

Terapia psicológica como adyuvante en la recuperación del paciente amputado

MARIO DE JESÚS MEINGÜER-CUEVAS¹, MARIO CUELLAR-HÜBBE², MIGUEL ÁNGEL CLARA-ALTAMIRANO², NORA PATRICIA ÁLVAREZ-AGUILAR³, ALBERTO MEJÍA-PÉREZ³, ÓSCAR GALINDO-VÁZQUEZ⁴, SALVADOR ALVARADO-AGUILAR⁴ Y JORGE LUIS MARTÍNEZ-TLAHUEL^{2*}

¹Escuela Superior de Medicina; ²Servicio de Piel y Partes Blandas; Instituto Nacional de Cancerología; ³Instituto Nacional de Cancerología; ⁴Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología; Ciudad de México

RESUMEN

Introducción: En algunos pacientes no es posible lograr el control local del cáncer. El proceso de amputación en pacientes oncológicos tiene un fuerte impacto psicológico y emocional. Existe poca literatura médica en México sobre el estudio de las intervenciones psicológicas en pacientes amputados.

Objetivo: Revisar los aspectos psicológicos en el paciente amputado e identificar los efectos de la intervención psicológica. **Método:** Se realizó una revisión de la literatura médica en los buscadores PubMed y Science Direct en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2013. **Resultados:** Los

pacientes con intervención psicológica presentan un 40% menos de depresión. Los estudios demuestran que dichos pacientes mostraron mejor adherencia al tratamiento después de la amputación. **Conclusiones:** Los pacientes que reciben intervención psicológica, en comparación con los que no la reciben, muestran diferencias significativas en el afrontamiento ante la amputación, siendo la autorregulación la técnica de elección. Se requiere implementar estrategias que promuevan el desarrollo de técnicas como la autorregulación que coadyuven en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresivos y la adherencia terapéutica.

Palabras clave: Aspectos psicológicos en la amputación. Evaluación psicológica. Miembro fantasma.

Correspondencia:

*Jorge Luis Martínez-Tlahuel
Departamento de Oncología Médica
Instituto Nacional de Cancerología
Av. San Fernando, 22
Col. Sección XVI
C.P. 14080, Ciudad de México, México
E-mail: dr.jorgetlahuel@gmail.com

Recibido para su publicación: 16-11-2017
Aceptado para su publicación: 15-01-2018

ABSTRACT

Introduction: In some patients is not possible control local cancer. The process of amputation in cancer patients has a strong psychological and emotional impact. The study of psychological interventions in amputee's patient's hasn't been studied enough. **Objective:** A Review of the psychological in the amputee patient and identify the effects of the psychological intervention. **Method:** Make a review of literature in the search engines Pubmed and Science Direct in the period 2000-2013. **Results:** Patients with psychological presents a 40% less depression; the group that completed the treatment show a reduction in the probability to be depressive in the post treatment. **Conclusions:** Patients who receive a psychological intervention in compare with whom not, show a significant differences in coping in front to amputation, being the self-regulation technic of election. It's necessary to apply strategies than promoted to develop of technics as self-regulation with the purpose for symptom reduction of anxiety, depression and therapeutical adherence. (J CANCEROL. 2018;5:13-21)

Corresponding author: Jorge Luis Martínez-Tlahuel, dr.jorgetlahuel@gmail.com

Key words: Psychological aspects on the amputation. Psychological assessment. Phantom limb.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de extremidades es una condición potencialmente incapacitante. Una causa de incidencia se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades vasculares periféricas y cronicodegenerativas, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer. El cáncer constituye un problema de salud pública, pues cada año se diagnostican 150,000 nuevos casos, y cerca del 63% fallecerá por una detección tardía¹.

Los tumores de extremidades se incluyen dentro de una categoría conocida como sarcomas. Cuando no es posible lograr el control local del cáncer ni preservar el funcionamiento de la extremidad, es necesaria la amputación. En Europa y EE.UU. en ocasiones se logra conservar la extremidad en un 90% de los casos; en México esto no es posible, ya que generalmente los tumores se detectan en etapas localmente avanzadas².

La amputación tiene un fuerte impacto que repercute en un cúmulo de aspectos psicoafectivos, sociales y funcionales⁴. Se ha demostrado que la intervención psicológica en estos pacientes mejora la calidad de vida, así como la adhesión al tratamiento³⁻⁶.

En EE.UU., aproximadamente 1.8 millones de personas han tenido amputaciones^{7,8}.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE AMPUTADO Y SU INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Éstos dependerán de los diferentes estilos de afrontamiento con los que el paciente cuente, los cuales influirán en su adaptación emocional ante la amputación⁹.

La presencia de una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad,

dificultad en el tratamiento del miembro fantasma y falta de adherencia terapéutica afectará en la mejoría del paciente⁴.

Dichas intervenciones han demostrado la presencia cuadros depresivos en la mayoría de los casos, aunque los pacientes que reciben una intervención han tenido un mejor pronóstico sobre aquéllos que no la reciben².

Se calcula que alrededor del 30% de los pacientes presentan trastornos de ajuste con ansiedad y depresión o mixtos; cerca del 5-10%, depresión mayor, y el 2-3%, trastornos de ansiedad. La literatura médica muestra que entre el 20 y 50% de los pacientes con cáncer requieren alguna alternativa de intervención psicológica¹⁰. Orol (2010)⁴ menciona que el 70% de los pacientes la requieren durante todo el tratamiento.

Lepore (2006)¹¹, Newell (2002)¹² y Smedslund (2003)¹³ señalan en un estudio que hasta el 25% de los participantes esperan que la intervención psicológica ayude en el tratamiento y la cura del cáncer, y el 75-100% de dichos pacientes, después de la intervención, esperan asistir a terapia psicológica con el objetivo de lograr una mejoría respecto a su enfermedad. La intervención psicológica va a depender del tipo específico de cáncer, así como del estadio en el que éste se encuentre; es decir, si el cáncer es visible o no y si se encuentra en una etapa temprana o terminal. Dependiendo de esto, la mejoría será significativa.

Psicoterapia

La psicoterapia tiene el objetivo de eliminar, modificar o retardar los síntomas y cambiar los patrones alterados de la conducta (Compas, et al., 2002). La terapia cognitiva-conductual (técnicas de relajación progresiva, desensibilización sistemática, retroalimentación biológica, meditación e hipnoterapia) se considera la opción de intervención

psicológica más efectiva a utilizar para el tratamiento integral contra el cáncer^{12,13}.

OBJETIVO

Revisar los aspectos psicológicos en el paciente amputado e identificar los efectos de la intervención psicológica.

MÉTODO

Se identificaron 20 artículos. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed y Science Direct durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2013; adicionalmente también se emplearon las revistas electrónicas *Psicooncología* y *Psychooncology*. Las palabras clave fueron: aspectos psicológicos en la amputación por enfermedades vasculares (diabetes e hipertensión), accidentes traumáticos y cáncer, dolor fantasma e imagen corporal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Artículos acerca de los aspectos psicológicos del paciente.
- Artículos que traten sobre la intervención psicológica previa y posterior a la amputación.

Criterios de exclusión

- Artículos de revisión sistemática.
- Artículos cuyos objetivos centrales no consideren los aspectos psicológicos en el paciente amputado.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 artículos, de los cuales 8 mostraron los resultados de la intervención psicológica en pacientes con amputación y 12 evaluaron los aspectos psicológicos.

Síntomas físicos

Los problemas más frecuentes son la debilidad generalizada^{14,15}. En la predicción del dolor del miembro fantasma, los factores sociales, la intensidad del dolor y las variables psicosociales se asociaron con los síntomas de depresión¹⁴. La función del miembro fue un predictor significativo de calidad de vida. La imagen corporal mostró resultados que difieren entre pacientes amputados y pacientes con salvamento de la extremidad, así como la desarticulación de cadera, la edad en el momento del diagnóstico y el sexo¹⁶.

Síntomas psicológicos

Se identifican diferencias significativas en los niveles de depresión y ansiedad después de la intervención psicológica. El estilo de afrontamiento predominante fue la autoindulgencia (estilo de afrontamiento dirigido a la emoción)¹⁷. Después de la cirugía, los pacientes experimentaron niveles moderados de estrés, niveles intensos de ansiedad, miedo a la progresión de la enfermedad, sensación de tensión y nerviosismo¹⁸.

Intervención psicológica

Existe la probabilidad de presentar niveles de depresión más bajos en aquellos pacientes que realizaron técnicas de autorregulación: la mitad fueron menos propensos al finalizar el tratamiento y el 40% menos propensos seis meses después; finalmente, aquellos que completaron el tratamien-

to muestran en su mayoría una reducción de la probabilidad de estar deprimidos en el postratamiento (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Los pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión significativos, repercutiendo en la funcionalidad e imagen corporal. Aquéllos que recibieron tratamiento de intervención psicológica presentaron mejores resultados en las problemáticas mencionadas.

En relación con el estilo de afrontamiento adaptativo positivo, aquéllos en periodo de seguimiento eligen más la autorregulación. Ésta se caracteriza por acciones que van autodirigidas a confrontar activamente al problema de salud, teniendo efectos positivos en el bienestar, mejor ajuste a la enfermedad, mejor adhesión terapéutica y menor disfuncionalidad.

En relación con la intervención psicológica, se presentó un mejor afrontamiento adaptativo incluso a los seis meses de seguimiento, disminuyendo la sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la amputación.

Los hallazgos apoyan el planteamiento acerca de la intervención psicológica, la cual permite, mediante estrategias orientadas, la solución de problemas relacionados con la amputación.

CONCLUSIONES

Los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual como intervención psicológica acuden más a afrontamientos dirigidos a la emoción (autoindulgencia), beneficiándose en el bienestar personal y ajuste a la enfermedad.

Se requiere implementar estrategias que promuevan el desarrollo de estilos de afrontamiento dirigidos a

Tabla 1. Características de los estudios

Referencia	n	Características de los participantes	Objetivo	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Yadav, et al. (2011) India	358	Pacientes con cáncer en tratamiento y seguimiento	Evaluar los cambios psicológicos y conductuales en pacientes con cáncer, y su actitud hacia la condición de estrés y cambios fisiológicos	Cuestionario de estrés en pacientes con cáncer	Debilidad generalizada (20.95%), miedo a la progresión de la enfermedad (30.17%) y sensación de tensión y nerviosismo (24.86%). Actividades físicas con discapacidad (34.36%) y el estado mental (22.35%) antes y después del tratamiento	Pacientes implicados en el cáncer experimentan varios efectos físicos y psicológicos. El médico, los familiares y la sociedad juegan un papel importante para motivar al paciente en el tratamiento, disminuyendo la morbilidad y mejorando la calidad de vida
Rodríguez-Velázquez, et al. (2010) México	8	Pacientes amputados con sarcoma de extremidades	Determinar el nivel de ansiedad y depresión que sufren tras amputación de extremidades por sarcoma	Escala de ansiedad de Beck y escala de depresión de Beck	Después de la cirugía el 97.5% presentaron niveles moderados de ansiedad, el 67.5% niveles intensos y el 75% padecen depresión profunda después de la cirugía La ansiedad y la depresión aumentaron después de la cirugía un 12.5 y 50%, respectivamente	En el nivel leve, no se observó diferencia alguna entre la pre y postaplicación. Se observó una disminución del 12.5% (un sujeto) en el nivel moderado de ansiedad en la postaplicación. En la postaplicación hubo un incremento del 12.5% (un sujeto) en el nivel severo
Srivastava, et al. (2010) India	50	Pacientes sometidos a amputación en el último año	Evaluar los efectos de la intervención psicológica después de la amputación	HADS Inventario de síntomas de trauma Índice Millon de estilos de personalidad	Diferencias en las puntuaciones de la HADS, antes y después de una terapia ($p < 0.05$) Los síntomas de trauma son superiores al nivel de corte (> 65) El estilo de afrontamiento predominante fue la autoindulgencia	Existe un cambio significativo después de la intervención en la puntuación de la ansiedad y la depresión. La intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual mostró resultados significativos en el afrontamiento de la amputación

(continúa)

Tabla 1. Características de los estudios (continuación)

Referencia	n	Características de los participantes	Objetivo	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Robert, et al. (2010) EE.UU.	57	Participantes con tratamiento de osteosarcoma al menos 2 años antes del diagnóstico	Comparar los resultados psicosociales y funcionales en los supervivientes de osteosarcoma después de la cirugía de salvamento y amputación	<i>Functional Assessment Quality of Life Assessment</i> <i>Body Image Assessment</i> <i>Self-Esteem Assessment</i> <i>Social Support Assessment</i>	La función del miembro inferior fue significativa en la calidad de vida ($p < 0.001$) y el tipo de cirugía no afectó a esta relación: la desarticulación de cadera ($p = 0.046$), la rotoplastia ($p = 0.023$), la edad en el momento del diagnóstico ($p = 0.011$), la duración desde el diagnóstico ($p = 0.012$) y el sexo ($p = 0.011$). La diferencia no fue significativa en estos grupos cuando los siete participantes se sometieron a amputación tardía	Los participantes con las extremidades inferiores más funcionales tenían una mejor calidad de vida que aquéllos con los miembros inferiores menos funcionales, independientemente de si fueron sometidos a amputación o cirugía de salvamento
Wegener, et al. (2009) EE.UU.	287	Pacientes con pérdida de extremidades por cáncer	Probar la aceptación y la eficacia de la autogestión destinada a mejorar los resultados después de la pérdida de extremidades	Inventario breve de dolor Calendario de efectos positivos y negativos Estados positivos de ánimo	Niveles de depresión bajos en pacientes en autogestión, 50% menos propensos al final del tratamiento (IC 95%: 0.3-0.9) y 40% menos propensos a los 6 meses de seguimiento (IC 95%: 0.03-1.1) Completar el tratamiento muestra una reducción del 70% menos de presentar depresión en el postratamiento ($p < 0.01$) y persiste a los 6 meses ($p < 0.05$) En el grupo de autogestión, las limitaciones funcionales fueron menores a los 6 meses. La autoeficacia general fue mayor en el postratamiento inmediato y a los 6 meses	La autogestión puede mejorar los resultados de las personas con pérdida de extremidades más allá de los beneficios ofrecidos por los grupos de ayuda Los análisis de subgrupos indicaron que el impacto de la intervención fue mayor en los participantes menores a 3 años postamputados, participantes menores de 65 años de edad y los que mostraron al menos una condición secundaria al inicio del estudio

(continúa)

Tabla 1. Características de los estudios (continuación)

Referencia	n	Características de los participantes	Objetivo	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Jasen, et al. (2002) EE.UU.	61	Pacientes reclutados en un estudio en curso sobre anestesia preoperatoria a la amputación	Demostrar la función de los modelos biopsicosociales y los factores psicológicos y ambientales en la adaptación al dolor crónico	Escala de interferencia del dolor Escala de estudios de depresión del centro para la epidemiología Inventario de afrontamiento al dolor crónico Escala de catastrofismo del cuestionario de estrategias de afrontamiento	Los predictores psicosociales muestran un 43% de varianza explicada en el dolor moderado del miembro fantasma La intensidad de dolor fantasma y las variables psicosociales (28 y 46%) asociados con los síntomas de depresión. Los predictores a un mes presentaron una diferencia significativa en la interferencia del dolor (35%) y depresión (39%). El dolor disminuyó de 20.34 a 20.31 ($p = 0.053$)	Los factores psicosociales contribuyeron a la predicción de la intensidad del dolor, la interferencia del dolor y la depresión, así como a los cambios posteriores en la interferencia del dolor y la depresión, soporte a un modelo biopsicosocial de ajuste a PLP
Brugger, et al. (2014) EE.UU.	120	El ser corporal y sus trastornos: aspectos neurológicos, psicológicos y sociales	Identificar y estudiar la experiencia corporal propia del paciente tras la amputación	<i>Functional Assessment Quality of Life Assessment</i> <i>Body Image Assessment</i>	Después de la cirugía, el 95% presentó niveles moderados de ansiedad, el 68% niveles intensos y el 76% padecieron depresión profunda después de la cirugía La autopercepción del sujeto ante la amputación definirá el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión, favoreciendo las neuropatías propias del procedimiento	Las ilusiones resultantes han promovido la comprensión de los trastornos complejos del ser corporal, como las experiencias fuera del cuerpo. Se discute el papel de la propia percepción en la diferenciación entre uno mismo y los demás, y revisar los avances actuales en el estudio del trastorno de identidad de la integridad corporal, una condición en forma tanto por factores neurológicos como por factores sociales y psicológicos

(continúa)

Tabla 1. Características de los estudios (continuación)

Referencia	n	Características de los participantes	Objetivo	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Weddington, et al. (2015) EE.UU.	35	Resultado psicológico de los sobrevivientes de sarcoma de las extremidades sometidos a amputación o salvamento de la extremidad	Comparar los resultados psicológicos entre los sobrevivientes que fueron sometidos a procedimientos de salvamento o de amputación de extremidades para sarcomas de las extremidades	<i>Functional Assessment Quality of Life Assessment Anxiety Assessment Hospital Interview</i>	La mayoría de los pacientes revelaron sólo síntomas psicológicos leves y el 55% demostraron un buen-excelente ajuste a sus cirugías y enfermedades. No hubo diferencias significativas en las medidas de resultado psicológico para pacientes con sarcomas de las extremidades que se sometieron a procedimientos de salvamento de la extremidad en comparación con aquéllos que fueron sometidos a amputación	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en edad, sexo, estado civil, extremidades quirúrgicamente involucradas, estado de la quimioterapia y clase social en el momento de la cirugía y entrevistas posteriores, ni entre los grupos en capacidad cognitiva, síntomas, estado de ánimo, cambios en la imagen corporal, funcionamiento físico global, ajuste global de la enfermedad y la cirugía, ni la prevalencia de trastornos psiquiátricos antes o después de la cirugía

HADS: escala de ansiedad y depresión hospitalaria; IC: intervalo de confianza; PLP: potenciación a largo plazo.

la emoción, que coadyuven a una mejor adaptación y reducción de síntomas de ansiedad, depresión e incremento de la adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas Compendio Mortalidad/Morbilidad/2012. Secretaría de Salud.
2. Herrera Gómez A, Cuéllar Hube M, Gamboa Vignolle SWC, Padilla Rosciano AE, Dolores Velásquez R. Sarcomas de tejidos blandos en el tronco y extremidades. En: Herrera Gómez A, Granados García M. Manual de oncología. 3.ª ed. México: Mc. Graw Hill; 2006. p. 637-50.
3. Bluestone R. Artritis reumatoide. 4.ª ed. *Rheumatology reviews and reports*. 1994.
4. Gayoso Orol M. Consecuencias psicológicas de las amputaciones. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
5. Robert RS, Ottaviani G, Huh WW, Palla S, Jaffe N. Psychological and functional outcomes in long-term survivors of osteosarcoma: a comparison of limb-salvage surgery and amputation. *Pediatr Blood Cancer*. 2010;54(7):990-9.
6. Amputación: Descripción general del procedimiento. Georgetown Hospital System. 2013. Disponible en: <http://www.georgetownhospitalsystem.org/stw/Page.asp?PageID=STW043153>
7. Adams PF, Hendershot GE, Marano MA; Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics. Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital Health Stat*. 1999;(200):1-203.
8. Dillingham TR, Pezzin LE, MacKenzie EJ. Limb amputation and limb deficiency: epidemiology and recent trends in the United States. *South Med J*. 2002;95(8):875-83.
9. Priyanka Yadav J. Psychological and behavior changes in cancer patients and their attitude towards the stressful condition and physiological changes. *Journal of Solid Tumors*. 2011;1(1).
10. Herrera Gómez A, Granados García M. Tratamientos Psicooncológicos. Manual de Oncología. 4.º ed. México: MC. Graw Hill; 2010.p. 1214-5. Tratamientos psicooncológicos. En: Herrera Gómez A, Granados García M. Manual de oncología. 4.ª ed. México: Mc. Graw Hill; 2010. p. 1214-5.
11. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med*. 2006;32(2):85-92.
12. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(8):558-84.
13. Smedslund G, Ringdal GI. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *J Psychosom*. 2004;57(2):123-31.
14. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czerniecki JM, Robinson LR. Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*. 2002;95(1-2):133-42.
15. Cárdenas C, Aranda M. Psychotherapies for the treatment of phantom limb pain. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;46(3):178-86.
16. Stanton AL, Rowland JH, Ganz PA. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. *Am Psychol*. 2015;70(2):159-74.
17. Srivastava K, Saldanha D, Chauhury S, Ryali V, Goyal S, Bhattacharyya D, et al. A Study of Psychological Correlates after Amputation. *Med J Armed Forces India*. 2010;66(4):367-73.
18. Rodríguez-Velázquez AL, Alvarado-Aguilar S, Cuellar-Hübbe M, Villavicencia-Valencia V, Gómez García FJ. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto. *GAMO*. 2010;9(1):11-8.
19. Wegener ST, Mackenzie EJ, Ephraim P, Ehde D, Williams R. Self-management improves outcome in persons with limb loss. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(3):373-80.
20. Brugger P, Lenggenhager B. The bodily self and its disorders: neurological, psychological and social aspects. *Curr Opin Neurol*. 2014;27(6):644-52.
21. Weddington WW Jr, Segraves KB, Simon MA. Psychological outcome of extremity sarcoma survivors undergoing amputation or limb salvage. *J Clin Oncol*. 1985;3(10):1393-9.