Diseño y experimentación de sistemas de evaluación y tratamiento psicológico de personas que sufren amputaciones traumáticas

Design and experimentation of psychological assessment and treatment procedures on patients suffering traumatic amputations

[1] *Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicológica*
Universidad Complutense de Madrid
[2] *Servicio de Rehabilitación*
Hospital Militar Central Gómez Ulla

Cruzado Rodríguez J. [1]
González Sánchez M. P. [1]
Noguerales Alonso J. [1]
Rozalén Pinedo M. [2]
Fernández-Conde Alarcón E. [2]

RESUMEN

Las personas con amputaciones traumáticas sufren consecuencias crónicas en su calidad de vida. El conocimiento de sus necesidades es necesario para la planificación de la asistencia. El presente estudio tiene dos objetivos, el primero es desarrollar un procedimiento de evaluación que cumpla los necesarios criterios de fiabilidad y validez, para determinar los problemas específicos de cada paciente y presentar un análisis epidemiológico acerca de las variables demográficas, médicas y psicológicas relevantes para los pacientes amputados. El segundo objetivo es el desarrollo de un tratamiento psicológico y la valoración de su eficacia.

Se escogieron 53 pacientes (49 hombres y 4 mujeres, de 18 a 80 años) de varios servicios de rehabilitación de hospitales madrileños, con amputaciones de un miembro inferior, superior o ambos. Todos los pacientes fueron evaluados mediante los siguientes instrumentos: entrevista, FIM, GHQ-28, BDI, STAI E/R, SCL-90-R. Veinte pacientes recibieron el tratamiento psicológico (educación, control de ansiedad, imagen corporal y autoestima, actividad, habilidades sociales, habilidades de solución de problemas).

Los resultados mostraron que los pacientes amputados presentan problemas de dolor y trastornos del sueño y reducciones en actividad. El tratamiento fue efectivo para mejorar el nivel de actividad y el humor.

Palabras clave: *Amputaciones traumáticas, calidad de vida, capacidad funcional, tratamiento psicológico.*

González Sánchez M P, Noguerales Alonso J, Cruzado Rodríguez J, Rozalén Pinedo M, Fernández-Conde Alarcon E
Diseño y experimentación de sistemas de evaluación y tratamiento psicológico de personas que sufren amputaciones traumáticas
Mapfre Medicina, 2001; 12: 127-137

ABSTRACT

The people with traumatic amputations suffer chronic consequences in their quality of life. It is necessary to determinate the areas of quality of life in which the patients present deficit in order to plan the assitance of them. The present study has two aims, the first is to developed a psychological assessment that fulfil the necesarry requirements of reability and validity, to determinate the specific problems of each patient, and to present an epidemilogical descriptive analysis about the demograph, physician-medical and psychological variables relevant to amputee patients. The second objetive is the development of a psychological treatment and the evaluation of its efficacy.

It was selected 53 patients (49 men and 4 women, 18-80 years old) of the hospital rehabilitation services of several centres of Madrid, with amputations of low limb, upper limb or both of them. All patients were assessed by the following instruments: interviewing, FIM, GHQ-28, BDI, STAI E/R, SCL-90-R. Twenty patiens received the psychological treatment (education, control of anxiety, corporal image and self-steem, activity, social skills, problem solving skills).

The results showed that the amputee patients present pain and sleep disorders, and reductions of actvity. The treatment was effective on improve the activity level and mood.

Key words: *Traumatic amputations, quality of life, functional capacity, psychological treatment.*

González Sánchez M P, Noguerales Alonso J, Cruzado Rodríguez J, Rozalén Pinedo M, Fernández-Conde Alarcon E
Design and experimentation of psychological assessment and treatment procedures on patients suffering traumatic amputations
Mapfre Medicina, 2001; 12: 127-137

Correspondencia:
Juan Antonio Cruzado Rodríguez
Facultad de Psicología
Universidad Complutense
Campus de Somosaguas
28223 Madrid
E-mail: psper06@sis.ucm.es

Fecha de recepción: *21 de octubre de 1999*

Concedida Ayuda para la Investigación de la Fundación MAPFRE Medicina

INTRODUCCIÓN

Las personas con amputaciones en los miembros inferiores o superiores sufren consecuencias crónicas en su calidad de vida, que incluyen la pérdida de capacidad funcional (vida diaria, autocuidado, ocio y posibilidades de vida independiente, problemas en las relaciones sociales, trastornos emocionales y de adaptación, déficit en autoestima, trastornos físicos), además de problemas laborales y económicos. La rehabilitación de estos pacientes ha de permitir la prevención y tratamiento de estos trastornos para mejorar su calidad de vida y la adherencia a los tratamientos médicos.

En lo que concierne a la etiología de las amputaciones se observa su diversidad: accidentes (laborales, tráfico, deportivos, domésticos), enfermedad (vasculares, cáncer, infecciones), malformaciones congénitas, cirugía. A su vez, se pueden distinguir tres grandes categorías: congénitas, traumáticas y asociadas a enfermedades. La proporción de amputados traumáticos aumenta con el grado de desarrollo económico, debido al incremento de los accidentes de todo tipo, que producen el 4,08% de las muertes ocurridas por la mayor utilización de máquinas, frecuencia de desplazamientos, con el consiguiente aumento de accidentes, etc., por lo que el número de personas amputadas y la magnitud de los problemas asociados a la atención de estos pacientes será una importante tarea sanitaria (1, 2).

El conocimiento de los afectados parece una necesidad previa a toda planificación de servicios asistenciales. Sin embargo, tan sólo disponemos de estimaciones aproximativas, por lo que resulta difícil conocer no sólo sus características demográficas, sino también el número de discapacitados físicos. Al mismo tiempo, destaca la ausencia de estudios acerca de la correcta evaluación de las necesidades de atención, problemas de adaptación y calidad de vida de los amputados, sobre todo en lo relativo a los aspectos psicosociales, así como del de la aplicación y comprobación de la eficacia de tratamientos psicológicos eficaces en términos coste-beneficio.

Los objetivos de esta investigación han sido los siguientes:

— Desarrollar un procedimiento de evaluación psicológica fiable y válido que permita determinar los problemas específicos de cada paciente y su adecuada cuantificación.

— Desarrollar y valorar la eficacia en términos coste-beneficio de un tratamiento psicológico adaptado a las necesidades individuales de cada paciente para mejorar la calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo.

— Y en último término, desarrollar un análisis descriptivo y epidemiológico acerca de las variables físico-médicas y psicológicas que afectan al paciente amputado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

Se escogieron 53 pacientes pertenecientes a los servicios de Rehabilitación de los hospitales: Hospital Militar Central Gómez Ulla, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Clínica Puerta de Hierro y ACIME (Asociación de Soldados Mutilados), de edades comprendidas entre los 18 y 80 años, con amputaciones de miembros inferiores, superiores o ambos.

Variables

La variable independiente es el tratamiento psicológico y las variables dependientes consisten en las siguientes medidas en calidad de vida: capacidad funcional (actividades de la vida diaria, autocuidado, vida independiente y actividades de ocio); relaciones sociales (familia, pareja, amigos, vecinos y personal sanitario); adaptación y problemas emocionales (depresión, ansiedad, adaptación a sus problemas físicos, autoestima e imagen corporal); síntomas físicos (dolores, sueño, problemas sexuales, problemas con la prótesis, dolor fantasma y otros); problemas laborales y económicos; ganancias secundarias; existencia de pleitos pendientes y puntuación global en calidad de vida.

Instrumentos

Las variables dependientes fueron medidas mediante la «Entrevista de Evaluación de Problemas Psicológicos del Paciente Amputado» (instrumento de entrevista estandarizado elaborada por el equipo de investigación) y los siguientes cuestionarios (3, 4):

— Cuestionario de Salud General de Goldberg (Goldberg, 1981, versión Lobo *et al.*, 1996)

— Inventario de Depresión de Beck: BDI (Beck *et al.*, 1961, versión Vázquez, 1981).

— Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo: STAI E/R (Spielberger *et al.*,1970).

— SCL-90-R: Sympton Check List (Derogatis, 1983).

— Medida de Independencia Funcional: FIM (Granger *et al.*, 1986) (5-7).

Procedimiento

Todos los pacientes fueron evaluados en cada una de las variables dependientes en una sesión, en la que se les informó de los objetivos de la evaluación y se cumplimentó la «Entrevista de Evaluación de Problemas Psicológicos del Paciente Amputado», así como de los cuestionarios.

A continuación los pacientes fueron asignados a la condición experimental ($N = 20$), que recibió el tratamiento, o a la condición de control ($N = 33$), sin tratamiento, de forma aleatoria.

Las personas asignadas a la condición experimental recibieron el tratamiento en grupos de cuatro. Cada uno de ellos llevó a cabo seis sesiones de tratamiento de dos horas de duración cada una.

Componentes de tratamiento

El tratamiento se realizó en grupo y comprendió los siguientes módulos:

1.°) Educación/información, sobre los principales problemas que le afectan, sus causas y las estrategias adecuadas para su afrontamiento. Se realizó de forma conjunta entre médico y psicólogo. El médico hace un énfasis especial en los cuidados del muñón, así como en la resolución de todas las cuestiones que plantean los pacientes en lo referente a todos los aspectos físicos. El psicólogo informa acerca de los problemas psicosociales (8-13).

2.°) Entrenamiento en estrategias para el control de problemas de ansiedad, mediante técnicas de respiración y técnicas cognitivas: parada de pensamiento, generación de pensamientos alternativos y autoinstrucciones (14, 15).

3.°) Entrenamiento en autoestima e imagen corporal (16, 17).

4.°) Planificación de actividades. Se realizó en dos partes: primeramente se les informa acerca de los beneficios de la realización de actividades agradables, así como de los beneficios de hacer ejercicio físico, para posteriormente pasar a hacerles una planificación de actividades según las necesidades de cada paciente (18-20).

5.°) Entrenamiento en habilidades sociales. Se trata de dotarle de aquellas habilidades de las que carecen los pacientes, utilizando para ello *role-playing*, psicoeducación y práctica posterior (21-24).

6.°) Solución de problemas. Una buena forma de terminar un tratamiento es dotarles de una técnica rápida y útil para solucionar cualquier tipo de problema.

Una vez finalizado todos los módulos se administraron los cuestionarios postratamiento. Y por último, el paciente cumplimentó una hoja de valoración de los módulos, según una escala de 0 a 10 y con un espacio de consideraciones finales.

Material de apoyo y ayuda al paciente

Se elaboró un material de psicoeducación para el paciente. Se trata de un cuaderno-folleto para acompañar la explicación de los aspectos médicos y psicológicos.

Análisis estadístico

Se empleo el programa SPSS para Windows 7.0 para efectuar los cálculos estadísticos.

A continuación se exponen los resultados de la presente investigación. En primer lugar, se exponen los datos descriptivos acerca de las características demográficas, clínicas y de calidad de vida de los pacientes amputados. En segundo lugar, se ofrecen los datos de la eficacia del tratamiento psicológico aplicado. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa informático SPSS para Windows 7.0.

RESULTADOS: CARACTERÍSTICAS Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS AMPUTADAS

Características demográficas de las personas amputadas

La muestra está formada por 53 personas, 49 varones (92,5%) y 4 mujeres (7,5%). La edad media es de 56 años, con un rango de 22 a 86.

Con respecto al nivel de estudios un 37,7% tienen estudios primarios y un 20,8% poseen estudios medios, sólo una minoría alcanza estudios superiores (9,4%) y un número algo menor no posee estudios. La mayoría de la muestra es personal laboral de las fuerzas armadas.

La situación laboral de la mayor parte de las personas que son parte de la muestra, el 85%, es-

tá en situación de inactividad a causa de la amputación, otros nunca han estado activos (5,7%), sólo tres (5,7%) trabajan habitualmente.

Características clínicas de la amputación

Factores relacionados con la amputación

El tipo de amputación más común es el de un miembro inferior (60,4%), seguido del de un miembro superior (17%) o los dos miembros inferiores (13,2%). Se ofrecen más datos en la Tabla I.

En lo que se refiere al tiempo que llevan amputados, un 20,8% llevan un año o menos de un año. Más del 60% llevan más de cinco años con la amputación, si bien los rangos temporales están muy extendidos.

Un 60,4% son amputados traumáticos, es decir, personas que han perdido alguno de sus miembros en accidentes o sucesos traumáticos. La mayoría, en accidentes militares. Las amputaciones tumorales se presentan en un porcentaje del 5,7% y vasculares un 34%. Según diferentes estudios, las principales causas son las amputaciones vasculares, seguido de las amputaciones tumorales y por último de las traumáticas (1, 2). En este caso, el contar con una población en su mayoría militar hace que nos encontremos con un alto porcentaje de amputaciones traumáticas (Tabla II).

En la muestra, un 73,6% de los pacientes usan prótesis y un 26,4% no la usan. Este dato no es muy significativo, debido a que hay pacientes que efectivamente no la utilizan por tener problemas con ella, pero también se da el caso de que pacientes recién amputados todavía no han cicatrizado bien la herida y no han tenido ocasión de ponérsela. Otro dato que hay que tener en cuenta es que un alto porcentaje de sujetos que no usan prótesis son los que tienen amputaciones del miembro superior, debido a que estas prótesis son puramente estéticas. En cambio, las prótesis de miembros inferiores son bastante más funcionales. En un 30,2% se dan problemas con la prótesis, por causas diversas, entre ellas la higiene con el muñón, de la cicatriz, del encaje, etc., en más de la mitad de los casos, un 69,8%, no se dan problemas.

Observamos como un alto porcentaje de sujetos, un 69,8%, a pesar de llevar amputados muchos años siguen manifestando dolor del miembro fantasma.

Un 84,9% no tienen familiares con amputaciones. No obstante, es importante el que un 15,1% sí los tienen. Tampoco existen antecedentes psiquiátricos familiares, ya que el 94,3% no tiene familiares cercanos con trastornos psicopatológicos.

Un 45,3% manifiestan una elevada adaptación a su amputación. Un 22,65% manifiestan una adaptación moderada y tan sólo un 7,6% están por debajo de la media, lo que indica que la mayoría están muy adaptados.

TABLA I. Tipo de amputación

Tipo de amputación	Frecuencia	Porcentaje
Un miembro superior	9	17
Dos miembros superiores	3	5,7
Un miembro inferior	32	60,4
Dos miembros inferiores	7	13,2
Miembro superior e inferior	2	3,8
Total	53	100

TABLA II. Causa de la amputación

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Tumoral	3	0 5,7
Vascular	18	34,0
Traumática	32	60,4
Total	53	100

Otros factores

En lo que se refiere al **apoyo social**, la mayoría de los pacientes mantienen una alta frecuencia de contactos sociales; es decir, recibe y da apoyo social a su pareja, familiares, amigos y vecinos (87%).

En cuanto al **apoyo emocional**, se pueden corroborar los datos obtenidos anteriormente, un 90,6% de la población sí reciben apoyo. No existe ningún caso en el que no se hayan sentido apoyados y en un 9,4% de los casos, manifiestan tener apoyo emocional ocasional.

Un 79,2% sí están satisfechos de su **imagen corporal** y tan sólo un 20,8% no lo están. De forma que si bien una quinta parte de las personas amputadas presenta un problema en esta área, la mayoría está bien adaptada.

Un 47,25% de las personas de la muestra poseen otras **deficiencias sensoriales** añadidas, lo que dificulta de alguna manera tanto sus relaciones sociales como su plena recuperación. Los problemas más generalizados son las deficiencias auditivas.

Un 32,1% manifiestan tener **preocupaciones familiares**. Y aquí un dato llamativo es que sólo un 13,2% tienen preocupaciones domésticas. Otro dato que conviene destacar es que un 18,9% tienen preocupaciones económicas debido a que en muchos casos se les da una pensión que no cubre todos los gastos y es muy inferior al sueldo que tenían anteriormente a la amputación.

La existencia de **pleitos pendientes** se ha evaluado debido a su importancia de cara a una recuperación correcta, en relación a la posible existencia de ganancias secundarias. De forma significativa, un 22,6% sí tienen pleitos pendientes.

Variables clínicas de la entrevista

Ansiedad subjetiva

Casi la mitad de los pacientes manifiestan en la entrevista clínica no haber experimentado ansiedad nunca, mientras que un 41,5%, a veces han experimentado esta sensación. Es llamativo el hecho de que tan sólo un 9,4%, siempre o frecuentemente tengan ansiedad. Este dato es corroborado posteriormente cuando se les pasa un Cuestionario de Ansiedad STAI E/R y vemos que efectivamente las puntuaciones son muy bajas.

Depresión

Un 54,7% nunca han tenido depresión, un 35,8%, a veces y un 22,6% siempre o frecuentemente están bajos de ánimo en la entrevista clínica, lo cual se corroborra posteriormente con el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI).

Parestesias

Un 67,9% manifiestan no haber tenido nunca parestesias, mientras que un 22,6% alguna vez sí la han experimentado. Es curioso que un 9,5% tenga parestesias frecuentemente o siempre. En total más del 30% experimentan parestesias que le resultan problemáticas.

Urgencia miccional

Un 73,6% nunca han experimentado esta sensación, mientras que un 9,4% a veces, un 11,3% frecuentemente y un 5,7% siempre. Este aspecto clínico va en relación con la edad de los pacientes y la media de edad es muy elevada.

Palpitaciones

Un 75,5% nunca han tenido palpitaciones y un 22,6% a veces. Pero tan sólo un 1,9% siempre las tienen.

Vértigos

El problema relativo a sensaciones de vértigo no parece ser importante. Un 64,2% manifiestan no haber tenido nunca vértigos. Un 30,2% los han tenido a veces. El resto de los porcentajes no son significativos.

Inapetencia sexual

No es muy frecuente la presencia de inapetencia sexual en la muestra. Un 73,6% manifiestan tener inapetencia sexual a veces y un 26,4% nunca.

Cefaleas

La presencia de dolores de cabeza no es muy significativa. Un 71,7% nunca han tenido cefaleas y apenas conocen el término. Un 26,4% sí la padecen a veces. Y un dato insignificante, un único paciente (1,9%), siempre padece cefaleas.

Colon irritable

Un 17% de las personas de la muestra presentan el síndrome de intestino irritable.

Hipocondría

Tratándose de una muestra con trastornos crónicos sería de esperar un alto porcentaje de personas con síntomas hipocondríacos. Sin embargo, sólo dos personas presentan tales características.

Sueño

Casi la mitad de los pacientes informa dormir mal. Casi una cuarta parte de los pacientes presenta problemas para conciliar el sueño siempre o de forma frecuente, y otra cuarta parte presentan problemas ocasionales, por lo cual parece un problema bastante significativo. Menos de la mitad de los sujetos se despierta a veces por la noche (45,3%). Un 32,1% nunca se despierta y un 22,6% se despiertan siempre o frecuentemente. El tiempo medio para conciliar el sueño es bastante elevado (29 minutos), si bien la media de horas de sueño es normal (8 horas). La mayoría de los pacientes no toman medicación para dormir; no obstante, casi un 10% lo hacen siempre.

Dolores

Los dolores musculares están presentes en más de un tercio de las personas de la muestra. Un 68% nunca ha tenido calambres, un 24,5% a veces los tiene y tan sólo un 7,5% tienen calambres frecuentemente.

Enfermedades anteriores

Es importante evaluar la existencia de enfermedades anteriores que puedan incidir en el resultado del tratamiento. Más de la mitad ha padecido enfermedades anteriores (56,6%). Por tanto, ésta será una variable a tener en cuenta a la hora del tratamiento.

Variables clínicas evaluadas mediante cuestionarios

Cuestionario de Salud General de Goldberg

Los datos relativos a las medias y desviaciones típicas de las subescalas y el total de las puntuaciones en la muestra se exponen en la Tabla III. Como puede observarse, las puntuaciones en problemas somáticos, ansiedad y depresión están dentro de los límites normales, sin que se observen problemas notables en la puntuación total. En la dimensión de actividad, sí revela una puntuación elevada que se justifica al tratarse de una muestra de personas amputadas, sin que sea muy elevada.

Medida de Independencia Funcional (FIM)

La evaluación de la calidad de vida se ha evaluado mediante la Medida de Independencia Funcional (FIM), de Granger *et al.* (1986). Los datos de este cuestionario se ofrecen en la Tabla III. Como puede observarse, las medias para cada una de las subescalas, como la media global, indican que la media de los pacientes posee un nivel de inde-

TABLA III. Resultados obtenidos de la evaluación

	Puntuaciones (medias y desviaciones típicas)
Cuestionario de Salud General de Goldberg	
Somatización	11,35 (3,97)
Ansiedad	11,90 (4,76)
Actividad	14,75 (2,77)
Depresión	8,77 (3,53)
Total	46,79 (12,79)
Medida de Independencia Funcional	
Cuidados personales	35,77 (9,66)
Control de esfínteres	13,66 (1,38)
Movilidad	17,67 (5,81)
Locomoción	11,86 (4,06)
Comunicación	5,93 (2,03)
Cognición social	20,41 (2,04)
Calidad de vida global	113,01 (18,97)
Ansiedad y depresión	
STAI estado	15,9 (11,3)
STAI rasgo	14,80 (10,66)
BDI	6,22 (6,62)
SCL-90-R	
Somatización	0,35 (0,42)
Obsesión-compulsión	0,33 (0,48)
Sensibilidad interpersonal	0,35 (0,37)
Depresión	0,45 (0,49)
Ansiedad	0,26 (0,36)
Hostilidad	0,34 (0,59)
Ansiedad fóbica	0,26 (0,36)
Ideación paranoide	0,38 (0,73)
Psicoticismo	0,16 (0,31)
Ítems adicionales	3,47 (3,9)
PTS	21,33 (16,69)
GSI	0,33 (0,38)

pendencia moderada o muy próximo a él. Es decir, pueden valerse por sí mismo para su cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social.

Es importante determinar el número de personas de la muestra que presentan dependencia completa o moderada, ya que los datos de la media no permiten evaluar cuántas personas necesitan ayuda en cada una de las áreas. En la Tabla IV se ofrecen estos datos. Como puede observarse, un cierto número con niveles de dependencia completa en cuidados personales (17%), locomoción (13,2%) y movilidad (9,4%); así como se observa una dependencia moderada en la calidad de vida global para el (26,45%).

Ansiedad de estado-rasgo (STAI-E, STAI-R) y Depresión (BDI) (Beck et al.*, 1961, versión C. Vázquez, 1981)*

Los niveles de ansiedad se han evaluado mediante el STAI en sus versiones de estado y rasgo; y la depresión mediante el BDI. Las medias y desviaciones típicas de estas variables se muestran en la Tabla III. Como puede observarse, las puntuaciones medias en las medidas de ansiedad se encuentran en los niveles normales, no están notablemente elevadas. Con respecto a las medias en depresión se encuentra que éstas son bajas, sin que se presente estado de ánimo deprimido.

TABLA IV. Frecuencias y porcentajes del nivel de dependencia funcional de los pacientes amputados medido mediante el FIM

Calidad de vida	No precisan asistencia	Dependencia moderada	Dependencia completa
Cuidados personales	37 (69,8%)	7 (13,2%)	9 (17%)
Control de esfínteres	51 (96,2%)	2 (3,8%)	0
Movilidad	40 (75,5%)	8 (15,1%)	5 (9,4%)
Locomoción	43 (81,1%)	3 (5,7%)	7 (13,2%)
Comunicación	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0
Cognición social	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0
Calidad de vida global	39 (73,6%)	14 (26,45%)	0

Síntomas de Psicopatología (SCL-90-R, Derogatis, 1983)

La presencia de síntomas de psicopatología se ha evaluado mediante el SCL-90-R (Derogatis, 1983). Los datos se presentan en la Tabla III. Los niveles en síntomas psicopatológicos en somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo son bastante bajas y corresponden a una población normal. Asimismo, las puntuaciones en el Índice Global de Gravedad de los Síntomas y la presencia de Síntomas Positivos son los correspondientes a una población normal.

RESULTADOS: LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

La muestra de pacientes tratados es de 20 sujetos elegidos al azar de los 53 de la muestra inicial. La eficacia del tratamiento se ha evaluado mediante los siguientes cuestionarios: *a)* Cuestionario de Salud General de Goldberg, *b)* Medida de Independencia Funcional; *c)* STAI-E, STAI-R y BDI; *d)* SCL-90-R.

Cuestionario de Salud General de Goldberg

Los datos del pretratamiento y postratamiento se ofrecen en la Tabla V. Se realizó una diferencia de medias con muestras dependientes para comprobar la diferencia de medias del pretratamiento y postratamiento. La somatización, la ansiedad y la depresión no cambian de forma significativa, lo cual no es de extrañar, ya que las puntuaciones en pretratamiento son muy bajas. Sí es importante el hecho de que se produce una mejoría que es significativa en el nivel de actividad al 95%, medida en la cual los pacientes son deficitarios en pretratamiento y pasan a una puntuación en los límites normales en postratamiento.

Medida de Independencia Funcional

En las Tablas V y VI se exponen los datos de la frecuencia y porcentajes de dependencia en pretratamiento y postratamiento. Se puede observar que el tratamiento ha producido notables mejorías, ya que de tres personas con dependencia completa y cuidados personales en pretratamiento sólo ha quedado una en postratamiento.

TABLA V. Resultados del tratamiento. Medias y desviaciones típicas en pretratamiento y postratamiento

	Pretratamiento	Postratamiento	Significación
Cuestionario de Salud General de Goldberg			
Somatización	10,95	10,25	0,36
Ansiedad	11,60	10,65	0,25
Actividad	15,2	13,40	0,022*
Depresión	8,25	7,30	0,13
Total	46	41,65	0,014
Ansiedad y depresión			
STAI estado	13,35 (9,32)	13,15 (9,24)	0,893
STAI rasgo	12,95 (9,52)	12,15 (8,71)	0,741
BDI	4,65 (4,55)	4,10 (6,12)	0,68
SCL-90-R			
Somatización	0,17 (0,17)	0,15 (0,20)	0,676
Obsesión-compulsión	0,23 (0,29)	0,235 (0,4)	1,00
Sensibilidad interpresonal	0,67 (0,27)	0,22 (0,31)	0,469
Depresión	0,34 (0,28)	0,21 (0,30)	0,196
Ansiedad	0,17 (0,21)	0,1 (0,16)	0,143
Hostilidad	0,20 (0,32)	0,14 (0,45)	0,442
Ansiedad fóbica	0,20 (0,24)	0,13 (0,2)	0,143
Ideación paranoide	0,38 (0,73)	0,19 (0,45)	0,581
Psicoticismo	0,16 (0,34)	0,14 (0,24)	0,631
Ítems adcionales	3,47 (3,9)	2,15 (2,15)	0,83
PTS	18,15 (13,74)	11,85 (14,73)	0,000**
GSI	0,23 (0,18)	0,18 (0,23)	0,334

* Significación al 0,05; ** significación al 0,001

TABLA VI. Frecuencia y porcentajes de niveles de dependencia de los pacientes en pretratamiento y postratamiento

	No precisan asistencia		Dependencia moderada		Dependencia completa		
Variables	**Pretrat.**	**Postrat.**	**Pretrat.**	**Postrat.**	**Pretrat.**	**Postrat.**	**Significación**
Cuidados personales	15 (75%)	18 (90%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	1 (5%)	0,05*
Control de esfínteres	20 (100%)	20 (100%)	0	0	0	0	—
Movilidad	16 (80%)	19 (95%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	0	0,1
Locomoción	17 (85%)	19 (95%)	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	0	0,1
Comunicación	20 (100%)	20 (100%)	0	0	0	0	—
Cognición social	19 (95%)	20 (100%)	1 (5%)	0	0	0	0,33
Calidad vida global	17 (85%)	20 (100%)	3 (15%)	0	0	0	0,08

* Significación 0.05

Asimismo, las dos personas con dependencia completa en locomoción y la persona con dependencia completa en movilidad han dejado de serlo.

Se ha reducido el número de personas con dependencia moderada y ha aumentado la frecuencia de personas que no precisan asistencia.

Se ha efectuado una prueba de diferencias de medias con muestras dependientes de las puntuaciones en pretratamiento y postratamiento, encontrándose diferencias significativas al 5% en cuidados personales. En las variables de control de esfínteres, comunicación y cognición social no se encuentran diferencias significativas, dado que en pretratamiento la totalidad de los pacientes no precisaban asistencia alguna.

Ansiedad y depresión

En la Tabla V se exponen los datos relativos a las medias y desviaciones típicas en el STAI-E, STAI-R y el Cuestionario de Depresión de Beck. Se ha llevado a cabo una diferencia de medias dependientes para comprobar la significación de los cambios de pretratamiento a postratamiento, sin que aparezcan diferencias significativas. Se ha de tener en cuenta que en pretratamiento los pacientes presentan ya puntuaciones muy bajas tanto en ansiedad como en depresión, por lo cual no habría de esperarse ningún cambio sustancial.

Síntomas de psicopatología

En la Tabla V se exponen los datos del SCL-90-R. Se efectuó una prueba de diferencia de medias con muestras dependientes con las puntuaciones en pretratamiento y postratamiento, apareciendo diferencias significativas en el número de síntoma positivos (PTS), que se vio reducido del pretratamiento al postratamiento de forma muy significativa, superior al 99% de confianza. No aparecieron diferencias significativas en ninguna de las otras variables. Se ha de tener en cuenta que los niveles de los síntomas psicopatológicos son ya muy reducidos en el pretratamiento. El cambio en PTS indica una mejoría en el estado de humor de los pacientes debido al tratamiento.

Se llevó a cabo una evaluación de la percepción de los pacientes de la calidad del tratamiento y del grado en que estaban satisfechos con él. Se pidió a los pacientes que valorasen del 1 al 10 cada uno de los módulos. El nivel medio de satisfacción es muy alto. Asimismo, se recogieron los comentarios y sugerencias de los pacientes con respecto al tratamiento. Muchos de estos pacientes indican su deseo expreso de que la intervención psicológica formase parte del tratamiento rehabilitador de cualquier amputado y, en general, consideraban la conveniencia de prolongar el tratamiento psicológico, así como una intervención psicológica más temprana.

CONCLUSIONES

La mayor parte de la muestra es de hombres de mediana edad, de más de 50 años, que viven en compañía de su familia, con niveles de estudios primarios o medios, que llevan inactivos más de un año la mayoría, ya que sólo un número minoritario mantiene su actividad laboral (5%).

La mayor parte presentan amputaciones de un miembro inferior (60,4%). Más del 60% de las personas de la muestra llevan más de cinco años con la amputación. La causa principal de la amputación (en más del 60%) se debe a traumatismos. La mayoría usa prótesis, con la que generalmente no tienen problemas. El dolor del miembro fantasma está presente en dos tercios de los pacientes. Más de la mitad de los pacientes son sedentarios. No tienen antecedentes familiares de amputación, ni con enfermedades psiquiátricas.

Los pacientes informan sentirse bastante adaptados. Las familias en los momentos siguientes a la amputación les prestaban apoyo en el sentido de alentarles a ser activos sobre todo. Los pacientes informan sentirse apoyados por sus familiares, pareja, amigos y vecinos.

Los pacientes no presentan problemas de satisfacción corporal. Sus preocupaciones fundamentales son acerca de problemas familiares, domésticos y personales. Y en muchos de los casos, se quejan de limitaciones domésticas, laborales y personales. Es curioso el que presenten con frecuencia deficiencias sensoriales. Un amplio porcentaje de pacientes mantienen pleitos legales, lo cual dificulta el tratamiento debido a las posibles ganancias secundarias.

Los pacientes no presentan niveles altos de ansiedad, depresión, palpitaciones, vértigos, inapetencia, cefaleas, colon irritable, urgencia miccional o hipocondría, ni parece ser significativa la presencia de enfermedades anteriores.

En algunos pacientes son frecuentes problemas de sueño: calidad de sueño, dificultades para conciliar el sueño, despertarse entre la noche y toma de medicación para dormir.

Es problemática la presencia de dolores y calambres.

El Cuestionario General de Goldberg permite observar que existen problemas en el nivel de actividad, que está algo disminuido. La Medida de Independencia Funcional permite comprobar que la mayor parte de los pacientes mantiene un nivel de independencia moderada o próxima a él. No obstante, también revela que existe un porcentaje significativo de pacientes que presentan dependencia moderada y en una minoría, depen-

dencia completa en el área de cuidados personales, locomoción y movilidad, para los cuales es preciso tratamiento.

Los niveles de ansiedad medidos por el STAI en su versión de estado y de rasgo, así como la medida de depresión a través del BDI, revelan que dichas puntuaciones están dentro de la normalidad.

En relación con los niveles de psicopatología medidos por el SCL-90-R son normales, los integrantes de la muestra no presentan síntomas psicopatológicos.

Como resumen en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes amputados, la presente investigación ha revelado que en general se encuentran bastante bien adaptados.

El tratamiento aplicado ha demostrado ser eficaz en la mejora del nivel de actividad evaluado mediante el Cuestionario General de Goldberg, mejora la independencia para el cuidado personal evaluado mediante la Medida de Independencia Funcional y la mejora del estado de humor general evaluado mediante el Índice de Síntomas Positivos del SCL-90-R. Es un tratamiento limitado en el tiempo, grupal, intedisciplinar en el que se combina la labor de médicos y psicólogos. Ha tenido efectos positivos en la mejora de la calidad de vida del paciente. No se han detectado niveles de depresión en el BDI (Inventario de Depresión de Beck), por lo que la muestra está bien adaptada en esos aspectos en línea base, en el paciente en el que la evaluación determine que no sea así, se podría detectar e intervenir. No todos, pero sí la mayoría necesitan el tratamiento psicológico.

En la actualidad no hay investigación controlada de estos tratamientos. La presente es una primera investigación, en grupo y con períodos de seguimiento. Esta investigación demuestra que a través del tratamiento propuesto y con una duración superior a un año, se podría mejorar aún más la adaptación de los pacientes, si la intervención psicológica se diera junto con la rehabilitadora en las fases inmediatamente posteriores a la amputación. Por ello, que queda demostrada la necesidad del trabajo interdisciplinar donde la figura del psicólogo de rehabilitación es relevante para un completo seguimiento de la rehabilitación del paciente.

En la presente investigación se ha desarrollado un procedimiento de evaluación y de tratamiento breve y bastante económico, que ha demostrado ser eficaz para mejorar a los pacientes amputados en las variables en que muestran déficit.

Con el objeto de permitir una aplicación estandarizada del método de tratamiento se ha elaborado un manual de tratamiento que constituye una guía para la terapia grupal de los pacientes amputados.

La presente investigación se ha realizado gracias a la financiación de la Fundación MAPFRE Medicina mediante una Ayuda concedida para la investigación.

Agradecimientos

Desearíamos expresar nuestro agradecimiento a la Fundación MAPFRE Medicina por la concesión de la Ayuda a la Investigación concedida en el presente año y en especial al Dr. Ángel Ruano, sin cuya valiosa y experta colaboración no habría sido posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUADO DÍAZ A, ALCEDO RODRÍGUEZ M A. Las personas con discapacidad física. En: M A Verdugo Alonso (ed.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagígicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1995; 145-184.
2. AGUADO DÍIAZ A, ALCEDO RODRÍGUEZ M A. La intervención en discapacidad física. En: M A Verdugo Alonso (ed), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1995; 145-184.
3. COMECHE M I, DÍAZ M I. *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa, 1995.
4. SILVA F. *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide, 1989.
5. FLÓREZ GARCÍA M. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, características y criterios de selección. *Rehabilitación,* 1994; 6: 373-376.
6. FLÓREZ GARCÍA M, GARCÍA PÉREZ F. Importancia de una valoración estandarizada. *Rehabilitación,* 1994; 28: 6: 371-372.
7. RING J. Valoración funcional: una necesidad imperiosa en rehabilitación. *Rehabilitación,* 1994; 28 (2): 71-77.
8. GOIG J R., CAMOS J M. *Aspectos médicos de la protetización de la extremidad inferior. Órtesis y prótesis del aparato locomotor*. Barcelona: Masson, 1997; 417-430.
9. JAIN S S, TILTON M. *Rehabilitación Médica*. Barcelona: Masson, 1996; 197-199.
10. KESSLER H H. *Concepto de rehabilitación, Rehabilitación Médica*. Barcelona: Masson, 1996; 1-5.
11. PILLU M, DESPEYROUX L, MELONI J, DESCHAMPS E, DUPRE J C, MATHIEU J F. *E.M.C. Kinesiterapia y Medicina Física. Readaptación de las amputaciones vasculares*. Editions scientifiques et medicales Elsevier, 1998; 26-270-A-10.
12. MOLINA A. *Rehabilitación: fundamentos, técnicas y aplicación*. Madrid: Editora Médica Europea, 1990.

13. PUIG DE LA BELLACASA R. La educación rehabilitadora: finalidad y finalidades. *Rehabilitación,* 1994; 196-198.
14. CAUTELA J, GRODEN J. *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
15. DAVIS M, MCKAY M, ESHELMAN R. *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: Martínez Roca, 1985.
16. CASTANYER O. *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1997.
17. MCKAY M, FANNING P. *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
18. BLASCO T. *Actividad física y Salud*. Barcelona: Martínez Roca, 1994.
19. VALVERDE CARRILLO M D, FLÓREZ GARCÍA M, SÁNCHEZ BLANCO I. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación,* 1994; 28 (6): 377-388.
20. SIMÓN M. *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide, 1993.
21. CABALLO V. *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro, 1988.
22. MONTSERRAT TARANCÓN M D, YAGÜE MARTÍNEZ M J. Intervención social en pacientes inmovilizados. *Rehabilitación,* 1995; 29: 447-450.
23. Stilik T P. *Rehabilitación del traumatizado laboral: Rehabilitación Médica*. Barcelona: Masson, 1996, 407-415.
24. VALDERRAMA GAMA E, PÉREZ DEL MOLINO MARTÍN J. Rehabilitación en el paciente anciano. Dificul-tades y consideraciones especiales. *Rehabilitación,* 1994; 28 (3): 179-186.