



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias
entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis
cognitivo conductual.**

AUTORES:

Jaya Dávila, María Eugenia y Quingalahua Loor, Luis Arturo

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

09 de febrero del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Dávila Jaya, María Eugenia y Quingalahua Loor, Luis Arturo**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en psicología clínica**.

TUTORA:

f. _____

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Jaya Dávila, María Eugenia y Quingalahua Loor Luis Arturo**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis cognitivo conductual**, previo a la obtención del título de **Licenciados en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.


En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 09 días del mes de febrero del año 2024

LOS AUTORES:

f. 

Jaya Dávila, María Eugenia

f. 

Quingalahua Loor, Luis Arturo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

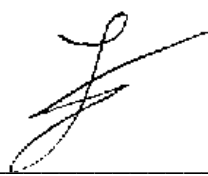
Nosotros, **Jaya Dávila, María Eugenia y Quingalahua Loor Luis Arturo**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis cognitivo conductual**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 días del mes de febrero del año 2024

LOS AUTORES:

f. 
Jaya Dávila, María Eugenia

f. 
Quingalahua Loor, Luis Arturo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 INFORME DE ANÁLISIS
registrar

El paciente diabético amputado:
Incidencia de sus creencias entorno a la
alteración perceptiva de su imagen, un
análisis cognitivo conductual

0%
Textos sospechosos

0% Similitudes
0% similitudes entre oraciones
0% entre las frases mencionadas
0% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Test - Jaya y Quingalahua.docx
ID del documento: f5c2f81d62272a9d3875e80cb29e098833taab8
Tamaño del documento original: 612.53 KB
Autores: Luis Quingalahua, María Jaya

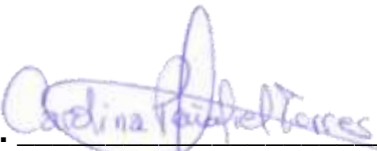
Depositante: Luis Quingalahua
Fecha de depósito: 24/1/2024
Tipo de carga: url_submission
Fecha de fin de análisis: 24/1/2024

Número de palabras: 24.517
Número de caracteres: 158.591

**TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El Paciente diabético amputado:
Incidencia de sus creencias en torno a la alteración perceptiva de su
imagen, un análisis cognitivo conductual.**

AUTORES: Jaya Dávila, María Eugenia y Quingalahua Loor, Luis Arturo

INFORME ELABORADO POR:

f. 
Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs.

Guayaquil, a los 09 días del mes de febrero del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis padres y hermanos por creer y confiar en mí, por su apoyo incondicional y amor. Asimismo, expreso mi sincero agradecimiento a todos los docentes y al personal del área administrativa por su excelencia, calidad humana y dedicación, ya que fueron parte fundamental de mi proceso de formación académica. A nuestra tutora de tesis, Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs, le agradezco por su conocimiento compartido, paciencia y guía durante este proceso de titulación.

Finalmente, quiero expresar mi genuino agradecimiento a mi compañero de tesis, Luis Arturo Quingalahua Loor, por su compromiso y arduo trabajo en esta investigación. También agradezco a todos los profesionales del área de salud que participaron en las entrevistas; sin su contribución este estudio no habría sido posible. ¡Gracias!

María Eugenia Jaya Dávila

Agradezco a mi familia: padre, madre, hermano y abuela, por su apoyo y amor incondicional.

Agradezco a mi compañera de Tesis, María Eugenia Jaya y a mi persona por nuestro esfuerzo y dedicación en la investigación y a lo largo de la carrera.

Agradezco a nuestra tutora de tesis, Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs por acompañarnos y orientarnos en ese proceso.

Y, finalmente, agradezco a mi tutora de destino de mis prácticas pre-profesionales, Jeannette Christine Pita García, y a todos aquellos que me motivaron a aprender más sobre el trabajo clínico y el amor a la profesión.

¡Muchas Gracias!

Luis Arturo Quingalahua Loor



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre, Blanca Flor Dávila, por su amor, por sus consejos y constante lucha, por motivarme a no rendirme y por inspirarme cada día. Todo mi esfuerzo es por ella. Asimismo, dedico esta investigación a mis sobrinos, quienes apenas comienzan su recorrido académico. Espero contribuir positivamente en sus vidas y formación, apoyarlos para que no se rindan y logren cumplir sus más grandes anhelos, con dedicación, amor y perseverancia.

De igual manera, dedico este trabajo a mi novio, Juan Carlos Guevara, por su amor y apoyo incondicional, por su compañía e inspiración, por sostenerme en mis momentos más difíciles. Para finalizar, y no menos importante, dedico este trabajo a todo mi esfuerzo, sacrificio y noches de desvelo. Todo, absolutamente todo, valió la pena.

María Eugenia Jaya Dávila

Dedico este trabajo a mi familia, a mi perrito Bart y más importante, me lo dedico a mí mismo como muestra de determinación.

Luis Arturo Quingalahua Loor



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
PSIC. CL. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
PSIC. CL. TATIANA ARACELY TORRES GALLARDO, MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
PSIC. CL.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

NOTA: _____

INDICE

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del problema	4
Pregunta general.....	6
Preguntas específicas	6
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Justificación.....	7
ANTECEDENTES	9
CAPÍTULO 1	12
Diabetes y amputaciones.....	12
Historia de la diabetes	12
¿Qué es la diabetes?	13
Tipos de diabetes	14
Complicaciones de Diabetes 2	15
Amputaciones.....	16
Tipo de amputaciones	17
Conductas de autocuidado en pacientes diabéticos amputados.....	19
Manejo adecuado del paciente diabético.....	20
Tratamiento	21
Tratamiento psicológico.....	21
Educación para la adquisición de comportamientos saludables en el diagnóstico de diabetes.....	22

CAPÍTULO 2	24
Las creencias - Terapia cognitiva conductual	24
Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual	24
Primera generación: Terapias Conductistas (1950).....	24
Pávlov.....	25
Thorndike.....	26
Watson.....	26
Skinner.....	27
Tolman.....	27
Wolpe.	28
Segunda generación: Terapias Cognitivo Conductuales (1970)	30
Albert Bandura.....	30
Aaron Beck.	31
Albert Ellis.....	32
Tercera generación: Terapias contextuales (1990)	34
La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Stroschal, Wilson).	34
Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai).	35
La terapia dialéctica conductual (Linehan).	36
Terapia integral de pareja (Jacobson y Christensen).	36
Mindfulness.....	37
Modelo cognitivo	39
Procesos cognitivos	39
Percepción	40
Percepción de la imagen corporal	40
Percepción social	41
Creencias	42
Creencias nucleares.....	42

Creencias intermedias.....	42
Pensamientos automáticos.....	42
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	43
Creencias irracionales según Ellis	43
1) Necesidad de aprobación.....	44
2) Altas autoexpectativas	44
3) Culpabilización.....	44
4) Reacción a la frustración.....	44
5) Irresponsabilidad emocional.....	45
6) Preocupación acerca de futuros problemas	45
7) Evitación de problemas	46
8) Dependencia.....	46
9) Indefensión	46
10) Preocupación extrema a los problemas de los demás	46
11) Perfeccionismo	47
Ansiedad perturbadora	47
Ansiedad del yo.....	48
Emociones desadaptativas y adaptativas	48
Insight	49
Métodos principales para reconocer las creencias irracionales	50
Modelo del ABC	51
Modelo A-B-C-D-E de intervención terapéutica.....	52
Técnicas de persuasión verbal: Estilos de debate (D)	52
Técnica de la flecha descendente	53
Cierre del capítulo dos.....	54
CAPÍTULO 3	55
Percepción de la imagen en pacientes diabéticos amputados	55

Factores que intervienen en la vida del paciente diabético posterior a la amputación.....	57
Factor familiar	57
Factor socioeconómico laboral.....	58
Creencias en el paciente diabético amputado	58
Pensamientos automáticos.....	59
Emociones adaptativas y desadaptativas	61
ABC en pacientes diabéticos amputados	63
ABCDE en pacientes diabéticos amputados	63
Cierre del capítulo tres	64
CAPÍTULO 4	65
Metodología	65
Enfoque.....	65
Paradigma.....	65
Método	66
Técnicas de recolección	66
Población	67
CAPÍTULO 5	68
Presentación y análisis de resultados	68
Presentación de resultados	68
Análisis de resultados.....	89
Resultados de entrevista a médicos.....	89
Resultados de entrevista a psicólogos	90
CONCLUSIONES.....	92
LISTA DE REFERENCIA	95
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Primera generación: Terapia conductual</i>	29
Tabla 2 <i>Segunda generación: Terapia Cognitivo Conductual</i>	33
Tabla 3 <i>Tercera generación: Terapias Contextuales</i>	38
Tabla 4 <i>Clasificación actualizada de las creencias irracionales de Ellis</i>	47
Tabla 5 <i>Emociones negativas y creencias</i>	61
Tabla 6 <i>Emociones negativas adaptativas y desadaptativas en pacientes diabéticos amputados</i>	62
Tabla 7 <i>Emociones positivas adaptativas y desadaptativas en pacientes diabéticos amputados</i>	62
Tabla 8 <i>ABC en pacientes diabéticos amputados</i>	63
Tabla 9 <i>Reestructuración cognitiva</i>	63
Tabla 10 <i>Tabla de variables para entrevista a médicos</i>	68
Tabla 11 <i>Tabla de variables para entrevista a psicólogos</i>	70
Tabla 12 <i>Resultados de la entrevista a médicos</i>	71
Tabla 13 <i>Resultados de la entrevista a psicólogos</i>	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Amputaciones de extremidades inferiores</i>	17
Figura 2 <i>Amputaciones de extremidades inferiores</i>	18
Figura 3 <i>Amputaciones del pie</i>	18
Figura 4 <i>Esquematización sobre los procesos internos del paciente diabético amputado</i>	60

RESUMEN

La presente investigación propuso estudiar la incidencia de las creencias del paciente diabético amputado entorno a la alteración perceptiva de su imagen, desde un enfoque cognitivo conductual. La importancia de esta investigación radica en reconocer cómo estas intervenciones quirúrgicas afectan la vida integral del paciente, activando creencias que influyen en sus emociones y conductas desadaptativas. El objetivo de la investigación fue identificar la incidencia de las creencias entorno a la alteración perceptiva de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil, por medio del método descriptivo, revisión bibliográfica y entrevistas a especialistas, como base para que futuras investigaciones puedan desarrollar planes de intervenciones clínicas enfocadas en esta población. La investigación se realizó a partir del enfoque cualitativo, se trabajó desde el paradigma interpretativo, por medio del método descriptivo. Las técnicas utilizadas fueron: revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas semiestructuradas a especialistas. La población fueron especialistas: médicos y psicológicos. Dentro de los resultados, los especialistas concordaron que las amputaciones y reamputaciones inciden de forma negativa en la vida integral del paciente. Esta investigación concluyó que, en la mayoría de los pacientes diabéticos, la amputación es un factor activador de creencias irracionales, generando emociones y conductas desadaptativas.

Palabras claves: Amputación; Conductas; Creencias; Diabetes; Emociones; Reestructuración Cognitiva

ABSTRACT

The present research proposed to study the incidence of the beliefs of diabetic amputee patients regarding the perceptual alteration of their image, from a cognitive-behavioral approach. The importance of this research lies in recognizing how these surgical interventions affect the integral life of the patient, activating beliefs that influence their emotions and maladaptive behaviors. The objective of the research was to identify the incidence of beliefs surrounding the perceptual alteration of diabetic amputee patients hospitalized in the vascular surgery area of a hospital in Guayaquil, through the descriptive method, literature review and interviews with specialists, as a basis for future research to develop plans for clinical interventions focused on this population. The research was carried out from the qualitative approach, working from the interpretative paradigm, by means of the descriptive method. The techniques used were: review of bibliographic sources and semi-structured interviews with specialists. The population were specialists: medical and psychological. Among the results, the specialists agreed that amputations and reamputations have a negative impact on the integral life of the patient. This research concluded that in most diabetic patients, amputation is an activating factor of irrational beliefs, generating emotions and maladaptive behaviors.

Keywords: Amputation; Behaviors; Beliefs; Diabetes; Emotions; Cognitive Restructuring

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta los niveles de glucemia en los pacientes, los cuales necesitan adaptar su estilo de vida a partir del diagnóstico, acoplándose a controles médicos, estructuras, dietas saludables, actividad física, entre otros cambios. Por ende, la concientización de compromiso del paciente es fundamental para prevalecer su salud y evitar complicaciones, tales como amputaciones, reamputaciones e incluso la muerte.

El Ministerio de Salud Pública establece que “La diabetes mellitus es la tercera causa de mortalidad general, con 5.564 fallecimientos en el 2021, según datos del INEC” (2023).

Los pacientes diabéticos, al no llevar el respectivo cuidado de esta enfermedad, pueden presentar complicaciones que en ciertos casos los conlleva a someterse a una amputación o a varias series de amputaciones progresivas. Esto sugiere que la percepción sobre su imagen, a nivel físico, social, familiar podría verse alterada debido a sus creencias. A consecuencia de estas intervenciones quirúrgicas invasivas y bruscas, estos pacientes pueden ser propensos a desarrollar conductas desadaptativas, ya que la amputación podría ser un factor determinante en la activación de creencias irracionales.

La diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre, es decir, la glucemia. Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (glucemia elevada) que, con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas del organismo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2023)

La diabetes es causada al tener niveles altos de concentración de glucosa en la sangre, es decir hiperglucemia, lo que ocasiona daños graves a la persona con el pasar del tiempo. La diabetes podría avanzar y dañar los

órganos internos del cuerpo, afectando incluso sus nervios, lo que deriva en una amputación de la parte afectada; y en algunos casos reamputación. La condición de cada paciente puede empeorar debido al desconocimiento o descuido de su parte en torno a controles médicos, inadecuada alimentación, inactividad física, entre otros factores.

“Las propias creencias en relación a sí mismo, los demás y/o el funcionamiento del mundo acaban condicionando la percepción de la realidad y nuestra conducta, haciéndola más o menos adaptativa” (Rodríguez y Escolano, 2015, p. 52). Sin embargo, posterior a una situación que genere un cambio radical en la vida de una persona como la amputación, se podrían activar creencias irracionales que alterarían la percepción de su imagen, lo cual podría provocar conductas o emociones desadaptativas

Las creencias podrían incidir en la respuesta emocional y conductual del paciente diabético tras la amputación, ante su nueva imagen corporal podrían desarrollar alteración perceptiva en diferentes aspectos puesto que, estos pacientes deben afrontar adaptaciones ante los cambios de su nuevo estilo de vida.

Este trabajo de titulación se centra en estudiar las alteraciones perceptivas de la imagen del paciente diabético amputado ante la impresión de su nueva imagen corporal, en relación con sus creencias.

En cuanto al Instituto de investigación tecnologías y producción (s,f). Este trabajo investigativo guarda correspondencia con el Dominio 5: *Educación, comunicación, arte y subjetividad*, puesto que dentro de este dominio se plantea el trabajo de la psicología. De acuerdo con la problemática a investigar, este dominio permite realizar un análisis desde la Psicología, ya que presenta diversidad de enfoques, fundamentos, métodos, procesos y procedimientos. En este caso, el objeto de la Psicología está en la cognición, las relaciones de comunicación y los contextos, Por ende, posibilita la orientación de esta investigación, misma que será abordada desde el enfoque cognitivo conductual, donde también se dará relevancia al contexto hospitalario.

El eje de la Secretaría Nacional de Planificación (2021) con el que guarda correspondencia la investigación es el *Eje 5: Salud gratuita y de calidad*. Ya que permite contemplar todas las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles. Resultando fundamental dentro de la problemática puesto que, en los objetivos desarrollados, se propone plantear posibles intervenciones clínicas dirigidas a pacientes diabéticos amputados, la cual tendría que ver con la recuperación y rehabilitación de estos pacientes.

Acorde a la Secretaría Nacional de Planificación (2021). El objetivo con el que se relaciona es el *Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad*. Considerando que la OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por ello, existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial.

Este objetivo tiene relevancia con la investigación, la cual busca analizar la incidencia de las creencias del paciente diabético amputado en torno a la alteración perceptiva de su imagen. De esta manera proporcionar bases teóricas para que futuras investigaciones puedan desarrollar planes de intervención enfatizando un desarrollo integral enfocado en esta población.

Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad que afecta a hombres y mujeres sin distinción alguna, alterando la calidad de vida de las personas que la padecen, como también de su familia. La responsabilidad del paciente diabético es fundamental para un adecuado control de su enfermedad. Sin embargo, debido al desconocimiento o la falta de compromiso del paciente sobre la gravedad de la enfermedad pueden presentar complicaciones que en muchos casos conllevan a amputación o reamputaciones.

La amputación de alguno de los miembros inferiores en personas con diabetes es de 10 a 20 veces más frecuente en comparación con aquellas que no padecen esta afección. Se calculó que, a nivel mundial,

se pierde por amputación una extremidad inferior (o parte de ella) cada 30 segundos como consecuencia de la diabetes. (Federación Internacional de la diabetes, 2019, p. 89)

Los pacientes que son sometidos a alguna amputación se enfrentan a cambios en sus vidas, en sus actividades diarias, su contexto familiar, laboral y social en el cual se desarrollan debe adecuarse a su nueva condición. Los pacientes al presentar cambios en su funcionalidad física pueden presentar, acorde a sus creencias, alteraciones perceptivas. Esto debido al cambio en torno a su independencia, puesto que, para poder desplazarse, en algunos casos, van a requerir del apoyo de otras personas según la gravedad del caso. Además, implementos de apoyo motriz, como silla de ruedas, muletas, y solo en los casos viables acceder a un proceso para prótesis.

La imagen corporal es "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo. Está formada por diferentes componentes: El componente perceptual, el cognitivo, el afectivo y el conductual" (Vaquero et al., 2013, p. 28). Por ende, la imagen corporal estaría conformada por actitudes, sentimientos, valoraciones propias del individuo que tenga sobre sí mismo.

Las creencias son aquellas que influyen en la forma en que las personas se perciben a sí mismas, su visión sobre el mundo y su futuro. Los pacientes diabéticos amputados tras experimentar este proceso pueden presentar visiones negativas en cualquiera de estos aspectos, y en algunos casos en los tres. Considerando que, tras el gran impacto y cambio de su aspecto físico, pueden activar creencias irracionales, los cuales conllevan a una emoción negativa y por ende, conductas desadaptativas.

A partir de las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital de Guayaquil, se evidencia la afectación causada tras el proceso quirúrgico de amputación o reamputación a través de algunos de los dichos de los pacientes, los cuales son: "estoy aterrada", "tengo miedo, pero fe en Dios", "me siento inservible", "una inútil". "me siento triste", "no tengo dolor físico, pero sí emocional", "me quiero morir", "seré un problema para mi hija", "mejor morir que estar así".

De aquí surgen las siguientes preguntas rectoras de la investigación:

Pregunta general

¿Cómo inciden las creencias entorno a la alteración perceptiva de la imagen de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil?

Preguntas específicas

1. ¿Cómo se desarrolla la amputación en el paciente diabético?
2. ¿Qué son las creencias?
3. ¿Cómo las creencias intervienen en el desarrollo de la percepción de la imagen de los pacientes diabéticos amputados, hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil?

Objetivos

Objetivo general

Identificar la incidencia de las creencias entorno a la alteración perceptiva de la imagen de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil, por medio del método descriptivo, revisión bibliográfica y entrevistas a especialistas, como base para que futuras investigaciones puedan desarrollar planes de intervenciones clínicas enfocadas en esta población.

Objetivos específicos

1. Describir al paciente diabético amputado por medio de revisión bibliográfica.
2. Reconocer las creencias por medio de revisión bibliográfica.
3. Explicar las creencias que intervienen en el desarrollo de la percepción de la imagen de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil por medio de revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas a especialistas.

Justificación

Esta investigación es necesaria porque centra su estudio en pacientes diabéticos amputados, los cuales representan un grupo de población vulnerable que requieren un estilo de vida controlado. Puesto que la falta de compromiso, interés o desconocimiento del paciente son causantes de complicaciones mayores como amputaciones o reamputaciones.

Luego de la intervención quirúrgica, existe un cambio físico en la figura del paciente, por lo que es necesario realizar un análisis sobre qué sucede con las creencias en estos pacientes y cómo podrían afectar el desarrollo sobre su percepción de su imagen.

Esta investigación es necesaria para reconocer cómo se activan las creencias tras la intervención quirúrgica. Así mismo, es importante identificar si debido a estas creencias se puede presentar una alteración perceptiva de su imagen, provocando emociones o conductas desadaptativas, afectando la calidad de vida de esta población. Razón por la cual esta investigación es necesaria como base para que futuras investigaciones puedan desarrollar posibles planes de intervenciones clínicas enfocados en pacientes diabéticos amputados.

La investigación se realizó a partir del enfoque cualitativo, ya que no se trabajó con datos estadísticos u objetivos, se trabajó desde el paradigma interpretativo, por medio del método descriptivo. Las técnicas utilizadas fueron: revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas semiestructuradas a especialistas. En cuanto a la población, se trabajará con especialistas que han trabajado con pacientes diabéticos amputados en el área vascular. Tanto a nivel médico como psicológico.

En cuanto a las limitaciones, la principal fue el tiempo ya que los pacientes del área vascular se encuentran hospitalizados para intervenciones quirúrgicas y estabilización. Por ende, posterior a ello, son dados de alta. Muchos de estos pacientes no viven en la ciudad y continúan sus controles en otras casas de salud. Y quienes sí continúan sus controles en el hospital acuden directamente al área de revisión o consulta externa por lo que, no se

puede dar un seguimiento psicológico, a menos que el paciente lo solicite. Aunque se recomienda a los pacientes acudir a proceso terapéutico por consulta externa, no lo hacen, ya sea por las limitaciones, porque sus familiares no los apoyan, o porque no quieren trabajar el proceso que están atravesando tras la pérdida de una extremidad o parte de la misma. Por ello, la importancia de tratar de establecer un plan de prevención, intervención y seguimiento del departamento psicológico.

Otro de las limitaciones fue la fuerte ola de violencia en el país, lo que impidió que se prosiga con el seguimiento en la institución hospitalaria imposibilitando la toma de un cuestionario que permitiría la identificación de las creencias irracionales en pacientes diabéticos posterior a la amputación. Por ende, se utilizaron únicamente los dichos de los pacientes, además de la información proporcionada por especialistas y fuentes bibliográficas.

El primer capítulo es un desarrollo de los conceptos alrededor de la diabetes y amputaciones. Se exploran los diferentes tipos de diabetes y cómo esta enfermedad podría ocasionar una amputación o reamputaciones. También se exploraron los diferentes tipos de amputaciones y se explicaron los parámetros por lo que se generan reamputaciones.

El segundo capítulo desarrolla cómo es el abordaje desde la terapia cognitiva conductual. Abarca conceptos de los contenidos cognitivos y de la TREC. Se focaliza en la propuesta de Albert Ellis para explicar las creencias, creencias irracionales o supuestos y pensamientos automáticos, emociones adaptativas y desadaptativas. También se focaliza en métodos para reconocer estas creencias como el modelo ABC y técnicas para debatirlas como parte de una reestructuración cognitiva.

En el tercer capítulo se articulan los conceptos teóricos desarrollados con la realidad clínica de los pacientes, complementando la información con dichos y comentarios de los pacientes del área vascular, recopilados en las prácticas preprofesionales. El cuarto capítulo consiste en la metodología empleada para extraer los datos. El quinto capítulo presenta el análisis y resultados de la investigación.

ANTECEDENTES

Moreno et al. (2019) en su investigación *Evaluación psicológica preoperatoria en pacientes con complicaciones de pie diabético en el Hospital Abel Santamaría* tiene como objetivo evaluar psicológicamente a pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente para amputación por complicación de pie diabético en el servicio de angiología del Hospital “Abel Santamaría”. La metodología utilizada fue un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. La población fue de 120 pacientes diabéticos entre 60 - 70 años. Se aplicó la técnica de los diez deseos, listado de emociones, la entrevista psicológica y la escala de ansiedad de Hamilton. Los resultados obtenidos fueron que el 100% de los pacientes presentó necesidades de salud de afecto, felicidad y necesidades de cumplimiento con sus roles sociales, familiares y recreación. El 100% de la muestra refirió tristeza, temor, ansiedad y tensión. El 51,7% de los pacientes presentaron ansiedad moderada. (pp. 63-69)

Reséndiz y Serrano (2020) en su investigación *Implicaciones en el movimiento humano de las adaptaciones del esquema e imagen corporal secundarias a una amputación*, aporta que el movimiento corporal humano es el resultado de la interacción entre elementos psicológicos, biológicos y sociales. Las amputaciones generan alteraciones en la estructura mental del individuo ocasionando restricciones en la participación social; por ello, es necesario comprender la influencia de la imagen y el esquema corporal de los sujetos con amputación según la teoría del movimiento continuo. La metodología que se realizó fue una revisión de la literatura en las bases de datos PubMed, Science Direct, Clinical Key, PEDro, SciELO en el mes de abril de 2020; la selección de artículos se dividió en 3 fases, utilizando los términos “body schema”, “body image”, “amputee” y “movement”. La investigación concluyó que el esquema corporal es la representación central de las características espaciales del cuerpo y está íntimamente relacionado con el movimiento corporal humano. Su desarrollo depende de la información propioceptiva; tras un proceso de amputación existe una reorganización cortical que modifica el esquema corporal como una respuesta adaptativa. (pp. 69-70)

Valdez, et al (2022) en su investigación *Variables predictivas de amputación en pacientes con pie diabético en un hospital de segundo nivel de Ecuador*, tiene como objetivo Identificar las variables predictivas de amputaciones en los pacientes con diagnóstico de pie diabético en el Hospital Verdi Cevallos desde enero de 2017 a diciembre de 2018. La metodología a utilizar fue un estudio retrospectivo y correlacional, que incluyó 130 pacientes con diagnóstico de pie diabético. Se utilizaron técnicas de inferencia estadística no paramétrica univariante para la correlación de las variables cualitativas (pruebas de χ^2), así como la direccionalidad de estas. Se concluyó que el mal control glucémico, la insuficiencia renal crónica avanzada, enfermedad vascular periférica severa y los estadios 4 y 5 de la clasificación de Wagner-Merrit fueron factores predictivos de amputación en el paciente con pie diabético. (pp. 4-8)

Rosas et al. (2019) en su investigación *Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú*, tiene como objetivo identificar la frecuencia de pacientes con depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima. La metodología a utilizar fue un estudio descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico de DM2, a fin de determinar la presencia de depresión y ansiedad de acuerdo a la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-6) y la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20). Los resultados obtenidos en la muestra de 327 pacientes proporcionaron los siguientes datos: el 23,9% presentaron depresión, el 32,7% ansiedad y el 7,95% suicidalidad, en tanto que un 5,5% presentaron síntomas de depresión y ansiedad. El 17,94% de pacientes con depresión y el 16,82% de pacientes con ansiedad presentaron suicidalidad. La investigación concluye que casi una cuarta parte (23,9%) de los pacientes con DM2 mostraron evidencia de depresión, y un tercio (33,7%) presentaron ansiedad. (pp. 166-177)

Bravo et al. (2018) en su investigación *Tratamiento del duelo en pacientes diabéticos con diagnóstico de amputación*, tiene como objetivo identificar el proceso del duelo que sufren las personas que afrontan alguna amputación de una extremidad. La investigación es cualitativa y busca una

comprensión particular del fenómeno que se estudia, entiende el significado de aquello que se muestra en lo que es diferente de los hechos, se centra en lo específico, individual y peculiar. La investigación concluye que la mayor causa de las amputaciones se debe a complicaciones propias de la diabetes, las consecuencias, a largo plazo, de esa enfermedad son el resultado de alteraciones de micro y macro vasculares, que pueden llevar a la disfunción de varios órganos. Los pacientes que han sufrido de amputaciones poco colaboran con el tratamiento, ya que existe un riesgo inminente de exclusión social. Se necesita tener un grupo biopsicosocial para el abordaje integral desde las tres esferas del ser humano en la que se evalúan e intervienen los factores biológicos, psicológicos y sociales para la lograr el nuevo proceso de ajuste y acomodación desde su condición al medio físico, familiar, laboral y social. (pp. 423-432)

CAPÍTULO 1

Diabetes y amputaciones

En el presente capítulo se tratará de dar una explicación de las distintas definiciones de lo que se conoce en el ámbito de la salud como diabetes y de la amputación como consecuencia de esta, además de las causas y complicaciones que pueden surgir ante el desconocimiento e inadecuado tratamiento de la enfermedad.

Así también se buscará dar una explicación de los distintos tratamientos que de forma interdisciplinaria buscar generar en el paciente un menor impacto en el deterioro de su salud, debido al desconocimiento de las consecuencias de la enfermedad, tratando de mantener su funcionalidad, tanto a nivel físico como psicológico.

Historia de la diabetes

Areteo de Capadocia, un médico griego que posiblemente estudió en Alejandría y residente en Roma describe las enfermedades clásicas como la tuberculosis, la difteria y la epilepsia. Para él, la Diabetes es una enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina. Fue él quien le dió el nombre de Diabetes que en griego significa Sifón, refiriéndose al síntoma más llamativo por la exagerada emisión de orina. Él quería decir que el agua entraba y salía sin quedarse en el individuo. (Sánchez, 2007, p. 70)

La característica distintiva de la diabetes descrita en sus orígenes es la excesiva cantidad de micción expulsada por la persona que la padece. Razón por la cual futuros autores utilizaron de base esta característica para desarrollar sus propias terminologías alrededor de esta enfermedad.

El término diabetes procede del griego *diabétes*, que a su vez deriva del verbo *diabaíno* 'caminar', formado a partir del prefijo *día-*, 'a través de', y *báino*, 'andar, pasar'. En patología, para referirse a la enfermedad caracterizada por la poliuria, Areteo de Capadocia, que emplea diabetes en el sentido etimológico de 'tránsito, paso', aludiendo a la

excesiva expulsión de orina, que era el primer síntoma conocido de la enfermedad. (Díaz, 2004, p. 30)

Desde el médico Areteo, permite plantear una analogía donde relaciona la etiología de la diabetes “a través de” y “andar, pasar” con la enfermedad de la poliuria. Esta enfermedad de poliuria era el indicador principal para diagnosticar pacientes diabéticos, la cual consta en tener una excesiva cantidad de orina mayor a $> 3L$. Por ende, se relaciona la poliuria con “a través de andar pasar” con el proceso de ingerir un líquido, el cual recorre el cuerpo humano para luego ser expulsado en forma de orina; es decir, el agua pasa a través del cuerpo para ser convertida en orina.

En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). (Sánchez, 2007, p. 74)

¿Qué es la diabetes?

Según la Federación internacional de la diabetes (2019), la diabetes mellitus (o simplemente diabetes):

Es una afección grave y de largo plazo que ocurre cuando los niveles de glucosa en la sangre de una persona son altos porque su cuerpo no puede producir insulina o la cantidad suficiente de esta hormona, o cuando no puede utilizar de manera eficaz la insulina que produce. (p. 12)

La diabetes es una enfermedad crónica que puede afectar tanto a hombres como mujeres, es causada por una alteración de los niveles de glucosa en la sangre y requiere de un estricto control a nivel médico, dietético, y el compromiso por parte del paciente en cuanto a una ejercitación activa, por ende, una rutina saludable.

Tipos de diabetes

Según Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2023) en su artículo *¿Qué es la diabetes?*, plantea que hay tres tipos principales de diabetes: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo):

- **Diabetes gestacional.** Se desarrolla en mujeres embarazadas que nunca han tenido diabetes. Si tiene diabetes gestacional, su bebé podría correr un mayor riesgo de tener problemas de salud. La diabetes gestacional generalmente desaparece después del nacimiento del bebé.
- **Diabetes tipo 1:** Se cree que la diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune (el cuerpo se ataca a sí mismo por error). Esta reacción impide que su cuerpo produzca insulina. Aproximadamente entre el 5 y el 10 % de las personas que tienen diabetes tienen diabetes tipo 1.
- **Diabetes tipo 2.** Su cuerpo no utiliza bien la insulina y no puede mantener el azúcar en sangre en niveles normales. Aproximadamente entre el 90% y el 95% de las personas con diabetes tienen diabetes tipo 2.

Según Medline Plus (2021) *En su artículo Diabetes tipo 2*, menciona que:

La diabetes tipo 2 es una enfermedad en la que los niveles de glucosa o azúcar en la sangre son demasiado altos. La glucosa es su principal fuente de energía. Proviene de los alimentos que consume. Una hormona llamada insulina ayuda a que la glucosa ingrese a las células para brindarles energía. Si tiene diabetes, su cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien. Luego, la glucosa permanece en la sangre y no ingresa lo suficiente a las células. La diabetes tipo 2 puede deberse a una combinación de factores: Tener sobrepeso u obesidad, no hacer actividad física, genética e historia familiar.

La responsabilidad del control adecuado de la enfermedad recae en el paciente, sin embargo, muchos de los pacientes desconocen que padecen la enfermedad hasta que presentan descompensación en su salud. Luego del diagnóstico, es fundamental que los pacientes se adapten a cambios de estilos de vida saludables.

Complicaciones de Diabetes 2

En el simposio realizado por el Hospital del IESS de los Ceibos (2022), estipula que:

Actualmente, de cada 10 personas con diabetes, cinco desconocen que la tienen; asimismo se indica que esta enfermedad es la primera causa de ceguera en el mundo, la primera causa de amputación no traumática y la segunda causa de muerte en el Ecuador, son parte de las estadísticas que se expusieron en el Simposio ABC de la Diabetes, organizado por el Hospital General Los Ceibos.

Las complicaciones de la diabetes aumentan progresivamente con el pasar del tiempo; cuanto menos el paciente se haya cuidado, mayor será el riesgo de sufrir complicaciones. Acorde a MayoClinic (2023) algunas de las posibles complicaciones de la diabetes tipo 2 incluyen las siguientes:

- **Enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares):** La diabetes aumenta en gran medida el riesgo de sufrir muchos problemas cardíacos.
- **Daño a los nervios por diabetes (neuropatía diabética):** El exceso de azúcar puede dañar las paredes de los vasos sanguíneos pequeños (capilares) que alimentan los nervios, especialmente en las piernas.
- **Daño a los riñones por diabetes (nefropatía diabética):** La diabetes puede dañar el sistema de filtración de los riñones que contiene millones de pequeños grupos de vasos sanguíneos.
- **Daño a los ojos por diabetes (retinopatía diabética):** La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos del ojo.
- **Daños en el pie:** El daño en los nervios de los pies o el flujo sanguíneo insuficiente a los pies aumentan el riesgo de muchas complicaciones.

- **Afecciones de la piel y la boca:** La diabetes te puede hacer propenso a infecciones bacterianas y micóticas.
- **Deterioro de la audición:** Los problemas de audición son frecuentes en las personas con diabetes.
- **Enfermedad de Alzheimer:** La diabetes tipo 2 puede aumentar el riesgo de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.
- **Depresión relacionada con la diabetes:** Los síntomas de depresión son comunes en personas con diabetes tipo 1 y tipo 2.

Como se describe, dentro de las complicaciones de la diabetes están los daños a los vasos sanguíneos, los cuales producen afecciones médicas en las piernas, en los riñones, en los ojos. Los vasos sanguíneos son los encargados de llevar la sangre a los respectivos nervios de estos órganos. Estos vasos sanguíneos, al verse dañados, impide que les llegue sangre a los nervios, provocando afecciones y complicaciones. El área más frecuente a presentar estos daños de los nervios es el área de los pies, es decir la neuropatía diabética (daño a los nervios de los pies), lo que podría llevar a una complicación mayor que son las amputaciones.

Amputaciones

Espinoza y García (2014) en su artículo *Niveles de amputación en extremidades inferiores: Repercusión en el futuro del paciente*, mencionan que:

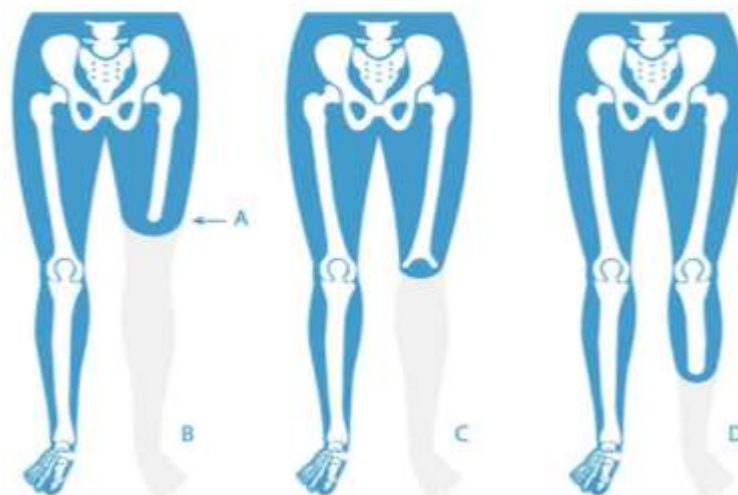
La amputación es un acto quirúrgico que provoca un cambio irreversible en la persona sometida a ésta. El nivel al que se realiza es determinante en las competencias futuras del paciente, siendo de peor pronóstico funcional el hecho de tener una amputación más proximal. Los niveles transarticulares presentan mejor pronóstico funcional que los realizados a través del hueso en un nivel inmediatamente superior. Al enfrentar un paciente que requiere una amputación es necesario pensar no solo en salvar la vida sino en conservar buenas posibilidades de independencia y reinserción social. (pp. 276-280)

Tipo de amputaciones

Según Össur (2023) en su artículo *Amputación de extremidades inferiores*, plantea que existen muchos tipos de amputación. El nivel de una amputación se refiere al lugar desde donde se amputa una parte del cuerpo. El nivel de amputación es importante porque afecta la capacidad funcional, fuerza y movilidad del muñón. Menciona las siguientes amputaciones:

- A. Extremidad residual o muñón:** La parte de extremidad que queda tras la amputación.
- B. Amputación transfemoral:** Amputación a través del hueso del muslo, entre la cadera y la rodilla, también denominada “por encima de la rodilla”.
- C. Desarticulación de rodilla:** Amputación a través de la articulación de rodilla.
- D. Amputación transtibial:** Amputación a través de los huesos de la espinilla y el gemelo, entre la rodilla y el tobillo, también denominada “por debajo de la rodilla”.

Figura 1
Amputaciones de extremidades inferiores



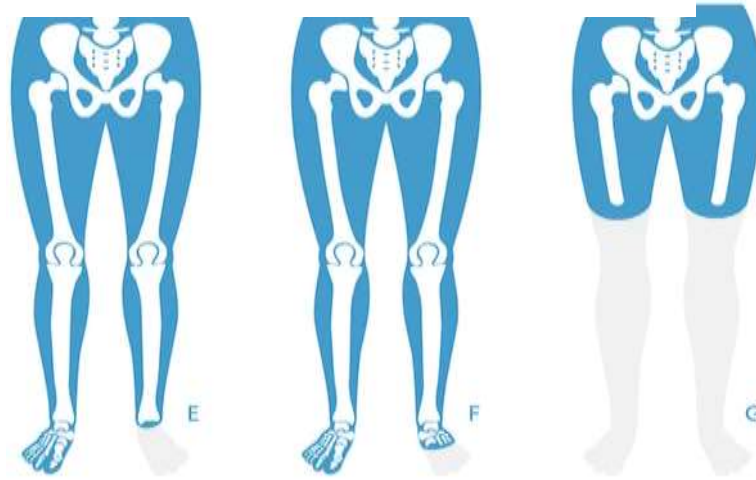
Nota: Por Össur (2023).

- E. Desarticulación de tobillo:** amputación a través del tobillo.
- F. Amputación transmetatarsiana:** Amputación a través de la parte delantera del pie. También se denomina amputación de Syme.

G. Amputación bilateral: Amputación de ambas piernas.

Figura 2

Amputaciones de extremidades inferiores



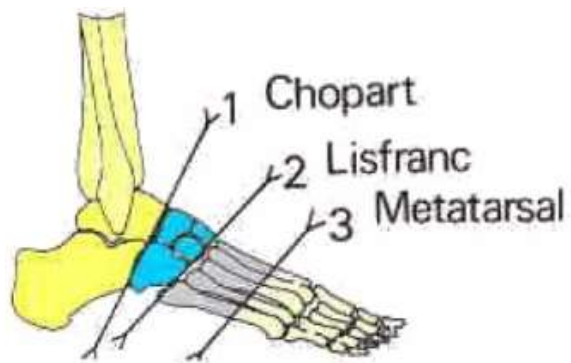
Nota: Por Össur (2023).

Según Poggio y García (2018) en su investigación *Amputaciones de la extremidad inferior en el paciente diabético*, estipula que los tipos de amputaciones más frecuentes son:

- Amputaciones del dedo gordo
- Amputación de los dedos menores
- Amputación del primer radio
- Amputación de Lisfranc (tarsometatarsiana)
- Amputación de Chopart (transtarsiana)

Figura 3

Amputaciones del pie



Nota: Por Entrenas, R. (2023). Recuperación funcional del paciente diabético tras amputación

Conductas de autocuidado en pacientes diabéticos amputados

Muñoz y Arteaga en su investigación *Conductas de autocuidado del pie en pacientes diabéticos amputados*, refiere que:

Las amputaciones producen gran impacto físico, psicológico, familiar y social, generando en algunos casos dependencia funcional y sometiendo a quienes lo padecen a cambios drásticos en la rutina personal y social, lo que demanda gran apoyo hacia el personal de salud para un mejor afrontamiento ante la nueva situación de vida. (pp. 17-24)

El proceso de la amputación genera un gran impacto en diferentes ámbitos de la persona que lo padece, sea físico, psicológico, familiar e incluso social. De manera física debido a que se genera una alteración de la imagen física del cuerpo de la persona, teniendo que cambiar la forma en la que percibía su propia imagen corporal. De manera psicológica porque es un impacto brusco donde la persona tendrá que asimilar el proceso y los cambios que están por venir. Así mismo se genera un impacto a nivel familiar debido a que en algunos casos, estos pacientes necesitarán de cuidados por parte de algún familiar, es decir, perderán cierta independencia para pasar a requerir de atención de otras personas. Y también se genera un impacto social debido a todos los cambios mencionados anteriormente, cómo el paciente se podrá adaptar y cambiar su estilo de vida, quizás incluso necesitando del apoyo terapéutico para poder reinsertarse dentro de la sociedad.

Jiménez (2017) en su artículo *Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario* plantea que:

La pérdida de una extremidad produce muchos cambios en la vida de una persona, esta nueva realidad implica un reto para el individuo, ya que constituye una práctica traumática debido a que el proceso de recuperación requiere de la capacidad que tenga el sujeto para rehacer su vida de forma física, psicológica y social. La rehabilitación puede transcurrir en poco tiempo, dependiendo de las características socioemocionales del individuo, por ejemplo, hay personas que tienen

mayor facilidad para adaptarse a la utilización de la prótesis y alcanzar niveles apropiados de independencia funcional que le permitan desenvolverse en el medio, sin embargo, existen otros casos, en los que este proceso transcurre de forma más lenta que la esperada, generando dificultades tanto emocionales como físicas. (pp. 8-39)

Cada paciente desde su individualidad y acorde a los factores externos, como al nivel de amputación al que fue sometido, va a desarrollar mayor o menor independencia luego de la intervención. Es necesario considerar que no todos los pacientes amputados pueden acceder a una prótesis, sin embargo, puede optar por utilizar otro tipo de implementos que faciliten su movilidad, como silla de ruedas, muletas, entre otros. Post amputación, el paciente debe someterse a nuevos cambios en su rutina, preservando un estilo de vida adecuado. Además del compromiso del paciente en torno a su condición, es fundamental el trabajo interdisciplinario donde se procure la atención y control de la enfermedad como también el estado emocional del paciente. La identificación de redes de apoyo como familia, amigos o conocidos resulta fundamental en el proceso de rehabilitación.

Manejo adecuado del paciente diabético

Mejorar el estilo de vida:

- Dieta saludable.
- Limitar el uso excesivo de azúcar.
- Controlar el consumo de alcohol.
- Establecer un horario para sus comidas.
- Evitar el exceso de peso.
- Actividad física regularmente.
- Controles médicos.
- Control de niveles de glucemia.
- Tratamiento farmacológico.

Es necesario llevar a cabo una vida saludable para obtener mejores resultados en el tratamiento, tanto a nivel biológico y psicológico, y evitar posibles complicaciones.

Tratamiento

Para el tratamiento en pacientes diabéticos, a nivel biológico, consiste en tres fases, acorde a Reyes et al. (2016) en su investigación *Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2*:

- **Tratamiento preventivo:** Múltiples ensayos clínicos aleatorizados recientes demuestran que personas con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, pueden retrasar su aparición, a través de programas bien estructurados para modificar estilos de vida (p. 101).
- **Tratamiento no farmacológico:** El tratamiento no farmacológico (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables. (p. 101)
- **Tratamiento farmacológico:** Debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico (p. 104).

Dentro de los tres tratamientos propuestos se considera fundamental nuevos estilos de vida, tanto para retrasar la aparición de la enfermedad como para mantener su estabilidad, donde se sugiere: actividad física, un plan nutricional adecuado, un plan de educación que permita comprender la importancia de adquirir nuevos hábitos que atribuyen a una condición saludable. A su vez, es necesario el trabajo interdisciplinario con la intervención psicológica en este tipo de pacientes.

Tratamiento psicológico

Acorde a Castro et al. (2005) en su investigación *Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus*, establece que:

Las estrategias de intervención se construyen a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, así mismo, de las habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés; con el fin de diseñar propuestas ideográficas de intervención en dichos pacientes. (p. 147)

Educación para la adquisición de comportamientos saludables en el diagnóstico de diabetes

Castro et al. (2005) quiere dar a conocer que el requisito indispensable para obtener resultados positivos es que el tratamiento se cumpla. Sin embargo, menciona que, en un alto porcentaje de los pacientes diabéticos, estos carecen de las habilidades y herramientas necesarias para lograrlo, por lo que es necesario que el paciente adquiera conocimiento y educación diabetológica para que el paciente adquiera habilidades con el fin de evitar complicaciones agudas o crónicas:

- **Evaluación de habilidades de autocuidado:** Con esta evaluación se determina qué tan habilitado se encuentra el paciente para mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles de glucosa diariamente (p. 148).
- **Evaluación de adherencia al tratamiento:** Permite establecer qué conductas frente a la dieta, medicación y ejercicio se encuentran en óptimo estado para proporcionar una mejor adquisición en el repertorio comportamental del paciente (pp. 148-149).
- **Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes:** A través de esta evaluación se determina cuáles son las situaciones que generan estrés en los pacientes, las cuales pueden ser evitadas por el paciente y perjudicar su estado de salud (p. 149).
- **Intervención para promover y mejorar la adherencia al tratamiento:** Se hace necesario desarrollar la adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado por fases. Se realiza una intervención previa con el propósito de estimular la sensibilidad a las señales procedentes del organismo del paciente. (p. 149)

- **Intervenciones para la adquisición de habilidades y afrontamiento del estrés:** Este punto de la intervención se centra en el interés que se tiene en dotar a los pacientes diabéticos de habilidades que les permitan afrontar las situaciones de estrés (p. 149).

Es necesario tener presente que si bien el tratamiento propuesto permite tener una base sobre cómo se podría abordar terapéuticamente a un paciente diabético en pro de un estilo de vida saludable, cada paciente debe ser abordado desde la singularidad del caso, considerando que algunos pacientes pueden negarse al tratamiento médico de la enfermedad por distintos factores estresantes, entre los cuales se considera, inyectarse diariamente, no acoplarse a la dieta, no contar con redes de apoyo, entre otros.

Por lo que, resulta fundamental que se establezca un proceso terapéutico específico acorde al paciente, y se pueda determinar aquellos factores singulares que pongan en riesgo el tratamiento del paciente, con el fin de poder brindarle las herramientas necesarias para que el paciente pueda afrontar esta enfermedad y obtener resultados favorables.

CAPÍTULO 2

Las creencias - Terapia cognitiva conductual

El presente capítulo tratará de hacer un breve recorrido histórico acerca de la terapia cognitivo conductual, en donde se incluirán las tres generaciones, pero dándole mayor énfasis a la segunda generación, la misma que tiene como objetivo la reestructuración cognitiva, puesto que este modelo permitirá abordar nuestra investigación, para lo cual se describirá la información referente al modelo cognitivo. Se hará énfasis en los modelos ABC e insights de Ellis sobre la identificación y mantenimiento de creencias, respectivamente; y algunas técnicas de intervención. Por último, se abordarán las creencias irracionales y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis.

Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual

A continuación, se describirán las olas de la terapia cognitivo conductual (primera, segunda y tercera generación). Donde se mencionarán los autores más relevantes de cada generación con sus respectivos aportes. Lo cual permitirá conocer el proceso evolutivo de las técnicas y terapias propuestas.

Primera generación: Terapias Conductistas (1950)

La primera ola surge a principios del siglo XX. Esta primera generación surge y se desarrolla en oposición del modelo psicoanalítico, pero también buscando una alternativa científica, donde el objetivo era la aproximación al ámbito clínico y al análisis del comportamiento humano a partir de la ciencia de la conducta, basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje. (Pérez, 2006, p. 160)

La terapia conductual focalizó su atención en el comportamiento humano y conductas observables. Además, propuso herramientas basadas en lo empírico y lo experimental como una alternativa científica a lo que se conocía como psicología en esa época, desarrollando de esta manera lo que sería el inicio de una nueva propuesta de intervención clínica. Esta terapia conductual, a pesar de proponer algo diferente, tiene la desventaja de centrar su atención únicamente en la conducta humana, dejando de lado las

emociones y el pensamiento, lo que hizo que fuese muy criticada por la oposición

Principales representantes teóricos y sus aportaciones:

Pávlov.

Las ideas de Pávlov dejan de lado los procesos mentales para darle especial importancia a la conducta observable y medible. Sus experimentos tienen gran importancia para el desarrollo del método científico en psicología, y permitieron el desarrollo de uno de los modelos teóricos del aprendizaje más conocidos. (Corbin, 2017)

Pávlov es uno de los pioneros en cuanto al conductismo clásico que dio paso a que otros autores desarrollaran sus respectivas teorías, brindando de esta manera grandes aportes a la psicología y al aprendizaje.

El condicionamiento clásico también es conocido como aprendizaje estímulo-respuesta (E-R). Para que se produzca el aprendizaje por asociación, inicialmente se presenta el estímulo incondicionado (EI), que es un estímulo que de manera automática provoca una respuesta del organismo. La respuesta que este estímulo provoca en el organismo recibe el nombre de respuesta incondicionada (RI). Después es necesario presentar un estímulo neutro (EN), que antes de ocurrir el aprendizaje no produce ninguna respuesta. Ahora bien, cuando este estímulo se presenta en repetidas ocasiones junto al EI, el estímulo neutro se convierte en estímulo condicionado (EC) que recibe el nombre de respuesta condicionada (RC). (Corbín, 2017)

En las bases teóricas se explica cómo Pávlov parte del experimento con un perro donde existe un estímulo incondicionado (la comida) la cual produce en el perro una respuesta incondicionada (la saliva). Luego, Pávlov agrega un tercer elemento que es un estímulo neutro (la campana) la cual no significa nada por sí sola. Este estímulo neutro presentado (campana) en repetidas ocasiones junto al estímulo incondicionado (la comida) provocó en el perro una respuesta condicionada (el perro saliva escuchando la campana sin necesidad de que haya comida). Por lo tanto, Pávlov evidenció que un

estímulo neutro junto a un estímulo incondicionado produce en el organismo un estímulo condicionado, dando como resultado una respuesta condicionada. De esta manera Pávlov da inicio al condicionamiento clásico.

Thorndike.

Edward Thorndike fue un psicólogo estadounidense que se dedicó a estudiar el comportamiento, tanto de animales como de personas. Este investigador propuso la ley del efecto de Thorndike, la cual explica que el comportamiento puede ser modificado según las consecuencias que tenga. En este sentido, cabe destacar que los resultados considerados como positivos pueden implementarse como patrones de conductas sostenidos en el tiempo a causa de los efectos que tienen. De esta manera, habrá mayores probabilidades de que dicha acción vuelva a repetirse. Por el contrario, esta ley menciona que las posibilidades de que se repita un mismo comportamiento con consecuencias negativas será menor. (García, 2022)

Thorndike creó la ley del efecto la cual estipula que las respuestas con consecuencias positivas suelen ser repetidas, mientras que las respuestas con consecuencias negativas son menos propensas a ser replicadas. Esta teoría sirvió como base para que futuros autores desarrollaran sus futuras teorías aplicadas a humanos.

Watson.

Watson definió a la psicología como:

Esa división de las ciencias naturales que toma como tema central a la conducta humana. Para Watson, la conducta consistía en respuestas, reacciones o ajustes de un organismo a ciertos sucesos antecedentes (estímulos o situaciones de estímulo). Watson (1924) describió en qué consistía la experimentación para un conductista. Señaló que un experimento debía iniciar con la identificación precisa de los estímulos participantes y de la posible medición de respuestas específicas que emitirían los organismos. Indicó que sólo cuando aislamos, repetimos y variamos las condiciones de una observación sistemáticamente (cuando realizamos un experimento dentro de un laboratorio) podemos

llegar a alguna expresión definida y cuantitativa del evento conductual.
(Martínez et al., 2007, p. 2018)

Watson inicia su interés practicando experimentos en animales en un inicio. Más adelante, su interés investigativo llega al punto de querer replicarlo con las personas. El aporte de Watson a la psicología fue con experimentos dedicados a medir respuestas específicas de individuos ante ciertas situaciones de estímulo específicas, dando paso a las primeras experimentaciones del condicionamiento clásico en humanos. Por lo que Watson fue pionero del conductismo, es decir las conductas observables y medibles. Esta teoría sirvió como base para que futuros autores desarrollaran sus futuras teorías aplicadas a humanos.

Skinner.

Skinner es fundador del condicionamiento operante, él estipula que:

La conducta voluntaria aparece “sin la intervención de un estímulo antecedente observable”, y su característica más importante es que se origine, mantenga o modifique por sus consecuencias; consecuencias conocidas normalmente con el nombre de reforzadores, con los cuales mantiene una relación sinérgica. Skinner denominó esa conducta operante libre. (Pellón, 2013, p. 392)

A diferencia de los autores anteriormente mencionados que se enfocaron en los cambios de conductas donde intervienen estímulos externos, Skinner quiso enfocarse más en la conducta voluntaria que una persona podría tomar ante situaciones específicas. Es decir, Skinner se enfocó en identificar cómo las consecuencias (reforzadores) sean positivas o negativas son determinantes para que una conducta se origine, se mantenga o se modifique.

Tolman.

Edward Tolman propuso un conductismo denominado el conductismo propósito.

Tolman introdujo el constructo de “mapas cognitivos” como mecanismo explicativo de la orientación de la conducta en el medio ambiente. En la teoría de Tolman, la conducta es un fenómeno propositivo que está guiado por las expectativas, vale decir, las relaciones del significado entre dos estímulos. (Arias, 2021, p. 185)

Tolman, al igual que Skinner, fueron los primeros en determinar otros factores más allá de la conducta. Donde Tolman estipula que las expectativas que el individuo tenga es un fenómeno que interviene al momento de realizar una conducta ante una situación en específico.

A parte de los representantes teóricos, hay otros autores que desarrollaron diferentes psicoterapias, como lo es el caso de Wolpe y sus técnicas de desensibilización sistemática y las terapias de exposición.

Wolpe.

Wolpe es el creador de dos técnicas utilizadas para la psicoterapia, las cuales son la desensibilización sistemática (DS) y las terapias de exposición.

La desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas pioneras de modificación de conducta y aplicada en el tratamiento de las fobias. Como es conocido se trata de un procedimiento de extinción. Al exponer al paciente al estímulo fóbico se obtiene la desaparición de la respuesta de ansiedad. (Vallejo y Vallejo, 2016, p. 158)

La desensibilización sistemática principalmente se ha aplicado para el tratamiento de trastornos de ansiedad y para el tratamiento de fobias específicas. Esta técnica ha perdido su popularidad, sin embargo los principios de esta técnica permanecen vigente en otras técnicas que han sido adecuadas para su funcionamiento, como lo son las técnicas de exposición.

La exposición es una técnica básica pero muy poderosa, que basa su funcionamiento en situar al paciente frente a frente con los estímulos que teme. Se trata de hacer que el paciente permanezca en la situación atemorizante el tiempo suficiente como para que su ansiedad baje de forma natural, hasta el punto de hacerse imperceptible. Así pues, se

produce una habituación a los estímulos. Dicha exposición puede y suele graduarse de tal manera que el proceso no resulte excesivo para el paciente, realizándose una jerarquía de exposición a partir de la cual el sujeto va a ir exponiéndose a los diferentes estímulos hasta que el nivel de ansiedad se reduzca hasta hacerse imperceptible. (Castillero, 2017)

La técnica de exposición prolongada con prevención de respuesta (EP) se utilizaba y se sigue utilizando como tratamiento de fobias y trastornos de ansiedad específicos. Mediante esta técnica se orienta al paciente a exponerse de forma gradual a aquellas situaciones que le generan ansiedad, de esta forma se pretende que el paciente desarrolle nuevas respuestas ante el estímulo fóbico. Además, en la actualidad se han desarrollado nuevas alternativas de la técnica de exposición, siendo una de ellas la exposición de realidad virtual, donde el paciente se somete al estímulo temido gracias a las herramientas digitales actuales.

Tabla 1

Primera generación: Terapia conductual

Principales representantes	Pávlov, Thorndike, Watson, Skinner, Tolman, Wolpe.		
Conceptos centrales	Condicionamientos: Clásico y operante. Ley del efecto: Respuesta con consecuencias. Conductas observables y medibles. Refuerzo: Positivo y negativo. Conductismo propósito: Mapas cognitivos. Extinción: DS y EP.		
Principales técnicas de terapia	Condicionamiento operante →	Análisis funcional →	A: Antecedente B: Conducta C: Consecuencia
	Condicionamiento clásico →	Desensibilización sistemática (DS) Técnicas de Exposición	

Nota: Esta tabla muestra los representantes y técnicas principales de la primera generación: Terapia de la conducta (1950).

Segunda generación: Terapias Cognitivo Conductuales (1970)

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual (TCC); en la cual la psicología cognitiva se dedicó a estudiar el guión entre el estímulo y la respuesta, relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información. La TCC postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, entre otras) son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aún más, que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción cognitiva específica (Moreno, 2012, p. 2).

Las Terapias Cognitivo Conductuales surgen como parte del desarrollo evolutivo de las terapias de primera generación, donde se desarrollan dos vertientes: El aprendizaje social de Bandura, donde introdujo a la motivación como una nueva variable a considerar dentro de las técnicas; y el enfoque cognitivo, el cual se divide en técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas para el manejo de soluciones y técnicas de solución de problemas, cuyos principales representantes son: Albert Ellis, Beck, Meichenbaum, Golfried y Zurila.

En esta segunda generación, se plantea que las cogniciones son las causas principales de los problemas emocionales y conductuales. Por ende, su objetivo principal de intervención serán los procesos cognitivos, se considera que para generar un cambio de conducta, se debe generar un cambio de pensamiento. Los pioneros de la Terapia Cognitiva Conductual son: Albert Ellis y Aaron Beck.

Albert Bandura.

Bandura creó la teoría del aprendizaje social (TAS) y el aprendizaje vicario, por lo que sirvió como puente entre la corriente conductista y la corriente cognitiva conductual de la psicología. Debido a que fue el primero en relacionar las variables del refuerzo, motivación y atención en una teoría.

Albert Bandura centra el foco de su estudio sobre los procesos de aprendizaje en la interacción entre el aprendiz y el entorno. Y, más concretamente, entre el aprendiz y el entorno social. Bandura intentó explicar por qué los sujetos que aprenden unos de otros pueden ver cómo su nivel de conocimiento da un salto cualitativo importante de una sola vez, sin necesidad de muchos ensayos. (Triglia, 2015)

Una de las variables principales dentro de la teoría propuesta por Bandura será la motivación, la cual interviene en el proceso de aprendizaje. Que una conducta sea replicada o no dependerá si los resultados son favorables o desfavorables para el individuo que observa la conducta; si el resultado es favorable, mayor motivación tendrá para replicar dicha conducta.

La concepción de la motivación que propone la teoría cognitiva social es coherente con esa visión del que aprende como un predictor activo de las consecuencias de la conducta en función de las señales directas, simbólicas o vicarias del medio. Tanto los procesos motivacionales como la naturaleza de los motivadores se explican de forma muy diferente en la teoría de Skinner y en la de Bandura. Para éste, las consecuencias de la conducta influyen sobre ella, en gran parte, por su valor informativo e incentivo y no como fortalecedores automáticos de las respuestas. En la concepción de la teoría cognitiva social, las personas son agentes auto-motivados. (Riviére, 1992, pp. 2-10)

En 1986, Bandura cambió el nombre de su teoría del aprendizaje social por la Teoría Social Cognitiva, ya que permite una adecuada descripción en torno al aprendizaje vinculado a las experiencias sociales.

Aaron Beck.

El doctor Aaron T. Beck, a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación

a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. (Beck, 2006. p, 17)

Beck desarrolló un modelo de terapia que se focaliza en la reestructuración cognitiva, lo cual permite una modificación en las conductas desadaptativas. De esta manera, Beck, quien inicialmente abordaba a la depresión a través de su modelo, dio paso a nuevas investigaciones y al abordaje general de otros trastornos.

Albert Ellis.

Albert Ellis, fundador de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), fue el padre de la psicoterapia cognitivo conductual y pionero de la intervención psicoterapéutica corta y directiva, que promulga la auto-ayuda. En enero de 1955, Ellis le dio formalmente el nombre de "Terapia Racional". En 1961, Ellis cambió el nombre de su psicoterapia por Terapia Racional Emotiva con el propósito de reflejar la conexión entre significados, propósitos y emociones. Al comienzo de 1993, la rebautizó Terapia Racional Emotivo-Conductual, para enfatizar los cambios en el comportamiento externo que, junto con los cambios cognitivos y emocionales, son las metas de su modelo de psicoterapia. (Velten y Lega, 2008, pp. 189-192)

Ellis, centra su intervención en la cognición y las creencias. Por ende, fomenta la intervención activa y directa con el paciente. Ellis desarrolla su modelo abarcando los cambios comportamentales externos como consecuencia de los cambios cognitivos, sin dejar de lado, las emociones. Es decir, cómo un pensamiento negativo puede provocar una emoción negativa y consecuentemente una conducta desadaptativa. Permite comprender este proceso y a la vez ofrece un plan de desarrollo para la reestructuración cognitiva en beneficio del paciente.

El modelo de Beck, y también el de Ellis, son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo-conductual. Pues, a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa. (García, 2015)

Tanto Beck como Ellis, son considerados pioneros de la terapia cognitiva conductual, ya que desarrollaron modelos que permiten trabajar las conductas desadaptativas a través de las cogniciones.

Tabla 2

Segunda generación: Terapia Cognitivo Conductual

Principales representantes	Bandura, Beck, Ellis, Meichembbaum, Golfried, Zurila.	
Conceptos centrales	Teoría cognitiva social, motivación, cogniciones, reestructuración cognitiva, cambios cognitivos y emocionales, creencias.	
Principales técnicas de terapia	Aprendizaje social de Bandura	→ Autoeficacia → Autocontrol → Aprendizaje vicario
	Enfoque cognitivo	<u>Reestructuración Cognitiva:</u> → Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis). → Terapia Cognitiva de Beck. → Reestructuración Racional Sistemática (Golfried)
		<u>Manejo de situaciones:</u> → Entrenamiento en inoculación de estrés. (Meichembbaum) <u>Solución de problemas:</u> → Terapia de solución de problemas. (Golfried, Zurila)

Nota: Esta tabla muestra los representantes y técnicas principales de la segunda generación: Terapia Cognitivo Conductual (1970).

Tercera generación: Terapias contextuales (1990)

Las terapias de tercera generación son una corriente de enfoques terapéuticos que surgen a finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Se caracterizan por enfatizar la importancia de la relación terapéutica, el uso de técnicas basadas en la aceptación, la atención plena y la cognición, así como la incorporación de valores y el compromiso con la acción. Son una evolución de las terapias cognitivo-conductuales y se caracterizan por la inclusión de elementos que buscan promover la aceptación, la atención plena y la conexión con los valores personales del paciente (Guerri, 2023).

El surgimiento de las terapias de tercera generación nace como consecuencia del proceso evolutivo de las terapias de la conducta. Estas terapias contextuales abordan al paciente con el objetivo de mejorar la relación con su experiencia interna, se propone el abordaje de sus emociones, pensamientos, somatización, se prevé que el paciente encuentre su conexión interna.

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: La Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia Integral de Pareja y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión. (Mañas, 2012, pp. 26-34)

Las terapias de tercera generación o terapias contextuales abordan temas de corte humanista existencial, buscan modificar las conductas desadaptativas mediante razonamiento funcional para el paciente. Los respectivos autores de esta generación generaron aportes fundamentales para la evolución del proceso e intervención.

La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl, Wilson).

A continuación, se explicará la funcionalidad de la ACT:

La ACT es un giro radical en el foco de la terapia: por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos

molestos, sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Por otro, los métodos clínicos apelan a un cambio de carácter contextual a fin de alterar la función de los eventos privados sin cambiar sus contenidos. ACT busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento, y busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados –cualesquiera-, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso. (Luciano y Valdivia, 2006, p. 86)

La ACT es una de las terapias más completas de la tercera generación, se focaliza en la aceptación del paciente en torno a la situación contextual que se encuentra atravesando, la cual le genera malestar, buscando que el paciente adquiera responsabilidad para regular su comportamiento mediante el diálogo y el contexto funcional, de esta manera se busca el bienestar del paciente.

Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una terapia de conducta de tercera generación que emplea el análisis funcional de la conducta bajo la premisa de que el comportamiento del paciente en el contexto psicoterapéutico será funcionalmente equivalente a su conducta en su entorno natural. Kohlenberg y Tsai crearon este modelo terapéutico para abordar problemas relacionales de una forma experiencial, valiéndose de la operativización de aspectos de otros modelos. (Ortiz y Marin, 2022, p, 87)

La psicoterapia Analítica Funcional puede ser utilizada en complemento con otras técnicas, sin embargo, el objetivo principal de esta terapia recae en la modificación de conductas desadaptativas para mejorar la calidad de vida del paciente. Se recalca que es necesario un rapport positivo con el terapeuta para alcanzar los objetivos planteados. Esta psicoterapia se focaliza en las relaciones interpersonales otorgando importancia al entorno social como consecuencia de las conductas, comportamientos o creencias desadaptativas.

La terapia dialéctica conductual (Linehan).

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue creada y desarrollada por Marsha Linehan, la cual fue utilizada para tratar el trastorno límite de la personalidad. Su tratamiento consiste en entrenar al paciente para que pueda poner en marcha las nuevas conductas adaptativas aprendidas mediante entrenamiento en habilidades en conjunto con los respectivos profesionales.

El objetivo es ayudar al paciente a poner en marcha conductas funcionales y adaptadas, incluso cuando está experimentando emociones muy intensas. El tratamiento, que tendría al menos dos años de duración, culminaría cuando el paciente fuera capaz de construir "una vida que merezca la pena vivir". Las técnicas empleadas incluyen procedimientos de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelos, rol playing, instrucciones y autoinstrucciones, refuerzos y *feedback* y se trabaja fundamentalmente validando la experiencia emocional del paciente, con una perspectiva no enjuiciadora. (De la Vega Y Sánchez, 2013, pp. 45- 46)

La terapia dialéctica conductual parte del modelo biopsicosocial y combina técnicas cognitivo conductuales para que el paciente aprenda a poner en práctica las nuevas conductas y respuestas funcionales adaptativas. Se hace énfasis en que no se debe juzgar ni criticar al paciente, para que se sienta en la libertad de poner en marcha estas nuevas conductas.

Terapia integral de pareja (Jacobson y Christensen).

En el plano filosófico, los autores declaran que la TIP supone una vuelta a las raíces del análisis conductual y al contextualismo. Se entiende que los problemas de pareja no sólo requieren cambios de primer orden —es decir, que se modifique tal o cual comportamiento—, sino también cambios de segundo orden; esto es, que la persona que realiza la queja procure aceptar el comportamiento del otro. Así, en sentido estricto, no es que la TIP no promueva el cambio de comportamiento, sino que alienta el cambio en uno mismo en vez de en el otro; un cambio, por tanto, en el contexto del problema más que en el comportamiento

problemático, algo característico de las terapias de tercera generación. “La resolución de numerosos problemas de pareja se consigue mejor cambiando el contexto en el que se vuelve problemática la conducta que cambiando la conducta problemática”. (Morón, 2006, p. 276)

Esta terapia implementa técnicas para abordar conflictos de pareja, además trabaja en la modificación de conductas de forma individual; es decir, cada uno se responsabiliza de sus actos sin culpabilizar al otro. Se prevé establecer un diálogo adecuado, como también, trabajar en el contexto que provoca estas reacciones desfavorables en la relación.

Mindfulness.

El Mindfulness es considerado una terapia psicológica de tercera generación, y uno de los programas más conocidos es el MBSR (Mindfulness-based stress reduction program) o *Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness*, considerado como uno de los tratamientos más efectivos para tratar el estrés. Existen distintos programas de Mindfulness. Uno de ellos es el MBCT de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale, que fue originalmente desarrollado como un programa de tratamiento para el estrés emocional y la ansiedad, y como un programa de prevención de recaídas en pacientes con depresión. El programa combina la meditación Mindfulness con la adquisición de habilidades prácticas que caracterizan a la terapia cognitiva, como la interrupción de patrones de pensamiento que conducen a estados depresivos o ansiosos. (García, 2016)

Las terapias basadas en mindfulness es una de las terapias de la tercera generación que se dedica a tratar el estrés, considerado como uno de sus tratamientos más efectivos. Además del estrés, se utilizan estas terapias basadas en mindfulness para tratar la ansiedad y prevenir recaídas en pacientes con trastornos depresivos mediante la interrupción de patrones de pensamientos que llevan a estos estados mencionados de ansiedad o depresión.

A continuación, se presenta una tabla a forma de resumen de la información más relevante en torno a la tercera generación:

Tabla 3

Tercera generación: Terapias Contextuales

Principales representantes	Hayes, Stroschal, Wilson, Kohlenberg y Tsai, Linehan, Jacobson, Christensen, Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale.
Conceptos centrales	Contexto, aceptación, compromiso, relación terapéutica, relación intrapersonal, atención plena, conductas adaptativas.
Principales técnicas de terapia	<ul style="list-style-type: none"> → Psicoterapia analítica funcional (FAP) → Terapia de aceptación y compromiso (TAC) → Terapia dialéctica conductual (TDC) → Terapia integral de pareja (TIP) → Terapias basadas en Mindfulness

Nota: Esta tabla muestra los representantes y técnicas principales de la tercera generación: Terapias Contextuales (1990).

La Terapia Cognitivo Conductual hace referencia a los modelos surgidos a partir de las teorías del aprendizaje: condicionamiento clásico y operante y aprendizaje social, los cuales destacan la importancia de la modificación de los comportamientos observables. Pero también hace referencia a los modelos cognitivos basados en el estudio del tratamiento de la información, esto es, a los procesos del pensamiento que filtran y organizan la percepción de los acontecimientos que suceden en torno al individuo. No obstante, el comportamiento y los procesos cognitivos no son los únicos puntos de intervención terapéutica, sino que ambos interactúan con las emociones, reflejo fisiológico y afectivo de las experiencias placenteras y desagradables. (Salgado, 2001, p. 431)

La terapia cognitivo conductual ha tenido un largo recorrido histórico, desde el condicionamiento clásico y operante con la modificación de comportamientos observables, hasta la inserción de los modelos cognitivos

con los procesos del pensamiento. Donde más adelante, a parte del comportamiento y los procesos cognitivos, se descubre la relevancia con la interacción de las emociones.

Modelo cognitivo

Este punto es central en los planteamientos de Ellis y Beck. Todo el sistema de psicoterapia planteado por estos dos autores se desprende de él. Ellis se refiere claramente a él cuando plantea: "Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conducta pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos". Por su parte, Beck plantea que la terapia cognitiva "se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones, se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores". (Ferrer, 2010, p. 75)

Tanto Beck como Ellis, parten del modelo cognitivo para desarrollar sus respectivas propuestas teóricas como terapéuticas. Se pretende una reestructuración cognitiva que permita estabilidad en el estado de ánimo y en la conducta. Ambos autores proponen sus intervenciones desde una base empírica sólida.

La presente investigación estará basada desde el trabajo teórico y práctico experimental propuesta por Ellis, desde el modelo cognitivo. Por ello, Albert Ellis plantea que "El malestar emocional no es generado por las situaciones sino por las interpretaciones que el individuo hace de ellas".

Procesos cognitivos

Los procesos cognitivos se entienden como todo aquel conjunto de operaciones mentales que realizamos de forma más o menos secuenciada con el fin de obtener algún tipo de producto mental. Se trata de cada una de las operaciones que realizamos que nos permiten captar, codificar, almacenar y trabajar con la información proveniente tanto del exterior como del interior. (Castillero, 2017)

Los procesos cognitivos son aquellos mecanismos secuenciales que permiten al individuo realizar operaciones internas de captar, codificar y almacenar la información existente para percibir el ambiente.

Percepción

Schiffman (2004, p. 2), como se citó en Sánchez (2019):

Por su parte, relaciona la percepción con los procesos iniciales de detección y codificación de la energía ambiental. Conceptúa el autor que la percepción se refiere al producto de procesos psicológicos en los que están implicados el significado, las relaciones, el contexto, el juicio, las experiencias pasadas y la memoria. (p. 9)

La percepción está relacionada con las creencias de los individuos, ya que permite una valoración interna entorno a factores propios y externos de cada uno.

Percepción de la imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc.. aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen. La imagen corporal se compone de varias variables: Aspectos perceptivos, aspectos conductuales. (Salaberria et al., 2007, p. 172)

Es importante resaltar la distinción entre apariencia física e imagen corporal. La apariencia física sería la realidad física en sí, es decir el primer vistazo que se obtiene del cuerpo, por lo que es la fuente de información involucrada dentro de las interacciones sociales. Mientras que la imagen corporal es la percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, es una representación propia y mental, donde intervienen aspectos perceptivos y conductuales para formarla.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico, la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. (Salaberria et al., 2007, p. 172)

La imagen corporal se desarrolla a partir de la valoración que el individuo tenga sobre sí mismo, ya sea positiva o negativa, estará vinculada con la percepción como también con otros factores interrelacionados entre sí donde se destacan las emociones, sentimientos, actitudes, pensamientos y creencias.

Percepción social

Como se explicó, dentro del desarrollo de la imagen corporal intervienen factores perceptivos del individuo, sean sus emociones, sentimientos, actitudes, pensamientos y creencias propias. Sin embargo, existe otro factor, externo, importante a tomar en cuenta, la percepción social. Las concepciones que la sociedad tiene sobre ciertos temas, lo que está bien o mal, los estándares, etc, son factores sociales que también inciden en el desarrollo personal; por ende, en el desarrollo de la percepción o valía personal.

Inicialmente, el término “percepción social” se utilizó para indicar la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción; la forma en que el medio social afecta los procesos perceptuales. Posteriormente el campo se extendió e incluyó los mecanismos de percepción de los otros, la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, y más recientemente, el mecanismo de atribución. (Salazar et al., 2012, p. 72)

La percepción social está relacionada con factores tanto culturales como sociales. Por ende, el entorno social donde se desarrolla el individuo tiene influencia sobre éste en cuanto al desarrollo de pensamientos y creencias, los cuales inciden en la forma en la que el individuo percibe las situaciones y su entorno en general.

Creencias

La noción de creencia, no como idea, sino como disposición. Se trata de una noción psicológica según la cual creer implica la tendencia a actuar como si aquello en lo que se cree fuera verdadero, como si existiera realmente. La creencia supone una expectativa de actuación por parte del individuo creyente, pues lo dispone a actuar de determinada manera. (Díez, 2016, p. 136)

Las creencias, innatas o aprendidas, determinan las conductas que pueden ser adaptativas o desadaptativas, lo que lleva al individuo a actuar de una manera en específico acorde a las creencias que este posea.

Creencias nucleares

Aron Beck (1962), como se citó en Gómez y Vélez (2021), definió a las creencias nucleares como “definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo (p. 32)”. Las creencias nucleares o centrales se encuentran en el nivel más profundo, debido a que estas son las interpretaciones que se generan en base a sí mismos, lo que piensan de otras personas y sobre el mundo en general.

Creencias intermedias

“Las creencias intermedias se encuentran en un nivel más profundo que los pensamientos automáticos y están formadas casi siempre del contenido de una creencia más profunda, creencia central, y se expresan como reglas de nivel medio, actitudes y suposiciones (González et al., 2016, p. 204)”. Por ende, las emociones y conductas desadaptativas resultan como consecuencia de estas creencias vinculadas con la suposición negativa relacionada con su entorno.

Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos se caracterizan por: ser mensajes específicos y concretos, breves y telegráficos, involuntarios, casi siempre son creídos, plausibles, con frecuencia se expresan en términos de “tendría, debería”, tienden a dramatizar, son una representación sesgada de la realidad, son idiosincrásicos, son difíciles

de controlar, son aprendidos y favorecen que la persona adopte una forma de interpretar los acontecimientos de esquemas disfuncionales y a su vez logran autoperpetuar y autoconfirmar estos esquemas. (Gómez, 2007, p. 437)

Los pensamientos automáticos son el nivel más superficial, aparecen como respuesta ante determinadas situaciones y como consecuencia de las creencias nucleares o intermedias. Pese a que son respuestas instantáneas, siempre son creídos por la persona y estos pensamientos tienden a ser exagerados y generalizados para representar la realidad.

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

La TREC considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos. Las dos metas básicas son: a) permanecer vivo, y b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. De estas metas básicas se derivan el resto de submetas que las personas se van proponiendo a lo largo de su ciclo vital y que, además de proporcionarles felicidad, les permiten dar cierto sentido a la vida. (Díaz et al., 2017, p. 340)

La TREC centra su interés en las creencias, las percepciones o los pensamientos, puesto que, para esta terapia, la interpretación que se le otorga a ciertas situaciones será la responsable de las conductas o emociones. Por ende, su objetivo principal es lograr que los pacientes cambien sus creencias irracionales por creencias racionales.

Creencias irracionales según Ellis

Ellis refiere que “las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. Son supra-generalizaciones sacadas de los datos que observas” (Tamayo, 2019, p. 80). Es decir, las creencias son aprendidas en base a la información adquirida de cada persona, de forma que las creencias irracionales se desarrollan cuando generalizamos experiencias específicas a todos los aspectos de la vida de la persona.

Ellis, en una primera formulación, clasifica a las creencias irracionales en 11.

1) Necesidad de aprobación

Es de suma necesidad que nos quieran y aprueben todas las personas significativas de nuestra vida. Es irracional querer lograr esta meta; desde su inicio está condenada al fracaso, ya que jamás, por mucho que nos esforcemos, lograríamos que todas las personas que queremos nos aprueben siempre. (Navas, 1981, p. 78)

Es normal querer que las demás personas que amamos nos quieran devuelta, sin embargo, no es realista esperar agradar a todas las personas. El que vive esperando ser amado por todos, se va a encontrar con la constante decepción del fracaso, ya que no es posible agradar a todos.

2) Altas autoexpectativas

“Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida, para poder considerarnos personas de valor. Esto sucede si definimos arbitrariamente el éxito o la competencia como una necesidad” (Navas, 1981, p. 78). Es ventajoso querer realizar correctamente las cosas, sin embargo, enfrascarse en hacer todo siempre perfecto y determinar nuestra valía en si se realizó con éxito o no la actividad podría llevar a la persona a generar una creencia irracional donde afectará su propia estima.

3) Culpabilización

“Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigadas y penalizadas. Esta creencia resulta irracional porque no existen normas absolutas de <<bueno o malo>>” (Navas, 1981, p. 78). Las personas son seres con fallas y defectos, y el creer que todas las personas que se equivocan deben ser castigadas es una creencia irracional que solo lleva a la persona a fijarse en los errores ajenos y no se enfoca en los propios.

4) Reacción a la frustración

“Es tremendamente horroroso que las cosas no nos salgan tan perfectas como deseáramos que salieran. La realidad es la realidad y no hay razón alguna para que nos agrade” (Navas, 1981, p. 79). Es importante

aprender a lidiar con la frustración, ya que inevitablemente nos enfrentaremos con sucesos que obstaculicen nuestros objetivos, y una persona que solo se frustra y no hace nada para solucionarlo, vivirá con malestar.

5) *Irresponsabilidad emocional*

La infelicidad humana se debe a causas externas 'Y nosotros no tenemos capacidad para controlar nuestras emociones perturbadoras. Hay un sin número de personas que consideran que lo anteriormente mencionado, se produce sin que ellos tengan nada que ver, y pasan su vida culpando al destino, la suerte y otras personas por todo lo mal que se sienten. (Navas, 1981, p. 79)

Y lo dice el mismo Ellis, lo que genera malestar no son las situaciones sino la percepción que se tiene sobre ellas. Es decir, una persona que se enfoca solamente en el suceso y no trabaja las emociones, creencias o percepción que genera sobre lo sucedido, estará desplazando su responsabilidad y compromiso ante factores únicamente externos y no internos.

6) *Preocupación acerca de futuros problemas*

Todas aquellas situaciones amenazantes o que nos pueden dar grandes preocupaciones o traernos conflictos, deben ser evitadas a cualquier precio. Esto es ilógico o irracional por varias razones: (a) esto hace prácticamente imposible la evaluación objetiva de lo que tenemos; (b) nos impide comportarnos en forma eficaz, si en verdad sucede algo peligroso; (c) el temor y ansiedad excesivos pueden ponernos en una situación de que se presente lo que deseamos evitar; (d) exageramos la probabilidad de que la experiencia indeseable pueda ocurrir; y (e) el temor a ciertas situaciones las puede hacer parecer peor de lo que en realidad son. (Navas, 1981, p. 80)

Evidentemente siempre existirá el miedo y las preocupaciones, pero dejarse llevar por estas emociones y evitar a toda costa realizar actividades o ir a ciertos lugares por amenazas irreales o poco probables es un problema que afecta a la vida de la persona. No se puede dejar de vivir por el temor a que las cosas no vayan a salir como lo esperado.

7) Evitación de problemas

“Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas. Este es un tipo de búsqueda de satisfacción inmediata en oposición al trabajo a menudo constante que exigen ciertas actividades que rendirán mayor beneficio a largo plazo” (Navas, 1981, p. 80). Es una creencia irracional el creer que se pueden evitar todos los problemas, quizás por falta de herramientas para afrontarlos o no creer que se tiene la capacidad de solucionarlos. Por otra parte, una persona con alta autoestima ve los problemas como oportunidades para mejorar sus capacidades.

8) Dependencia

Uno debe ser siempre dependiente de los demás y tener a alguien más fuerte en quien confiar. Sería insensato rehusar cualquier ayuda de los demás tan solo para probar lo fuertes que somos, cuando sería de gran beneficio buscar ayuda. (Navas, 1981, p. 81)

Evidentemente habrá situaciones o momentos donde se requería la ayuda de otras personas, siempre es bueno aprender a pedir ayuda cuando se la necesite. Sin embargo, esto no significa ir a extremos y generar una dependencia hacia los demás impidiendo que las personas desarrollen su individualidad.

9) Indefensión

“Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta presente; no podemos nunca librarnos de la influencia del pasado” (Navas, 1981, p. 801). Es cierto que se aprende mucho de eventos y experiencias del pasado, sin embargo, es una creencia irracional el pensar que no se pueden cambiar conductas y respuestas desadaptativas solo porque fueron aprendidas. Existe el cambio, y todos pueden lograrlo mediante una reestructuración cognitiva.

10) Preocupación extrema a los problemas de los demás

Deberíamos preocuparnos mucho por los problemas y trastornos de otras personas. Hay circunstancias en que es muy poco lo que podemos hacer para ayudar efectivamente a otras personas, y

preocuparnos por sus problemas no nos hará más capaces de ayudarles. (Navas, 1981, p. 82)

Lo que se puede hacer en estas situaciones es buscar alguna ayuda real y objetiva para la persona necesitada, siempre teniendo en cuenta que se puede fallar y fracasar.

11) Perfeccionismo

“Siempre hay una solución única y perfecta para cada problema, y esta es la que debemos encontrar, o de lo contrario fracasaremos” (Navas, 1981, p. 82). Esto es una creencia irracional debido a que no existen soluciones específicas ni perfectas para los problemas.

Más adelante, Ellis agrupará sus 11 creencias irracionales en 4:

Tabla 4

Clasificación actualizada de las creencias irracionales de Ellis

Demandas o exigencias: Las demás personas no cumplen con los estándares del individuo.	“Si me quisiera, debería de haberme hecho un regalo por mi cumpleaños”
Catastrofismo: En relación con el entorno, enfocarse excesivamente en lo negativo de las situaciones.	“Como mañana no salga bien la entrevista, me muero”
Baja tolerancia a la frustración: No aceptar cuando algo no sale como se esperaba o no cumple con algún estándar.	“No voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, soy muy sensible y no podría soportarlo”.
Depreciación o condena global de la valía humana: En relación o redireccionado hacia uno mismo.	“Se me quemó la comida. Soy una inútil y todo lo hago mal”

Nota: Tomado de (Díaz et al., 2017, p. 343).

Ansiedad perturbadora

La ansiedad perturbadora es generalmente menos dramática pero quizá más común. Tiende a darse en ciertas situaciones «perturbadoras» o «peligrosas», y consecuentemente dar lugar a fobias como miedo a las alturas, a los espacios abiertos, a los ascensores y a los trenes. Pero puede también con facilidad generalizarse a sentimientos perturbadores en sí mismos, como sentimientos de ansiedad, depresión y vergüenza. (Ellis y Grieger, 1990, pp. 123-124)

Es decir, en la ansiedad perturbadora el estímulo que perturba es externo, son ciertas situaciones que generan malestar. Así mismo, pese a que el estímulo sea externo, puede producir sentimientos perturbadores internos en la persona. Como, por ejemplo, una persona con alguna fobia (estímulo externo) produce en la persona ansiedad y temor (respuesta interna).

Ansiedad del yo

“La ansiedad del yo es un sentimiento dramático e intenso que normalmente parece arrollador; se acompaña con frecuencia de sentimientos de grave depresión, vergüenza, culpa e incapacidad; y a menudo lleva a la gente a terapia (o ¡al suicidio!)” (Ellis y Grieger, 1990, p. 123). La ansiedad del yo está relacionada con la depreciación propia de cada persona, es decir, todo referente sobre sí mismo lo percibe de una forma negativa e inadecuada, causando emociones o conductas desadaptativas. Una persona puede sentirse incapaz de realizar alguna actividad debido al concepto erróneo que tiene sobre sí mismo, causándole sentimientos y emociones de ansiedad, tristeza o negatividad.

Emociones desadaptativas y adaptativas

Marta Isabel Díaz et al. (2017) en su libro *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*, cita a Ellis el cual estipula que “las emociones negativas y positivas saludables estarían asociadas a pensamientos o creencias racionales, y las emociones negativas y positivas perturbadoras lo estarían a creencias irracionales” (p. 345). Así como existen las creencias, las cuales rigen las respuestas de conducta de las personas, estas creencias

pueden ser irracionales, las cuales se asocian con las emociones no funcionales o desadaptativas (sean positivas o negativas).

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las emociones adecuadas son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida que no interfieren con el establecimiento y consecución de metas. Entre los sentimientos positivos inadecuados estarían la prepotencia o la excesiva confianza en uno mismo, que podrían interferir con la consecución de metas y propósitos. Entre los sentimientos negativos inadecuados estarían la ira, la depresión, la ansiedad, la desesperación, la desesperanza o la sensación de inutilidad. (Díaz et al., 2017, p. 345)

La valoración de un paciente en cuanto a sus emociones resulta indispensable, puesto que es fundamental identificar si las emociones negativas son transitorias consecuencia de alguna experiencia vivencial o si ya se convierten en desadaptativas lo cual va a requerir de un proceso acorde para una reestructuración cognitiva. Por ello, la TREC propone que no todas las emociones positivas resultan adaptativas, ni todas las emociones negativas serán desadaptativas.

Insight

Los Insights propuestos por Ellis, permiten un análisis sobre cómo ciertos pacientes mantienen sus problemáticas, la permanencia del trastorno o malestar emocional puede mantenerse por la reafirmación de una creencia irracional. Por ende, resulta indispensable que se trabaje en el presente fomentando la creación de creencias racionales alternativas que permitan el desarrollo de conductas o emociones adaptativas, es decir, una reestructuración cognitiva.

Según Díaz et al. (2017) “la TREC sí hace una propuesta sobre cómo se mantienen o perpetúan los problemas psicológicos. Ellis (1979a) señala tres Insights TREC de los que carecen (no necesariamente de todos) las personas que mantienen sus trastornos emocionales” (p. 349).

- **Insight n° 1.** La perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas. Sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratará de cambiar las situaciones pero no las creencias que se le han activado y que son las responsables reales de su malestar. (p. 350)
- **Insight n° 2.** Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, estas se mantendrán. No obstante sí se reconoce la influencia de las creencias irracionales en el malestar emocional, pero la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas, en lugar de tratar de cambiar las, se mantendrán. (p. 350)
- **Insight n° 3.** Solo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar (p. 350).

Durante los tres insights se propone un proceso que permite una planificación de reestructuración en torno a las creencias irracionales de una persona. En el insight uno, se activan estas creencias irracionales, además se propone demostrar que no es la situación lo que perturba sino lo que la persona percibe de esta situación acorde a sus propias creencias. Durante el insight dos, se mantiene el malestar emocional o la perturbación porque existe una reafirmación de estas creencias irracionales, el objetivo de este insight es trabajar para proponer alternativas de creencias cambiando las irracionales por otras más racionales o funcionales. Y en el insight tres, debe existir un deseo del cambio, sin embargo, este deseo no es suficiente por lo que es necesario un trabajo constante de parte del paciente en el presente y futuro para alcanzar el cambio de sus creencias.

Métodos principales para reconocer las creencias irracionales

A continuación, se presentarán distintos métodos utilizados con el fin de poder identificar las creencias irracionales presentes en las personas. Se

explicará el modelo del ABC, el debate filosófico como parte de la técnica de persuasión verbal y la flecha descendente o hacia abajo.

Modelo del ABC

El modelo ABC es una teoría planteada por el psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis, el cual trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias. La idea detrás del modelo está inspirada en una cita del filósofo griego Epícteto, "las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Es decir, no es el hecho en sí lo que afecta positiva o negativamente a una persona, sino la forma que tiene el individuo de verlo y tratarlo. (Montagud, 2019)

El modelo del ABC de Ellis permite trabajar a través de la tríada, pensamiento, emoción, conducta, de esta manera se podrá identificar el malestar emocional en los pacientes, como también las creencias irracionales, mismas que tienen relevancia con la percepción que tienen los pacientes sobre ciertos acontecimientos o situaciones.

La teoría A-B-C se puede esquematizar de la siguiente manera: en el punto A (experiencia activadora o acontecimiento activador) ocurre algo. En el punto C (consecuencia emocional y/o conductual) la persona reacciona ante lo que ocurre en el punto A. Puesto que la consecuencia emocional y/o conductual sigue casi inmediata y directamente después de tener lugar la experiencia activadora, muchas personas tienden a pensar, erróneamente, que A causa C. En cambio, la TREC afirma que C no previene automáticamente de A sino de B (sistema de creencias de la persona, innatamente predispuesto y aprendido), la creencia o idea o valoración de la persona sobre A. (Pérez et al., 2008, p. 344)

El modelo ABC desde la TREC se puede especificar a partir de un evento activador (A), posteriormente se activa las creencias (B) de las personas sobre este evento, es decir, su percepción sobre lo ocurrido

generando la consecuencia emocional (C). El modelo ABC permite la identificación del malestar en el paciente, cuáles son las creencias que están causando conductas o emociones desadaptativas, y a partir de ello realizar una reestructuración cognitiva mediante un plan de intervención, por lo que se propone el modelo ABCDE.

Modelo A-B-C-D-E de intervención terapéutica.

El eje central consiste en cambiar el pensamiento dogmático, «irracional» y frecuentemente implícito (los «debo», o exigencias absolutistas, o «B»), utilizando el Debate o Disputa («D»), con el propósito de reemplazarlo por una nueva filosofía racional («E»), más lógica, más empíricamente verificable y más eficaz a largo plazo en la obtención de las metas personales de los individuos, y que conducen a sentimientos saludables y comportamientos funcionales. (Lega et al., 2017, p. 142)

Como se explicó anteriormente, el modelo ABC se utiliza para la identificación de creencias, ya que son estas las que producen C (las consecuencias) y no A (acontecimiento activador). Existen situaciones donde una persona refiere malestar en cuanto a C (conductas o emociones), por lo que es necesario realizar una reestructuración cognitiva, es decir cambiar la B (creencias) para evitar el malestar en C. Para poder realizar este cambio, esta reestructuración es donde interviene la D (debate), es decir se debaten las creencias desadaptativas que causan malestar por otras más funcionales. Posterior a este debate de la creencia, surge una nueva y más funcional, provocando en la persona una nueva respuesta, emoción o conducta; este nuevo cambio es E (efectos).

Técnicas de persuasión verbal: Estilos de debate (D)

Los estilos debate o D (Modelo ABCDE) es la estrategia que permite combatir y cuestionar las creencias o pensamientos (B) poco funcionales. Es por ello por lo que Lega et al. (2017) en su libro *Terapia Racional Emotiva Conductual* plantea los siguientes estilos de debate que se pueden emplear con el paciente para llegar a la reestructuración cognitiva (E).

- **Debate lógico/filosófico:** La TREC enseña a usar la dialéctica, el arte de razonar, para tratar de ver las incoherencias y conclusiones ilógicas, y para que salgan a la luz nuevas ideas más coherentes (p. 143).
- **Debate empírico/realista:** La TREC enseña a aplicar el método científico para que las personas tomen sus conocimientos como hipótesis y traten de verificar las creencias (p. 143).
- **Debate pragmático/práctico:** La TREC enseña a aplicar el análisis coste-beneficio para mostrar que el mantenimiento de ciertas creencias no es conveniente a largo plazo. Es decir, genera más problemas que beneficios (p. 144).
- **Mayéutica socrática:** Permite a la persona tomar conciencia por sí misma de sus ideas y de su racionalidad. Se trata de plantear preguntas que vayan conduciendo a la persona a dar los pasos mentales necesarios para desmontar sus creencias irracionales y construir alternativas racionales. (p. 144)
- **Didáctica:** Consiste en ofrecer una explicación al paciente de por qué las creencias irracionales no son realistas, ni lógicas, ni funcionales (p. 144).
- **Humor:** Permite a menudo desdramatizar y tomar una distancia razonable con la gravedad de los problemas presentados (p. 145).
- **Metáforas:** Las metáforas permiten al paciente establecer por sí mismo las relaciones al apoyarse en las similitudes entre la metáfora y su propia situación (p. 145).

Técnica de la flecha descendente

La flecha descendente o hacia abajo permite mediante el diálogo cuestionar las respuestas del paciente, de esta manera profundizar en sus creencias irracionales que conllevan emociones o conductas desadaptativas permitiendo una reestructuración cognitiva. Esta técnica se puede utilizar conjuntamente con otras enfocadas en la creación de nuevas creencias racionales y de esta manera obtener un mejor resultado.

Se trata de identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se comienza haciendo alguna de las preguntas siguientes: “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?”, “si este pensamiento fuera verdad, qué sucedería” (o bien “¿qué pasaría si... (tal cosa fuera así)?”. A continuación, se repite la misma pregunta referida a la nueva respuesta del paciente. El proceso continúa de la misma manera hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. Al utilizar la flecha descendente, hay que tener cuidado para que la creencia final identificada sea creíble para el paciente. (Bados y García, 2010, p. 11)

Cierre del capítulo dos

Para resumir los puntos más importantes de este capítulo 2, todas las percepciones, sea corporal o de la valía personal, se relacionan con las creencias sociales o personales. De ahí que la ansiedad del yo surja, es decir a partir de la depreciación de uno mismo, la persona se percibe negativamente a sí misma. Una vez presentada esa ansiedad perceptiva negativa de uno mismo, producirá en la persona una emoción o conducta, generalmente desadaptativa debido a sus creencias irracionales. Los insights de Ellis permiten comprender cómo y por qué las personas mantienen estas creencias irracionales. Motivo por el cual Ellis propone el modelo ABC para identificar esas creencias irracionales que generan el malestar y posteriormente debatirlas mediante las técnicas presentadas: Los estilos de debate, la flecha descendente, entre otros.

En el siguiente capítulo se explicará y ejemplificará cómo el factor amputación resulta determinante en los pacientes diabéticos, provocando emociones o conductas desadaptativas, acorde a sus creencias personales.

CAPÍTULO 3

Percepción de la imagen en pacientes diabéticos amputados

El presente capítulo tratará de explicar cómo se relacionan las dos variables de la investigación, las creencias y los pacientes diabéticos amputados, formando la subvariable de la alteración perceptiva de su imagen. También se explicará, mediante tablas y figuras, cómo y cuáles creencias o pensamientos presentan los pacientes diabéticos utilizando el modelo ABC e insights de Ellis, ejemplificados mediante dichos y comentarios de esta población para enriquecer la explicación.

Lo primero a desarrollar sería explicar cómo funciona la percepción de la imagen. Como ya se conceptualizó en el capítulo 2, existe la apariencia física y la percepción corporal. Ambas concepciones son alteradas en el paciente diabético tras ser amputados. Por lo que, el paciente al ver su nueva imagen cambia la percepción que tiene sobre sí mismo y su valoración como persona, generando pensamientos o dichos a partir de sus creencias, en su mayoría irracionales.

El paciente con diabetes que presenta complicaciones y requiere intervención quirúrgica debe tomar una decisión entre acceder a la cirugía o negarse a ella, lo cual generaría mayores complicaciones que podrían concluir en muerte.

La percepción de la salud es un predictor significativo de mortalidad, de actitudes hacia la muerte, de cumplimiento de tratamientos durante la enfermedad; se trata de cómo se observan las personas en bienestar físico actual, futuro y adaptación psicológica; por lo tanto, tiene un papel importante de la conducta promotora de salud. (Medina et al., 2009, p. 14)

Es importante comprender que la percepción del paciente en torno al tratamiento a continuar va a depender también del nivel del corte en cuanto a la intervención quirúrgica. Existen pacientes que únicamente deben ser amputados de un dedo, su respuesta suele ser favorable, mencionan sentir miedo ante la noticia, pero posteriormente muestran aceptación a diferencia

de los pacientes que requieren una intervención mayor, que limita completamente su movilidad y expresan sentimientos de culpa, miedo, tristeza e inseguridad.

Dentro de las prácticas pre profesionales en el área de cirugía vascular de un hospital de la ciudad, uno de los pacientes tras ser amputado del dedo hallux (dedo gordo), al observar que ya no tenía su dedo aludió sentirse *“triste”*, mencionó *“ver dedo así es como haber crecido viendo un árbol frente a tu ventana toda la vida y un día alguien lo corta y no lo ves más, resulta difícil acostumbrarse a que no esté”*. El paciente tras pasar por una adversidad (la amputación) generó una emoción (tristeza), sin embargo, esta emoción no se debe a la adversidad o acontecimiento en sí, sino a la creencia que está por detrás de todos esos dichos o pensamientos que verbaliza. Este paciente se percibió como alguien incompleto y a su vez se comparó con otro objeto. Sin embargo, mostró aceptación y compromiso en el proceso de continuar.

Para comprender cómo el paciente diabético se percibe posterior a la amputación, es importante entender que cada paciente lo vivirá acorde a su propia interpretación, consecuencia de sus factores: psicológico, socioeconómico, familiar, laboral, entre otros. Así mismo, es importante considerar que no todos los pacientes necesitarán la misma intervención, algunos requieren una amputación menor, otros necesitan amputaciones de mayor nivel o incluso reamputaciones.

Perder una parte del cuerpo es doloroso e impone un nuevo modo de vivir, de estar en el mundo y de relacionarse con él, exigiendo una redimensión, pues el cuerpo fue afectado y en consecuencia, la percepción del mundo y de las cosas. Por más que sea difícil o doloroso ser amputado, el paciente es frágil frente a la situación límite/limitante en la cual se encuentra debido a su enfermedad, y opta por realizar la cirugía, con la esperanza de acabar con el dolor físico o permanecer en el mundo, dejando de lado la idea de una muerte próxima. (De oliveira y Roseira, 2007)

Tomar una decisión entre la vida y la movilidad implica un sinnúmero de emociones y sentimientos, ante la noticia y posterior a la amputación. Los

pacientes diabéticos amputados, en gran parte de los casos pueden percibirse a sí mismos de forma negativa, su entorno, su trabajo. Por lo que, las limitaciones en cuanto a movilidad posterior a la intervención o intervenciones quirúrgicas pueden generar un gran impacto en la vida de estas personas.

Factores que intervienen en la vida del paciente diabético posterior a la amputación

En el manejo de pacientes pueden intervenir factores de riesgo y de protección. Entendiendo a factores de riesgo como aquellos factores “que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle enfermedades” (Ministerio de Salud Pública, 2022). Y a factores de protección como “aspectos o elementos que reducen el riesgo o que evitan que una enfermedad o accidente pueda hacer daño a la salud” (Organización Panamericana de la Salud, s.f., p. 4).

La familia, la situación económica y laboral y los factores del sistema sanitario constituyen los elementos más relevantes en los cuidados de pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Los determinantes sociales, económicos y laborales deben ser tomados en especial consideración y de manera más personalizada desde los servicios sanitarios para aumentar el impacto de los cuidados proporcionados en la prevención de las complicaciones de la *diabetes mellitus*. (Jesús et al., 2017, p. 618)

Tras la amputación, existen factores a tomar en consideración que intervienen en el proceso del paciente diabético, los cuales van a incidir en su bienestar emocional, y por consiguiente en la prevención de las complicaciones.

Factor familiar

La familia puede ser tanto un factor de protección como de riesgo. Como factor de protección, sería una familia presente, que apoya al paciente diabético luego de ser amputado. Como factor de riesgo, sería la ausencia familiar, provocando que el paciente se sienta abandonado y despreciado. Así mismo, una sobreprotección hacia el paciente diabético amputado también

sería un factor de riesgo, el aislarlo de los demás (ya sea porque la familia se avergüenza o cree que no se puede valer por sí mismo) solo reafirmarían las creencias irracionales del paciente.

Por lo que la familia, ya sea como factor de riesgo o de protección, incide en la respuesta emocional del paciente diabético amputado.

Factor socioeconómico laboral

Las limitaciones del paciente tras la amputación inciden en cuanto a sus actividades laborales en caso de aún realizarlas, pueden requerir de un cambio de puesto de trabajo o incluso la necesidad de una jubilación temprana por su enfermedad. Situación que afecta emocionalmente al paciente.

Los ingresos económicos, según el empleo del paciente diabético, inciden en la respuesta ante la amputación. Un paciente dedicado al trabajo agrícola o que dependa del esfuerzo físico diario, va a responder de diferente manera que un paciente ya jubilado o con otro tipo de ingresos económicos.

Una persona con un mayor ingreso económico podrá comprarse prótesis. Mientras que alguien con menor ingreso económico no contará con esa posibilidad, Si bien estas personas sufren la amputación por igual, su respuesta será diferente debido a que viven realidades diferentes.

Creencias en el paciente diabético amputado

En esencia, desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva (TC) defendida por Aaron Beck, los esquemas cognitivos (creencias centrales) son reglas de funcionamiento mental que organizan la experiencia y orientan la conducta del individuo. Cuando tales esquemas devienen disfuncionales constituyen factores de vulnerabilidad psicopatológica frente a eventos potencialmente estresores de la vida cotidiana, pudiendo manifestarse en los síntomas clínicos de un trastorno mental, tal como ansiedad y/o depresión. (Ruíz y Fusté, 2015, p. 52)

Las creencias son producto de organizar las experiencias de la persona, son la guía de sus conductas. Las creencias al devenir de las

experiencias están sujetas a interpretaciones personales, por lo que también pueden ser irracionales o disfuncionales. Los pacientes diabéticos tienen sus propias creencias que han sido desarrolladas acorde a sus propias experiencias y contexto en el que se encuentran, es decir que cada paciente diabético tendrá creencias individuales y diferentes a los demás. Existen diversos factores que intervienen al momento de que una persona desarrolle una creencia, como es el factor socioeconómico, cultural, ambiental, familiar, religioso, etc; es decir cada creencia será aprendida en relación con todos estos factores mencionados que serán distintos en cada uno. Por lo tanto, cada paciente diabético tendrá una respuesta, cognitiva, emocional o conductual diferente ante la amputación.

En base a las prácticas pre-profesionales realizadas en un área de hospitalización vascular, los pacientes hospitalizados posterior a amputación refieren dichos de los cuales se puede identificar las siguientes creencias: *“soy una carga”, “soy un inútil”, “Yo puedo porque Dios así lo quiso”, “lo que tenga que hacer, lo haré por mi bien”*. La activación de estas creencias posterior al factor amputación, pueden ser tanto racionales funcionales como irracionales disfuncionales, esto dependerá de la individualidad del caso a caso, como se mencionó anteriormente. Así mismo, como consecuencia de estas creencias los pacientes pueden desarrollar conductas o emociones desadaptativas complicando su tratamiento, como evitar comer, insomnio, aislamiento e incluso pueden llegar a desarrollar trastornos mentales como ansiedad, depresión, etc.

Pensamientos automáticos

Conviene tener en cuenta que dentro de las cogniciones pueden distinguirse dos niveles básicos: los pensamientos automáticos y los supuestos y creencias; estos últimos tienen una mayor estabilidad y transituacionalidad, y son más resistentes al cambio. Así pues, la estrategia que se sigue es cuestionar los pensamientos automáticos negativos (*“no sabré qué decir”, “diré algo estúpido”*) en una primera etapa y posteriormente los supuestos y creencias disfuncionales (*“si no hago las cosas perfectamente, es un desastre”, “si no le gusto a*

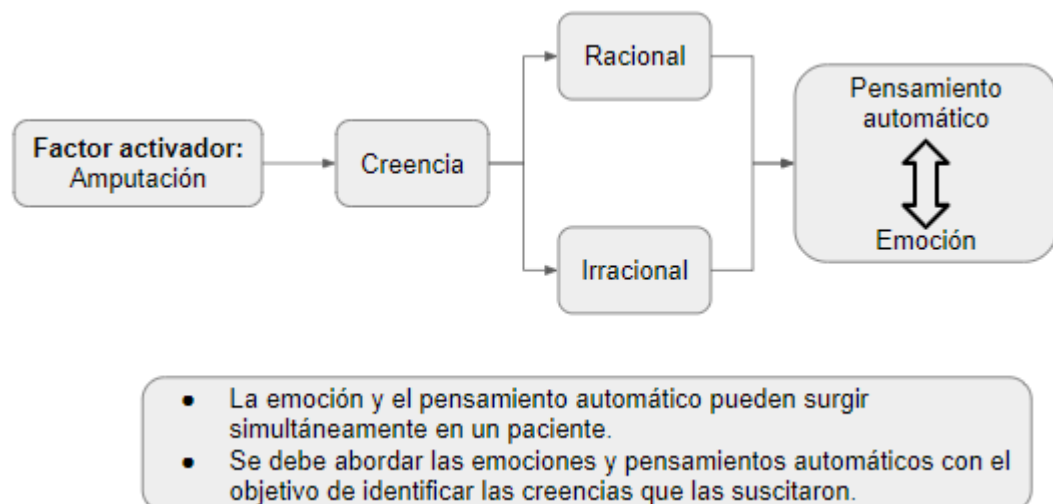
alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “una persona que se queda en blanco al hablar es vista como incompetente”, “soy inferior”). (Bados y García, 2010, pp. 15-16)

En las prácticas realizadas se pudo identificar que algunos de los pacientes diabéticos amputados presentaron durante sus primeros discursos pensamientos automáticos, tales como “no sé qué hacer”, “mi familia me va a dejar”, “mi pareja me va a dejar”. Estos pensamientos son consecuencia o producto de creencias o supuestos propios de cada paciente. Para llegar al nivel más profundo de la creencia disfuncional o irracional, se debe cuestionar estos pensamientos automáticos.

Es importante destacar que las creencias en los pacientes tras la amputación pueden generar pensamientos automáticos como también emociones ya sea adaptativas o desadaptativas.

Figura 4

Esquematización sobre los procesos internos del paciente diabético amputado



Nota: Elaborado por Jaya Dávila María Eugenia y Quingalahua Loo Luis Arturo.

Para una mayor explicación, a continuación se esquematizarán las emociones adaptativas y desadaptativas entorno a las creencias, racionales e irracionales.

Emociones adaptativas y desadaptativas

Tabla 5

Emociones negativas y creencias

Emociones negativas insanas	Creencia irracional asociada	Emociones negativas sanas	Creencia racional asociada
Ansiedad	"He estudiado mucho para este examen. No debería bajo ningún concepto suspender, si ocurre sería terrible "	Preocupación	"He estudiado mucho para este examen. Espero no suspender, porque sería mala suerte"
Depresión	"No debería haberse ido mi hijo de casa. Es terrible que se haya ido".	Tristeza	"Siento mucho que mi hijo se haya ido de casa, pero no hay razón por la que no deba haberse ido"
Vergüenza	"He metido la pata. Es terrible, no debería haberlo hecho. Todos pensarán que soy un auténtico estúpido"	Decepción	"He metido la pata pero ya que fe voy a hacer"
Culpa	"Me he enfadado con Luán sin razón. Cómo he podido ser tan vil. No debería nunca hacer estas cosas, no tengo perdón"	Remordimiento	"Me he enfadado con Luán sin razón. La verdad es que lo he hecho fatal. En cuanto le vea le pediré disculpas"
Ira	"Ese chico es un sinvergüenza, se ha colado y es inadmisibile. Tendría que haber hecho lo que debe como hacemos todos: esperar su turno".	Enfado	"Vaya cara que tiene ese chico, se ha colado, podría haber esperado su turno como todos"

Nota: Tomado de (Díaz et al., 2017, p. 346).

Tabla 6

Emociones negativas adaptativas y desadaptativas en pacientes diabéticos amputados

Emociones negativas desadaptativas	Creencia irracional asociada	Emociones negativas adaptativas	Creencia racional asociada
Depresión	“Soy una carga, mi hija no hará su vida por mi culpa”	Tristeza	“Esto es un proceso, me voy a adaptar”
Culpa	“Me siento culpable, ya no quiero vivir”	Remordimiento	“No me cuidé lo suficiente pero ahora empezaré hacerlo”

Nota: Estos son ejemplos tomados del discurso de pacientes diabéticos amputados del área vascular en el ejercicio de las prácticas pre-profesionales y de entrevistas a especialistas. (No todos los pacientes presentarán la sintomatología, se debe abordar el caso individualmente).

Tabla 7

Emociones positivas adaptativas y desadaptativas en pacientes diabéticos amputados

Emociones positivas desadaptativas	Creencia irracional asociada	Emociones positivas adaptativas	Creencia racional asociada
Excesiva esperanza	“Dios me curará, no seguiré el tratamiento”	Esperanza	Confío en Dios y sus designios por eso seguiré el tratamiento.
Positivismo excesivo	“Confío en la medicina natural porque una conocida se curó así y yo también haré, por eso me niego al tratamiento”	Optimismo	“Quiero mejorar por eso hago caso, me acoplo a las comidas y a todo lo que diga el Doctor”.

Nota: Estos son ejemplos tomados del discurso de pacientes diabéticos amputados del área vascular en el ejercicio de las prácticas pre-profesionales y de entrevistas a especialistas. (No todos los pacientes presentarán la sintomatología, se debe abordar el caso individualmente).

ABC en pacientes diabéticos amputados

Retomando lo explicado en el capítulo dos, uno de los modelos propuestos por Ellis para identificar las creencias irracionales corresponde al ABC. A continuación se presentará mediante una tabla, un ejemplo en pacientes diabéticos amputados.

Tabla 8

ABC en pacientes diabéticos amputados

(A) Acontecimiento Activador o Adversidad	Amputación
(B) Creencias Irracionales	“Soy una carga, para qué vivir”
(C) Consecuencia: conducta / emoción	Dejar de comer, insomnio, aislamiento. Depresión, culpa.

Nota: Elaborado por los autores.

ABCDE en pacientes diabéticos amputados

La TREC propone un plan de intervención que permite cuestionar las creencias irracionales con el objetivo de lograr una reestructuración cognitiva en el paciente obteniendo creencias más funcionales. Se plantea un ejemplo de cómo podría ser aplicado el ABCD en pacientes diabéticos amputados:

Tabla 9

Reestructuración cognitiva

(D) Debate	Cuestionar o debatir la creencia irracional: ¿Por qué cree usted que es una carga?, ¿En qué le ayuda pensar así?, ¿Qué es ser una carga para usted?, ¿Qué pruebas tiene para aseverar ser una carga?
(E) Efectos	Reestructuración cognitiva: Creencias adaptativas → Emociones adaptativas → Conductas más adecuadas: Inicio de un adecuado tratamiento (empezar a alimentarse, cuidarse), esperanza, optimismo.

Nota: Elaborado por los autores.

Cierre del capítulo tres

Como síntesis del capítulo tres, se estableció un nexo entre las bases teóricas propuestas en el capítulo dos con los comentarios y dichos de los pacientes diabéticos posterior a la amputación, lo cual permite establecer una conexión entre la teoría y la realidad clínica de estos pacientes.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

La investigación se realizó a partir del enfoque cualitativo, puesto que es considerado como un procedimiento metodológico que estudia diferentes objetos para comprender la vida social del individuo a través de los significados desarrollados por éste. Según Sánchez (2019) “se sustenta en evidencias que se orientan más hacia la descripción profunda del fenómeno con la finalidad de comprenderlo y explicarlo a través de la aplicación de métodos y técnicas” (p.104).

Por ende, esta investigación es de enfoque cualitativo porque por medio de las distintas intervenciones de nuestra práctica pre-profesional de pacientes diabéticos amputados de un hospital de Guayaquil, más entrevistas realizadas a profesionales del ámbito de la salud ,médicos y psicólogos expertos en la temática, permitió describir y comprender el fenómeno investigado como lo es la amputación en los pacientes diabéticos y su incidencia en la activación de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen.

Paradigma

Acorde a Santos (2018, p. 5), el paradigma interpretativo dirige su atención a aquellos aspectos no observables, ni medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias, intenciones, motivaciones, interpretaciones); interpreta y evalúa la realidad, no la mide. Los hechos se interpretan partiendo de los deseos, intereses, motivos, expectativas, concepción del mundo, sistema ideológico del observador.

La investigación se realizó desde el paradigma interpretativo, con el cual no se pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado. Se analizaron las creencias de los pacientes diabéticos tras la amputación, variable que no es cuantificable, medible, ni observable.

Método

Según Guevara et al. (2020) “La investigación descriptiva tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio” (p.164).

La investigación se realizó por medio del método descriptivo, debido a que se estudiaron las creencias que influyen en los pacientes diabéticos posterior a la amputación. Este método posibilitó obtener información a través de las entrevistas realizadas a especialistas como también del estudio de fuentes bibliográficas, además se complementó la información con dichos y comentarios de estos pacientes.

Técnicas de recolección

Acorde a Velásquez (2020):

Los métodos de recolección de datos cualitativos se enfocan principalmente en obtener ideas, razonamientos y motivaciones, por lo que profundizan en términos de investigación. Debido a que los datos cualitativos no se pueden medir, se prefieren métodos de recopilación de datos que estén estructurados de forma limitada. (p. 9)

Las técnicas utilizadas para la investigación son: revisión de fuentes bibliográficas y entrevista a especialistas. La profundización en el estudio de fuentes de investigación permitió obtener la base teórica de la presente investigación.

Velásquez (2020) estipula que la entrevista es “uno de los instrumentos de recopilación de datos más utilizados para la investigación cualitativa, principalmente por su enfoque personal. El entrevistador o investigador recopila datos directamente del entrevistado de manera individual” (p. 9). La entrevista va a permitir obtener información de especialistas del campo. Se realizó una entrevista semi-estructurada tanto a médicos como psicólogos. La entrevista a psicólogos constó de 12 preguntas, mientras que la entrevista a médicos constó de 9 preguntas. De esta manera, desde la experiencia y

conocimientos teóricos de los profesionales, se permitió un acercamiento en cuanto a la activación de las creencias del paciente diabético tras la amputación, lo cual genera una alteración en la percepción de su imagen.

Población

Según López (2004), “La población es el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (p. 69). En la investigación se trabajó con: Tres médicos que han tenido experiencia con pacientes diabéticos amputados. Seis psicólogos que han abordado a estos pacientes desde el enfoque cognitivo conductual, proporcionando información acorde a su experiencia hospitalaria del área vascular. El objetivo fue obtener información de quienes trabajan con pacientes diabéticos amputados para conocer sus perspectivas en cuanto a la alteración de las creencias del paciente diabético ante la percepción de su imagen luego de la amputación.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Presentación de resultados

En este capítulo se presentarán los resultados de las entrevistas tomadas a seis psicólogos y tres médicos especialistas, donde se realizará un análisis respectivo acorde a cada especialidad.

Esta información es relevante y fundamental, ya que proporciona mayor conocimiento sobre la realidad clínica de los pacientes, tanto a nivel médico como a nivel psicológico.

La información personal de los especialistas se mantiene de forma anónima según el acuerdo de consentimiento informado.

- Se representará a cada especialista médico como M1, M2, M3.
- Se representará a cada psicólogo como: Psi 1, Psi 2, Psi 3, Psi 4, Psi 5, Psi 6.

Para la presente investigación se realizó una tabla de variables con su respectiva definición.

Tabla 10

Tabla de variables para entrevista a médicos

Variables	Relevancia	Preguntas
Paciente diabético amputado	La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio que asocia numerosas complicaciones, Como consecuencia de estas complicaciones, se ha estimado que los pacientes diabéticos con úlceras del pie	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué tan frecuente es que los pacientes diabéticos de tipo 2 sean amputados?• Usted como especialista, ¿qué criterios toma a consideración para realizar la primera amputación en un paciente diabético?• ¿De qué depende que el paciente diabético no necesite más de una amputación? ¿Por qué es necesaria

recurrentes requieren amputación en un 71%-85% de los casos, teniendo las personas con diabetes al menos 10 veces más probabilidades de someterse a una amputación de extremidad inferior que las que no tienen diabetes. La tasa actual de amputaciones relacionadas con la diabetes es significativa: la OMS estima que, cada 30 segundos, se pierde una pierna en algún lugar del mundo a causa de la diabetes. (Talaya et al., 2022, pp. 236-237)

más de una amputación en ciertos casos?

- ¿Es el paciente diabético el principal responsable para evitar una amputación o existen otros factores que se deban tener en cuenta?
- ¿Cuáles son los parámetros clínicos que requiere el paciente diabético amputado para acceder a una prótesis?
- ¿Cuál es el procedimiento clínico o institucional acerca del manejo del miembro o el segmento del cuerpo del paciente diabético amputado? ¿La familia o el paciente puede solicitar el miembro o segmento amputado?
- ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar el trabajo de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Creencias

"La creencia no es un conjunto de acciones reales, sino un conjunto de disposiciones a la acción, tendencias que no entrarían en acción sino en circunstancias apropiadas [...] la tendencia es el hecho de que, si ciertas cosas suceden, tendrían

- Desde su experiencia, ha presenciado en los pacientes diabéticos algún cambio emocional, psicológico o de alguna índole, posterior a la amputación.
- ¿Cree usted que los pacientes diabéticos luego de ser amputados desarrollan pensamientos negativos sobre sí mismos?

lugar ciertas acciones" (Díez, 2016, p.137).

Nota: Elaborado por los autores.

Tabla 11

Tabla de variables para entrevista a psicólogos

Variables	Relevancia	Preguntas
Paciente diabético amputado	El paciente diabético amputado, es aquel que tras complicaciones de la enfermedad debe ser sometido a amputación de una extremidad o parte de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad? • ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad? • Desde su experiencia, ¿cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación? • ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados? • ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación? • ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?
Creencias	Son concepciones de información organizada acorde a las vivencias, factores ambientales, personales y sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación. • Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se

plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

- Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?
- ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.
- Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?
- ¿Considera que los factores externos como factores económicos, ausencia redes de apoyo, podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Notas: Elaborado por los autores.

Tabla 12

Resultados de la entrevista a médicos

1) ¿Qué tan frecuente es que los pacientes diabéticos de tipo 2 sean amputados?

M1	Del 70% al 90% de las amputaciones son por diabetes.
----	--

M2	Hay una estadística nacional establecida que indica que es del 70% al 90%.
----	--

M3	Muy frecuentemente, considero que un 75 por ciento.
----	---

Análisis Los entrevistados acordaron que la mayoría de los pacientes diabéticos de tipo dos pueden ser sometidos a amputación, entre un 70 al 90%.

2) Usted como especialista, ¿qué criterios toma a consideración para realizar la primera amputación en un paciente diabético?

M1 No se sabe cuántas veces se los amputa. Los criterios para amputar en primer lugar es que tenga un deterioro de la circulación, que no tenga un pulso de la rodilla a abajo o que comprometa su estado general como deshidratados, con un coma diabética o un deterioro de su pulsión renal; esos son los criterios que te obligan a ingresar al paciente y amputarlo.

M2 Existen ya criterios o protocolos a seguir para determinar si un paciente diabético necesita ser amputado. Que el paciente tenga un deterioro de la circulación, que no tenga un pulso de la rodilla a abajo o que comprometa su estado general como deshidratados, con un coma diabética o un deterioro de su pulsión renal.

M3 Existen criterios ya establecidos. Considerar que el paciente tenga una infección, circulación prolongada, que no haya retorno sanguíneo, coloración del dedo.

Análisis Los tres especialistas concuerdan que existen ya criterios establecidos para determinar una amputación en un paciente diabético.

3) ¿De qué depende que el paciente diabético no necesite más de una amputación? ¿Por qué es necesaria más de una amputación en ciertos casos?

M1 Fundamentalmente lo siguiente: El cuidado personal, el control metabólico, una adecuada atención primaria y que en las universidades tengan mejor preparación a los médicos para que conozcan sobre el pie diabético. Lo otro es un factor socio económico cultural, porque el paciente no conoce sobre su enfermedad.

Hay 2 factores por los que se requiere más de una amputación: Primero van a selección del nivel de amputación, el profesional en ese momento no elige el adecuado nivel de amputación. Lo más frecuente es que el paciente no acepta que lo amputen la pierna, porque es el paciente el que decide lo que quiere hacer, por el desconocimiento debido al factor socioeconómico cultural.

M2	Interviene el factor socioeconómico y cultural del paciente, por lo que desconocen de su enfermedad y no se cuidan. Por lo mismo que desconocen de la enfermedad, no aceptan las recomendaciones médicas ni cuidados, debido a que es su decisión el decidir qué hacer, complicándose en muchos casos y llegan al punto de requerir una o más amputaciones.
M3	Depende de los cuidados del paciente, el primer procedimiento puede ser exitoso, pero si no hay cuidados puede complicarse y requerir más de un procedimiento.
Análisis	Los tres médicos concuerdan que el cuidado personal del paciente es un factor determinante en cuanto a la evitación de una primera amputación o reamputaciones posteriores. M1 y M2 concuerdan que existen otros factores determinantes, como el criterio médico en cuanto al nivel de corte o amputación, y el factor socioeconómico cultural en cuanto al conocimiento de la enfermedad.
4) ¿Es el paciente diabético el principal responsable para evitar una amputación o existen otros factores que se deban tener en cuenta?	
M1	El principal causante serían 2 partes: Una parte es responsable el paciente diabético, y la otra parte es la formación del médico general. Porque el conocimiento es muy vago y pobre para la cirugía vascular, por lo que emplean un tratamiento que no es el correcto y el paciente diabético sigue eso. El 65% vuelven a tener una lesión a los 5 años, hay que tratar que el paciente diabético no se ampute, porque cuando se amputa se reducen sus probabilidades de supervivencia.
M2	Sí, el paciente diabético es el principal responsable en su cuidado para evitar alguna amputación, pero también interviene el conocimiento sobre diabetes del médico encargado.
M3	El paciente es responsable de mantener su glucemia dentro de los valores permitidos para diabético, pero no está excepto de recibir un traumatismo o de tener una herida para complicar la parte vascular, la parte más distal de su extremidad (dedos). A nivel general sí sería el principal responsable de los cuidados adecuados para su condición.
Análisis	Los tres médicos coinciden que el paciente es el principal responsable de su cuidado para evitar complicaciones que conlleven a una o más amputaciones. Sin embargo, M1 y M2

también agregan otro factor que es el conocimiento del doctor a cargo, que no es especialista y da un tratamiento inadecuado.

5) ¿Cuáles son los parámetros clínicos que requiere el paciente diabético amputado para acceder a una prótesis?

M1 Cuando se lo amputan, se manda al paciente a una unidad de rehabilitación. Tiene que ver con el corte, que sea adecuado con la prótesis. Entonces los rehabilitadores son los que deciden cuándo llevar una prótesis, porque hay que hacer ejercicios para fortalecer los miembros.

M2 Una vez que el paciente es amputado, sale de mi jurisdicción como vascular y se encargan los rehabilitadores o fisioterapéuticos para determinar cuándo es viable una prótesis.

M3 Primero un buen cierre de herida, buena cicatrización de la herida quirúrgica posterior al retiro de los puntos, buena formación del muñón. Posteriormente se realiza valoración por medio de médico fisiatra y nutricionista para realizar fortalecimiento de muñón con ejercicio y peso progresivo. El promedio de fortalecimiento muscular son tres meses y a continuación con el músculo hipertrófico se realiza la medición longitudinal y circunferencial de la prótesis.

Análisis Los tres médicos plantean que posterior a la amputación, los rehabilitadores se encargan de fortalecer los músculos del paciente para que sean aptos para recibir prótesis.

6) ¿Cuál es el procedimiento clínico o institucional acerca del manejo del miembro o el segmento del cuerpo del paciente diabético amputado? ¿La familia o el paciente pueden solicitar el miembro o segmento amputado?

M1 La familia o el paciente pueden solicitar el miembro amputado. Hay 2 variables: Si el paciente solicita que se quiere llevar algún miembro, se va a información con una serie de datos y se la lleva en una bolsa preparada para que se la lleve. La otra variante es que la institución se lo quede y luego lo lleven a un crematorio. Por lo general solicitan el miembro por creencias, es cultural y no por otra cosa. A veces la tienen en la casa y ni la entierran. El paciente siempre decide qué hacer con su cuerpo por lo que se pregunta si desea o no llevarse la extremidad.

M2 El paciente puede solicitar su miembro, donde tras una serie de revisiones se lo entregan. De no solicitarlo, la institución lo crema.

M3 Se realiza el llenado del formulario de necropsia, el cual es un formato del ministerio de salud pública con ese documento se realiza una cadena de custodia por medio del servicio de enfermería para llevar la pieza anatómica al área forense. El familiar realiza la identificación de la estructura, firma documentación de recibido y puede llevarse. Si decide no hacerlo, la institución lo crema.

Análisis Los médicos coinciden que posterior a la amputación se realiza todo el procedimiento legal y administrativo, y la familia toma la decisión de qué hacer con el miembro. Algunos optan por llevarlo a sus casas y otros por dejarlo en el hospital para que sean cremados.

7) Desde su experiencia, ¿ha presenciado en los pacientes diabéticos algún cambio emocional, psicológico o de alguna índole, posterior a la amputación?

M1 Claro que sí, por supuesto. El deterioro psicológico y emocional es bastante frecuente, creen que ya no podrán vivir pero tienen que luchar por su vida. Por eso es necesario que psicología los prepare para la cirugía y les dé seguimiento post amputación.

M2 Es muy frecuente que se derrumben emocional y psicológicamente por eso es que antes de amputar los de psicología los ve por interconsulta, los prepara para cirugía y después se les da seguimiento por psicología.

M3 Sí, se pueden afectar psicológicamente ya que no cuentan con una parte de ellos.

Análisis Los tres médicos afirman que hay un deterioro emocional y psicológico. M1 y M2 refirieron que ellos trabajan en conjunto con el departamento de psicología para una preparación pre-amputación, y de ser posible seguimiento.

8) ¿Cree usted que los pacientes diabéticos luego de ser amputados desarrollan pensamientos negativos sobre sí mismos?

M1 De hecho, los desarrollan. Generalmente estos pacientes, la mayoría son de familias disfuncionales, los dejan botados en el hospital y toca llamar a los de trabajo social para que localicen a la familia, y ver quién se hace cargo de la persona. Entonces los pacientes se derrumban emocionalmente por la familia disfuncional que tienen.

M2	Sí, más que nada porque suele pasar que la familia los abandona en el hospital. Se llama a la trabajadora social para que busque quien se haga cargo del paciente, por lo que el paciente se derrumba al sufrir este trato por parte de familias disfuncionales.
M3	Sí, debido al cambio al que deben acoplarse.
Análisis	Los tres médicos coinciden que sí desarrollan pensamientos negativos tras esa situación. M1 y M2 coinciden que la familia como factor de riesgo incide en la estabilidad del paciente, ya que en algunos casos incluso los abandonan en el hospital. M3 plantea que el cambio negativo se debe a la adaptación de su nueva condición.
9) ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar el trabajo de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?	
M1	Claro, de hecho, psicología interviene antes y después de la cirugía. Aquí hay un equipo multidisciplinario, donde intervienen el vascular, el internista, el nutricionista, el endocrinólogo, el psicólogo, el infectólogo. Psicología también le da el seguimiento a los pacientes, pero el derrumbe de ellos es más por las familias.
M2	Sí, sería importante el trabajo del equipo multidisciplinario en la atención primaria de salud. Es decir, el médico familiar, con el médico general, la enfermera, trabajo social y psicología desde la atención primaria para el conocimiento de su enfermedad, para tratar la disfunción familiar de alguna manera y prepararlos para evitar futuras complicaciones porque a la larga o a la corta van a tener una eventualidad. El trabajo primario es importante pero el nivel sociocultural económico es muy bajo, es necesario empezar desde la base con la parte afectiva y familiar.
M3	Por supuesto, es fundamental el trabajo en equipo para abordar estos pacientes.
Análisis	Los tres médicos coinciden que es importante este trabajo interdisciplinario. M1 y M2 plantean que de hecho ellos trabajan conjuntamente con el departamento de psicología y otros departamentos médicos para que brinden seguimiento a sus pacientes. M2 especifica la importancia de la atención primaria de estos pacientes.

Nota: Elaborado por los autores.

Tabla 13

Resultados de la entrevista a psicólogos

1) ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?

Psi 1 En algunos casos el paciente sí conoce los riesgos pero en la mayoría de casos, según mi experiencia, no. Realmente no tienen consciencia de los riesgos, como la alimentación y los factores hereditarios afectan a la patología, por lo que mayormente no están conscientes. Ni siquiera conocen sus propios síntomas, si tienen diabetes o no y mucho menos la consideran un riesgo para su salud. Tienden a cuestionar diciendo “por qué sí yo sí me cuido”.

Psi 2 Yo creería que en su gran mayoría no conocen. Ni siquiera conocen sus propios síntomas ni si tienen diabetes y mucho menos la van a considerar una amenaza para su salud e integridad física. Tampoco conocen la evolución natural de la enfermedad o las complicaciones.

Psi 3 No, se evidencia mucho que no saben ni las consecuencias de la enfermedad por más que el doctor se las explique, no hay una conciencia completa de la enfermedad. Tienden a justificarse con la frase “yo sí me cuido”.

Psi 4 En algunos casos, depende del médico tratante que haga una explicación acorde al caso.

Psi 5 Considero por la experiencia que la mayoría, de un 100% a un 60% o 70% lo conoce, pero no toma responsabilidad. Son conscientes porque el especialista les explica sobre sus causas y efectos, pero a pesar de eso, no manejan un adecuado control de tratamiento.

Psi 6 No, básicamente la enfermedad o el concepto corresponde a un aprendizaje y está aprendizaje depende del contexto, de donde vinimos. Y la cultura y sociedad ecuatoriana no tiene niveles y ejes conceptuales de prevención, se cree que solo se debe trabajar sobre salud desconociendo el concepto de enfermedad. Y por ende, hacer un equilibrio entre ambas.

Análisis Cuatro de los seis psicólogos coinciden que la mayoría de los pacientes no conocen sobre su enfermedad. Sin embargo, Psi 4 y 5 mencionan que el médico tratante o especialista informa sobre su enfermedad, y Psi 5 recalca que pese a eso, siguen sin tomar

un adecuado control. Psi 6 enfatiza que el inadecuado control depende de la cultura y sociedad en la que se encuentran, desconociendo sobre los conceptos de prevención y de la enfermedad misma.

2) ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

Psi 1 A mi forma de verlo, hay dos fases. Está la fase, relacionado a la pregunta anterior, donde no conocen y tienen el impacto de la noticia. Y hay otra fase donde si el nivel de aceptación es positivo, creería que sí toman cuidado de su enfermedad. Porque cuando pasan por el proceso de amputación, ya sí vienen a control. Se evidencia en la consulta de endocrinología, que se ve que no faltan y está llena la sala de espera, pero todos están amputados; esta sería la fase dos. La fase dos sería donde los pacientes piensan que es tarde para el miembro perdido, pero aún le quedan otras extremidades y no quisieran que avance.

Psi 2 Cuando se les da la noticia que tienen diabetes, muy pocos toman esa responsabilidad del cuidado. Este tipo de pacientes suelen tomar la responsabilidad de la enfermedad tras haber perdido un miembro y no querer perder otro, motivados por el miedo.

Psi 3 Hay un factor que interviene y es el peligro que sienten. No quieren que le vuelvan a amputar, pero el doctor mismo le informa al paciente "si no te cuidas, habrá complicaciones", ahí hay una motivación para que tomen consciencia. Sin embargo, es una consciencia del cuidado, mas no de la enfermedad todavía.

Psi 4 En algunos casos, el paciente generalmente que es diagnosticado con diabetes presenta una negación muy marcada, al inicio no cumplen con los requisitos en cuanto a la alimentación, presentan una negación. Cuando se complican es que toman responsabilidad.

Psi 5 La mayoría de los pacientes no manejan un adecuado control de su enfermedad.

Psi 6 No, debido a ese no concientizar hacia donde podría llevar el riesgo final.

Análisis Los seis psicólogos mencionan que la mayoría no manejan un control adecuado de la enfermedad. Psi 1, 2, 3 y 4 especifican que eso se debe a que existe una negación, y es recién cuando los

amputan que deciden cuidarse, aunque Psi 3 refiere que es consciente del cuidado y no de la enfermedad todavía. Psi 1 añade que cuando el paciente es notificado de su enfermedad y hay aceptación positiva, sí se cuida.

3) ¿Desde su experiencia cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?

Psi 1 Es inmediatamente después. Es impresionante que cuando ya se ven sin la piernita, cómo cambian su actitud completamente ante lo demás que queda de su cuerpo. Antes de la amputación, no creen que les vaya a pasar nada. Cuando ya les dan la noticia de la amputación, hay una suerte de culpa consigo mismo, hasta se evidencia previo a la cirugía.

Psi 2 Después de la enfermedad, definitivamente. Antes de la amputación, estos pacientes están a la defensiva, por ejemplo, que les controlen la comida, los medicamentos o la insulina. Y si llegan a cumplir con las directrices, lo hacen solo por cumplimiento más no por convicción. Cuando ya los amputan, esa defensividad lo reemplazan por un duelo, porque están tristes, les quitaron su piernita, su dedito.

Psi 3 Después de la amputación. Incluso ocurre lo del duelo del miembro fantasma, que están tristes por su piernita. El sentimiento de culpa no es consciente de la enfermedad en muchos casos, porque hay pacientes que tras la amputación siguen sin curarse, sin tener consciencia de la enfermedad y siguen amputándose, hasta llegar a un proceso mayor. Es bien complejo el aceptar el diagnóstico, no se cuidan porque piensan que su vida ya no tiene sentido.

Psi 4 En el proceso que le indican que deben ser amputados, ahí toman responsabilidad y presentan sentimientos de culpa.

Psi 5 Creo que toma consciencia durante la revelación del diagnóstico que va a ser amputado y posterior a la noticia.

Psi 6 Es una buena pregunta, porque en algunos casos lo que más me permite visualizar es que nunca, ni siquiera la amputación les permite ubicar un tipo de aprendizaje o concepto sobre esa dimensión donde se encuentran.

Análisis Psi 1, 2 y 3 coinciden que el paciente toma consciencia del cuidado después de la amputación cuando ven que no tienen una parte de

ellos. Mientras que Psi 4 y Psi 5 indican que es durante, es decir cuando se les da la noticia de amputación. Psi 3 y Psi 4 enfatiza que posterior a la amputación, algunos pacientes presentan sentimiento de culpa. Sin embargo, Psi 3 dice que eso no significa que sean conscientes de la enfermedad generando que se sigan amputando. Para el Psi 6, en algunos casos, puede pasar que nunca tomen consciencia o aprendizaje de la enfermedad.

4) De acuerdo a su experiencia, ¿podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación?

Psi 1 Dicen “cómo me voy a ver ahora”. Es impresionante cómo están pendiente de eso.

Psi 2 Unos dicen “si no estoy completo, no sirvo”, “cómo me voy a ver ahora”, “cómo voy a trabajar”; incluso piensan que la pareja les va a abandonar, o la familia. Son muchos miedos.

Psi 3 Pos-amputación hay un discurso muy repetitivo “voy a ser una carga para mi familia”. Incluso solo con a veces amputarle los dedos de los pies, ellos creen ya ser una carga.

Psi 4 “Si me hubiera cuidado mejor”, “si no me hubiera hecho limpiar las uñas”, sienten culpa, mencionan sentimientos culpas, preocupación inicial es que no quieren ser una carga para sus familiares.

Psi 5 Lo primero que suelen mencionar es el dolor físico, que todavía sienten las piernas a pesar de no tenerlas, sentimientos de culpa, frases como si me hubiese cuidado, si hubiese comido apropiadamente, aunque también culpan a los médicos en algunos casos o a la familia. En ese momento muchos pacientes tienen sentimientos de culpa.
Otro de los comentarios “no soy útil” “voy a ser una carga para la familia” “prefiero morirme” “soy inservible”, “soy una carga” entre algunas.

Psi 6 La mentalidad de ellos son esas creencias que tienen acerca de ellos mismos, acerca de la relación o el vínculo de la enfermedad, ponen en práctica un criterio de autocompasión, en la cual se perciben con miseria esto impide un concepto de equilibrio o salud. Afirman, “esto no cambiará”, “me moriré”, desconocen que el deterioro sí está en sus manos.

Análisis Todos los psicólogos concluyen que los pacientes expresan sentimientos de culpa (“si me hubiera cuidado mejor”, “si no me hubiera hecho limpiar las uñas”) e inutilidad (“prefiero morirme” “soy inservible”, “soy una carga”, “no soy útil”, “si no estoy completo, no sirvo”).

5) Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Psi 1 Sí. Sí en el aspecto en que culturalmente una persona con discapacidad es una persona inútil. Suelen tener el pensamiento de compararse con los demás, con algún familiar “pero a mi primo no le pasó así”.
Suelen sobregeneralizar en base a la experiencia de los demás, comparándose.

Psi 2 Sí, porque las creencias irracionales son ideas de valor. “Si yo no he hecho nada malo, ¿por qué me pasa esto a mí? ¿Por qué me cayó esta enfermedad?” lo toman como un accidente, no como una responsabilidad. “Si me enfermo, no debería pasarme esto a mí, es un castigo de Dios”. “Si ya me cuidé, por qué aun así me sigue enfermado”. “Si yo hago lo mismo que el de acá, ¿por qué me pasa esto a mí?”. Y se sienten mal porque piensan que “a mí me pegó la catástrofe”.

Psi 3 Sí, suelen creer que si no están completos, no valen.

Psi 4 Sí, en base a mi criterio y la experiencia que he tenido es que sí porque lo que impacta es la noticia ante la pérdida, el proceso de duelo que debe atravesar. Existe un impacto emocional por la noticia de la amputación, afecta de tal manera que lo que hace es que se nuble la consciencia, aparece el exceso de los niveles elevados de estrés, estos niveles elevados producen estos pensamientos de tensión, pensamientos negativos, a partir de estos aparecen pensamientos automáticos negativos.

Psi 5 Sí, porque previo a la amputación o después vienen estos escenarios donde se sienten inservibles o dependientes de terceros y se dejan llevar por estos sentimientos.
Hay pacientes que llegan a consulta con este tipo de creencias, y aunque se trate de manejar una psicoterapia en algunos casos no

dan resultados, debido a la postura del paciente. Por ello, depende del paciente para poder cambiar su forma de pensar.

Psi 6 Sí, algunos pacientes llegan a presentar, no solo tras la amputación sino que en algunos casos luego pasan a otros escenarios como hemodiálisis. Pero esta creencia responde al contexto del que venimos.

Análisis Todos los psicólogos concuerdan en que la amputación es un factor determinante para que se activen diferentes creencias irracionales en los pacientes. Considerando que estas creencias dependen de diversos factores como el familiar, social, cultural, entre otros. Psi 1 hace referencia que a nivel cultural existe la creencia que las personas con amputación son consideradas “inútiles”.

6) Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?

Psi 1 Sí, totalmente, cien por ciento. Una amputación puede desencadenar hasta una depresión mayor, que en conjunto con alguna creencia irracional presente pueden destruir al paciente.

Psi 2 Sí, va a exacerbar los síntomas. Todos tienen conflictos internos y creencias irracionales que se van a activar por la amputación. Incluso pueden agravar conflictos ya presentados como por ejemplo una persona con problemas de estrés, empeora por la amputación.

Psi 3 Sí, presentan un discurso negativo o irracional.

Psi 4 Sí, aunque depende del caso a caso el impacto del factor amputación. Ejemplo, pacientes del campo que ya presentaban temor a ser una carga, la noticia de ser amputados es un golpe de realidad ante sus limitaciones lo que desarrolla la reafirmación de creencias irracionales. Dependerá mucho del contexto socioeconómico, factores familiares. Hay una diferencia en una persona del campo que es quien sostiene su hogar a una persona de la ciudad jubilada que tiene ya su pensión.

Psi 5 Hay pacientes que antes de ser amputados, por tener diabetes ya tienen estas creencias irracionales, algunos consumen insulina y por eso creen que ya son una carga porque dependen de su familia

en la comida, deben llevarlos al hospital si se complican, deben colocar su insulina, y esto se dilata o complica posterior a la amputación.

Psi 6 Sí, yo creo que si la agudiza porque ahora hay una percepción de la propia imagen, la amputación o mutilación de la extremidad del cuerpo que sea viene a dejar un escenario perceptual que agudiza este nivel de creencia.

Análisis Los seis profesionales concuerdan que la amputación es un factor determinante que reafirma las creencias irracionales ya establecidas en el paciente a lo largo de su enfermedad. La amputación agudiza estas creencias debido a la percepción propia y social de su nueva imagen.

7) ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.

Psi 1 Deciden aislarse por vergüenza. Miedo a su imagen corporal cómo va a cambiar. Muchos no quieren irse de alta para que sus familiares no los vean, no quieren exponerse a esa realidad.

Psi 2 Vergüenza al salir, bajar el contacto social. Demasiada irritabilidad, porque “si no me ayudan rápido, me pongo irritable” aparte que el diabético ya es irritable, sumado a la falta de independencia se irrita más. Sentimientos de abandono, de culpa, de soledad, de incapacidad. Hay algo que llamo “la crisis del jubilado”, si trabajaba todos los días, ya no podrá hacer eso.

Psi 3 No quieren salir del hospital porque no quieren que sus familiares ni los vean.

Psi 4 Sí, aunque la enfermedad ya les ha dado de alguna manera una preparación. A diferencia de un paciente que tras un accidente sufrió amputación. Los pacientes se aíslan, pensamientos autolíticos como no quiero vivir, no quiero seguir, esto por sus pensamientos de sentirse una carga, una persona no productiva.

Psi 5 Sí, he visto muchos casos, tanto antes como después de la amputación. Incluso algunos mencionan que prefieren morir completos antes que amputar. Posterior a la amputación, refieren que prefieren quedarse en casa, se victimizan, desarrollan trastornos de sueño, refieren sentirse como una carga, y no quieren salir de esa zona de victimización. Algunos presentan trastornos psicológicos o psiquiátricos posteriores a la amputación. En el caso

de varones o mujeres baja su autoestima, piensan que sus parejas los van a abandonar, en los hombres “mi esposa no va a querer tener relaciones conmigo”, presentan trastornos de cambios de humor, entre otras cosas.

Psi 6 Sí, por lo regular se vuelven más agresivos, expresan un nivel más alto de ira, se vuelven menos compasivos, más obstinados, más frustrados. Las emociones que se consideran no tan positivas se agudizan en ellos después de la amputación.

Análisis Todos los profesionales coinciden en que los pacientes diabéticos posterior a la amputación presentan conductas desadaptativas como aislarse, evitar que incluso la familia los vea. Psi 4 menciona que incluso pueden presentar pensamientos autolíticos, puesto que, no quieren vivir. Mientras que, Psi 5 refiere que pueden presentar incluso trastornos de sueño, psicológicos o psiquiátricos.

8) Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Psi 1 Totalmente, en el autoestima de la persona.

Psi 2 Yo veo dos escenarios. Uno donde el paciente se cuida y se decepciona. Y otro donde tiene depresión, y esto ocasiona abandono; no se cuidan y se quieren morir, como un suicidio progresivo.

Psi 3 Sí, llegando al punto donde los pacientes quieren como morirse. Por ejemplo, un tipo de suicidio progresivo sería que los pacientes no deben tomar agua sino máximo de medio vaso al día. Toman mucha agua, cola y jugos azucarados, mucha comida; lo cual es un suicidio progresivo y síntoma muy sutil de depresión.

Psi 4 Sí totalmente, hay pacientes que cuando son informados de que van a recibir una amputación reaccionan acorde a su nivel de resiliencia, sobre todo cuando es un nivel de amputación como los dedos. Cuando ya se presenta una segunda amputación donde no son solo los dedos y va subiendo de nivel, la fortaleza o estado anímico no será la misma que el primero. Esto provoca que el paciente se desmotive y entre en esta fase de duelo. Cuando son amputaciones menores o mínimas, lo toman con mayor aceptación.

Psi 5 Por supuesto, muchos pacientes ingresaban al área de vascular porque debían cortarse el dedo, el médico les indicaba que era

necesario la pierna pero se negaban, posterior a ello, era necesaria la nueva amputación. En el paciente se presenta frustración, malestar emocional fuerte, se debilita su parte emocional y física. Los pacientes relatan que primero fue un dedo, luego la pierna y eso les hace generar un sentir más fatalista.

Psi 6 Sí, en la parte cognitiva y afectiva, incluso se expresan como “una pieza de carne, que se la puede llevar a ir desmembrando paulatinamente progresivamente donde el principio de utilidad empieza a desaparecer”.

Análisis Sí, los seis psicólogos concuerdan en que el tener más de una amputación incide en diferentes aspectos de la vida integral del paciente diabético. Psico 2 y psico 3 refieren que el paciente tras reamputaciones puede experimentar suicidio progresivo donde presentan alteración en sus comidas, no siguen directrices, mencionan que podría ser un síntoma sutil de depresión. Mientras que, Piso 6 refiere que estos pacientes expresan sentirse como “una pieza de carne, que se la puede llevar a ir desmembrando progresivamente, donde el principio de utilidad empieza a desaparecer”.

9) ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Psi 1 Las redes de apoyo son importantes, porque si es inexistente o escasa, el paciente va a decaer emocionalmente. Se ha comprobado que cuando la red de apoyo está presente, la actitud del paciente es mucho mejor.

Psi 2 Las redes de apoyo son muy importantes. Hay personas que deciden no comer o no pueden moverse libremente sin tener el apoyo, por lo que dificulta que se recupere emocionalmente.

Psi 3 Las redes de apoyo influyen positivamente, incluso el discurso del paciente empieza a cambiar cuando tienen redes de apoyo. También pasa que siguen las formas de proceder de otros pacientes en vez de seguir las directrices de los propios médicos.

Psi 4 Sí totalmente, los pacientes del campo que dependen de su trabajo, de cosecha, les afecta considerablemente a diferencia de otras personas que cuentan con recursos.

Psi 5 Sí, por ejemplo una persona que tiene una amputación pero no tiene el factor económico, se le dificultará adquirir una prótesis. O hay personas que aún trabajan y debido a su condición del trabajo los despiden o les cambian la actividad o les bajan el sueldo y esto obviamente afecta su autoestima. Tener redes de apoyo como familia resulta indispensable. Han habido casos donde los pacientes amputados son abandonados, incluso aun teniendo a su familia, el lenguaje de su familia no es apropiado los trata como “inútil”, “inservible” y “descuidado”.

Psi 6 Totalmente de acuerdo, eso es lo que buscamos como ejes de prevención donde el contexto familiar se vuelve social, y los staff médicos desarrollan un clima más humanizado que permite una resiliencia social.

Análisis Los seis psicólogos concuerdan con que los factores externos resultan influyentes en estos pacientes. Psi 1, Psi 2 y Psi 3 mencionan que la presencia de redes de apoyo va a incidir positivamente en la estabilidad emocional del paciente. Psi 6 complementa con la necesidad de un clima más humanizado por parte del departamento médico hacia estos pacientes. Psi 4 y Psi 5, refieren que el factor económico y laboral influye en la activación de estas creencias irracionales, ya que acorde a su tipo de trabajo, esto les permitirá o no acceder económicamente a una prótesis o que incluso debido a su condición, estos pacientes son despedidos, no pueden continuar realizando su misma actividad o les cambian el sueldo; afectando así su autoestima.

10) ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Psi 1 Sí es bueno porque les establece una nueva forma de pensar y actitud ante la enfermedad y la situación; por lo que sí ayuda mucho.

Psi 2 Ayuda bastante, pero depende. Si el paciente no está preparado para ese tipo de terapia, entonces no; porque se necesita de mucha escucha y debatir sus creencias. Debido a que hay casos donde no hay consciencia ni disposición.

Psi 3 Podría ayudar pero depende del caso a caso. Debido a que hay casos donde no hay consciencia ni disposición del paciente para trabajar con este tipo de terapia. No todos los pacientes asimilan

una reestructuración cognitiva; pero si se trabaja primero la sensibilización, la reestructuración funciona muy bien.

Psi 4 Sí. Es necesaria la implementación de un trabajo terapéutico para el abordaje de estos pacientes y de esta forma poder contribuir con su bienestar emocional.

Psi 5 Creería que sería bastante oportuno, es algo que se debe dar previo a la amputación, una preparación porque el ser amputado es como un duelo. Debería existir una preparación no solo un día antes o dos, sino después también. No solo a nivel individual sino también grupal.

Psi 6 Depende del nivel del contexto y sistema donde se desenvuelve el individuo porque la reestructuración cognitiva va a responder al nivel de creencia, contexto, pensamiento, verbalización y aprendizaje.

Análisis Los seis psicólogos consideran a la reestructuración cognitiva como una opción viable de intervención para el tratamiento de estas creencias irracionales. Psi 2, Psi 3 mencionan que, a pesar de ser una opción viable, en algunos casos pueda que los pacientes no se encuentren en un estado consciente y no tengan la disposición para este tipo de intervención. Por lo que se recomienda trabajar primero la sensibilización para que la reestructuración cognitiva funcione. Psi 6 complementa con que el nivel del contexto también influye ante la respuesta de la reestructuración cognitiva.

11) ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Psi 1 Sí, completamente. La asertividad es importante en estos casos debido a que más allá del tratamiento médico necesita ese trato digno, donde se les recuerde que siguen siendo personas.

Psi 2 Por supuesto que sí. Más que nada porque el médico se desensibiliza con el paciente, le cortan la pierna y se olvidan que hay una persona. Esa parte humana la complementa el psicólogo. El psicólogo está pendiente del paciente, ver qué necesita, aunque sea preguntarle cómo está.

Psi 3	Sí, sin duda alguna. Es necesaria la parte médica pero también sentir el apoyo, porque el médico solo hace el trato por cumplir y el paciente necesita esa parte humana.
Psi 4	Es fundamental porque el trabajo de abordar las emociones no lo hace el médico, el médico puede hasta psicoeducar pero el tema de procesar que no tiene una parte del cuerpo, que afecta la familia, que afecta a él, ese trabajo lo hace el psicólogo, el psicólogo contiene al paciente.
Psi 5	Por supuesto, se debe hacer un trabajo en equipo, se trata de hacerlo. En mi caso, en el área vascular hacía pase de visita con los médicos, trabajaba con la nutricionista y con familiares, un trabajo integral. Se debe brindar más psicoeducación al paciente diabético, se debe hacer más psicoeducación preventiva.
Psi 6	Totalmente de acuerdo, soy de los que piensa que lo visible se gesta en lo invisible, esto quiere decir que, si nosotros como psicólogos intentamos dar una interpretación a nivel general, la parte médica intenta ver la exploración objetiva, por lo que se necesita una buena fusión e interacción para alcanzar el equilibrio biopsicosocial.
Análisis	Los seis psicólogos concuerdan con la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario entre psicología y el departamento médico. Enfatizan que el médico aborda la parte objetiva del paciente mientras que el psicólogo aborda la parte emocional, complementando de esta manera la intervención oportuna en estos casos.
12) ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?	
Psi 1	Sí, claro, sería interesante. Todo lo que interviene con familiares, médicos, cuidadores, seguimiento, sobre todo.
Psi 2	Claro, evidentemente y más importante el seguimiento donde encuentren ese apoyo y sepan que serán tratados.
Psi 3	Sí, más que nada el seguimiento, sobre todo.
Psi 4	Sí, totalmente. En el centro de diálisis hay un psicólogo de base que hace un plan de prevención y trabajo. Para quienes no están en diálisis debería existir un plan.

Psi 5 Claro, me parece ideal. Debe hacerse desde el momento que el paciente es diagnosticado con diabetes y no solamente con el paciente sino también con el familiar. El paciente conoce sobre su enfermedad, pero en muchos casos se hace el desentendido. Deberían existir grupos de apoyo entre pacientes diabéticos y pacientes amputados y esto podría ayudar a mejorar la conciencia y responsabilidad. Esto se debe hacer el trabajo médico y psicológico.

Psi 6 Sí, el problema estaría en las esferas jerárquicas de cómo se lo implanta dado que lo más importante hasta el día de hoy es la parte objetiva o sea las extremidades y no las emociones.

Análisis Los 6 psicólogos concuerdan en la idea de implementar un plan de prevención, intervención y seguimiento. Psi 1, Psi 2 y Psi 3 hacen énfasis en la importancia del seguimiento, para que el paciente encuentre ese apoyo. Psi 1 y Psi 5 mencionan que también es importante trabajar con la parte familiar de estos pacientes. Incluso Psi 5 menciona la importancia del abordaje de este tipo de pacientes mediante grupos de apoyo.

Nota: Elaborado por los autores.

Análisis de resultados

Resultados de entrevista a médicos

Acorde a los resultados analizados, se confirma que los pacientes diabéticos de tipo 2 son mayormente propensos a ser amputados. Así mismo, el principal responsable para evitar la primera amputación o varias amputaciones es el propio paciente. Se confirma que la amputación es un factor activador, lo cual produce un deterioro emocional y psicológico en los pacientes. Por lo tanto, se valida la importancia del trabajo interdisciplinario de estos pacientes, se sugiere intervención psicológica pre y post amputación.

Los nuevos conocimientos que aportaron los resultados fueron que el médico a cargo también tiene responsabilidad sobre las complicaciones del paciente cuando no es especialista, no tiene los conocimientos necesarios de vascular, por lo tanto, proporciona un tratamiento inadecuado. Además, complementaron la información sobre las creencias de los pacientes, mencionando que posterior a la amputación, algunos de los pacientes optan

por solicitar el fragmento o extremidad amputada, ya sea para enterrarla o llevarla a sus casas (proceso legal permitido).

Resultados de entrevista a psicólogos

Las respuestas analizadas confirman que la amputación es un factor que incide en la activación de creencias irracionales o reafirmación de algunas. Así mismo se confirma que varios de los comentarios o dichos de los pacientes posterior a la amputación, representan sentimientos de inutilidad o culpa, refieren algunos de estos: “si me hubiera cuidado mejor”, “si no me hubiera hecho limpiar las uñas” e inutilidad, “prefiero morirme”, “soy inservible”, “soy una carga”, “no soy útil”, “si no estoy completo, no sirvo”. Por lo que, la mayoría de las pacientes pueden presentar conductas desadaptativas como aislarse, alteración en torno a su alimentación y sueño.

La familia como red de apoyo o factor de riesgo en este tipo de población es importante a considerar. Puede ocurrir que la familia misma aisle al paciente o haga todo por él, reafirmando las creencias irracionales de inutilidad. Se demostró que recibir el apoyo familiar, incide positivamente en la respuesta emocional de los pacientes.

Se confirmó que el factor socioeconómico laboral puede incidir también en la respuesta y activación de creencias irracionales, acorde al contexto. Alguien que tiene el sustento económico para acceder a una prótesis tendrá mejor respuesta ante la amputación sobre alguien que no tenga esa estabilidad económica. También ocurre que el tipo de trabajo que el paciente realiza influye en su respuesta ante la situación, dependiendo de qué tan requerida es la fuerza física en su ámbito laboral. Se confirma también que la reestructuración cognitiva es muy eficiente para trabajar las creencias irracionales que presentan estos pacientes.

Como conocimiento nuevo, se averiguó que esta reestructuración cognitiva podría no ser viable en todos los casos, debido a que habrá pacientes sin disponibilidad para este tipo de intervención, por lo que se recomienda primero trabajar una sensibilización. Además, se sugiere la implementación de grupos de apoyo o intervenciones grupales para este tipo de pacientes.

Adicional de las conductas desadaptativas que ya se habían mencionado, los psicólogos refieren que estos pacientes pueden desarrollar conductas afines a un suicidio progresivo. Por ende, destacan la importancia de la creación de un plan de prevención, intervención y seguimiento de estos pacientes, como también trabajar con sus familiares.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de las entrevistas a especialistas y la revisión de fuentes bibliográficas, se concluye que los pacientes diabéticos son una población vulnerable debido a los cuidados que requiere su enfermedad para evitar mayores complicaciones. Por ende, lo ideal sería realizar una atención interdisciplinaria entre los departamentos médicos y el departamento de psicología.

- Los pacientes con diabetes tipo II presentan altos niveles de glucosa en la sangre, al no tener un estricto estilo de vida saludable estos pacientes pueden complicarse. Los pacientes diabéticos tipo II son propensos entre un 70 a 90% a presentar complicaciones que terminan en amputaciones. Siendo la diabetes la segunda causa de muerte en el Ecuador y la primera causa por amputación no traumática a nivel internacional.
- La percepción de la imagen del paciente diabético amputado está derivada por las creencias propias de la persona; estas creencias pueden ser tanto racionales como irracionales. Acorde a los especialistas y fuentes bibliográficas, en la mayoría de los pacientes la amputación es un factor determinante en la activación o reafirmación de creencias irracionales. La activación de una creencia racional o irracional, posterior a la amputación, dependerá de la interpretación propia del paciente ante la situación y de la influencia de algunos factores externos como: El nivel de corte de amputación que conlleve a una dependencia de movilidad del paciente, ya sea por parte de algún familiar o el uso de dispositivos de movilidad asistida lo que conlleva a la adaptabilidad de un nuevo estilo de vida. Se demostró que la familia representa un factor que incide en el bienestar emocional y psicológico del paciente, ya sea como factor de protección o de riesgo.
- Acorde a los especialistas, se pudo identificar la presencia de la familia como factor de protección representa un rol positivo en el proceso de amputación y recuperación del paciente, tanto a nivel físico como psicológico al presentarles su apoyo. Así mismo, la

familia como factor de riesgo se pudo analizar desde tres panoramas: Primero, donde la familia abandona al paciente en el hospital. Segundo, donde la familia asume el cargo de cuidados del paciente y los menosprecian denominándolos como “inservibles” e “inútiles”. Y tercero, donde en un intento por sobreproteger al paciente, debido a sus dificultades de movilidad, hacen todo por él, reafirmando las creencias de inutilidad.

- A partir de las revisiones bibliográficas, se consideró a la TREC de Ellis para profundizar en las creencias y la identificación de las mismas. Por lo que se utilizó el modelo ABC como técnica de identificación de las creencias irracionales de los pacientes diabéticos amputados, ejemplificados con sus dichos y comentarios recopilados de las prácticas pre-profesionales y reafirmados por especialistas del área de psicología, tales como: “soy inútil”, “soy una carga”, “soy inservible” “me siento una pieza de carne que se la pueden llevar e ir desmembrando progresivamente”, “no soy útil”, “si no estoy completo, no sirvo”, “prefiero morir completo antes que amputarme”. Esto permitió un mayor acercamiento de la realidad clínica de los pacientes diabéticos amputados, confirmando que sus creencias inciden en la percepción propia del paciente ante su nueva imagen y condición, que en la mayoría de los casos resulta ser negativa o devaluable.
- A nivel general todas las personas tenemos creencias, ya sean propias o adquiridas, las cuales se activan tras una situación o factor determinante. Es importante considerar que posterior a una amputación, también existe la posibilidad de que el paciente active creencias racionales, tales como: “voy a mejorar si continúo el tratamiento adecuado”, generando conductas y emociones adaptativas.
- Sin embargo, esta investigación concluyó que la mayoría de los pacientes diabéticos tras la amputación activan creencias irracionales, lo cual genera en ellos emociones o conductas desadaptativas, tales como: aislamiento, falta de regulación

alimentaria, falta de cumplimiento a las directrices médicas; imposibilitando un adecuado estilo de vida para estos pacientes. Además, se confirmó, mediante la revisión bibliográfica y respuestas de los especialistas que la reestructuración cognitiva (modelo ABCDE) es una técnica efectiva al momento de combatir estas creencias irracionales que generan malestar, recalando que no en todos los casos el paciente estará apto para ese tipo de intervención por lo que, de ser necesario, trabajar primero en una sensibilización de su situación. Se concluyó que, al debatir y cambiar las creencias irracionales del paciente diabético amputado por otras más funcionales, permitirá en él emociones y conductas más adaptativas.

- Esta investigación brinda información necesaria para que futuras investigaciones desarrollen posibles planes de intervenciones clínicas enfocados en los pacientes diabéticos amputados. Se considera que esta población representa vulnerabilidad, debido a la dependencia de movilidad, al desconocimiento sobre la enfermedad, riesgos y cuidados, entre otros aspectos. Por ende, se sugiere un trabajo interdisciplinario a nivel de salud, como también la implementación de un plan de prevención, intervención y seguimiento psicológico, lo cual posibilitará un estilo de vida integral saludable.

LISTA DE REFERENCIA

- Arias, W. (2021). Antecedentes, desarrollo y consolidación de la psicología cognitiva: un análisis histórico. *Redalyc*, p. 185.
<https://www.redalyc.org/journal/1390/139072271010/html/>
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. pp. 15-16.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, J. (2006). *Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización*. Editorial Gredisa p. 17
https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=7EHjCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=beck+terapia+cognitiva&ots=wT-kMVLHmp&sig=KF-u_f28WITO141IXbnaY8DY9dQ
- Bravo, D., Delgado, D. y Mendoza, E. (2018). Tratamiento del duelo en pacientes diabéticos con diagnóstico de amputación. *Polo del conocimiento*, pp. 423-432
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/621/763>
- Castillero, O. (2017). Procesos cognitivos: ¿qué son exactamente y por qué importan en Psicología? *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.com/psicologia/procesos-cognitivos>
- Castillero, O. (2017). Terapias de Conducta: primera, segunda y tercera ola. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/terapias-conducta-primera-segunda-tercera-ola>
- Castro, G., Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico diabetes mellitus. *Dialnet*, pp. 147-149.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788205.pdf>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023). *¿Qué es la diabetes?* <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html>

- Corbin, F. (2007). Iván Pávlov: biografía de este referente del conductismo. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/biografias/ivan-Pavlov>
- De la Vega, I., y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Scielo*, pp. 45-46. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005#:~:text=La-terapia-dialectico-conductual
- De Oliveira., y Roseira, M. (2007). La amputación bajo la percepción de quien la vive: un estudio desde la óptica fenomenológica. *Rev Latino Americana Enfermagem*.<https://pdfs.semanticscholar.org/d24f/009083d805c2b2c87a0cab45e46b3fb2af53.pdf>
- Díaz, A. (2004). El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Panace@. Revista de medicina, lenguaje y traducción*. p. 30. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n15_tribuna-DiazRojo.pdf
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A, pp. 340, 343, 346, 349-350.
- Díez, A. (2016). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, pp. 136-137. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100008
- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional emotiva. Editorial Desclée de Brouwer, S.S, p.p.123-124. <https://www.academia.edu/download/60741039/Ellis-Manual-de-Terapia-Racional-Emotiva-Vol-2-pdf20190929-47033-tb4p3d.pdf>
- Entrenas, R. (2023). *Recuperación funcional del paciente diabético tras amputación 2ª parte*. <http://traumatologiaentrenas.com/recuperacion-funcional-del-paciente-diabético-tras-amputacion-2a-parte/>

- Espinoza y García. (2014). Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*. p. 276-280.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700380>
- Federación Internacional de la diabetes. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID* 9^{na} ed; pp. 12, 89.
https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Ferrer, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Scielo*, p. 75.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100006#:~:text=Por-su-parte-Beck-plantea,individuo-de-estructurar-el-mundo.
- García, A. (2022). Ley del efecto de Thorndike: en qué consiste, ejemplos y críticas. *Psicología - Online*. <https://www.psicologia-online.com/ley-del-efecto-de-thorndike-en-que-consiste-ejemplos-y-criticas-6320.html>
- García, J. (2015). La Terapia Cognitiva de Aaron Beck. *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- García, J. (2016). Terapia Cognitiva basada en Mindfulness: ¿qué es y para qué sirve? *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.com/meditacion/terapia-cognitiva-mindfulness>
- Gómez, I. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, p. 437,
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000300001
- Gómez, N. y Vélez, A. (2021). Creencias nucleares y sus posibles repercusiones frente al craving en grupos de Alcohólicos Anónimos de

Medellín. *Repositorio Institucional Universidad de Antioquia*, p. 32.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26380/2/GomezNazlit_2021_CreenciasNuclearesCraving.pdf

Gonzales, D., Barreto, T., y Salamanca, Y. (2016), *Terapia Cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. Revista Iberoamericana de Psicología*, p. 204. *Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental] - Dialnet (unirioja.es)*

Guerri, M. (2023). *Terapias de Tercera Generación, en qué consisten. PsicoActiva*. <https://www.psicoactiva.com/blog/terapias-de-tercera-generacion/>

Guevara, G., Verdesoto A., y Castro, N. (2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO: Editorial Saberes del Conocimiento*, p. 164. *Dialnet-MetodologiasDeInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592.pdf*
<https://repository.ucc.edu.co/bitstreams/10f3f672-b24e-4bca-aa00-419f5873d508/download>

Instituto de investigación tecnologías y producción - ITP. (s.f.). *Dominios institucionales. Universidad Católica Santiago de Guayaquil*.
<https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2022). *En el Hospital Los Ceibos se realizó simposio sobre la diabetes*.
https://www.iess.gob.ec/web/pensionados/noticias?p_p_id=101_INSTANCE_H4iQ&p_p_lifecycle=0&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_H4iQ_struts_action=asset_publisher-view_content&_101_INSTANCE_H4iQ_assetEntryId=21488377&_101_INSTANCE_H4iQ_type=content&_101_INSTANCE_H4iQ_groupId=10174&_101_INSTANCE_H4iQ_urlTitle=en-el-hospital-los-ceibos-se-realizo-simposio-sobre-la-diabetes&redirect=-web-pensionados-noticias?mostrarNoticia=1

- Jesús, A., Córdoba, J., Escobar, A., Aguilar, A., y Goicoleac I. (2017). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. *ScienceDirect*, p. 618.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717302135>
- Jiménez, K. (2017). *Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario*. *Revista Cúpula*. pp. 8-39.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>.
- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual. Una versión teórico-práctica actualizada*. PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia, pp. 142, 144-145.
- López, P. (2004). Población, muestra y muestreo, *Scielo*. p.169
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012#:~:text=Es-el-conjunto-de-personas,los-accidentes-viales-entre-otros-2.
- Luciano, M. y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (act). Fundamentos, características y evidencia. *Redalyc*, pp. 79-91.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, p-p 26-34. <https://Pávlov.psyciencia.com/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- Martínez, A., López, A., Aguilera, V., Galindo, A. y De la Torre, C. (2007). Observación y experimentación en psicología: una revisión histórica. *Scielo*, p. 2018.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200004
- MayoClinic.(2023).*Diabetes*.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444>

- Medina, O., Díaz, A., Barrientos, E., y Peña, D. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Scielo*, p. 12. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes (scielo.org.co)
- MedlinePlus. (2021). *Diabetes tipo 2*.
<https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Conozca los principales factores de riesgo para la salud*. <https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html#:~:text=Los-factores-de-riesgo-para,al-humo-del-tabaco-el>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *MSP presentó el programa de Atención Integral de la Diabetes Mellitus*. <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-el-programa-de-atencion-integral-de-la-diabetes-mellitus/#:~:text=La-diabetes-mellitus-es-la,con-diagnostico-de-la-enfermedad>.
- Montagud, N. (2019). Modelo ABC de Ellis: ¿qué es y cómo describe los pensamientos? *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-abc-ellis>
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo Conductuales de Tercera Generación (TTG): La atención plena/ Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología* p.p 2-11. <https://revistapsicologia.org/index.php/revista/article/download/66/63/256>
- Moreno, M., Zayas, R., Elizalde, H. y Gutiérrez, D. (2019). Evaluación psicológica preoperatoria en pacientes con complicaciones de pie diabético en el Hospital Abel Santamaría. *Rev. UNIANDES Cienc Salud*. pp. 63-69 <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1289/59>
- Morón, R. (2006). Terapia integral de pareja. *Dialnet*, p. 276,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147837>

- Muñoz, D. y Arteaga, Anibal. (2020). Conductas de autocuidado del pie en pacientes diabéticos amputados. *Horizonte de Enfermería*. pp. 17-24. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223717/17-29.pdf>
- Navas, R. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, pp. 75-83. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (S.f.). *Hacia una vivienda saludable*. <https://www1.paho.org/per/images/stories/pyp/per37/27.pdf>
- Ortiz, C., y Marín, M. (2022). La Psicoterapia Analítica Funcional Un recorrido desde su origen hasta la actualidad. *Apuntes de Psicología (ISSN 0213-3334)*, p. 87. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1321/1208>
- Össur (2023). *Amputación de extremidades inferiores*. <https://www.ossur.com/es-es/protesis/information/amputacion-extremidades-inferiores>
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del Conductismo. *Redalyc*, p. 392. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80429824012>
- Pérez, A., Rodríguez, A., y Varga, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Behavioral Psychology*, p.p. 341-348. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf
- Pérez, M. (2006). La Terapia de la Conducta de Tercera Generación. *Dialnet*, pp. 159-168 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Poggio, D. y Garcia, R. (2018). Amputaciones de la extremidad inferior en el paciente diabético. *Fondo Science*. pp 57-64.

<https://fondoscience.com/mon-act-semcpt/num10-2018/fs1805010-ampcutaciones-de-la-extremidad-inferior-en-el-paciente-diabético>

Reséndiz, R. y Serrano, M. (2020). Implicaciones en el movimiento humano de las adaptaciones del esquema e imagen corporal secundarias a una amputación. *ARS Médica revista de ciencias médicas*, pp. 63-70
<https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1636/1495>

Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Ramírez, M. y Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Scielo*, pp. 98-115.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812016000100009&script=sci_arttext

Riviére, A. (1992). La teoría social del aprendizaje. Implicaciones educativas. Alianza. Madrid, pp. 2-10.
<https://www.guao.org/sites/default/files/portafolio-docente/La-Teoria-Social-del-aprendizaje.-Implicaciones-educativas.pdf>

Rodríguez, J. y Fusté, E. (2015). La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias. Redalyc, p. 52.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432006.pdf>

Rodríguez, R. y Escolano, F. (2015). *La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias*, p. 52.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432006.pdf>

Rosas, J., Villanueva, A., Pantani, F., Lozano A y Ticse, R. (2019). Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, pp. 166-173
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972019000300002&script=sci_arttext

- Salaberria, K., Rodríguez,S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, p.172. <https://www.academia.edu/download/34445454/08171183.pdf>
- Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., y Villegas, J. (2012). Percepción social. *Psicología social*, p. 77. México: Trillas. http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/1059/264_3.pdf
- Salgado, C. (2001). Análisis Epistemológico de la Terapia Cognitivo Conductual. *Academia*, p. 431. https://www.academia.edu/26001058/Analisis_Epistemologico_de_la_Terapia_Cognitivo_Conductual#:~:text=En-tal-sentido-el-presente-trabajo-de-investigacion,las-que-descansa-como-su-adecuacion-empirica
- Sanches, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria Scielo*, p.104 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008#:~:text=Por-enfoque-cualitativo-se-entiende,Mejia-como-se-citen
- Sánchez, G. (2007). Historia médica de la diabetes. *Scielo*. p. 74. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016
- Sánchez, N. (2019). Sensación y percepción: una revisión conceptual. Universidad cooperativa de Colombia, p. 9.
- Santos, Y. (2018). ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica? *Revista electrónica Ciencia e innovación tecnológica*, p.5 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174061.pdf>

- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de creación de oportunidades*. República del Ecuador. https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025Aprobado_compressed.pdf
- Talaya, E., Tarraga, M., Marrona, F., Romero, J., y Tárraga, P. (2022). Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. *Scielo*, pp. 236-237. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000200005
- Tamayo, M. (2019). Creencias Irracionales en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de Lima Metropolitana, según el Nivel de Estudios, Sexo y Lugar de Origen. *Scielo*, p. 80. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322019000200079
- Triglia, A. (2015). *La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura*. <https://psicologiyamente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>
- Valdés, O., Meza, R., Ponce, A., Cedeño, J., Espinales, L., Ramos, E., Gonzales, J., Rodríguez, L. y Mendoza, N. (2022). Variables predictivas de amputación en pacientes con pie diabético en un hospital de segundo nivel de Ecuador. *Scielo*, pp. 4-8 https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-130X2023000100004&script=sci_arttext
- Vallejo, L. y Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Scielo*, p. 158. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000200157
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J., y Lopez, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Scielo*.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004

Velásquez, A. (2020). Métodos de recolección de datos cualitativos. *QuestionPro*, p.9 <https://www.questionpro.com/blog/es/metodos-de-recoleccion-de-datos-cualitativos/#:~:text=Los-metodos-de-recoleccion-de-datos-cualitativos-se,de-datos-que-estran-estructurados-de-forma-limitada>.

ANEXOS

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ Con C.I.# _____
acepto participar voluntariamente en esta investigación: **El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis cognitivo conductual**

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es **Identificar la incidencia de las creencias entorno a la alteración perceptiva de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil, por medio del método descriptivo, revisión bibliográfica y entrevistas a especialistas, como base para que futuras investigaciones puedan desarrollar planes de intervenciones clínicas enfocadas en esta población.**

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: _____

ENTREVISTAS A PSICÓLOGOS

Psicólogo #1

- 1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?**

En algunos casos el paciente sí conoce los riesgos, pero en la mayoría de casos, según mi experiencia, no. Realmente no tienen conciencia de los riesgos, como la alimentación y los factores hereditarios afectan a la patología, por lo que mayormente no están conscientes. Ni siquiera conocen sus propios síntomas, si tienen diabetes o no y mucho menos la consideran un riesgo para su salud. Tienden a cuestionar diciendo “por qué sí yo sí me cuido”.

- 2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?**

A mi forma de verlo, hay dos fases. Está la fase, relacionado a la pregunta anterior, donde no conocen y tienen el impacto de la noticia. Y hay otra fase donde si el nivel de aceptación es positivo, creería que sí toman cuidado de su enfermedad. Porque cuando pasan por el proceso de amputación, ya sí vienen a control. Se evidencia en la consulta de endocrinología, que se ve que no faltan y está llena la sala de espera pero todos están amputados; esta sería la fase dos. La fase dos sería donde los pacientes piensan que es tarde para el miembro perdido, pero aún le quedan otras extremidades y no quisieran que avance.

- 3. Desde su experiencia, ¿cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?**

Es inmediatamente después. Es impresionante que cuando ya se ven sin la piernita, cambian su actitud completamente ante lo demás que queda de su cuerpo. Antes de la amputación, no creen que les vaya a pasar nada.

Cuando ya les dan la noticia de la amputación, hay una suerte de culpa consigo mismo, hasta se evidencia previo a la cirugía.

- 4. De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.**

Dicen “cómo me voy a ver ahora”. Es impresionante cómo están pendiente de eso.

5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Sí. Sí en el aspecto en que culturalmente una persona con discapacidad es una persona inútil. Suelen tener el pensamiento de compararse con los demás, con algún familiar “pero a mi primo no le pasó así”.

Suelen sobregeneralizar en base a la experiencia de los demás, comparándose.

6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?

Sí, totalmente, cien por ciento. Una amputación puede desencadenar hasta una depresión mayor, que en conjunto con alguna creencia irracional presente pueden destruir al paciente.

7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.

Deciden aislarse por vergüenza. Miedo a su imagen corporal cómo va a cambiar. Muchos no quieren irse de alta para que sus familiares no los vean, no quieren exponerse a esa realidad.

8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Totalmente, en el autoestima de la persona.

- 9. ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo o podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?**

Las redes de apoyo es importante, porque si es inexistente o escasa el paciente va a decaer emocionalmente. Se ha comprobado que cuando la red de apoyo está presente, la actitud del paciente es mucho mejor.

- 10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?**

Sí es bueno porque les establece una nueva forma de pensar y actitud ante la enfermedad y la situación; por lo que sí ayuda mucho.

- 11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?**

Sí, completamente. La asertividad es importante en estos casos debido a que más allá del tratamiento médico necesita ese trato digno, donde se les recuerde que siguen siendo personas.

- 12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?**

Sí, claro, sería interesante. Todo lo que interviene con familiares, médicos, cuidadores, seguimiento sobre todo.

Psicólogo #2

- 1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?**

Yo creería que en su gran mayoría no conocen. Ni siquiera conocen sus propios síntomas ni si tienen diabetes y mucho menos la van a considerar una amenaza para su salud e integridad física. Tampoco conocen la evolución natural de la enfermedad o las complicaciones.

2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

Cuando se les da la noticia que tienen diabetes, muy pocos toman esa responsabilidad del cuidado. Este tipo de pacientes suelen tomar la responsabilidad de la enfermedad tras haber perdido un miembro y no querer perder otro, motivados por el miedo.

3. Desde su experiencia, ¿cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?

Después de la enfermedad, definitivamente. Antes de la amputación, estos pacientes están a la defensiva, por ejemplo que les controlen la comida, los medicamentos o la insulina. Y si llegan a cumplir con las directrices, lo hacen solo por cumplimiento mas no por convicción. Cuando ya los amputan, esa defensividad lo reemplazan por un duelo, porque están tristes, les quitaron su piernita, su dedito.

4. De acuerdo a su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.

Unos dicen “si no estoy completo, no sirvo”, “cómo me voy a ver ahora”, “cómo voy a trabajar”; incluso piensan que la pareja les va a abandonar, o la familia. Son muchos miedos.

5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Sí, porque las creencias irracionales son ideas de valor. “Si yo no he hecho nada malo, ¿por qué me pasa esto a mi? ¿por qué me cayó esta enfermedad?” lo toman como un accidente, no como una responsabilidad. “Si me enfermo, no debería pasarme esto a mi, es un castigo de Dios”. “Si ya me cuidé, por qué aún así me sigue enfermando”. “Si yo hago lo mismo que el de

acá, ¿por qué me pasa esto a mi?”. Y se sienten mal porque piensan que “a mi me pegó la catástrofe”.

- 6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?**

Sí, va a exacerbar los síntomas. Todos tienen conflictos internos y creencias irracionales que se van a activar por la amputación. Incluso pueden agravar conflictos ya presentados como por ejemplo una persona con problemas de estrés, empeora por la amputación.

- 7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.**

Vergüenza al salir, bajar el contacto social. Demasiada irritabilidad, porque “si no me ayudan rápido, me pongo irritable” aparte que el diabético ya es irritable, sumado a la falta de independencia se irrita más. Sentimientos de abandono, de culpa, de soledad, de incapacidad. Hay algo que llamo “la crisis del jubilado”, si trabajaba todos los días, ya no podría hacer eso.

- 8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?**

Yo veo dos escenarios. Uno donde el paciente se cuida y se decepciona. Y otro donde tiene depresión, y esto ocasiona abandono; no se cuidan y se quieren morir, como un suicidio progresivo.

- 9. ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo o podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?**

Las redes de apoyo son muy importantes. Hay personas que deciden no comer o no pueden moverse libremente sin tener el apoyo, por lo que dificulta que se recuperen emocionalmente.

10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Ayuda bastante, pero depende. Si el paciente no está preparado para ese tipo de terapia, entonces no; porque se necesita de mucha escucha y debatir sus creencias. Debido a que hay casos donde no hay consciencia ni disposición.

11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Por supuesto que sí. Más que nada porque el médico se desensibiliza con el paciente, le cortan la pierna y se olvidan que hay una persona. Esa parte humana la complementa el psicólogo. El psicólogo está pendiente del paciente, ver qué necesita aunque sea preguntarle cómo está.

12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Claro, evidentemente y más importante el seguimiento donde encuentren ese apoyo y sepan que serán tratados.

Psicóloga #3

1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?

No, se evidencia mucho que no saben ni las consecuencias de la enfermedad por más que el doctor se las explique, no hay una conciencia completa de la enfermedad. Tienden a justificarse con la frase “yo sí me cuido”.

2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

Hay un factor que interviene y es el peligro que sienten. No quieren que le vuelvan a amputar pero el doctor mismo le informa al paciente “si no te cuidas, habrá complicaciones”, ahí hay una motivación para que tomen consciencia. Sin embargo, es una consciencia del cuidado, mas no de la enfermedad todavía.

- 3. Desde su experiencia, ¿cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?**

Después de la amputación. Incluso ocurre lo del duelo del miembro fantasma, que están tristes por su piernita. El sentimiento de culpa no es consciente de la enfermedad en muchos casos, porque hay pacientes que tras la amputación siguen sin curarse, sin tener consciencia de la enfermedad y siguen amputándose, hasta llegar a un proceso mayor. Es bien complejo aceptar el diagnóstico, no se cuidan porque piensan que su vida ya no tiene sentido.

- 4. De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.**

Pos-amputación hay un discurso muy repetitivo “voy a ser una carga para mi familia”. Incluso solo con a veces amputarle los dedos de los pies, ellos creen ya ser una carga.

- 5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?**

Sí, suelen creer que si no están completos, no valen.

- 6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?**

Sí, presentan un discurso negativo o irracional.

- 7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.**

No quieren salir del hospital porque no quieren que sus familiares ni los vean.

8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Sí, llegando al punto donde los pacientes quieren como morir. Por ejemplo, un tipo de suicidio progresivo sería que los pacientes no deben tomar agua sino máximo de medio vaso al día. Toman mucha agua, cola y jugos azucarados, mucha comida; lo cual es un suicidio progresivo y síntoma muy sutil de depresión.

9. ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo o podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Las redes de apoyo influyen positivamente, incluso el discurso del paciente empieza a cambiar cuando tienen redes de apoyo. También pasa que siguen las formas de proceder de otros pacientes en vez de seguir las directrices de los propios médicos.

10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Podría ayudar, pero depende del caso a caso. Debido a que hay casos donde no hay consciencia ni disposición del paciente para trabajar con este tipo de terapia. No todos los pacientes asimilan una reestructuración cognitiva; pero si se trabaja primero la sensibilización, la reestructuración funciona muy bien.

11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Sí, sin duda alguna. Es necesaria la parte médica pero también sentir el apoyo, porque el médico solo hace el trato por cumplir y el paciente necesita esa parte humana.

12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Sí, más que nada el seguimiento, sobre todo.

Psicóloga #4

1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?

En algunos casos, depende del médico tratante que haga una explicación acorde al caso.

2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

En algunos casos, el paciente generalmente que es diagnosticado con diabetes presenta una negación muy marcada, al inicio no cumplen con los requisitos en cuanto a la alimentación, presentan una negación, cuando se complican es que toman responsabilidad.

3. Desde su experiencia, ¿Cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?

En el proceso que le indican que deben ser amputados, ahí toman responsabilidad y presentan sentimientos de culpa.

4. De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.

“Si me hubiera cuidado mejor”, “si no me hubiera hecho limpiar las uñas”, sienten culpa, mencionan sentimientos culpables, preocupación inicial es que no quieren ser una carga para sus familiares.

5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la

cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Sí, en base a mi criterio y la experiencia que he tenido es que sí porque lo que impacta es la noticia ante la pérdida, el proceso de duelo que debe atravesar, existe un impacto emocional por la noticia de la amputación, afecta de tal manera que lo que hace es que se nuble la consciencia, aparece el exceso de los niveles elevados de estrés, estos niveles elevados producen estos pensamientos de tensión, pensamientos negativos, a partir de estos aparecen pensamientos automáticos negativos.

6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?

Sí, aunque depende del caso a caso, el impacto del factor amputación. Ejemplo, pacientes del campo que ya presentaban temor a ser una carga, la noticia de ser amputación un golpe de realidad ante sus limitaciones lo que desarrolla la reafirmación de creencias irracionales. Dependerá mucho del contexto socioeconómico, factores familiares. Hay una diferencia en una persona del campo que es quien sostiene su hogar a una persona de la ciudad jubilada que tiene ya su pensión.

7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.

Sí, aunque la enfermedad ya les ha dado de alguna manera una preparación. A diferencia de un paciente que tras un accidente sufrió amputación. Los pacientes se aíslan, pensamientos autolíticos como no quiero vivir, no quiero seguir, esto por sus pensamientos de sentirse una carga, una persona no productiva.

8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Sí totalmente, hay pacientes que cuando son informados de que van a recibir una amputación reaccionan acorde a su nivel de resiliencia, sobre todo cuando es un nivel de amputación como los dedos. Cuando ya se presenta una segunda amputación donde no son solo los dedos y va subiendo de nivel, la fortaleza o estado anímico no será la misma que el primero. Esto provoca que el paciente se desmotive y entre en esta fase de duelo. Cuando son amputaciones menores o mínimas, lo toman con mayor aceptación.

9. ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo o podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Sí totalmente, los pacientes del campo que dependen de su trabajo, de cosecha, les afecta considerablemente a diferencia de otras personas que cuentan con recursos.

10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Sí. Es necesaria la implementación de un trabajo terapéutico para el abordaje de estos pacientes y de esta forma poder contribuir con su bienestar emocional.

11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Es fundamental porque el trabajo de abordar las emociones no lo hace el médico, el médico puede hasta psicoeducar pero el tema de procesar que no tiene una parte del cuerpo, que afecta la familia, que afecta a él, ese trabajo lo hace el psicólogo, el psicólogo contiene al paciente.

12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Sí, totalmente. En el centro de diálisis hay un psicólogo de base que hace un plan de prevención y trabajo. Para quienes no están en diálisis debería existir un plan.

Psicóloga #5

1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?

Considero por la experiencia que la mayoría, de un 100 por ciento un 60 o 70 lo conoce, pero no toma responsabilidad, son conscientes porque el especialista les explica sobre sus causas y efectos, pero a pesar de eso no manejan un adecuado control de tratamiento.

2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

La mayoría de los pacientes no manejan un adecuado control de su enfermedad.

3. Desde su experiencia, ¿cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?

Creo que toma consciencia durante la revelación del diagnóstico que va a ser amputado y posterior a la noticia.

4. De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.

Lo primero que suelen mencionar es el dolor físico, que todavía sienten las piernas a pesar de no tenerlas, sentimientos de culpa, frases como si me hubiese cuidado, si hubiese comido apropiadamente, aunque también culpan a los médicos en algunos casos o a la familia. En ese momento muchos pacientes tienen sentimientos de culpa.

Otro de los comentarios “no soy útil” “voy a ser una carga para la familia” “prefiero morirme” “soy inservible”, “soy una carga” entre algunas.

5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Sí, porque previo a la amputación o después vienen estos escenarios donde se sienten inservibles o dependientes de terceros y se dejan llevar por estos sentimientos.

Hay pacientes que llegan a consulta con este tipo de creencias, y aunque se trate de manejar una psicoterapia en algunos casos no dan resultados, debido a la postura del paciente. Por ello, depende del paciente para poder cambiar su forma de pensar.

6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?

Hay pacientes que antes de ser amputados, por tener diabetes ya tienen estas creencias irracionales, algunos consumen insulina y por eso creen que ya son una carga porque dependen de su familia en la comida, deben llevarlos al hospital si se complican, deben colocar su insulina, y esto se dilata o complica posterior a la amputación.

7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.

Sí, he visto muchos casos, tanto antes como después de la amputación. Incluso algunos mencionan que prefieren morir completos antes que amputar. Posterior a la amputación, refieren que prefieren quedarse en casa, se victimizan, desarrollan trastornos de sueño, refieren sentirse como una carga, y no quieren salir de esa zona de victimización. Algunos presentan trastornos psicológicos o psiquiátricos posterior a la amputación. En el caso de varones o mujeres baja su autoestima, piensan que sus parejas los van a abandonar, en

los hombres mi esposa no va a querer tener relaciones conmigo, presentan trastornos de cambios de humor entre otras cosas.

8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Por supuesto, muchos pacientes ingresaban al área de vascular porque debían cortarse el dedo, el médico les indicaba que era necesario la pierna, pero se negaban posterior a ello, era necesaria la nueva amputación. En el paciente se presenta frustración, malestar emocional fuerte, se debilita su parte emocional y física. Los pacientes relatan que primero fue un dedo, luego la pierna, y eso les hace generar un sentir más fatalista.

9. ¿Considera que los factores externos, como factores económicos, ausencia de redes de apoyo o podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Sí, por ejemplo, una persona que tiene una amputación, pero no tiene el factor económico, se le dificultará adquirir una prótesis. O hay personas que aún trabajan y debido a su condición del trabajo los despiden o les cambian la actividad o les bajan el sueldo y esto obviamente afecta su autoestima. Tener redes de apoyo como familia resulta indispensable. Han habido casos donde los pacientes amputados son abandonados, incluso aun teniendo a su familia, el lenguaje de su familia no es apropiado los trata como “inútil”, “inservible” y “descuidado”.

10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Creería que sería bastante oportuno, es algo que se debe dar previo a la amputación, una preparación porque el ser amputado es como un duelo. Debería existir una preparación no solo un día antes o dos, sino después también. No solo a nivel individual sino también grupal.

11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Por supuesto, se debe hacer un trabajo en equipo, se trata de hacerlo. En mi caso, en el área vascular hacía pase de visita con los médicos, trabajaba con la nutricionista y con familiares, un trabajo integral. Se debe brindar más psicoeducación al paciente diabético, se debe hacer más psicoeducación preventiva.

12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Claro, me parece ideal. Debe hacerse desde el momento que el paciente es diagnosticado con diabetes y no solamente con el paciente sino también con el familiar. El paciente conoce sobre su enfermedad pero en muchos casos se hace el desentendido. Deberían existir grupos de apoyo entre pacientes diabéticos y pacientes amputados y esto podría ayudar a mejorar la conciencia y responsabilidad. Esto se debe hacer el trabajo médico y psicológico.

Psicólogo #6

1. ¿Cree usted que el paciente diabético conoce los riesgos que conlleva el inadecuado control de su enfermedad?

No, básicamente la enfermedad o el concepto corresponde a un aprendizaje y está aprendizaje depende del contexto, de donde vinimos, y la cultura y sociedad ecuatoriana no tiene niveles y ejes conceptuales de prevención, se cree que solo se debe trabajar sobre salud desconociendo el concepto de enfermedad. Y por ende, hacer un equilibrio entre ambas.

2. ¿Considera usted que el paciente diabético toma responsabilidad del cuidado de su enfermedad?

No, debido a ese no concientizar hacia donde podría llevar el riesgo final.

3. Desde su experiencia, ¿Cuándo cree usted que el paciente diabético toma consciencia de su enfermedad? ¿Antes, durante o después de la amputación?

Es una buena pregunta, porque en algunos casos lo que más me permite visualizar es que nunca, ni siquiera la amputación les permite ubicar un tipo de aprendizaje o concepto sobre esa dimensión donde se encuentran.

4. De acuerdo con su experiencia, podría mencionar algunos de los comentarios más frecuentes de los pacientes diabéticos tras la amputación.

La mentalidad de ellos son esas creencias que tienen acerca de ellos mismos, acerca de la relación o el vínculo de la enfermedad, ponen en práctica un criterio de autocompasión, en la cual se perciben con miseria esto impide un concepto de equilibrio o salud. Afirman, “esto no cambiará”, “me moriré”, desconocen que el deterioro si está en sus manos.

5. Ellis refiere que las creencias irracionales son afirmaciones no empíricas o irreales que uno mismo se plantea y donde influyen aspectos innatos como aprendidos de cada persona. En base a la cita mencionada, ¿considera usted que la amputación es un factor determinante activador en las creencias irracionales?

Sí, algunos pacientes llegan a presentar, no solo tras la amputación, sino que en algunos casos luego pasan a otros escenarios como hemodiálisis. Pero esta creencia responde al contexto del que venimos.

6. Las creencias se presentan en todas las personas como respuesta ante diversas situaciones específicas. ¿Considera usted que la amputación es un evento activador para los pacientes diabéticos que pueda reafirmar alguna creencia irracional previamente presentada?

Sí, yo creo que si la agudiza porque ahora hay una percepción de la propia imagen, la amputación o mutilación de la extremidad del cuerpo que sea, viene a dejar un escenario perceptual que agudiza este nivel de creencia.

7. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos podrían desarrollar conductas desadaptativas tras la amputación? De ser afirmativa su respuesta, mencione algunas de ellas.

Sí, por lo regular se vuelven más agresivos, expresan un nivel más alto de ira, se vuelven menos compasivos, más obstinados, más frustrados. Las emociones que se consideran no tan positivas se agudizan en ellos después de la amputación.

8. Desde su experiencia, ¿Considera usted que las reamputaciones inciden en el desarrollo integral de las personas diabéticas? ¿De qué manera?

Sí, en la parte cognitiva y afectiva, incluso se expresan como “una pieza de carne, que se la puede llevar a ir desmembrando paulatinamente progresivamente donde el principio de utilidad empieza a desaparecer”.

9. ¿Considera que los factores externos, como redes de apoyo o factores económicos, podrían influir en el desarrollo de creencias irracionales en los pacientes diabéticos amputados?

Totalmente de acuerdo, eso es lo que buscamos como ejes de prevención donde el contexto familiar se vuelve social, y los staff médicos desarrollan un clima más humanizado que permite una resiliencia social.

10. ¿Qué opina acerca de utilizar la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales como método de abordaje en los pacientes diabéticos amputados?

Depende del nivel del contexto y sistema donde se desenvuelve el individuo porque la reestructuración cognitiva va a responder al nivel de creencia, contexto, pensamiento, verbalización y aprendizaje.

11. ¿Cree que es necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar los pacientes diabéticos tras la amputación?

Totalmente de acuerdo, soy de los que piensa que lo visible se gesta en lo invisible, esto quiere decir que si nosotros como psicólogos intentamos dar

una interpretación a nivel general, la parte médica intenta ver la exploración objetiva, por lo que se necesita una buena fusión e interacción para alcanzar el equilibrio biopsicosocial.

12. ¿Considera necesaria la implementación de un plan de trabajo psicológico de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Sí, el problema estaría en las esferas jerárquicas de cómo se lo implanta dado que lo más importante hasta el día de hoy es la parte objetiva o sea las extremidades y no las emociones.

ENTREVISTAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS

Médico #1

- 1. ¿Qué tan frecuente es que los pacientes diabéticos de tipo 2 sean amputados?**

Del 70% al 90% de las amputaciones son por diabetes.

- 2. Usted como especialista, ¿qué criterios toma a consideración para realizar la primera amputación en un paciente diabético?**

No se sabe cuántas veces se los amputa. Los criterios para amputar en primer lugar es que tenga un deterioro de la circulación, que no tenga un pulso de la rodilla a abajo o que comprometa su estado general como deshidratados, con un coma diabética o un deterioro de su pulsión renal; esos son los criterios que te obligan a ingresar al paciente y amputarlo.

- 3. ¿De qué depende que el paciente diabético no necesite más de una amputación? ¿Por qué es necesaria más de una amputación en ciertos casos?**

Fundamentalmente lo siguiente: El cuidado personal, el control metabólico, una adecuada atención primaria y que en las universidades tengan mejor preparación a los médicos para que conozcan sobre el pie diabético. Lo otro es un factor socio económico cultural, porque el paciente no conoce sobre su enfermedad.

Hay 2 factores por los que se requiere más de una amputación: Primero van a selección del nivel de amputación, el profesional en ese momento no elige el adecuado nivel de amputación. Lo más frecuente es que el paciente no acepta que le amputen la pierna, porque es el paciente el que decide lo que quiere hacer, por el desconocimiento debido al factor socioeconómico cultural.

- 4. ¿Es el paciente diabético el principal responsable para evitar una amputación o existen otros factores que se deban tener en cuenta?**

El principal causante serían 2 partes: Una parte es responsable el paciente diabético, y la otra parte es la formación del médico general. Porque el conocimiento es muy vago y pobre para la cirugía vascular, por lo que emplean

un tratamiento que no es el correcto y el paciente diabético sigue eso. El 65% vuelven a tener una lesión a los 5 años, hay que tratar que el paciente diabético no se ampute, porque cuando se amputa se reducen sus probabilidades de supervivencia.

5. ¿Cuáles son los parámetros clínicos que requiere el paciente diabético amputado para acceder a una prótesis?

Cuando se lo amputan, se manda al paciente a una unidad de rehabilitación. Tiene que ver con el corte, que sea adecuado con la prótesis. Entonces los rehabilitadores son los que deciden cuándo llevar una prótesis, porque hay que hacer ejercicios para fortalecer los miembros.

6. ¿Cuál es el procedimiento clínico o institucional acerca del manejo del miembro o el segmento del cuerpo del paciente diabético amputado? ¿La familia o el paciente puede solicitar el miembro o segmento amputado?

La familia o el paciente pueden solicitar el miembro amputado. Hay 2 variables: Si el paciente solicita que se quiere llevar algún miembro, se va a información con una serie de datos y se la lleva en una bolsa preparada para que se la lleve. La otra variante es que la institución se lo quede y luego lo lleven a un crematorio.

Por lo general solicitan el miembro por creencias, es cultural y no por otra cosa. A veces la tienen en la casa y ni la entierran. El paciente siempre decide qué hacer con su cuerpo por lo que se pregunta si desea o no llevarse la extremidad.

7. Desde su experiencia, ¿ha presenciado en los pacientes diabéticos algún cambio emocional, psicológico o de alguna índole, posterior a la amputación?

Claro que sí, por supuesto. El deterioro psicológico y emocional es bastante frecuente, creen que ya no podrán vivir pero tienen que luchar por su vida. Por eso es necesario que psicología los prepare para la cirugía y les de seguimiento post amputación.

8. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos luego de ser amputados desarrollan pensamientos negativos sobre sí mismos?

De hecho, los desarrollan. Generalmente estos pacientes, la mayoría son de familias disfuncionales, los dejan botados en el hospital y toca llamar a los de trabajo social para que localicen a la familia, y ver quien se haga cargo de la persona. Entonces los pacientes se derrumban emocionalmente por la familia disfuncional que tienen.

9. ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar el trabajo de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Claro, de hecho, psicología interviene antes y después de la cirugía. Aquí hay un equipo multidisciplinario, donde intervienen el vascular, el internista, el nutricionista, el endocrinólogo, el psicólogo, el infectólogo. Psicología también le da el seguimiento a los pacientes, pero el derrumbe de ellos es más por las familias.

Médico #2

1. ¿Qué tan frecuente es que los pacientes diabéticos de tipo 2 sean amputados?

Hay una estadística nacional establecida que indica que es del 70% al 90%.

2. Usted como especialista ¿qué criterios toma a consideración para realizar la primera amputación en un paciente diabético?

Existen ya criterios o protocolos a seguir para determinar si un paciente diabético necesita ser amputado. Que el paciente tenga un deterioro de la circulación, que no tenga un pulso de la rodilla a abajo o que comprometa su estado general como deshidratados, con un coma diabética o un deterioro de su pulsión renal.

3. ¿De qué depende que el paciente diabético no necesite más de una amputación? ¿Por qué es necesaria más de una amputación en ciertos casos?

Interviene el factor socioeconómico y cultural del paciente, por lo que desconocen de su enfermedad y no se cuidan. Por lo mismo que desconocen de la enfermedad, no aceptan las recomendaciones médicas ni cuidados, debido a que es su decisión el decidir qué hacer, complicándose en muchos casos y llegan al punto de requerir una o más amputaciones.

4. ¿Es el paciente diabético el principal responsable para evitar una amputación o existen otros factores que se deban tener en cuenta?

Sí, el paciente diabético es el principal responsable en su cuidado para evitar alguna amputación, pero también interviene el conocimiento sobre diabetes del médico encargado.

5. ¿Cuáles son los parámetros clínicos que requiere el paciente diabético amputado para acceder a una prótesis?

Una vez que el paciente es amputado, sale de mi jurisdicción como vascular y se encargan los rehabilitadores o fisioterapéuticos para determinar cuándo es viable una prótesis.

6. ¿Cuál es el procedimiento clínico o institucional acerca del manejo del miembro o el segmento del cuerpo del paciente diabético amputado? ¿La familia o el paciente puede solicitar el miembro o segmento amputado?

El paciente puede solicitar su miembro, donde tras una serie de revisiones se lo entregan. De no solicitarlo, la institución lo crema.

7. Desde su experiencia, ha presenciado en los pacientes diabéticos algún cambio emocional, psicológico o de alguna índole, posterior a la amputación.

Es muy frecuente que se derrumben emocional y psicológicamente por eso es que antes de amputar los de psicología los ve por interconsulta, los prepara para cirugía y después se les da seguimiento por psicología.

8. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos luego de ser amputados desarrollan pensamientos negativos sobre sí mismos?

Sí, más que nada porque suele pasar que la familia los abandone en el hospital. Se llama a la trabajadora social para que busque quien se haga cargo del paciente, por lo que el paciente se derrumba al sufrir este trato por parte de familias disfuncionales.

9. ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar el trabajo de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Sí, sería importante el trabajo del equipo multidisciplinario en la atención primaria de salud. Es decir, el médico familiar, con el médico general, la enfermera, trabajo social y psicología desde la atención primaria para el conocimiento de su enfermedad, para tratar la disfunción familiar de alguna manera y prepararlos para evitar futuras complicaciones porque a la larga o a la corta van a tener una eventualidad. El trabajo primario es importante por el nivel sociocultural económico es muy bajo, es necesario empezar desde la base con la parte afectiva y familiar.

Médico #3

1. ¿Qué tan frecuente es que los pacientes diabéticos de tipo 2 sean amputados?

Muy frecuentemente, considero que un 75 por ciento.

2. Usted como especialista, ¿qué criterios toma a consideración para realizar la primera amputación en un paciente diabético?

Existen criterios ya establecidos. Que el paciente tenga una infección, circulación prolongada, que no haya retorno sanguíneo, coloración del dedo.

3. ¿De qué depende que el paciente diabético no necesite más de una amputación? ¿Por qué es necesaria más de una amputación en ciertos casos?

Depende de los cuidados del paciente, el primer procedimiento puede ser exitoso, pero si no hay cuidados puede complicarse y requerir más de un procedimiento.

4. ¿Es el paciente diabético el principal responsable para evitar una amputación o existen otros factores que se deban tener en cuenta?

El paciente es responsable de mantener su glucemia dentro de los valores permitidos para diabético, pero no está excepto de recibir un traumatismo de tener una herida para complicar la parte vascular, la parte más distal de su extremidad (dedos).

A nivel general sí sería el principal responsable de los cuidados adecuados para su condición.

5. ¿Cuáles son los parámetros clínicos que requiere el paciente diabético amputado para acceder a una prótesis?

Primero un buen cierre de herida, buena cicatrización de la herida quirúrgica posterior al retiro de los puntos, buena formación del muñón. Posteriormente se realiza valoración por medio de médico fisiatra y nutricionista para realizar fortalecimiento de muñón con ejercicio y peso progresivo. El promedio de fortalecimiento muscular son tres meses y a continuación con el músculo hipertrófico se realiza la medición longitudinal y circunferencial de la prótesis.

6. ¿Cuál es el procedimiento clínico o institucional acerca del manejo del miembro o el segmento del cuerpo del paciente diabético amputado? ¿La familia o el paciente puede solicitar el miembro o segmento amputado?

Se realiza el llenado del formulario de necropsia, el cual es un formato del ministerio de salud pública con ese documento se realiza una cadena de custodia por medio del servicio de enfermería para llevar la pieza anatómica al área forense. El familiar realiza la identificación de la estructura, firma documentación de recibido y puede llevarse. Si decide no hacerlo, la institución lo crema.

7. Desde su experiencia, ¿ha presenciado en los pacientes diabéticos algún cambio emocional, psicológico o de alguna índole, posterior a la amputación?

Sí, se pueden afectar psicológicamente ya que no cuentan con una parte de ellos.

8. ¿Cree usted que los pacientes diabéticos luego de ser amputados desarrollan pensamientos negativos sobre sí mismos?

Sí, debido al cambio al que deben acoplarse.

9. ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre el departamento de psicología y el departamento médico para abordar el trabajo de prevención, intervención y seguimiento para los pacientes diabéticos amputados?

Por supuesto, es fundamental el trabajo en equipo para abordar estos pacientes.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Jaya Dávila María Eugenia**, con C.C: # **0705642114** y **Quingalahua Loor Luis Arturo** con C.C: # **0930312343** autores del trabajo de titulación: **El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis cognitivo conductual**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **09 de febrero del 2024**

f.  _____

Nombre: **Jaya Dávila, María Eugenia**

C.C: **0705642114**

f.  _____

Nombre: **Quingalahua Loor, Luis Arturo**

C.C: **0930312343**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	El paciente diabético amputado: Incidencia de sus creencias entorno a la alteración perceptiva de su imagen, un análisis cognitivo conductual.	
AUTORES	María Eugenia, Jaya Dávila ; Luis Arturo, Quingalahua Loor	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación	
CARRERA:	Psicología clínica	
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de febrero del 2024	No. DE PÁGINAS: 131
ÁREAS TEMÁTICAS:	Terapia cognitivo-conductual, creencias en pacientes diabéticos amputados, Psicología clínica	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Amputación; Conductas; Creencias; Diabetes; Emociones; Reestructuración Cognitiva	
RESUMEN:	<p>La presente investigación propuso estudiar la incidencia de las creencias del paciente diabético amputado entorno a la alteración perceptiva de su imagen, desde un enfoque cognitivo conductual. La importancia de esta investigación radica en reconocer cómo estas intervenciones quirúrgicas afectan la vida integral del paciente, activando creencias que influyen en sus emociones y conductas desadaptativas. El objetivo de la investigación fue identificar la incidencia de las creencias entorno a la alteración perceptiva de los pacientes diabéticos amputados hospitalizados en el área de cirugía vascular de un hospital de Guayaquil, por medio del método descriptivo, revisión bibliográfica y entrevistas a especialistas, como base para que futuras investigaciones puedan desarrollar planes de intervenciones clínicas enfocadas en esta población. La investigación se realizó a partir del enfoque cualitativo, se trabajó desde el paradigma interpretativo, por medio del método descriptivo. Las técnicas utilizadas fueron: revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas semiestructuradas a especialistas. La población fueron especialistas: médicos y psicológicos. Dentro de los resultados, los especialistas concordaron que las amputaciones y reamputaciones inciden de forma negativa en la vida integral del paciente. Esta investigación concluyó que, en la mayoría de los pacientes diabéticos, la amputación es un factor activador de creencias irracionales, generando emociones y conductas desadaptativas.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfonos: +593-0989705021 +593-0984796713	E-mail: maria.jaya01@cu.ucsg.edu.ec luis.quingalahua@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Torres Gallarado, Tatiana Mgs Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 – 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		