crítica de las escuelas de medicina al decir que estas insisten en el hombre biopsicosocial, pero en la praxis se enfocan únicamente enel órgano enfermo.

También se habla de una evolución, ya que ahora se pueden encontrar algunos médicos que tienen en cuenta que la persona que va ser amputada tiene la necesidad de ser vista como algo mas que un cuerpo, además de tener un reconocimiento como una persona que tiene emociones, un contexto familiar, social laboral, social y que todo esto se puede afectar con el procedimiento que le va a realizar. De acuerdo a la experiencia de la psicóloga nos dice que el ideal es que el médico que es el encargado de dar la información al paciente, esté acompañado de un psicólogo; este acompañamiento actualmente ha ido ganando terreno, empero, siempre no se hace, debido a los horarios que maneja el especialista y el psicólogo casi nunca coinciden.

De acuerdo a las respuestas dadas por los sujetos entrevistados, podemos decir que la información dada por parte de los médicos a las personas que van hacer amputada es escasa y poco entendible, aunque se reconoce que el psicólogo ha ganado un poco de terreno al tratar de hacer el acompañamiento a estos pacientes, para luego brindarles la información de una manera que la puedan entender, haciendo las veces de “traductor” de lo que el médico le plantea a la persona.

La ley al respecto, estipula que es de suma importancia la parte cultural y psicológica de la persona a la hora de brindar la información:

Toda persona tiene derecho a recibir una información adecuada como está estipulado en Ley 1417 de 1991, Articulo 1° constituciónnacional *“La persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus*

condiciones psicológicas y culturales" este derecho es poco conocido por los personas que se encuentra en el ámbito hospitalario ya sea usuario o personal de la salud. Esto se hace notorio actualmente en nuestros escenarios de practica, donde estamos realizando charlas sobre deberes y derechos del paciente, y de acuerdo con las cuales, se puede decir que pocas personas saben que un deber del personal de la salud y un derecho como personas brindar o recibir una información clara y en términos comprensibles, como también a no ser informados. En este sentido viene bien la invitación de la fenomenología rogeriana, a comprender que cada persona percibe su mundo, conforme al marco de su propia realidad, y en este sentido, el personal de salud, no puede asumir que las personas que están como pacientes, puedan "comprender" la terminología médica por ejemplo, del mismo modo como ellos la han estudiado. Esta labor de "bajarse" al nivel del paciente, es un gesto de escucha, respeto e interés por el otro.

Existen otros derechos que se encuentran en anexos, y que tienen que ver con la red de apoyo a la que tienen derecho las personas en el momento de la hospitalización. A continuación se lleva a cabo el análisis de la categoría de necesidades sociales, enfocadas más al reconocimiento de derechos y necesidad de acompañamiento en el proceso de la amputación.

11.1.3 Necesidades Sociales:

La parte social siempre está implícita en todas las personas, de acuerdo a los referido por los entrevistados, ya sean profesionales de la salud o personas amputadas, podemos decir que el impacto emocional que tienen dependen de su contexto, esto no lo enfatiza el médico al tener en cuenta que el impacto de la noticia depende de la cultura, creencias de las personas, como hay personas que lo toman de una manera muy calmada, otras negándolo, o evitándolo, pero todas estas reacciones dependen de su contexto, de sus expectativas frente al proceso mismo, el apoyo recibido, entre otros aspectos.

La mayoría de las personas al darles la noticiade la amputación, quedan en estado de "shock",como una suerte de impacto inicial ante la noticia. Después se suscitan emociones, ya sea de miedo, tristeza, aceptación, negación, entre otras.

Se encuentra que al comparar con los diferentes antecedentes encontrados, esta categoría social nos ayuda a ratificar que los parámetros de ley que están direccionados a

la idea de una clara y detallada información a la persona, de que todo procedimiento que se le realice debe ser de acuerdo a su cultura y contexto, los profesionales de la salud en ocasiones olvidan este deber moral, civil y ético que tiene para con la población, además de la tendencia a aislar las emociones que entran en juego desde el momento de la noticia, dando como resultado una subestimación del valor del acompañamiento psicológico en este tipo de procedimiento. De la misma manera y siguiendo con los parámetros de la Ley como factor social determinante en el ser humano, y la tesis misma, se logra vislumbrar, como la misma persona involucrada en el proceso, desconoce su derecho a ser informado de sus procedimientos, dificultándosele la autogestión para obtener la información, dejando en un segundo lugar todo lo relativo a su bienestar emocional.

Es importante también reconocer que a lo largo de la investigación hubiera sido posible tomar esta categoría social enfocada a la red de apoyo que acompaña a la persona, es decir, bien sea su grupo familiar nuclear o periférica, o grupos a donde pertenezca, sin embargo se le quiso dar la mirada por parte de una necesidad social en un punto especifico que la tesis plantea en las categorías de análisis, se hace énfasis en esto, porque, en los hallazgos de la investigación arrojó que esta red de apoyo espercibida como de suma importancia para la persona, es decir, contar con una red que le ayude en su proceso prequirurgico y la asimilación de su proceso, como también se destaca la necesidad de un acompañamiento psicológico para la familia misma .Esto se sustenta en que en el momento de la noticia los profesionales de la salud nos refieren que es muy importante el trabajo también con la familia de la persona amputada, de acuerdo a lo que nos conto el sujeto 1 podemos ver que este proceso quirúrgico no afecta solo a la persona que va ser amputada sino también todo su círculo familiar, el refiere como este proceso afectó mucho a su hija, ya que el al principio se niega a realizarse la cirugía pero al ver que esta decisión afectaba a su hija decide realizársela; la psicóloga también se refiere a este punto cuando nos dice que la familia también entra en estado de shock.

La persona amputada necesita el contacto de una persona que esté allí para brindarle ese apoyo en un momento difícil, y que también se lo brinde a la familia que sufre al igual que la persona amputada.La manera como el personal de salud, y la persona sometida a cirugía de amputación experimentan la necesidad de acompañamiento en el proceso, no es igual, es decir, la persona valora en gran estima ese apoyo aunque desde el personal de salud se reconoce no se lleva a cabo en la acción

misma. Como se refería en marco teórico y en otros lugares del análisis de resultados, todo esto tiene que ver con la manera como se han concebido nuestros sistemas de salud, y como la PERSONA como un todo, aunque en el papel figure la “atención integral”, aun en la práctica hay enormes distancias para ir mas allá de la mirada del otro como un síntoma.

La presente investigación pudo revelar que la personas previas a la cirugía de amputación experimentan necesidades de información, reconocimiento y sociales, tal como nos lo muestran los discursos tomados de las entrevistas que se les realizaron a los profesionales de la salud y a las personas que fueron amputadas, ellos nos comentan que antes de ser sometidos a la cirugía siente la necesidad de ser reconocidos por parte de los profesionales de la salud, para que le brinden la adecuada información de una manera clara y asequible de acuerdo a su cultura, puesto que la ley lo exige, y los profesionales de la salud no son ajenos a estas necesidades ya que ellos reconocen que son poco tenidas en cuenta, pero paso a paso se está tratando de que cada vez más profesionales de la salud también las reconozcan, objetivo primordial de esta investigación.

Pero la parte de deshumanización no es solo del personal de la salud, esta parte viene desde las directrices de las instituciones de salud, Correa y Arrivillaga, 2007,refieren que en el sector salud prima por encima del bienestar del enfermo, la productividad y el mercantilismo.

De la misma manera podemos concluir que encontramos la indiscutible relación entre medio ambiente-salud y calidad de vida, y así mismo el reconocimiento de las necesidades de la población como el papel esencial de las condiciones sociales, ambientales y personales en su determinación, es así como se establece que es necesario que los profesionales de la salud empiecen a reconocer a la persona amputada no solo desde un pos operatorio de rehabilitación, sino también desde que empieza su proceso antes de ser intervenido quirúrgicamente, como darle a la persona una mirada fenomenológica de la que nos habla Rogers.

Reconocer a la persona como un ser cultural y subjetivo que debe de ser visto de una manera más humana; a través del tiempo la sociedad ha ido distorsionando el concepto del ser humano y su dignidad, afectando los lugares de socialización de la persona incluyendo el área de la salud. Con este trabajo se concluye también que es un gran paso que se hace en el área de la salud y que de a poco puede ir ganando la intervención integral a personas previas a cirugías mayores como la amputación.

Si bien los profesionales de la salud están en el deber ético y moral de unaatención integral a un paciente, se concluye que una atención prequirurgica ante una cirugía de amputación puede ayudar a la persona a comprender todo alrededor del proceso al cual va a ser sometido, además de sentirse reconocido como un todo, y como ser activo en esta etapa; pero no solo debemos de hacer un reconocimiento al paciente, sino reconocer el profesional de la salud como un ser humano que tal vez la distancia que toma ante el paciente es un mecanismo de defensa emocional, y tener en cuenta como lo menciona Isa Fonnegra (2006) que en la formación del profesional de la salud se hace mucho énfasis en el control de las propios emociones.

Podemos decir que no solo debemos de centrarnos en el paciente, sino en también ver qué pasa con el personal de la salud, que no logra la una empatía con el paciente y que este tal vez la puede percibir como un desinterés hacia el mismo.

Este trabajo además, nos aportó en la actualidad, la posibilidad de acercarnos distintos a las personas que asisten a estos contextos hospitalarios, dado que actualmente, las psicólogas investigadoras de este documento, nos encontramos en nuestra práctica profesional, en una Institución Pública en salud. Es así como se ratifica con lo anterior, la motivación que existe en darle la prioridad a este trabajo como un camino en la practica, no solo de la investigadoras sino en buscar la manera de que estas, incentiven a los profesionales de la salud , de la importancia de una buena comunicación dentro del ámbito hospitalario entre el personal de salud y la persona hospitalizada, para así aterrizar la intencionalidad de que la persona necesita un cuidado, no solo a nivel biológico sino que también a nivel psíquico, llevándose esto a cabo con el reconocimiento de la persona como un ser humano, emocional y cultural.

Después de hacer un recorrido analítico por las diferentes categorías, en este apartado se adjunta un cuadro en el cual de acuerdo con los objetivos específicos se realiza un análisis de las dificultades y logros que se encontraron durante a realizacio la esta tesis.

Objetivos específicos	**Logros**	**Dificultades**
Reconocer tanto desde la perspectiva de la persona con amputación como del profesional de la salud, qué sentimientos, emociones y expectativas, se movilizan en este tipo de situaciones	Se logra identificar que los sentimientos que afloran en esta etapa prequirurgica y postquirúrgica de amputación por parte de las personas amputadas varían según su cultura, entorno y capacidad de resiliencia al evento, corroborando uno de los objetivos del trabajo, de esta tesis, que no es otra, sino de dar una mirada biopsicosocial de las personas involucradas. Por parte del personal de salud se encuentra la expectativa que la persona amputada pueda empezar un proceso de elaboración de duelo bien sea anticipado en el momento prequirurgico y aceptación de la perdida en caso de amputación traumática, es decir, creen en la necesidad de la intervención psicológica ó preparación psicológica para una cirugía de amputación.	Dificultades por parte de las personas amputadas con respecto al reconocimiento de sus propias necesidades emocionales frente al evento, como también sus expectativas se ven amenazadas por el discurso medico tradicional.
Contrastar lo que piensan los profesionales de la salud entrevistados con respecto a la información que se le debe dar a la persona, con lo que la persona con amputación refiere requerir a este nivel	Se logra identificar que la información que los profesionales de la salud le brindan a las personas que va hacer amputadas es en términos médicos y pocas veces toman en cuenta el nivel educativo,	Una de las dificultades que se encuentran en la información que se le da al paciente, es que en la mayoría de las instituciones de salud a los profesionales los forman más en tecnicismos y

	la cultural o sea que pocas veces reconocen a la persona amputada como un ser humano con necesidades como es la información. Creyendo que esta no es necesario que la persona la reciba.	dejan de lado la humanización. Se centran más en lo biológico y no ven a la persona sino como un órgano enfermo.
Dar cuenta del valor que los profesionales de la salud y la persona con amputación otorga al acompañamiento en este tipo de procedimientos	Se logra identificar que algunos profesionales de la salud reconocen que es importante el acompañamiento a la persona que va hacer amputada. Las personas amputadas que se entrevistaron refieren que si es necesario que los acompañen en ese momento de sus vidas aunque uno de las personas entrevistadas refiere que se le brindo el apoyo pero el lo rechazo, pero como psicólogos debemos de tener en cuenta que es un sujeto que va tener una perdida y en ese “NO” es un estado de negación, por eso la importancia de hacer el acompañamiento y trabajar el duelo anticipado.	La mayor dificultad que se encuentra del valor del acompañamiento a las personas que van hacer amputadas no es departe de los profesionales de la salud ni de la persona amputada, sino de la parte administrativa de algunos servicios de salud, que todavía ven al sujeto como algo biológico y no como un sujeto biopsicosocial.
Identificar que tanto las personas conocen de sus derechos en el área de la salud.	Se logra un trabajo de intervención breve en la psicoeducacion en derechos y deberes con el grupo cautivo.	Por parte de los pacientes en su gran mayoría, el desconocimiento de sus derechos se evidencia de una manera importante, y no solo de sus derechos sino también de su enfermedad, por lo tanto, se puede puntualizar que hay una falta de promoción de derechos en salud por parte de las entidades de salud.

Bibliografía

- Arrivillaga, Marcela (1997). *Tesis de pregrado: La ley 100 y sus implicaciones para la psicología. Universidad Javeriana Cali.*
- Correa Diego, Arrivillaga Marcela (2007) La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. Psicología de las salud abordaje integral, Capitulo 10.
- EcheverryLopez, Esperanza. La salud en Colombia: Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades.Documento preparado para el panel .Panorama de la salud pública en Colombia., realizado el 9 demarzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia en el marco de la Cátedra Manuel Ancízar.
- Franco, Agudelo Saúl. (2002). La Salud Pública Hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancízar. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.
- Goble, G. Frank, (1995) La tercera fuerza, la teoría de las necesidades básicas, Ed. Trillas.
- Isa Fonnegra, libro Morir bien (2006), La experiencia humana de morir. Morir bien capítulo I.
- Maslow Abraham, el hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser (1998). Kairos. Barcelona.
- -Martínez M. Miguel, (1995) Una Concepción humanista del hombre, La Psicología Humanista, Fundamentación epistemológica, estructura y método, Capitulo 4, Ed. Trillas.
- Capitulo 1, Titulo II, Artículo 16, Constitución Política De Colombia (1991)
- Remor Eduardo, Arianz Pilar, Villa Sara. El Psicólogo en el ámbito Hospitalario. 2003. Roig Sofía, Pastor María Ángeles, Neipp María del Carmen, Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. (Capítulo I) Desclée de Brouwer. España.
- Schnake, Adriana, (2005) Los Diálogos del cuerpo, un enfoque holístico de la salud y la enfermedad.Cuatro Vientos, Santiago de Chile

Web grafía

- Azofeifa Arturo José, Tesis, (2007), La Discapacidad por Amputación Traumática y la Inteligencia Emocional Disponible en *http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2007-15.pdf*
- Martínez Miguelez, Miguel.(2006) Artículo Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. Revista Polis. Santiago de Chile. N. 15. Disponible en *http://www.revistapolis.cl/15/mart.htm*.
- Medina Carlos, Cardona Lina y Bottia Martha. (2005) Efectos del aseguramiento sobre la salud de los pobres en Colombia. Banco de la República de Colombia. (www.saludespacial-informebanrepublica.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. Ley Nº 1471 Decálogo de Derechos de los Pacientes (1991) en Resolución 13437 de 1.991. Disponible en *www.medicosgeneralescolombianos.com/*
- Ministerio de Salud Pública. Ley Nº 1471 Decálogo de Derechos de los Pacientes (1991) en Resolución 13437 de 1.991. Disponible en *www.medicosgeneralescolombianos.com/*
- Real Academia Española. 2010. Diccionario de la lengua española. Vigésima Segunda Edición. Definición de salud. Disponible en*http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=salud*
- Zapata Jaramillo, Juan Guillermo. Articulo:Amputaciones Y Su Tratamiento De Rehabilitación. Recuperado 2010. *jgzapata.googlepages.com/Amputaciones.doc*
- Ministerio de la Protección Social (2007, 10 agosto). Plan Nacional de Salud Pública. Acerca de la salud pública en Colombia. Recuperado en el 2010. *http://www.scribd.com/doc/17334484/Plan-Nacional-Salud-Publica2*

- Revista Centroamericana de Administración Publica,Vol 12, Pag 103-136, Cardona Jorge, (1987),El Concepto de Salud, Enfermedad y Salud Publica Según Los Diferentes modos de producción. Recuperado en *http://guajiros.udea.edu.co/Eva/concepto_salud_enfer.htm*
- Rev. Latinoamericana de comunicación Chasqui, Vol. 63,Coe Gloria A. Comunicación y promoción de la salud,(1998.) Disponible en, *http://chasqui.comunica.org/coe.*
- Revista latinoamericana de psicología, Vol. 23 Nº 2 Pág.199-205. Gaviria Quintero, Hernán. (1998). Concepto de Promoción y Prevención en Salud. Material Digital. Escuela Nacional de Postgrados. Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá.*http://www.scribd.com/doc/4591284/CONCEPTOS-DE-PROMOCION-Y-PREVENCION.*
- Periódico el País Cali Valle, articulo la crisis del HUV recuperado en el 2010. http://www.elpais.com.co/elpais/opinion/editorial/crisis-del-huv

13. Anexos

13.1 Anexo 1 Los Derechos del Paciente

Resolución 13437 DE 1991

Por la cual se constituyen los comités de Etica Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

EL MINISTRO DE SALUD
En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del Decreto Ley No. 1471 de 1991.

CONSIDERANDO:
Que corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud, como ente rector, desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación.

Que corresponde al Estado intervenir y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria para el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Que el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

Que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce el derecho de toda persona del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

Que la Asamblea Médica Mundial ha recomendado a los profesionales de la Salud dedicados a la investigación, seguir algunas normas que, a manera de guía deben observarse cuando se trate de hacer estudios en humanos.
Que realizado el Primer Simposio Nacional sobre los Derechos del Paciente, convocado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y por la Consejería Presidencial para la Defensa, Promoción y Protección de los Derechos Humanos, se hizo relevante la necesidad de proteger y enaltecer estos Derechos, y recomendó la adopción de los Derechos de Paciente como el debería ser que el pueblo colombiano debe

esforzarse en cumplir, de tal o cual manera que, tanto los ciudadanos como las instituciones prestadoras de servicios de salud, inspirándose en ellas, la promuevan mediante la educación a la comunidad y velen porque la respeten.

RESUELVE:

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones sicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve.

También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor

asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riegos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ARTICULO 2o. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera:

1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institucional.

2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.

PARAGRAFO. En las entidades de salud que dentro de su área de influencia, presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

ARTICULO 3o. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.

2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.

3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.

4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.

ARTICULO 4o. Los Comités de Etica Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros. PARAGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

ARTICULO 5o. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Dada en Santa de Bogotá, D.C. a los 1o. de noviembre de 1991. CAMILO GONZALEZ POSSO

Ministro de Salud
SARA INES GAVIRIA
Secretaria General.

13.2 Anexo 2 Entrevista Medico

Entrevista Doctor Harold Peña Martínez
Traumatólogo, ortopedista, especialista en cirugía de columna
Actualmente trabajan en el Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto

1. ¿Se prepara el paciente para intervención quirúrgica?

R/ La preparación es escasa, a veces por el tipo de trauma, si es por accidente no hay mucho tiempo para preparar al paciente. Hay muchos colegas que no se toman el trabajo de informar al paciente sobre la cirugía de amputación, sin embargo yo trato cuando me han llegado casos así, tratar que al paciente se le informe muy bien el procedimiento al cual va hacer sometido, cualquiera que sea el procedimiento por ejemplo: en mi especialidad la persona tiene una alta probabilidad de quedar parapléjico o cuadripléjico, uno como doctor debe de dar la información necesaria para el paciente, decirle la verdad, sin mentir ni crear falsas expectativas, darle a saber qué pasa con él y cuál es su situación.

2. ¿En su sitio de trabajo, hay psicólogos que brinden acompañamiento al paciente?

R/ He buscado que el hospital brinde un equipo de psicología que acompañe al paciente, porque me parece que es importante alguien que ha sido formado para ayudar a manejar o guiar las emociones y reacciones que entran en juego en el momento de la cirugía.

3. ¿Usted nos dice que es importante el acompañamiento al paciente, pero los doctores con los que trabaja creen lo mismo?

R/ Este proceso es duro, es impactante y hay colegas que dicen que no hay necesidad de informar al paciente, he tenido roces con colegas por la forma como manejan la información de la cirugía ante el paciente.

4. ¿Quién es la persona encargada de dar la información?

El responsable es el médico quien le realizara la cirugía.

5. ¿Cómo da usted la información al paciente que va ser amputado?

Yo cuando doy la noticia trato de hablar con el paciente aparte y con la familia aparte, me parece importante hablar aparte porque para mí el impacto no es el mismo, por eso se necesita a alguien que acompañe al médico.

6. ¿Cuál es la información que le dan al paciente?

La información que se le da al paciente depende de cada médico, cada cual maneja la información como cree pertinente.

7. ¿Cuando usted da la información, a nivel emocional cómo reaccionan las personas?

El impacto emocional siempre es fuerte sea para amputación o mi especialidad que es la columna.

Pero también depende de la cultura, las creencias del paciente, algunos reaccionan a la negación, depresión, evitación o simplemente pareciera que no importase.

8. ¿Después de la cirugía la persona amputada tiene algún acompañamiento?
Al paciente se le hace un seguimiento pero de rehabilitación física, guiado por medico, fisioterapeutas, neurólogos, pero escasea la rehabilitación psicológica del paciente.

13.3 Anexo 3 Entrevista Psicóloga

Entrevista Psicóloga María Ruth Ospina Cobo

Psicóloga clínica egresada de la Universidad de San Buenaventura, Cali
7 años laborales en la clínica Rafael Uribe Uribe hasta ahora.
Como Psicóloga asistencial hospitalaria, trabajó algunos años en un programa para pacientes de manejo del dolor crónico.

1. ¿Se prepara a la persona que va ser amputada, se le hace algún acompañamiento?
R/ Habido una evolución en estos últimos años, de lo que yo creo puedo percibir de los otros profesionales de la salud, como los médicos frente a lo que ellos hacen para preparar al paciente cuando le van hacer una cirugía de amputación.

Ahí hay que mirar varios puntos, y es que ellos están formados con una visión muy mecanizada, muy dualista, donde se prioriza siempre la mirada del cuerpo como órgano que se tiene que amputar, desde allí entonces para ellos siempre va a primar la estabilidad orgánica y fisiológica del paciente, es más que un cuerpo físico, gracias a que obviamente que hay un equipo interdisciplinar de trabajo, donde los psicólogos y los trabajadores sociales nos hemos ido dando la pelea, a que reconozcan nuestro lugar no tanto como “yo el sujeto psicólogo” sino ese lugar de aquella persona que les está tratando de hacer entender que como seres humanos somos una totalidad, entonces hay diferentes miradas , esta la mirada del médico que lleva muchísimos años, que es muy ortodoxo, como hay otros que son el típico medico recién graduado, que no quiero decir que sean malos. Entonces los médicos recién graduados tienen una sed de “ha ya me entregaron el titulo y yo soy el médico”, entonces a veces tienen un miedo grande a dejar en su trabajo mostrar al médico y al ser humano a la vez; entonces son muy metidos en la parte teórica, pero uno encuentra personas, yo he encontrado personas, médicos que son muy sensibles al sufrimiento del otro, el otro siendo paciente, entonces ellos hacen un reconocimiento de que existe algo más que ese cuerpo físico, que el paciente obviamente a nivel psicoemocional y también en su contexto familiar, social, laboral e incluso económico, va a ver afectado por esta cirugía que es de amputación.

Entonces más que dejar salir a ese ser humano que es el que va de pronto a escuchar al paciente más allá del dolor.

Pongamos un ejemplo: un paciente de pie diabético, que normalmente llega a amputaciones de miembros inferiores, en vez de ellos ser quienes escuchan al paciente, hacen el reconocimiento que hay otros profesionales de la salud, que tienen mayor experiencia en poder brindarle o reconocer esas necesidades del paciente, entonces

siempre se trabaja en equipo, ellos reconocen que esta el psicólogo, entonces “este señor lo van amputar” es el médico el que debe de dar la informaciones la cirugía, pero ellos recurren a nosotros, para que nosotros hagamos tanto el acompañamiento, al médico para dar la información al paciente, porque las primeras preguntas que aparecen en el paciente son muy de corte clínico-medico, y también el acompañamiento para el proceso de asimilación de la mala noticia, porque siempre hay un impacto emocional y el trabajo que se hace con la familia.

Mirando la primera pregunta en términos generales en mi experiencia en esto 7 años, en esa parte clínica habido un avance pero yo siento que falta mucho, porque ellos están haciendo este reconocimiento que hay otro profesional que puede, no sé, ayudar que esas necesidades se suplan o se reconozcan más que ser ellos mismos en reconocer que como profesionales de la salud deberían de tener toda la capacidad para ese manejo.

2. En todo lo que has dicho, de como estas percibiendo al otro profesional y como ellos te perciben, es decir el reconocimiento que ellos tienen ahora en lo que ustedes pueden intervenir, es decir ¿tú has trabajado con personas amputadas?

R/pan de cada día

3. De acuerdo a lo que nos has contado, ¿cuando se le va a dar la información a la persona que va ser amputada, el médico siempre está acompañado por la psicóloga?
Ese es el ideal, y eso se hace, si y no, es decir dependiendo del momento, de la hora en que le vayan avisar al paciente, el médico especialista que este de turno normalmente yo trabajo en uno de los servicios de la clínica que es traumatología y ortopedia, donde el jefe de ortopedia, a la 6 de la mañana está pasando revista, yo no entro a las 6 de la mañana a trabajar, entonces cuando yo llego el ya ha pasado revista, y esta es el hospitalario de turno, y la jefe que son los que me informan a mí, Doctora mire, hay un paciente para amputación entonces ya habló con el doctor fulanito de tal, aquí está la interconsulta para que usted haga la evaluación y el acompañamiento pre quirúrgico y la preparación pre quirúrgica porque hay que hacerla.

4. ¿Entonces cuando usted llega donde el paciente que le dice**?**
No hay un protocolo, no existe, ni creo que vaya a existir, podría hacerse como para tener una guía, pero yo soy de las psicólogas que no se si hayan muchas así, yo soy de las psicólogas que he tratado, de tener presente siempre, algo que de pronto no está escrita

en los libros, no sé si ahora, pero algo nos inculcaron en la U, y era el reconocer a ese sujeto que está allí sentado, que está sufriendo, y la forma en que yo abordo ese sujeto el discurso que yo utilizo, si tiene unas bases obviamente, pero si yo me escucho, casi no es el mismo siempre, porque depende de qué?, depende de, más allá del que el paciente vaya a ser amputado, del pie, de los dedos, o de un brazo, de cualquier parte de su cuerpo, hay que tener en cuenta varios factores.

Primero se hace una evaluación con un test, puede ser en MINIMENTAL, o con ciertas pautas de diferentes test, para evaluar, orientación, para evaluar si el paciente está alerta o esta somnoliento, si el paciente previamente ha tenido algún problema a nivel cerebro vascular, si el paciente ha tenido antecedente de convulsiones que hayan hecho que haya perdido ciertas facultades cognitivas, entonces uno hace eso, uno todo eso lo ve, en las preguntas de abordaje, que son preguntas sencillas pero que te muestran todo ese tipo de cosas, como saludar al paciente, ver si el paciente te mira a los ojos, o sea, tu atraes su atención, si el paciente está orientado en lugar, tiempo y persona, entonces si el paciente, tiene esas condiciones, mínimamente yo puedo asumir que el paciente, tiene una capacidad cognitiva que le permite, en un principio entender, para después pasar a comprender lo que le está pasando, si el paciente es un paciente que tiene los mecanismos de afrontamiento, psicoemocionales y adaptativos aceptables por que en su vida le han pasado, cosas de pronto traumáticas, que hacen que tu impacto emocional no sea tan fuerte, frente a que le van hacer una amputación, aunque decir amputación con eso solamente, hay una descompensación emocional, entonces si esto mecanismos, son aceptables, o son débiles, o no existen, pues uno, tiene que abordar este paciente, el discurso es totalmente distinto, para mí es muy importante, y por eso en la clínica gasto tanto, guantes, batas, gorros desechables, tapabocas, para mí es muy importante, el contacto con el paciente, y aquí si difiero completamente, de un discurso muy antiguo de la psicología que tenía que uno, tenía que tener una distancia enorme, no para mí el paciente es una persona que está en este momento sufriendo, y a veces ellos, hablando de necesidades, ellos necesitan eso, solamente con que tu, lo saludes con una sonrisa y con que le cojas, y le pongas la mano en el hombro, disipa un poquito, toda esa carga emocional que se está empezando a generar desde el momento en el que el médico le dio la noticia, supongamos a las 6:30 am, hasta las 8:00 am, que yo voy abordar al paciente.

5. ¿Entonces de alguna manera el discurso es como reconocer esa necesidad de ese paciente y de acuerdo a eso el discurso nace, es decir, yo reconozco a este paciente

como una persona que está sintiendo dolor, por lo tanto a partir de eso, entonces intervengo de tal manera que el paciente mismo va guiar mi discurso**?**
pero ojo, esa intervención, tiene que partir obviamente, yo no soy la familiar del paciente, entonces yo tengo que estar en una posición, de objetividad, independientemente, que me duela el dolor del otro, eso no es fácil aprender a manejarlo, y hay que pasar mucho tiempo, y a uno le duelen los pacientes, hay veces que hay cosas que de verdad te llegan mucho porque te generan una cantidad de movilizaciones, pero ese discurso, a pesar de lo con todo lo que te he dicho, tiene que tener unas bases desde la objetividad y es, yo debo, y tengo éticamente hacer el reconocimiento de que es un ser humano y que no es un pie diabético, o sea que es señor se llama Pepito Pérez, y no se llama diabetes Perez, es distinto, reconociendo eso, tengo que tener de la mano presente supremamente importante y es algo que se llama los derechos del paciente, no se me el articulo ni nada, y dentro de los derechos del paciente, palabras más palabras menos, hay dos que para mí son fundamentales, el derecho a saber la verdad, y el derecho a tomar sus propias decisiones Pensando en el paciente que yo mostraba ahora, un paciente, psicoemocionalmente digamos estable, sin signos psicopatológicos, que le impidan al señor tomar sus decisiones, porque digo esto, porque, yo no me voy a encontrar solo con el paciente, yo me estoy encontrando con el paciente y su familia, y, el discurso allí, cambia en la medida, en que yo, logre llevar al señor, al paciente, a que me diga, que entendió de lo que el médico le dijo por ejemplo.

Hasta donde él es tan consciente de su enfermedad y las implicaciones que ha tenido durante muchos años, porque normalmente estamos hablando, que este tipo de pacientes son adultos mayores, y que si vas a mirar su historia, han sido pacientes con bajas adherencias a los tratamientos, entonces, que no se aplico la insulina, que comió como le dio la gana, que no tiene un buen aseo con los pies, etc.

Y aparte de eso, que es un paciente donde no tiene una red de apoyo familia adecuada.

Y cuando a veces los pacientes se les da este tipo de noticias, siempre debe haber un abordaje no solo para el paciente sino para la familia, pero a mí, personalmente me gusta abordar primero al paciente y después a la familia, porque la gran mayoría de familiares lo primero que dicen es no vamos a permitir, que por ejemplo que a mi papá, le amputen una pierna.

Entonces ahí es otro cuento, otro abordaje, otra forma, de que ellos entiendan, yo hago hasta los ultimo, digamos, en ese sentido de que entiendan, que es el paciente quien debe tomar sus decisiones, por todo lo que está en el decreto de los derechos del paciente, que apoya eso, pero es más porque es así, porque es mi cuerpo, es mi salud, soy yo la que voy a quedar sin un pie, sin una pierna etc. Entonces tengo ese derecho, pero aparecen manipulaciones afectivas, apegos, y el viejito, súper consentido que dice, “no pues es que yo primero tengo que hablar con mis hijos”.

Si el tiempo apremia y si se demora una semana en tomar la decisión entonces de pronto la infección que esta hasta el tobillo ya va a estar más arriba de la rodilla.

6. Es decir que allí el acompañamiento de la familia, pareciese que tampoco reconoce esas necesidades de ese paciente, es decir, a partir de creencias y aspectos emocionales que se ligan a eso**.**
Pues siendo así, crudos viéndolo, no sé si de decir que haya o no un reconocimiento. Pero para desenredar esto, hay algo que te voy a decir frente a eso:

Hay algo que se llama entender y otra cosa es comprender, desde el entendimiento, yo estoy de la mano única y exclusivamente de mi lógica, yo como familiar de un paciente diabético que un medico acaba de decirle, “señor ya hicimos hasta lo último, su infección no para, y cada vez está peor, hay que amputarlo” yo como familiar del paciente entiendo de manera lógica, el proceso de deterioro y que al paciente lo tienen que amputar, pero es que ese paciente es mi papá, la luz de mis ojos etc. Y yo de entrada digo, “si yo entiendo que usted está diciendo eso”, “pero es que no, no voy a dejar amputar a mi papá”, entonces uno dice como así, entonces van y me dicen a mi pero es que doctora le hemos explicado, y yo les digo “miren ellos si entienden, porque cognitivamente lo pueden hacer, el proceso de entender que significa eso, pero no lo han comprendido desde el sentimiento”, entonces, entender y comprender son cosas muy distintas, y en el paso entre el entendimiento del paciente y la familia frente a la amputación, está el trabajo del psicólogo, está el médico, el paciente y la familia, la información de la amputación, y ahí freno porque llego hasta al entendimiento, allí es donde yo digo que falta, que los médicos reconozcan esas necesidades porque ellos llegan hasta allí por diferentes razones que si nos ponemos hablar de eso nos desviaríamos y haríamos otra investigación, porque ellos como personas, como médicos necesitan poner una barrera para que se den cuenta que los también sufren, etc. Entonces es eso, hay que primero diferenciar eso para poder saber.

7. En toda su experiencia en el acompañamiento de los pacientes amputados, cual es la reacción más recurrente, es decir en el momento en que la noticia va ser transmitida no lo normal sino que es lo que recurre, que es lo que pasa con ese paciente, obviamente estamos hablando que tú decides que depende de la historia, pero tratando de hacerlo un poco más compacto, que es lo normal que pase con ese paciente a nivel emocional.

Yo te devuelvo la pregunta, si tú te pones en los zapatos de un paciente y a ti el médico te dice Carolina, definitivamente llevas ya quince días hospitalizada, te hemos cambiado los antibióticos, hemos tratado de ver como evoluciona, pero usted está viendo que esto se está complicando y ya hicimos una junta médica y definitivamente, para nosotros la mejor decisión es que te tenemos que amputar tu pierna izquierda y cómo ha evolucionado tanto la infección la amputación será Supracondílea.
Contéstame…contéstame….

Yo sentiría rabia, pero tu primera reacción, estás diciendo que sentirías rabia porque ya lo llevaste a tu lógica, cual fue la primera reacción cuando te lo dije nada que hiciste, ponlo en palabras quedo desubicada, haaa, dentro del entendimiento es la desubicación, si pongámoslo de otra manera, amputación igual a perdida, investigar el duelo las etapas del duelo no se dan siempre en el mismo orden pero el shock es así de inmediato, en cuestión de segundo es la reacción después de que le dicen amputación, y el médico sigue bla, bla, bla, y explicando un mundo de cosas y la persona solo está pensando en me van a quitar la pierna, o sea de pronto es una pregunta repetitiva en su mente, o simplemente se le nublo la mente y quedo en amputación, o sea es eso, es algo que no podemos explicar con las palabras, pero si tú la quieres adornar, es la etapa de shock, el paciente se queda como sin aliento, baja la mirada, o hay otros que de acuerdo a sus mecanismos de defensa hacen show y si están ahí los familiares se arma un ambiente muy tenso, pero la reacción es que sentiste tu, cuando te lo estoy diciendo.

8. Esto pasaría con una persona de una enfermedad degenerativa, pero ¿qué pasa con una persona que va ser amputada por que tuvo un accidente?
Mmmm, eso es otra cosa, porque a pesar de que los mecanismos de afrontamiento no sean tan fuertes, a pesar que el paciente tenga una red de apoyo familiar adecuada, que tenga los mejores médicos del mundo, ha habido un proceso de deterioro donde el paciente de alguna manera ha hecho un proceso de asimilar lo que le ha pasado, o sea que ha hecho un duelo anticipatorio aunque siempre piensan que a ellos nunca les va a

pasar, pero frente a una persona que tiene que ser amputada por un accidente, que llega por ejemplo inconsciente, que no se puede esperar a que se despierte para decirle que va ser amputado, sino que se amputa o se muere, y despiertan sin una pierna, allí ya es otro cuento, en mi caso no he tenido la experiencia, no me puedo inventar cosas, no me ha tocado estos casos porque no trabajo en el área de urgencias donde podríamos decir que llegan las personas de estos casos. La gran mayoría son pacientes que ya tienen una enfermedad previa, aunque hace poco hubo un muchacho que tuvo un accidente horrible lo tuvieron que hospitalizar e iba a terminar amputado desde arriba de la pierna izquierda, pero era un muchacho que previo al accidente había tenido una problema cerebro vascular, su nivel cognitivo no era el más adecuado, estaba muy deprimido por el accidente ya que había logrado conseguir trabajo después de mucho tiempo, entonces estaba muy entusiasmado e iba para su primer día de trabajo y no fue culpa de él el accidente, un camión se voló un pare y lo tumbo en la bicicleta y en fin , entonces se estaba sospechando que hubiera una contuncion cerebral y decidieron llevarlo a la USI de una, entonces no logre trabajar allí para poder contestarte lo que me estas preguntando.

10. A nivel emocional ya hablamos del pre, a nivel del pos el paciente tiene un acompañamiento, todo lo que significa afrontar el miembro fantasma, el estrés postraumático, o sea, ¿hay un acompañamiento psicológico?
Si, los pacientes que son amputados tienen unos días más de hospitalización, que eso depende de varios factores que determina el médico y bueno como este el paciente emocionalmente, que nos permite a nosotros como asistentes prehospitalarios aprovechar ese tiempo, estamos hablando de una paciente que ya le hemos hecho una preparación y obviamente después de la cirugía vuelve de pronto haber un impacto emocional, ciertos signos digamos de tristeza, de resignación, de bueno ya no hay nada que hacer pero como lo voy a enfrentar, pero es distinto porque ya, además si ellos no autorizan la cirugía no se hace, en estos días tuvimos un paciente con un CA (cáncer) de pene que se le explico que si no se le hacia una penetomia radical, iba a estar muy mal, porque estaba a poco de ser metas tatico, entonces miremos lo que anteriormente yo les decía; hombre joven de raza negra, cabeza de familia, mujeriego a morir, que ha tenido yo no sé cuantas mujeres e hijos, del puerto de Buenaventura donde él es el macho machote delante de sus amigos, y por más de que se le explico las implicaciones de no permitir que se le hiciera la cirugía, el señor dijo si pero no ahora, yo prefiero irme mirar a ver qué hacer, y en el mirar que puedo hacer puede caber muchas cosas, no hacer juicios de valor pero si pensar por lo que les acabo de contar, además que sabe leer y escribir a medias, a pero

eso si él es el macho, entonces el señor entendió porque bruto no es, problemas cognitivos no tenia, pero el señor no comprendió que eso era lo que se tenía que hacer.

Lo que significa el pene para el hombre, la gran mayoría de sujetos del género masculino de estas condiciones deberían de llamarse por ejemplo, Pipi González, Pene Matías, Duran que se yo, por decir un ejemplo, entonces que paso el señor se negó rotundamente y los médicos no me dejaron llegar, sino, doctora el paciente de tal cama, y yo les digo un momentico que paso, bueno si yo hablo con el paciente, entonces yo fui a preguntarle y claro entendía perfectamente, pero no comprendía ni papa y la hospitalaria me decía, entonces que hacemos, le dije yo voy hacer mi nota voy a explicar lo que hable con el señor. Llego y estaba con su pareja actual, cuando yo le preguntaba, porque le daba espacio también, le daba ese lugar que ella tiene en la vida del paciente, para que también dijera como se sentía, aunque yo siempre les hablo de los derechos del paciente a saber la verdad y tomar sus decisiones y etc. Por la forma en que él le hablaba vi que era una mujer muy sumisa, entonces dije aquí no hay cuento no me voy a desgastar y sigamos con el señor aquí hablando, y me decía, no doctora, no, si pero ahora no, que significa eso, no es que yo entiendo que el paciente, el doctor me está diciendo que se me puede complicar y yo le digo, no, después no, ahorita se le puede complicar. Entonces el discurso con este paciente es distinto, no es que yo no esté teniendo en cuenta que a mí me duele el dolor del otro, o que yo esté siendo muy dura muy radical, pero hay que ser firme, yo no puedo ir hablar con él como con el abuelito, hay don fulanito…, con este señor era tin, tin, tin era llevarlo, ahí es donde uno recurre a herramientas de la psicología, como la terapia de shock, o sea llevar al paciente al límite, pegarle un sacudón, bueno no literal, don fulanito no es que se puede complicar después, es ahora. Usted comprende que si usted no se hace la cirugía, esta semana usted se va, pero su calidad de vida no va hacer la mejor, él me dice sí, pero yo prefiero irme y mirar otras cosas y yo le digo ¿otras cosas, como qué? No pues no sé, de pronto me pueden dar remedios para que se me mejore, con esas respuestas uno dice bueno el paciente está haciendo negación de la realidad, se le está mostrando todo, aparte de hacer negación el paciente, a este paciente yo no le puedo hablar con un tono suave, yo tengo que tratar como sea hacer que el señor comprenda, yo volvía a repetirle que si él estaba consciente de que si no se realizaba la cirugía, usted en dos meses se puede morir y no es que se muera en dos meses, porque todos nos vamos a morir en algún momento, pero la forma en que usted se va a morir, la forma en que va llegar desde hoy a dentro de dos meses, porque no permite que le quiten el cáncer de su pene, es que ni hablándole así, el me decía no, no doctora con todo respecto pero no, yo lo miraba y decía frustrante pero eso ya no es tan

frustrante porque uno ya logra entender que, voy a decir una frase que pueda que no sea muy de la teoría psicológica, pero las personas, o sea tu llegas hasta donde las personas te lo permitan, y yo trato en lo posible, el señor al final se fue.

11. En el momento en que das la información y tú dices que están los familiares, o sea ¿qué es mejor que este el familiar o el paciente solo?
Pues ya ahí los médicos no están haciendo un reconociendo de la necesidad del paciente en su parte emocional, porque la gran mayoría como lo dije ahora son adultos mayores, que si tiene a alguien al lado para que le coja la manito y cuando el médico salga ellos pueda llorar, porque la psicóloga no llega a las 6 am, estoy hablando del caso particular de allá, cuando nos cruzamos con el especialista de traumatología, porque muy poco nos vemos, yo tengo más contacto es con los otros médicos. A mí me parece que siempre debe haber una persona con ellos y muy pocos que digamos son los que yo más admiro en ese sentido hacen un reconocimiento de la importancia del apoyo psicoemocional allí, entonces no le dan la noticia al paciente de esa manera, sino que por ejemplo el prehospitalario de traumatología esta en toda la facultad de poder dar esa información, entonces el prehospitalario de traumatología dice, listo cuando llegue la psicóloga le paso al interconsulta para que me haga el acompañamiento a infórmale al paciente, es una cultura que nosotros estamos tratando de que se implemente, pero más que una cultura de trabajo, es ese reconocimiento que yo no puedo dar la información ahí, hay vea fulanita es que a usted la va amputar y salgo y me voy, ya entonces hay algunos que les gusta que haya el acompañamiento interdisciplinario allí con la familia y todo, pero la mayoría de veces les dicen entonces hable con su familia y cuando decida nos avisa.

12. ¿El paciente es el que le dice la información a la familia?
Pues mira hoy paso eso, que hable con una paciente de pie diabético que la tiene que amputar, y me dice no pues yo ya hable con el médico, yo llegue y el prehospitalario me dijo vea doctora hay una paciente así y así, pero no ha tomado la decisión entonces que vamos hacer, entonces le digo yo hablo con ella, y entre, y la señora bien, orientada, alerta, mecanismo de afrontamiento aceptables, una conciencia clara de su diagnostico y en ese proceso de comprender la situación y me dice es que el médico vino esta mañana me dijo eso, tatata, y me dijo pues que sí, que hablara con mi familia y que en el transcurso de la mañana mientras me toman unos exámenes tome la decisión, cuando yo estoy hablando con la señora llego el hermano y el hermano llego hasta la estación de enfermería y la jefe le dice –señor fulanito, el doctor fulano de tal especialista, le dejo razón que por favor fuera hablar con él para mirar la posible cirugía que la vayan hacer a

su mama, el señor no llega sino que se devuelve, va y habla con el médico, y cuando ya entra a la habitación, pues yo estoy haciendo la intervención con la paciente, el me dice, yo me le presento y él me dice a si yo vengo de hablar con el doctor fulano de tal y ya me explico que es lo que le va hacer y en ese momento llega justo cuando yo estoy hablando con la paciente de los derechos de saber la verdad, de ella tomar sus propias decisiones, cuálsería el rol saludable allí de la familia, entonces el ahí mismo interviene y me dice a mi si yo ya había estado hablando con ella que lo que ella decidiera, que ella sabe que cuenta con el apoyo de nosotros, nosotros no nos estamos oponiendo a la cirugía, entonces le dije, que me parecía eso muy importante para la señora, pero que quería que el supiera que así ellos estuvieran en contra, para nosotros éticamente está por encima de un no rotundo de la familia, el derecho del paciente de tomar sus propias decisiones.
Porque muchas veces nos ha tocado familias demasiado difíciles hay que llegan al punto de que vamos a en tutelar.

13. Cuando usted llega donde el paciente, cuando el traumatólogo ya ha dado la información, con qué información usted encuentra que tiene el paciente, cree que es suficiente la información, y hay una información real de lo que le van hacer al paciente.
El médico dice lo que tienen que hacerle, normalmente en términos médicos, cuando son aquellos médicos que ven al paciente como el miembro a amputar, y como la gran mayoría de los pacientes ven al médico como ¡oh! Allá está el médico y acá estoy yo, les da pavor preguntar, te acuerdas que yo les decía pregunte.

Como hay otros médicos que son mas, digamos que reconocen mas ese sujeto que está allí, entonces tienen una forma distinta de hablarle al paciente, si son pacientes que ellos ya han venido tratando en consulta externa, o sea que tiene una relación empática paciente-medico, más estrecha que otros y les hablan de una manera más cariñosa y cabe ahí el concepto.

A veces el paciente le dice al médico que si entendió, pero cuando yo llego me doy cuenta que no ha entendido, y no es porque no le haya dicho lo que le tenían que decir pero es que la forma, o sea el fondo de lo que el médico o yo le pueda decir es lo mismo, pero es como se lo están diciendo, la paciencia con la que le hablan y a veces hay pacientes que no tienen un nivel educativo adecuando, entonces por más de que vos le expliques con plastilina ellos mmmm, es difícil pero esos son casos muy aislados.

13.4 Anexo 4 Entrevista Persona Amputada

Persona amputada de dos piernas
Nombre: O.H
Edad: 70 años
Es amputado por diabetes, dos miembros inferiores.

1. ¿Don Òscar cuéntenos el momento en que le realizan a usted la amputación?

Cuando me amputaron la pierna derecha más arriba de la rodilla, no me acuerdo bien fue esta, esta fue (nos muestra la izquierda) el 7 septiembre de 2003 a partir de esa fecha no volví mas a caminar, ni poder parame, nada entonces cuando me hospitalizaron en la Valle de Lili por no me acuerdo que me paso, yo oí que el médico me estaba mirando la pierna izquierda, entonces yo le dije ¿doctor que es lo que pasa? Y me dijo –no, es que tenemos que amputarle la otra pierna, la izquierda- y yo le dije -donde está pensando hacerlo- entonces me dijo -no, pues, por debajo de la rodilla- y yo le dije -no, doctor para que va hacer eso, más bien emparéjemela con la otra (la pierna derecha del señor Òscar es una amputación a la mitad del fémur).

El médico me dijo que si estaba seguro y yo le dije que sí. Inclusive me gusto mas el corte que me hizo el médico de Comfandi, el médico trato de que me quedaran igualitas, pero no pudo, pero siempre quedo algo diferente.
Para que uno mocho de un lado de una manera y en la otra por allá abajo y eso todo lo que tengo que decir.

2. ¿Qué sentimientos experimento usted cuando le dijeron que lo iban amputar?

Ah, pues claro me dio muy duro cuando me amputaron esta pierna, con esta primera pierna yo lloraba, pensaba, bueno ya cuando me amputaron esta otra (izquierda) lo tome con naturalidad, ya no volví a pensar en mas nada, ya sabía que no podía volver a caminar, así tuviera un bastón, porque el otro problema es que para manejar un bastón, no podía, que este brazo (derecho) también es sino…. Un lujo tenerlo, porque no hago nada con él, desde acá arriba (hace referencia arriba desde el hombro) hasta la punta del dedo, todo el día toda la noche lo mantengo frio por dentro, como si hubiera estado en el congelador de la nevera, yo lo mantengo así día y noche, ya me acostumbre. Yo vivo así naturalmente.

Así me acostumbre, el que me quiera ver como estoy bien y sino también, que le voy hacer yo

3. ¿Usted sabia porque le iban a cortar las piernas?
Claro, porque yo tenía mucha azúcar en la sangre, soy diabético hace más de 28 años. La diabetes no la puede controlar, curarlo a uno, lo que pueden hacer es mantenerlo, ayudarlo, la tengo hace 28 años, yo conozco personas que a los 7 u 8 años que han muerto, yo ya llevo más de 28, es la verdad yo le tengo que huir al dulce totalmente, y para eso me mantengo con insulina, insulina que produce el azúcar para mantener siempre algo de azúcar.

Tengo tres hijos Luis Fer 42 año, Mónica 40 años y Òscar Alberto del 34 por fortuna no son diabéticos.

Yo ya como vivo, así como vivo, no tengo problemas de ninguna clase, y ahí estoy, quien sabe hasta cuándo me tenga el señor, pero yo si quisiera irme, un viaje largo sin regreso.

Me tapono las venas las dos fueron por diabetes.

4. ¿cómo se entera usted de la cirugía de amputación?
R/ El doctor arrima a la cama y me mira la pierna izquierda, y le digo doctor que piensa hacer……. Ampútela igualita a la otra, yo le pedí el favor y él me dijo que con mucho gusto.

5. ¿Cuando le dan la noticia había un psicólogo o solo el médico?
R/ No me acuerdo si había un psicólogo, pero creo que si fue una persona, un psicólogo a hablar conmigo, a prepararme algo así.

6. ¿Le pareció importante el hecho que lo prepararan?
R/ yo le dije doctor no se preocupe por psicólogos, simplemente hágalo. Y le dije déjemelo parejito.
7. ¿Usted recibió bien la información de que le iban hacer y como lo iba hacer?
R/ Claro.

8. ¿En qué clínica le realizaron la cirugía?
R/ En la Valle del Lili (pierna izquierda)

9. ¿Y la pierna derecha don Oscar?
R/ En la clínica Comfandi, como yo estoy afiliado a la clínica Comfandi, allí pago yo por mí y mi esposa, allí nos hemos suplido de esta cuestión.

10. ¿Don Òscar usted nos dijo que la primera vez, había llorado, cuando le realizaron la cirugía de la pierna derecha, cuéntenos en ese momento que sentía, de pronto rabia, tristeza, desilusión?

R/ No ya verá que no, no pensé en tener rabia, estuve más bien como tranquilo, que saber que ya no podía caminar, y ya cuando me amputaron la izquierda, no se me dio nada no sentí nada.

11. ¿Cuando le amputaron la derecha, le dieron la misma información?
R/ Si claro, me informaron, inclusive como mi hija era la que estaba conmigo en todo, a pesar que tenía que trabajar, ella me acompaño, en un principio yo le había dicho a la hija, que yo no me iba a dejar operar.

Yo estaba por decir, en el mostrador de la clínica y había una puerta de vidrio para salir al corredor y yo desde allí vi a la hija muy preocupada mirando al cielo, entonces yo ante eso, de ver a la hija así , toda preocupada de que yo no quería hacerme amputar la pierna fui y la busque y le dije –bueno mija, hágase la voluntad de Dios, no la mía,
voy aceptar que me amputen la pierna, hay ella se alegro mucho, porque de eso dependía la vida, me coge la cangrina hacia arriba y eso es peor.

Había una paciente que le habían amputado las dos piernas, a partir de aquí arriba (hace referencia a la pelvis) entonces me puse a pensar todo eso y dije, bueno mija hágase la voluntad de Dios y proceda, entonces me amputaron esta pierna (derecha), 17 de septiembre de 2003, jueves 5 de la tarde empezó la carnicería, esa es la verdad y esta otra (izquierda) julio 13 hace 4 o 5 año, fue cuando el doctor me dijo que me iba amputar la pierna, y yo le dije en donde empezar a cortar.

12. ¿Cuando le dijeron que le iba a amputar la derecha, usted por qué se niega al principio, que pensaba en ese momento?

R/ Yo hasta le dije a la hija, no mi amor yo no me quiero hacerme amputar la pierna, déjeme yo me muero de una vez. Ella no me contesto nada, allí fue que la vi atreves del vidrio, y le dije, bueno mija, que me la amputen e una vez.

13. ¿Don Oscar, la cirugía le generaba miedo?

R/ No, ya verá que no, porque la ciencia médicaestá muy avanzada, la ciencia médica en este momento hace milagros, reviven a una persona que ya se está pudriendo. Hay que tener en cuenta que la ciencia médica aquí en Colombia esta tremenda, hay gente que vive en Estado Unidos vienen hacerse operar aquí en Colombia, aquí tenemos magníficos médicos, ahí está este, Elkin Patarroyo, el de la malaria.

Desde el 17 de septiembre de 2003 hasta el día de hoy aquí me ven.

14. ¿Usted considera que le dieron la información necesaria para el procedimiento que le iba hacer?

R/ Es decir que me dijeron le vamos hacer esto, esto consiste en eso, no, no recuerdo, yo simplemente le dije al médico proceda doctor, para darle tranquilidad a mi hija Mónica.

13.5 Anexo 5 Entrevista Persona Amputada

Persona amputada pierna derecha desarticulación desde la pelvis.
R.G.A
Edad: 43 años
Actualmente reside en Suarez, Cauca y llevaba trabajando en la mina por un periodo de 2 años.

1. ¿Señor Reinaldo como se da cuenta que va hacer amputado?
R/ bueno, todo empezó porque en octubre del 2008, me levante con la pierna hinchada, fui a la Clínica de Santander y me dijeron que era una infección y allí estuve hospitalizado ocho días, me trataron con antibióticos, volví a la casas y al ver que seguí igual fui a la clínica de Suarez allí estuve hospitalizado tres días de allí me remitieron a la clínica de Oriente me seguían diciendo que era una infección, pero allí me hicieron exámenes de sangre me envían a la Clínica de los remedios donde me realizan una biopsia y me salió con cáncer, el médico me dijo que debían de realizarme dos cirugías que era sacarme la planta del pie y la otra era quitarme la bola que tenía en la cadera.
Eso fue hace dos años, pero me toco esperar para la cirugía porque la autorización de eso duro 6 meses.

Hace 15 días que me mocharon, el médico me dijo que no había nada que hacer, que había que amputar porque la infección estaba muy avanzada.

2. ¿Quién le da la información?

R/ El médico Guerrero me da la información, pero es que yo tenía que recoger unos exámenes ese día, cuando llegue a recogerlos a la clínica la señorita me dice que tengo que subir un papel, que le dijera a la señorita de ese piso que el doctor guerrero iba a hablar conmigo, cuando subí y le pase el papel a ella, la señorita me dice a usted es para amputación y ahí fue que me di cuenta, luego el doctor Guerrero, que la amputación se te tenía que hacer, que eso era lo mejor y eso fue todo. Pero la verdad yo no me quiera dejar amputar.

3. ¿El doctor Guerrero le explica a usted porque debía de ser amputado?

R/ No, el solo me dijo que me iba amputar porque era lo mejor, entonces a mi me toco enojarme, y decirles que me dijeran que era lo que tenia, y ahí fue que me dijeron lo del cáncer porque yo solo sabía que era un infección.
Me dijo lo del cáncer y que el doctor Rubiano era el que iba hacer la cirugía.

4. ¿Le parece que es importante que le den la información sobre la cirugía?
R/ si, claro que uno sepa que es lo que le van hacer, pero también me parece importante que le informen a uno sobre la prótesis, la pensión, eso de la parte legal.

5. ¿Qué sentimientos experimento en ese momento, tristeza rabia, desilusión?
R/ Me daba miedo…. (No sigue hablando, llora) entre llantos dice que eso es muy duro, que siente una gran tristeza.

6. ¿Quién lo acompaño en el proceso?
R/ Pues no tuve acompañamiento psicológico, solo medico, pero me hubiera gustado que un psicólogo me acompañara porque ellos entienden mejor por lo que uno está pasando.

Claro que mis amigos me dieron moral y siempre han estado muy pendientes de

todo, mis dos hijos también ellos me dice que siga adelante.

7. ¿Después de la operación tuvo algún acompañamiento?
R/ Pues si es psicológico no, yo vengo al médico pero a controles solamente, nunca he pasado con un psicólogo ni antes ni después de que me “mocharon”.

13.6 Anexo 6 Cuadro Categorías

	Necesidades de las personas amputadas		
	Reconocimiento	**Información**	**Social**
Medico	La preparación es escasa, a veces por el tipo de trauma, si es por accidente no hay mucho tiempo para preparar al paciente. Parece que es importante alguien que ha sido formado para ayudar a manejar o guiar las emociones y reacciones que entran en juego en el momento de la cirugía. Al paciente se le hace un seguimiento pero de rehabilitación física, guiado por medico, fisioterapeutas, neurólogos, pero escasea la rehabilitación psicológica del paciente.	hay colegas que dicen que no hay necesidad de informar al paciente, he tenido roces con colegas por la forma como manejan la información de la cirugía ante el paciente. El médico es el responsable de dar la información. Yo cuando doy la noticia trato de hablar con el paciente aparte y con la familia aparte, me parece importante hablar aparte porque para mí el impacto no es el mismo, por eso se necesita a alguien que acompañe al médico. La información que se le da al paciente	El impacto emocional siempre es fuerte. Pero también depende de la cultura, las creencias del paciente, algunos reaccionan a la negación, depresión, evitación o simplemente pareciera que no importase.

		depende de cada médico, cada cual maneja la información como cree pertinente.	
Psicóloga	Los doctores ellos están formados con una visión muy mecanizada, muy dualista, donde se prioriza siempre la mirada del cuerpo como órgano que se tiene que amputar, desde allí entonces para ellos siempre va a primar la estabilidad orgánica y fisiológica del paciente. Siempre se trabaja en equipo, ellos reconocen que esta el psicólogo. Acompañamiento para el proceso de asimilación de la mala noticia. Ellos (médicos) están haciendo este reconocimiento que hay otro	Habido una evolución frente a lo que ellos (doctores) hacen para preparar al paciente cuando le van hacer una cirugía de amputación he encontrado personas, médicos que son muy sensibles al sufrimiento del otro, el otro siendo paciente, entonces ellos hacen un reconocimiento de que existe algo más que ese cuerpo físico, que el paciente obviamente a nivel psicoemocional y también en su contexto familiar, social, laboral e incluso económico, va a ver afectado por esta cirugía que es de	Siempre hay un impacto emocional y el trabajo que se hace con la familia. para mi es muy importante, el contacto con el paciente ellos necesitan eso, solamente con que tu, lo saludes con una sonrisa y con que le cojas, y le pongas la mano en el hombro, disipa un poquito, toda esa carga. emocional que se está empezando a generar desde el momento en el que el médico le dio la no Y cuando a

	profesional. Esta la interconsulta para que usted (psicólogo) haga la evaluación y el acompañamiento pre quirúrgico y la preparación pre quirúrgica porque hay que hacerla. Reconocer a ese sujeto que está allí sentado, que está sufriendo. (el discurso de la psicóloga con el paciente no es el mismo siempre, hay que tener en cuenta varios factores, como facultades cognitivas, ver si el paciente te mira a los ojos, o sea, tu atraes su atención, si el paciente está orientado en lugar, tiempo y persona. Tiene una capacidad cognitiva que le permite, en un	amputación. Es el médico el que debe de dar la información la cirugía, pero ellos recurren a nosotros, para que nosotros hagamos tanto el acompañamiento. (Que el médico vaya acompañado del psicólogo) Ese es el ideal, y eso se hace, si y no, es decir dependiendo del momento, de la hora en que le vayan avisar al paciente. Logre llevar al señor, al paciente, a que me diga, que entendió de lo que el médico le dijo por ejemplo. El médico dice lo que tienen que hacerle, normalmente en términos médicos, cuando son aquellos médicos que ven al paciente como el miembro a	veces los pacientes se les dan este tipo de noticias, siempre debe haber un abordaje no solo para el paciente sino para la familia. Familiar del paciente entiendo de manera lógica, el proceso de deterioro. Miren ellos si entienden, porque cognitivamente lo pueden hacer, el proceso de entender que significa eso, pero no lo han comprendido desde el sentimiento”. Cuando se le da la información al paciente este queda en shock es así de inmediato, en cuestión de

	principio entender, para después pasar a comprender lo que le está pasando. Hacer el reconocimiento de que es un ser humano y que no es un pie diabético. Reconociendo eso, tengo que tener de la mano presente supremamente importante y es algo que se llama los derechos del paciente. Falta, que los médicos reconozcan esas necesidades. los pacientes que son amputados tienen unos días más de hospitalización, estamos hablando de una paciente que ya le hemos hecho una	amputar. A veces el paciente le dice al médico que si entendió, pero cuando yo llego me doy cuenta que no ha entendido, o sea el fondo de lo que el médico o yo le pueda decir es lo mismo, pero es como se lo están diciendo	segundo es la reacción después de que le dicen amputación, y el médico sigue bla, bla, bla, y explicando un mundo de cosas y la persona solo está pensando en me van a quitar la pierna. Es algo que no podemos explicar con las palabras, pero si tu la quieres adornar, es la etapa de shock, el paciente se queda como sin aliento, baja la mirada. tu llegas hasta donde las personas te lo permitan

	preparación y obviamente después de la cirugía vuelve de pronto haber un impacto emocional, ciertos signos digamos de tristeza, de resignación, de bueno ya no hay nada que hacer pero como lo voy a enfrentar. . A mí me parece que siempre debe haber una persona con ellos y muy pocos que digamos son los que yo más admiro en ese sentido hacen un reconocimiento de la importancia del apoyo psicoemocional allí. Pero la mayoría de veces les dicen entonces hable con su familia y cuando decida nos avisa.		

	Como hay otros médicos que son mas, digamos que reconocen mas ese sujeto que está allí,		
Sujeto 1	No me acuerdo si había un psicólogo, pero creo que si fue una persona, un psicólogo a hablar conmigo, a prepararme algo así. yo le dije doctor no se preocupe por psicólogos, simplemente hágalo	Cuando me amputaron la pierna derecha más arriba de la rodilla, no me acuerdo bien fue esta. No me acuerdo que me paso. Claro, porque yo tenía mucha azúcar en la sangre, viaje largo sin regreso. Me tapono las venas las dos fueron por diabetes. Si claro, me informaron. el doctor me dijo que me iba amputar la pierna, y yo le dije en donde empezar a cortar.	me dio muy duro cuando me amputaron esta pierna, con esta primera pierna yo lloraba, pensaba, bueno ya cuando me amputaron esta otra (izquierda) lo tome con naturalidad, ya no volví a pensar en mas nada. No ya verá que no, no pensé en tener rabia, estuve más bien como tranquilo, que saber que ya no podía caminar, y ya cuando me amputaron la izquierda, no se

		Es decir que me dijeron le vamos hacer esto, esto consiste en eso, no, no recuerdo, yo simplemente le dije al médico proceda doctor, para darle tranquilidad a mi hija Mónica.	me dio nada no sentí nada. Yo hasta le dije a la hija, no mi amor yo no me quiero hacerme amputar la pierna, déjeme yo me muero de una vez. Ella no me contesto nada
Sujeto 2	Pues no tuve acompañamiento psicológico, solo medico, pero me hubiera gustado que un psicólogo me acompañara porque ellos entienden mejor por lo que uno está pasando. Claro que mis amigos me dieron moral y siempre han estado muy pendientes de todo, mis dos hijos también ellos me dice que siga adelante. Pues si es psicológico no, yo vengo al médico	Elmédico me dijo que debían de realizarme dos cirugías que era sacarme la planta del pie y la otra era quitarme la bola que tenía en la cadera. Hace 15 días que me mocharon, el médico me dijo que no había nada que hacer, que había que amputar porque la infección estaba muy avanzada. El médicoGuerrero me da la información, el doctor guerrero iba a hablar	Me daba miedo…. (No sigue hablando, llora) entre llantos dice que eso es muy duro, que siente una gran tristeza

	pero a controles solamente, nunca he pasado con un psicólogo ni antes ni después de que me mocharon.	conmigo, cuando subí y le pase el papel a ella, la señorita me dice a usted es para amputación y ahí fue que me di cuenta, luego el doctor Guerrero, que la amputación se te tenía que hacer, que eso era lo mejor y eso fue todo. Pero la verdad yo no me quiera dejar amputar. Solo me dijo que me iba amputar porque era lo mejor, entonces a mi me toco enojarme, y decirles que me dijeran que era lo que tenia, y ahí fue que me dijeron lo del cáncer porque yo solo sabía que era un infección. Me dijo lo del cáncer y que el doctor Rubiano era el que iba hacer la cirugía Claro que uno	

		sepa que es lo que le van hacer, pero también me parece importante que le informen a uno sobre la prótesis, la pensión, eso de la parte legal.	