

**Universidad de Belgrano**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología



## **TRABAJO FINAL DE CARRERA**

### **“Estrategias de afrontamiento en sucesos traumáticos de salud. Estudio de caso”**

**Alumna:** Pons Guadalupe

**Matrícula:** 21144

**Carrera:** Psicología (402)

**Email:** [guadapons97@gmail.com](mailto:guadapons97@gmail.com)

**Turno:** Mañana

**Tutor:** Lic. Maria Mercedes Mazzulla

# Índice

## Tabla de contenido

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<i>Presentación del Tema.....</i>	4
<i>Problema y pregunta de investigación.....</i>	4
<i>Relevancia y justificación de la temática .....</i>	5
<i>Objetivos.....</i>	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
<i>Alcances y límites del trabajo.....</i>	6
<i>Estado del Arte.....</i>	6
Antecedentes .....	6
<i>Marco Teórico.....</i>	9
<i>Metodología.....</i>	10
Diseño y tipo de estudio.....	10
Procedimiento .....	10
Muestra.....	11
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>12</b>
<i>Sucesos traumáticos.....</i>	12
1.1 Sucesos traumáticos: Pacientes amputados.....	12
1.2 Reacciones al trauma del paciente amputado .....	13
<b>Capítulo 2.....</b>	<b>18</b>
<i>Estrategias de afrontamiento .....</i>	18
2.1 Concepto de estrategias de afrontamiento.....	18
2.2 Tipologías de estrategias de afrontamiento.....	18
2.3 Definiciones de personalidad.....	22
2.4 Los factores de la personalidad.....	23
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>28</b>
<i>Caso clínico: Sucesos traumáticos y estrategias de afrontamiento .....</i>	28
3.1 Entrevista.....	28
3.2 La amputación: sus estrategias de afrontamiento .....	37
3.3 Capacidad de sobreponerse a la situación traumática .....	42
3.4 La resiliencia frente a un suceso traumático .....	44
<b>Conclusión.....</b>	<b>47</b>

<b>Anexos .....</b>	<b>48</b>
<i>Anexo 1: Consentimiento informado.....</i>	<i>48</i>
<i>Anexo 2: Guía de preguntas para la persona con amputación.....</i>	<i>49</i>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>51</b>

# Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general comprender las estrategias de afrontamiento que utilizó un paciente de 77 años frente a un suceso traumático como la amputación bilateral en la provincia de Buenos Aires. Para ello, se recurre al enfoque cualitativo desde un diseño narrativo para contextualizar, reconstruir y comprender historias individuales que involucran pensamientos, sentimientos, emociones sobre las estrategias de afrontamiento frente a sucesos traumáticos, como la amputación bilateral. Para obtener información se utiliza la técnica entrevista a partir de una guía de preguntas semiestructurada. Por otra parte, se considera la técnica observación científica para comprender las vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias. Los resultados determinaron que las principales estrategias de afrontamiento que utiliza el sujeto están enmarcadas en dos grupos: las centradas en las emociones, como el apoyo social, la reinterpretación positiva, el autocontrol y aceptación de la responsabilidad; y aquellas orientadas al problema como la planificación, la búsqueda de apoyo profesional, la autonomía y la búsqueda de solución de problema. A modo de conclusión, se infiere que el sujeto se apoya en la resiliencia como recurso para sobreponerse a la situación traumática de la amputación de sus manos y piernas; y adaptarse a su nueva realidad.

**Palabras claves:** estrategias de afrontamiento, sucesos traumáticos, amputación.

# Introducción

## Presentación del Tema

La presente investigación tiene por objetivo conocer las estrategias de afrontamiento ante sucesos traumáticos. El estudio se centra en un análisis de caso de un paciente sexo masculino de 77 años que ha padecido una amputación bilateral en el año 2017 producto una mala praxis.

Los sucesos traumáticos en la salud ocasionan síntomas de estrés postraumático, que pueden desarrollar alteraciones psiquiátricas seria y persistente; empeorando la salud física o psicológica, produciendo dificultades de adaptación del individuo amputado.

De tal modo, como efecto de esta situación el sujeto recurre a diversas estrategias de afrontamiento que están condicionadas por su personalidad. Se entiende por estrategias de afrontamiento los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se utilizan cuando existen demandas externas o internas que son evaluadas específicamente como exageradas o desbordantes frente a los recursos de los sujetos.

En tal sentido, la investigación pretende indagar y comprender sobre las estrategias que utiliza el sujeto, como es el acompañamiento familiar; y asimismo, que correlación presenta la estrategia de afrontamiento según el estilo de personalidad.

## Problema y pregunta de investigación

La amputación se podría definir como la pérdida de una parte del cuerpo. Se tiende a considerar que somos con un estado físico "completo", donde la pérdida de una extremidad supone un duro golpe a nuestra propia imagen y a nuestra identidad; ocasionando en las personas un proceso de angustia semejado a la pérdida de un ser querido.

Desde el punto de vista emocional, aparecen dudas, miedos e impotencia y se desarrollan sentimientos de inutilidad e inferioridad; siendo la familia un fuerte apoyo social y personal (Guerrero, 2005).

En referencia a los aspectos psicológicos, estos se centran en las reacciones de la conducta del amputado, que sugiere un análisis desde tres canales: las experiencias y problemas reales del amputado; la variedad de estímulos, conductas y las introspecciones del paciente concernientes a su incapacidad; la identificación de aquellos procesos psicodinámicos que clarifican las relaciones entre las experiencias objetivas asociadas con la amputación y el resultado de las respuestas de la conducta (Fishman, 1961).

Los problemas reales que engendra la incapacidad, están vinculados con problemas físicos, psicológicos y sociales específicos de la relación del amputado con su íntimas y complejas interacciones.

La amputación es un problema real, que sitúa al sujeto en circunstancias negativas causadas por el dolor físico y la invalidez percibida. Para sobrellevar esta situación, el amputado recurrirá a una serie de estrategias de afrontamiento que le provocará una nueva situación que lo ayude a disminuir el estrés emocional y comprender su nueva realidad para adaptarse con éxito en el contexto familiar y social.

Se entiende a las estrategias de afrontamiento como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, que sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, que permite restablecer el equilibrio personal de las emociones y sentimientos que han quedado alterados por la pérdida.

En función de lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento frente a un suceso traumático, como la amputación bilateral, en un paciente adulto mayor residente en la provincia de Buenos Aires?

## Relevancia y justificación de la temática

El presente estudio es relevante en el campo de psicología porque posibilita indagar sobre particularidades de las estrategias de afrontamiento ante un suceso traumático como lo es la amputación bilateral.

Asimismo, los resultados obtenidos serán un insumo teórico para otras investigaciones que estudien la problemática desde una perspectiva integral, y con macro escala. También posibilitará diseñar acciones de intervención desde la psicología focalizadas en la personalidad y necesidad del sujeto con amputación de miembros.

## Objetivos

### Objetivo general

- Comprender las estrategias de afrontamiento que utilizó un paciente de 77 años frente a un suceso traumático como la amputación bilateral en la provincia de Buenos Aires.

### Objetivos específicos

- Describir los sucesos traumáticos de salud que afrontó el paciente.
- Analizar las estrategias de afrontamiento que utilizó el paciente con amputación bilateral para superar el suceso traumático.

## Alcances y límites del trabajo

Como alcance de la investigación está condicionada por la accesibilidad de análisis del caso, posibilitando un contacto directo y frecuente con el paciente que permita conocer las estrategias de afrontamiento que utilizó frente al suceso traumático.

Con respecto a la limitación del estudio, radica en el análisis de un solo estudio de caso considerándose importante poder hacer un estudio comparativo que permita dilucidar otros aspectos de la personalidad y su correlación con las estrategias de afrontamiento.

## Estado del Arte

### Antecedentes

#### Internacional

Quintero Mantilla (2018) en su tesis de grado titulada “Acompañamiento psicológico a un adulto en el proceso de duelo por amputación supracondílea. Un estudio de caso” de Colombia; tuvo por objetivo brindar apoyo psicológico a un paciente adulto mayor en el afrontamiento del duelo por amputación supracondílea. Para ello se implementó un plan de intervención fundamentado en sus fases de evaluación, intervención y seguimiento desde el modelo cognitivo-conductual y estructurado en 12 sesiones en total. Se utilizaron como instrumentos la observación directa, la entrevista clínica, además, escalas analógicas o de medidas subjetivas y una batería de pruebas compuesta por el Mini-Mental State Exam (MMSE), el test del dibujo del reloj (TR), la Escala de depresión geriátrica (SDG-15) y el Índice de calidad de vida (QLI-sp). Entre los resultados y logros obtenidos se evidenció: (1) aumento en la adherencia al tratamiento y conducta de salud, introspección de la patología y rol activo del paciente en su proceso de recuperación, (2) disminución de la irritabilidad y sintomatología depresiva, (3) aumento en la percepción del control y empleo de recursos internos/ externos en el paciente, (4) disminución de la intensidad del dolor en el paciente y aumento de su capacidad de modulación del mismo y (5) aumento de la participación del grupo familiar y compromiso en la promoción de calidad de vida del paciente. Finalmente, en el tratamiento a pacientes con complicaciones de pie diabético y/o plan de amputación, se evidencia el impacto positivo del uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, el tratamiento en desensibilización sistemática, la terapia del espejo, la psicoeducación y reforzamiento positivo; siendo fundamental el acompañamiento psicológico intrahospitalario antes, durante y después de la cirugía al paciente y su familia, en prevención de cuadros psiquiátricos y dificultades en el proceso de recuperación, y promoción de una adecuada aceptación, afrontamiento y adaptación psicosocial en la elaboración de la pérdida.

La conclusión del estudio afirmó que se logró brindar de forma satisfactoria apoyo psicológico. Inicialmente se logró incentivar la adherencia al tratamiento médico quirúrgico requerido, logrando la

aceptación del procedimiento, aumentado la introspección de la patología en el paciente y fortaleciendo la creencia de algunas conductas específicas, tales como los hábitos de vida saludable en alimentación, correcta toma de medicamentos, autocuidado e higiene personal, pueden aumentar su probabilidad de recuperar su salud. De esta forma, se evidenció un reforzamiento del empoderamiento y rol activo del paciente en su proceso de recuperación. Así mismo, se consiguió mediante un proceso de valoración y seguimiento constante en el momento anterior y posterior a la amputación comprender los cambios emocionales y conductuales en la estancia hospitalaria del paciente, a fin de prevenir el aumento de la alteración emocional.

Zepeda Espinoza (2019) en su tesis de grado titulada "Resiliencia y trastorno de estrés postraumático en adultos con amputación que acuden a la unidad de rehabilitación e integración social" de México; tuvo por objetivo analizar los niveles de resiliencia y trastorno de estrés post-traumático en adultos que presentan una amputación y que acuden a terapia física y/o psicológica dentro de la Unidad de Rehabilitación e Integración Social. La metodología utilizada planteó una investigación de tipo descriptiva, debido a que solo se pretendió medir y analizar el nivel en el que se presentan las variables, por lo que, de acuerdo a estas características, el tipo de estudio de esta investigación fue o no experimental- transversal, ya que las variables en ningún momento se manipularon y los instrumentos utilizados fueron aplicados en un tiempo y momento único. Para la aplicación de los instrumentos se laboró con una muestra no probabilística de tipo intencional de 11 adultos en un rango de edad mayor de 18 años que han padecido alguna amputación, basándose únicamente en aquellas realizadas por causas accidentales o por enfermedad, tanto de extremidades superiores como inferiores y que reciban rehabilitación física y tratamiento psicológico; que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y de Tejupilco de Hidalgo. Del total de encuestados, 6 fueron hombres y 5 mujeres, donde 9 del total de ellos presentaban una amputación inferior y solo 2 una amputación superior, dentro de los criterios de inclusión se consideró que supieran leer y escribir, habilidades necesarias para la aplicación de las pruebas.

En esta investigación se utilizaron dos variables: Resiliencia y Trastorno de Estrés Post- Traumático por lo cual es necesario el uso de dos instrumentos: Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y Escala de Trauma (DTS). Los resultados obtenidos afirman que los adultos con amputación presentan una capacidad resiliente alta para enfrentar un proceso de duelo y los diferentes cambios tanto físicos y psicológicos que generan una alteración a nivel psíquico por un desajuste emocional, motivacional y sintomatológico, observándose mayor capacidad resiliente en las mujeres que en los hombres. Asimismo, reciben mayor apoyo social de los amigos y la familia; sin embargo, pierden el interés en conocer a nuevas personas e interactuar con los demás, esto se entiende porque una vez que se realiza el desmembramiento, estos se enfrentan a sentimientos de depresión, pérdida de autoestima y rechazo a la nueva imagen corporal.

Patiño Martínez et al. (2020) en su investigación titulada "Herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades" de Colombia; tuvo por objetivo recopilar y analizar información de diferentes fuentes, autores y disciplinas que permita contextualizar el abordaje de herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades. La metodología utilizada consistió en una búsqueda sistematizada de artículos de investigación publicados en el idioma español entre los años



2015 a 2020. La búsqueda se realizó a través de la base de datos de la universidad cooperativa de Colombia por medio de la biblioteca digital, Dialnet, Google Académico, Scielo y Redalyc. En esta se recopiló información abarcando los conceptos de duelo por amputación de una extremidad corporal y las estrategias de afrontamiento de 20 artículos revisados a texto, seleccionándose 11 artículos los cuales abarcan la temática planteada. Los resultados determinaron que las amputaciones causan gran impacto a nivel físico, emocional, familiar y social. La pérdida de una extremidad es similar al dolor provocado por la muerte de un familiar, apareciendo un proceso de duelo. La conclusión del estudio afirmó que hablar de duelo no solamente es enfocarse en la muerte de un ser querido sino que hay diversidades de duelos en este caso. El duelo por amputación de extremidad permite observar como un individuo que nace con todas las partes de su cuerpo le es practicada una amputación ya sea por enfermedad o por accidentes inesperados, dándole un giro a su vida lo cual le conlleva a sentir que este cambio a su imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles social y profesional. También se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general. Durante el proceso de duelo que vive la persona, también se generan cambios emocionales por la pérdida de la extremidad y de las funciones que cumplía como tal. Las etapas más observadas del proceso del duelo por la verbalización de los dos sujetos fueron la negación, la depresión y aceptación. Este proceso va ligado con sentimientos como: enojo, rabia, tristeza y desesperanza.

Polar Macias (2021) en su investigación titulada "Estrategias de afrontamiento y ajuste psicológico en personas con discapacidad física adquirida" de Perú; tuvo por objetivo identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicológico en las personas mayores de 18 años con discapacidad física adquirida. Se realizó una revisión aplicada de investigaciones teniendo en cuenta las indicaciones propuestas en la guía PRISMA. Las bases de datos consultadas fueron Proquest, Psycodoc, Scopus y APA Psynet tomándose en consideración investigaciones realizadas entre el 2005 y el 2021. Para el análisis se seleccionaron 7 investigaciones que evalúan las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicológico. Las evidencias indican que existe una relación significativa entre las variables y que las estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas predicen un adecuado ajuste psicológico, es decir un equilibrio emocional que impacta positivamente en la satisfacción y calidad de vida. La conclusión del estudio afirmó que existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicológico en las personas mayores de 18 años con discapacidad física adquirida. Las estrategias de afrontamiento se vinculan como variable predictora del ajuste psicológico. En cuanto a los tipos de estrategias, las centradas en la resolución de problemas predicen un ajuste psicológico adecuado a la discapacidad, así como también aumentan la satisfacción y calidad de vida. Por otro lado, las estrategias orientadas a la emoción como la evitación y la desconexión, suelen estar vinculadas con niveles altos de angustia emocional, depresión, ansiedad y estrés postraumático.

## Marco Teórico

El estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante, aunque enfatiza la reacción biológica global producida y afirma que “estrés no es meramente tensión nerviosa”, sino que es “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda realizada”, también conocida como Síndrome de Adaptación General (Hans Selye, 1956). En otras palabras, el estrés es considerado como el común denominador de todas las respuestas adaptativas del cuerpo.

Por consiguiente, la persona que sufre estrés lo manifiesta a través de diferentes sintomatologías como por ejemplo: irritabilidad, falta de energía, dolores de cabeza, cambios de humor, ira, sensibilidad extrema, entre otros. Este conjunto de síntomas conductuales, emocionales y físicos son una respuesta a las demandas de la vida y que requieren de acciones orientadas a mitigar sus efectos; ellos denominados estrategias de afrontamiento.

Desde el modelo transaccional, representado por Lazarus y Folkman (1986) el estrés hace referencia a una relación existente entre persona y entorno y que la clave de esta transacción es la valoración personal de la situación psicológica. Sugieren también que para que se presente un proceso de estrés son importantes dos elementos: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento.

Con relación a la valoración cognitiva, Lazarus y Folkman (1984) las diferencia entre primaria y secundaria. La valoración primaria alude al reconocimiento de que existe un problema; en tanto que la valoración secundaria es la respuesta a la peligrosidad del problema identificado. Después de que una persona ha valorado la situación inicialmente, se forma una idea de su capacidad de controlar o afrontar el peligro, la amenaza o el desafío, impresión que se denomina valoración *secundaria*. Y finalmente se realiza una reevaluación en donde la situación anteriormente valorada adquiere otro carácter que el original, si el entorno cambia o la persona empieza a considerar la situación en forma distinta.

De la evaluación cognitiva dependen las respuestas de estrés, y ante ello, se emplean diversas estrategias de afrontamiento. El uso de éstas depende de numerosos factores como la salud y la energía, las creencias positivas (creer que son capaces de obtener las consecuencias deseadas), capacidad para resolver problemas, habilidades sociales (la capacidad de hacer que otras personas colaboren puede constituir una importante fuente del manejo del estrés), y apoyo social o sensación de aceptación.

Por lo mencionado las estrategias de afrontamiento permiten a las personas mantener sus niveles de estrés de manera moderada, pudiendo convivir con ellos sin que les ocasione un daño físico o psicológico significativo; para ello, es necesario que la persona conozca diferentes herramientas o recursos que lo ayuden a afrontarlo desde las particularidades del contexto que lo demanda.

No obstante, se presentan en la vida del sujeto diversas situaciones traumáticas que activan sus estrategias de afrontamiento. La palabra trauma proviene del griego que significa “herida”, es decir, un acontecimiento que hiere nuestro sentido de la seguridad y del bienestar, y que nos llena de creencias falsas o destructivas sobre nosotros mismos y/o sobre el mundo (Aznárez, 2012). Es así, que el trauma puede definirse como el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. (Pierre Janet, 1894; 1919).

Por consiguiente, el trauma supone una situación de estrés, agudo o crónico, que produce un impacto negativo y que puede llevar asociado un significado simbólico que determine las consecuencias del mismo. Por tanto, todos los sucesos adversos de la vida son susceptibles de producir impacto traumático que destrozan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado.

Desde la perspectiva psicológica, el trauma es un sentimiento de inmenso miedo, de indefensión, de pérdida de control y de amenaza de aniquilación, ocasionando cambios en la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo; y el modo en que resulte afectada dependerá de su historia personal (sistema de creencias previo), el tipo de situación traumática, las circunstancias que la rodearon y qué esquemas cognitivos sean centrales en el armazón del individuo (cuáles son aquellos que le identifican y definen en mayor medida como ser en el mundo). (Saldaño Garcia, 2014).

En 1980, la Asociación Psicológica Argentina (APA) consideró los acontecimientos traumáticos como fuera de la experiencia humana habitual. Según estudios recientes, el trauma es tan común como para considerarlo normativo; considerándose extraordinario en la medida en que superan las capacidades adaptativas habituales de los seres humanos a la vida.

## Metodología

### Diseño y tipo de estudio

En la presente tesina por un lado se realizara una revision bibliografica acerca de Ocampo, Gonzalez, Kubler-Ross y Lazarus y Folkman. A su vez se utilizará un enfoque cualitativo desde un diseño narrativo, ya que el estudio permitirá contextualizar, reconstruir y comprender historias individuales, eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones para indagar las estrategias de afrontamiento frente a sucesos traumáticos de salud de manera completa.

### Procedimiento

Para la obtención de la información se utilizará como técnica de recolección la entrevista con el propósito de indagar en las experiencias, vivencias y estrategias de afrontamiento de un caso que ha sufrido una situación traumática a partir de la amputación de sus extremidades (manos y piernas). Para ello, se recurrirá a una guía de preguntas semiestructuradas como instrumento de recopilación de datos.

Por otra parte, se realizará la técnica observación científica a partir del instrumento guía de observación no participante (anotaciones o notas de campo) con la finalidad de visibilizar el contexto familiar en el que se desenvuelve el sujeto caso de análisis. En palabras de Miles, Huberman y Saldaña (2013) la observación implica comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias, los eventos que suceden al paso del tiempo y los patrones que se desarrollan.

Según Lofland *et al.* (2005), los elementos que se pueden observar en el *ambiente social y humano* son las formas de organización en grupos, patrones de vinculación (propósitos, redes, dirección de la comunicación, elementos verbales y no verbales, jerarquías y procesos de liderazgo, frecuencia de las interacciones). Características de los grupos y participantes (edades, orígenes étnicos, niveles socioeconómicos, ocupaciones, género, etc.); actores clave; líderes y quienes toman decisiones; costumbres.

## Muestra

En el presente estudio la muestra está constituida por un caso de sexo masculino de 77 años; reside en Provincia de Buenos Aires, y su grupo familiar conviviente y cercano.

# Capítulo 1

## Sucesos traumáticos

### 1.1 Sucesos traumáticos: Pacientes amputados

Los sucesos traumáticos son comunes a todo ser humano, ya que experimentan distintos tipos de emociones como: miedo, deseo, alegría, tristeza, ira, culpa- frente a diferentes situaciones de la vida. No obstante, estas emociones pueden activarse en algunas condiciones sin motivo aparente, y ser, por ello, responsables de consecuencias negativas en la salud física y/o psicológica de la persona.

En este sentido, un suceso traumático es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima.

El trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso traumático. Cualquier acontecimiento de este tipo quiebra el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos.

Por eso, la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar los sucesos traumáticos genera en la persona diversas reacciones. En el caso de las personas con amputación de sus miembros, puede producirse alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales en los individuos que las padecen, implicando con ello, un cambio radical en su estilo y calidad de vida.

En estos casos lo más frecuente es generar un duelo que da como resultado ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando se es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se puede invertir de nuevo la propia energía en el presente y en el propio contexto (González, 2017; Ocampo, 2010).

En la mayoría de los casos de adultos con amputación, se enfrentan a un desajuste psicosocial que implica la pérdida de la autonomía, la imagen corporal y la identidad personal que ya se tenía (Gonzalez et al, 2017); y ello ocasiona, alteraciones de la motivación y reacciones emocionales que manifiestan como desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación.

Es necesario definir el término amputación, que proviene del latín *amputatio*, que significa separación de un miembro o parte del mismo, de una parte saliente del cuerpo; es decir, las amputaciones se define como “la resección completa y definitiva de una parte o totalidad de una extremidad” (Malagón, 1994).

Por consiguiente, las amputaciones traumáticas no es un acontecimiento que involucre únicamente al individuo que la sufre; los miembros de su familia y el contexto social que lo rodea (amistades) también sufren desajustes emocionales debido a las circunstancias o a la manera como se producen estas amputaciones. La mayoría de los casos tienden a ser inesperadas y todos, no solo la persona con amputación, entran en un proceso para la asimilación del cambio y de apoyo para el paciente que, con frecuencia se encuentra ya en senectud (González, 2017; Ocampo, 2010).

El tratamiento de las personas con amputación dependiera principalmente de la capacidad que tengan de aceptar su nueva condición, debido a que pasan de ser completamente autónomas a ser parcialmente dependientes, esto al menos durante el comienzo mientras que logran adaptarse a la nueva condición para desenvolverse adecuadamente dentro de la sociedad, amparándose de la rehabilitación para aclimatarse a la situación (Rueda et al, 2002).

## 1.2 Reacciones al trauma del paciente amputado

Se entiende por reacciones al trauma a las respuestas fisiológicas y de asimilación de una nueva realidad (situaciones relacionadas con la muerte, diagnósticos crónicos en salud mental, enfermedades terminales, catástrofes, comunicación de malas noticias...etc.), tienen en común algún tipo de pérdida que requiere de un esfuerzo adaptativo a la nueva situación. (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón Morán, 2012).

Las reacciones al trauma contribuye a amortiguar el impacto de las consecuencias emocionales, donde el convaleciente pondrá en marcha las estrategias de afrontamiento que forman parte de su repertorio habitual para sobrellevar las situaciones traumáticas que le aquejan. Cuando la persona entra en situación de crisis puede reaccionar de muy diferentes maneras, y todas ellas pueden resultar adaptativas, destacándose la negación/evitación y la resiliencia.

### 1.2.1 La negación/evitación

Es una respuesta adaptativa para evitar que el daño del impacto desborde al convaleciente, proporcionando tiempo para digerir gradualmente la situación traumática. Se destaca, que esta respuesta se instaura como resultado del intento de adaptación a la pérdida (superando la función adaptativa inicial), entonces predicen un duelo complicado, pero para determinar si una respuesta de afrontamiento es o no efectiva, no son la intensidad, frecuencia o incidencia, las que lo “determinan”, sino su eficacia en la integración de la pérdida. (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón Morán, 2012, p. 30).

En otras palabras, la negación se entiende como el mecanismo mediante el cual la persona rechaza reconocer algún aspecto doloroso de la realidad externa o de la experiencia subjetiva que es aparente para los otros. Es decir, consiste en enfrentarse a los conflictos negando su relevancia o incluso su existencia, de tal manera que se evitan o rechazan aspectos de la realidad considerados desagradables.

La negación no sólo implica la pérdida de un ser querido o la existencia de una enfermedad terminal, sino significa también un cambio de manera intensa, por ejemplo la amputación de un miembro. Cuando estamos en la etapa de la negación, al principio podemos quedarnos paralizados o refugiarnos en la insensibilidad.

En la etapa de la negación el mundo se torna absurdo y opresivo, la vida no tiene sentido. Estamos conmocionados y negamos los hechos. Nos volvemos insensibles. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante, si podemos seguir adelante, por qué deberíamos seguir adelante. Intentamos hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación ayuda a afrontar la situación y a sobrevivir, a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar.

Este conjunto de sentimientos son importantes como mecanismos de protección de la psique que permite el cuestionamiento de nuestra realidad. ¿Es cierto? ¿Ha pasado realmente? Las personas a menudo se descubren contando la historia de su pérdida una y otra vez, lo cual es una de las formas en que nuestra mente afronta los traumas. Es una manera de negar el dolor mientras intentamos aceptar la realidad de la pérdida. Cuando la negación remite, va siendo poco a poco sustituida por la realidad de la pérdida. (Kubler-Ross, 2008).

Comenzamos a preguntarnos el cómo y el porqué. ¿Cómo ha sucedido?, podemos preguntarnos mientras repasamos las circunstancias. Dejamos de contar nuestra historia a los demás; ahora, volvemos la mirada hacia adentro para intentar encontrar una explicación. Exploramos las circunstancias que rodean la pérdida. ¿Tenía que suceder? ¿Tenía que suceder de esa forma? ¿Podría haberse evitado? (Kubler-Ross, 2008).

### 1.2.2 La resiliencia

La Resiliencia se concibe como una actitud y/o conducta orientada a la normatividad que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de uno mismo por una que refleje la competencia del individuo que se tenga para la solución de problemas, obteniendo resultados positivos ante las adversidades (Flores, 2007).

Las personas se enfrentan y construyen las respuestas a la adversidad diarias generando su proceso de Resiliencia como una respuesta adaptativa inherente como seres biológicos y sociales (Piña, 2015). En este sentido, se concibe la Resiliencia como una actitud que permite resultados positivos al individuo ante la adversidad, sin importar cuán difícil sea o cuan pocas expectativas se tengan, respondiendo o afrontando exitosamente a la adversidad y a todos los problemas de la vida, desarrollando fortalezas para resistir a los problemas. (Murray, 2013).

Por lo tanto, se sostiene que la resiliencia está latente dentro de nuestro sistema psíquico, todas las personas tienen determinados factores internos y externos que pueden contribuir a su desarrollo, pero para utilizarla debe de ser activada por algún estímulo interno o externo como

respuesta a aquellas situaciones percibidas como adversas o dañinas para la estabilidad psicoemocional de la persona (Gaxiola, 2012).

En síntesis, se infiere que ser resiliente es ser capaz de estar en condiciones de hacer algo siempre y cuando se dé la oportunidad o que se configure una determinada circunstancia. Por consiguiente, la resiliencia no solo va a depender de las capacidades, habilidades y personalidad, si no de la unión de cada uno de ellos para desarrollarla (Piña, 2015; González-Arratia *et al*, 2011); es decir, que el conveliciente empleara para superar y adaptarse a las situaciones adversas a las que se enfrenta para así lograr una vida estable o incluso tener una transformación positiva emocional fortaleciéndose del trauma (Palomar y Gómez, 2010; Uriarte, 2005).

La Resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permite contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma. Para desarrollar la resiliencia, se proponen los siguientes factores y/o dimensiones.

Wolín y Wolín (1993) utilizaron la teoría de Werner para describir los siguientes factores de la resiliencia:

1. *Introspección*: se refiere a la capacidad de comprender las cualidades de sí mismo y de los otros;
2. *Interacción*: es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas;
3. *Iniciativa*: es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes; se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos;
4. *Independencia*: es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener una sana distancia emocional y física, sin llegar al aislamiento;
5. *Humor*: es la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia;
6. *Creatividad*: significa crear e innovar en lo personal, lo familiar, lo artístico, lo científico y lo social para transformar la realidad por medio de la solución de problemas y por último;
7. *Moralidad*: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Otro punto de vista respecto a los factores de Resiliencia son los planteados por Clarke y Clarke (2003) que expresan la resiliencia a través de los denominados recursos internos, es decir, todas aquellas características personales, al igual que el apoyo externo y el tiempo de apoyo que se destine a la persona. Estos factores se entienden como recursos internos la inteligencia social del individuo, su habilidad para resolver problemas o el desarrollo de su autoestima, mientras que el apoyo externo como: las redes afectivas, algún intento deliberado de ayuda.



Desde la perspectiva de Saavedra (2005) la resiliencia intervienen tres factores protectores:

1. *Factores personales*: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.
2. *Factores cognitivos y afectivos*: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.
3. *Factores psicosociales*: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares.

En el mismo sentido, se identifican las dimensiones de la Resiliencia propuestas por Palomar y Gómez (2010):

1. *Fortaleza y confianza en sí mismo*: Se refiere a la claridad que tienen los individuos sobre sus objetivos, al esfuerzo por alcanzar sus metas, la confianza que tienen de que van a lograr el éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que se enfrentan a las adversidades;
2. *Competencia Social*: Hace referencia a la capacidad del individuo para relacionarse con los demás, a la facilidad que mantienen para hacer amigos, hacer reír a los demás y disfrutar la convivencia.
3. *Apoyo Familiar*: Referente a las relaciones familiares, el apoyo que brinda la familia, la lealtad de los miembros y al tiempo que se le dedica a la familia y convivencia;
4. *Apoyo social*: Se refiere al vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos, y;
5. *Estructura personal*: Entendido como el conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático.

Asimismo, es relevante considerar las características de la persona resiliente que están sujetas a un proceso dinámico que depende de la naturaleza del trauma, el contexto en el que se desarrolle el trauma y de la etapa de vida en la que se encuentre el individuo (Peralta, Ramírez y Castaño, 2006). Algunas características de la personalidad resiliente según Palomar y Gómez (2010), son: la respuesta rápida al peligro, hacerse cargo de sí mismo, separación de sentimientos intensos de sí mismo, búsqueda de información, capacidad para crear relaciones afectivas para subsistir, capacidad de imaginar un futuro mejor, decisión de tomar riesgos, creencia de poder ser amado por los demás y como último la idealización de los rivales.

De acuerdo a Flores (2013) las principales características de una persona resiliente relativamente estable, se encuentran:

1. *Afrontamiento*: que implica necesariamente adversidad como un obstáculo en el alcance de un objetivo, peligro, fuerza en contra, o dificultad. Afrontar es resolver un peligro, problema o situación

comprometida. Afrontar es abordar con éxito una situación difícil. En algunos estudios se destaca que el convertir la adversidad en reto hacía la diferencia en la actitud de afrontarla exitosamente;

2. *Autonomía*: es la condición de quien, para determinadas cosas, no depende de nadie. Estar libre de miedos para lograr lo que nos proponemos en nuestro desarrollo, eso es autonomía. La autonomía propicia una interdependencia familiar y social sana. Pero, donde hay menos desarrollo, predomina la dependencia familiar que forma miembros incapaces de afrontar adversidades por ellos mismos;

3. *Autoestima*: La autoestima es la evaluación que la persona realiza y que habitualmente mantiene en relación a sí misma. Es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma, donde refleja una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna;

4. *Tolerancia a la frustración*: Tolerar es sufrir, llevar con paciencia. Resistir, soportar especialmente una adversidad, un alimento, o una medicina (DRAE, 2001). Es un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado. Es una situación o vivencia emocional en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se satisface o se cumple;

5. *Conciencia*: propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta. Darse cuenta constantemente de los cambios, las oportunidades, errores y éxitos. Reconocer la verdad, implica un alto grado de atención de sí mismo y del entorno;

6. *Responsabilidad*: cualidad de responsable. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. Que pone cuidado y atención en lo que hace o decide;

7. *Esperanza*: es un sentimiento, un deseo, una expectativa, o promesa. Es creer en una posibilidad. Querer lo posible, desearlo o confiar que es posible. Creer que mañana será mejor que hoy. Confiar en un mañana con paz y prosperidad, en un bienestar. Es muy difícil lograr una meta sin esperanza. La falta de esperanza se acompaña generalmente de irresponsabilidad y falta de afrontamiento. Las personas sin esperanzas no planifican, no ejercitan la toma de decisiones, se tornan inseguras, con baja autoestima, sin identidad clara y;

8. *Sociabilidad*: es la habilidad de tener una buena relación con los demás. Creer y saber que la mayoría de las personas son amables y atentas. Saber que puedes contribuir al bienestar de otras personas y lo haces.

# Capítulo 2

## Estrategias de afrontamiento

### 2.1 Concepto de estrategias de afrontamiento

Existen innumerables definiciones sobre estrategias de afrontamiento, sin embargo a los fines de la investigación se consideran las siguientes por mencionar particularidades que sustentan el objeto de estudio.

Según Lazarus y Folkman(1986), definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se utilizan cuando existen demandas externas o internas que son evaluadas específicamente como exageradas o desbordantes frente a los recursos de los sujetos.

Por su parte, Bardajó (2002), los conceptualiza como la forma de afrontar, comportarse o protegerse en presencia de circunstancias no solo nuevas, sino adversas y, por tanto, desafiantes para el individuo, en el cual afrontarlas es enfrentarse a ellas, sin querer decir que se llegan a controlar y someterlas, sino simplemente tratar de manejarlas en las mejores condiciones posibles.

Al igual, Flores Sarazúa, et al. (2006), sostienen que las estrategias de afrontamiento se refieren a la capacidad que tienen los individuos para enfrentar los efectos de situaciones estresantes, generando respuestas emocionales después de un juicio valorativo de la situación.

En tanto, Buendía y Mira (1993) el afrontamiento es la respuesta sesgada por las propias situaciones estresantes, factores ambientales y las diferencias individuales de cada sujeto; razón por la cual, el afrontamiento no se encontraría limitado por los resultados exitosos, sino que incluiría todos los intentos propositivos para manejar las dificultades y contratiempo, independientemente de la eficacia de tales intentos.

Cabe aclarar que hay diversos conceptos con relación a las estrategias de afrontamiento; no obstante, tienen como elemento común que están orientadas a la adaptación del sujeto para enfrentar las situaciones adversas del medio, destacándose que los esfuerzos de afrontamiento no son siempre saludables y constructivos, en ocasiones se adaptan estrategias que realmente producen más problemas.

### 2.2 Tipologías de estrategias de afrontamiento

En la clasificación de las estrategias de afrontamiento surgen diferentes maneras de especificarlas, destacando las siguientes.

Las estrategias de afrontamiento para Lazarus y Folkman (1984) se dividen en dos grandes grupos. El primero centrado en el problema que tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarrestan el efecto aversivo de las condiciones ambientales. A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos, e incluye iniciar acción directa incrementando esfuerzos personales. En tanto, que el Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus & Folkman, 1986).

El segundo grupo de estrategias de afrontamiento está centrado en las emociones, cuya función es la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Las estrategias centradas en las emociones incluyen las siguientes categorías:

- 1) El apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión.
- 2) El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos.
- 3) La reinterpretación positiva y crecimiento, se pretende es manejar el estrés emocional en vez de tratarlo .
- 4) La concentración y desahogo de las emociones, que implica centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.
- 5) La liberación cognitiva, conlleva realizar un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con lo cual el estresor interfiere.

- 6) La negación, implica ignorar el estresor para reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición. Sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.
- 7) La liberación hacia las drogas, lo que implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor.

Por lo mencionado, se considera que las formas de afrontamiento que están dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones estresantes del entorno. En tanto, que las formas de afrontamiento dirigidas al problema presentan mayor susceptibilidad de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como posibles para el cambio.

Según Riso (2006), propone una nueva categorización de las estrategias de afrontamiento basado en las teorías de Lazarus y Folkman (1986):

**Confrontación:** son los intentos por solucionar directamente la situación problema siendo agresivo, directo o potencialmente arriesgado.

**Planificación:** en esta se piensa y se desarrollan estrategias para solucionar la situación problema. Cabe resaltar que la estrategia de confrontación y la planificación corresponden más al estilo de afrontamiento centrado en la solución del problema.

**Distanciamiento:** son los intentos por apartarse y evitar la situación problema, para que esta no genere consecuencias directas.

**Autocontrol:** son los esfuerzos para controlar los sentimientos y las respuestas emocionales frente a la situación problema.

**Aceptación de responsabilidad:** reconocimiento del papel que se ha tenido frente al origen y/o mantenimiento de la situación problema.

**Escape - evitación:** se usan estrategias como comer, beber, usar drogas o medicamentos, y usualmente se encuentran pensamientos irreales improductivos.

**Reevaluación positiva:** se perciben nuevamente los aspectos positivos que pudo haber dejado la situación problema.

**Búsqueda de apoyo social:** son los intentos por acudir a otras personas para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional.

Se destaca que las últimas seis estrategias descritas responden al estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Otra clasificación es la propuesta por Londoño et al. (2006) quienes plantean doce estrategias de afrontamiento que responden a diversos factores.

Solución de problemas (SP), la cual la describen como la secuencia de acciones orientadas a solucionar los inconvenientes, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlos e intervenirlos, utilizando estrategias cognitivas y racionales que alteran la situación y solucionan el problema.

Búsqueda de apoyo social (BAS), hace referencia al apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, basado en apoyo emocional y posición del afecto y en la información que sirve para tolerar y enfrentar la situación problema. Además actúa como premio inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas destructivas, haciendo que estas parezcan menos dañinas o amenazantes o proporcionan recursos significativos para su afrontamiento. Aporta beneficios como son autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, y en definitiva, mejora de la salud física y mental.

Espera (ESP), se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema.

Religión (REL), la oración se considera como estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad.

Evitación emocional (EE), se caracteriza por la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. La cual evita las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.

Búsqueda de apoyo profesional (BAP), se centra en el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo, el cual busca conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejorando el control percibido de la situación. Las ayudas dispuestas por este grupo social optimizan el uso de los recursos sociales, aunque esto depende de las coacciones que se encuentran en cada grupo social.

Reacción agresiva (RA), es la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Algunas personas necesitan de estrategias cognitivas, dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se autorreprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo y en otros casos los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción como cuando los atletas se auto desafían para competir.

Evitación cognitiva (EC), en esta estrategia lo que se busca es neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades. Esta estrategia puede ser clasificada en tres formas, desconexión mental, distanciamiento y negación.

Reevaluación positiva (RP), busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que ayudan a enfrentar la situación, la cual se centra en el crecimiento personal. Es considerada como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

Expresión de la dificultad del afrontamiento (EDA), esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés, describiendo la tendencia a expresar las dificultades y emociones para afrontar las emociones generadas por la situación, y resolver el problema.

Negación (NEG), esta estrategia busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

Autonomía (AUT), es la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

En síntesis, se establece que las estrategias de afrontamiento son eficaces sólo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo. Las técnicas de afrontamiento incluyen la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva.

## 2.3 Definiciones de personalidad

El término personalidad se inicia etimológicamente del origen latino de persona, refiriéndose a las máscaras que los actores utilizaban en las representaciones teatrales, en donde cada máscara asociaba un tipo de carácter y con ello el público lograba identificar el papel de cada personaje dándole individualidad a cada uno y juicio de valor acorde a la imagen que proyectaban (Bermúdez, Pérez y Rueda, 2013).

Según Filloux (1994) la personalidad es la organización dinámica que adoptan a lo largo de la vida de un individuo, los sistemas psicofísicos encargados de su adaptación al medio.

La personalidad abarca toda la conducta del ser humano, haciendo referencia a las características que son relativamente consistentes y duraderas, resaltando el carácter único de cada individuo. Es decir,

que es una forma de pensar, percibir o sentir que constituye la auténtica identidad de un individuo, integrada por elementos de carácter más estable y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos más vinculados con la situación y las influencias socioculturales, que pueden cambiar y adaptarse a las características del entorno en una continua interdependencia (Fernández, 2012).

En la génesis de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental. La herencia proporciona una constitución física y una dotación genética, mediante las cuales se va a captar el mundo y a responder ante él. El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos, y determinar formas de respuesta. La influencia simultánea de lo hereditario y lo ambiental a través del tiempo y del espacio, van dando origen y determinando la personalidad. (Castaño, 2020).

De igual manera, se considera que la personalidad presenta diversas variaciones que tienen lugar en el comportamiento de cada individuo como resultado lógico de preferencias observables, en donde existe un factor favorito o dominante en cada individuo (Jung y Mbtí, 2002).

El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condiciona, en parte, su desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona. (Castaño, 2020).

## 2.4 Los factores de la personalidad

Los orígenes de los factores de la personalidad remontan a los estudios realizados por Lewis Goldberg en el año 1981 dando lugar al establecimiento de una serie de características de personalidad originadas en cien descriptores lingüísticos con los cuales se establecen cinco grandes dimensiones de rasgos de la personalidad enmarcando a la población en cada uno de ellos, los mismo que buscan atravesar las barreras del lenguaje o la cultura al incluir entre tantas a las más sobresalientes o esenciales (Prado, et al., 2008).

Las cinco grandes dimensiones de la personalidad están estructurados a partir de un anagrama (OCEAN) que por sus siglas en inglés describen la profundidad insondable o la superficie turbulenta de las dimensiones de la personalidad (Ter Laak, 1996)



Factor O: Openness  Apertura a la Experiencia (Cultura, Intelecto Intelectancia)	Factor C: Conscientiousness  Consciencia (Conformidad, seguridad)	Factor E: Extraversion Extroversión (Surgencia)	Factor A: Agreeableness Agradabilidad (Simpatía)	Factor N: Neuroticism  Neuroticismo (Estabilidad emocional, inquietud)
Fantasía Estética  Sentimientos Acciones Ideas Valores	Competencia Orden Obediencia Lucha por el logro  Autodisciplina Reflexión	Afecto Gregarismo Asertividad Actividad Búsqueda de emociones  positivas	Confianza Honradez Altruismo  Cumplimiento Sensibilidad	Ansiedad  Hostilidad  Depresión Timidez  Impulsividad  Vulnerabilidad

Fuente: The Big five dimensions of individual differences in personality Elaborado por: Andrade, H (2018).

Es así como los factores conforman un conjunto de características globales que se reducen a cinco grandes elementos representativos, que en su totalidad son interdependientes pero a su vez establecen una diferencia entre un individuo y otro, buscando definir las diferentes facetas que componen a la personalidad del ser humano.

Dentro del marco conceptual los factores representan un oasis de diversos hallazgos de investigación, en donde se asegura que mientras más fuerte es el carácter, más probable es que la persona en cuestión muestre comportamientos relacionados a algún rasgo en términos de cómo se relacionan con terceros, solucionan problemas, planifican trabajo y se expresan sobre sí mismos. (Figuerola, 2012). Se define como *rasgo* a las tendencias latentes que predisponen a los seres humanos a comportarse

de determinada manera; son los responsables de las diferencias individuales y permiten predecir la conducta humana en diferentes situaciones (Fernández Liporace y Castro Solano, 2015).

Las teorías de personalidad basadas en la idea de rasgo, las personas diferirían unas de las otras en función de la combinación que resulta de la mayor o menor intensidad de los rasgos (Triadó y Villar, 2014).

En la actualidad los factores de la personalidad están descritos por el modelo de McCrae y Costa (2008) que se fundamenta en la consideración de que cinco amplias dimensiones de personalidad pueden abarcar la mayor parte de los Rasgos de Personalidad existentes que permita la descripción y la evaluación de la personalidad, estos son Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

Amabilidad (o Cordialidad, opuesto a Antagonismo): evalúa la capacidad para establecer vínculos psicosociales y la disposición a preocuparse por los demás. En casos extremos, el polo negativo se asocia a la psicopatía. Esta dimensión no aparece en todos los modelos factoriales de personalidad, tal vez por su marcado carácter valorativo.

- Confianza: tendencia a atribuir buenas intenciones a los demás
- Franqueza: persona franca, sincera y algo ingenua
- Altruismo: preocupación activa por los otros, generosidad
- Actitud conciliadora: evitación de conflictos, cooperatividad, perdonar ofensas
- Modestia: modestia sin desvalorización o inseguridad, tendencia a pasar desapercibido
- Sensibilidad social: preocupación por los demás, sentimientos de piedad y solidaridad

Responsabilidad (o Escrupulosidad, opuesto a Irresponsabilidad o Negligencia): evalúa la capacidad para actuar de acuerdo a propósitos o metas claras, para poder organizar y llevar adelante proyectos e ideas. El polo negativo es propio de personas que andan sin rumbo u objetivo, o resultan indolentes. Esta dimensión, también ausente en otros modelos, incluye el control de impulsos tanto como una clara disposición a ser escrupuloso y obediente

- Competencia: sentimiento de creerse capaz, efectivo y resolutivo para tratar con los aspectos de la vida.
- Orden: propio de personas ordenadas y bien organizadas.
- Sentido del deber: tendencia a adherirse estrictamente a sus principios éticos y cumplir con las obligaciones.
- Necesidad de logro: propio de personas con altos niveles de aspiración y tendencia a trabajar duro para conseguir sus objetivos.
- Autodisciplina: habilidad para empezar tareas y llevarlas a cabo a pesar del aburrimiento o de cualquier tipo de distracción.
- Reflexión: tendencia a pensar cuidadosamente antes de actuar.

Extraversión (opuesto a Introversión): Llamada Surgencia en algunos modelos. Evalúa la sociabilidad, como la facilidad para comunicarse con los demás, la asertividad y la facilidad para iniciar y mantener conversaciones. El polo negativo es propio de personas con tendencia al aislamiento o el retraimiento.

- Cordialidad: capacidad para establecer relaciones cordiales con otros con otros
- Gregarismo: preferencia para estar en compañía de otros.
- Asertividad: tendencia a estar seguro con uno mismo, facilidad para verbalizar lo que se piensa, aunque se esté en desacuerdo.
- Actividad: necesidad de estar siempre haciendo algo. Se caracteriza por conductas motoras vigorosas.
- Búsqueda de emociones: tendencia a acercarse a las fuentes de estimulación, capacidad para disfrutar lo novedoso.
- Emociones positivas: tendencia a experimentar con frecuencia emociones de alegría, felicidad, entusiasmo y optimismo

Neuroticismo (opuesto a Estabilidad Emocional)<sup>7</sup>: Incluye aspectos ligados al bienestar o malestar psicológico, al afecto y las emociones negativas. Evalúa inestabilidad emocional, la tendencia a experimentar emociones negativas como miedo, sentimiento de culpa, tristeza o enojo. No necesariamente implica patología sino la tendencia a sufrir trastornos antiguamente conocidos como “neuróticos”.

- Ansiedad: propensión a la tensión y al nerviosismo, tendencia a preocuparse y a experimentar miedo.
- Hostilidad: tendencia a experimentar enfado, irritación.
- Depresión: presencia de sentimientos de culpa, tristeza, soledad y desesperanza.
- Timidez (ansiedad social): presencia de sentimientos de vergüenza, sensibilidad al ridículo e incomodidad en situaciones sociales.
- Impulsividad: dificultad en el control de impulsos y necesidades, falta de autocontrol y baja tolerancia a la frustración.
- Vulnerabilidad(al estrés): dificultad para controlar situaciones de estrés, tendencia a la dependencia en situaciones interpretadas como de emergencia.

Apertura a la experiencia (opuesto a Convencional o Cerrado a la experiencia): Evalúa la presencia de una imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección y curiosidad intelectual. El polo opuesto se relaciona con el convencionalismo, el dogmatismo y el apego a lo tradicional.

- Fantasía: capacidad de imaginar o crear.
- Estética: capacidad para apreciar el arte y la belleza.
- Sentimientos: receptividad a los propios sentimientos y emociones, que se valoran como cosas importantes de la vida.

- Acciones: interés por diferentes actividades, por ir a sitios nuevos, rechazo de lo rutinario y convencional.
- Ideas: apertura de mente a cosas nuevas, a las ideas poco convencionales, interés por los argumentos intelectuales.
- Valores: tendencia a reexaminar los valores sociales, religiosos, políticos, rechazo del dogmatismo.

El modelo de los cinco factores se fundamenta en la consideración de mostrar que la mayoría de los rasgos pueden entenderse independiente de la cultura y se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida. Así, desde el nacimiento, cada persona tendría una “orientación genética” de lo que va a ser, o lo que puede llegar a ser su personalidad. Debe señalarse que las cinco dimensiones no son un criterio a priori de los investigadores sino que surgen de diversos análisis realizados sobre los datos existentes.

# Capítulo 3

## Caso clínico: Sucesos traumáticos y estrategias de afrontamiento

En el siguiente apartado se realizará una descripción narrativa teórica- empírica en base a la información obtenida de la entrevista en profundidad aplicada a un paciente de 77 años con amputación de miembros superior e inferior, con el objetivo comprender las estrategias de afrontamiento que utilizó frente a un suceso traumático en la provincia de Buenos Aires.

### 3.1 Entrevista

**Yo: Para comenzar, podrías comentarme algo de vos**

Él: ¿Algo mío? Bueno yo cambie, a raíz de esto yo cambie. Antes era más impulsivo y ahora tomo las cosas con más tranquilidad.. eeh obviamente desde otro punto de vista miro la vida..... ya no me interesa la muerte, es decir ya no le tengo miedo a la muerte, porque en su momento la desee. Mi vida cambió muchísimo, yo era un tipo de muchísima actividad, iba de un lado a otro y viajaba mucho..... ahora ya no .... estoy no digo enclaustrado pero prácticamente, no dependo de mí mismo ya lamentablemente, trato de depender de mí en todo lo que pueda pero ya es muy limitado. Fui idealista, ya no soy más idealista ahora voy a lo práctico. La practicidad me la impulso las consecuencias de lo que me pasó. El hecho de que te pase una cosa determinada te cambia todo el enfoque de la vida, te cambia todo prácticamente todo, hasta la actividad..... bueno ese soy yo.

**Yo: Mencionaste hace un ratito, que la practicidad fue consecuencias de lo que te sucedió ¿Me podrías contar qué fue lo que te sucedió ?**

Él: Primero que nada yo lo considero una injusticia porque siempre fui una persona que me cuidaba, hacía deporte, hace muchos años había dejado el cigarrillo, no comía grasa, me hacía todos los chequeos correspondientes. Así que cuando me pasa esto fue una sorpresa total, en el sentido que nunca me imaginé que iba a tener el cuerpo tan mal adentro y aparte nunca me imaginé que iba a tener una operación a corazón abierto. Yo hace años tenía un amigo que jugaba al tenis conmigo, un tipo macanudo, pero era mayor que yo. Él se había operado a corazón abierto y yo pensaba uy qué bárbaro cómo hizo para animarse a operarse a corazón abierto, a mí ya me daba miedo operarme a corazón abierto. Al poco tiempo, este hombre volvió a jugar al tenis y ahí le tome un poco menos de miedo. Pero cuando me pasa esto, me pareció una consecuencia totalmente no esperada por mí porque de acuerdo con los antecedentes no me podría haber pasado esto..... si tenía antecedentes familiares, tanto mi madre como mi padre tuvieron problemas de corazón, mi padre tuvo un problema parecido al mío.

Por todo esto, no estaba preparado. Cuando tome la decisión de operarme, qué fue una decisión inmediata la tome con valentía. Dije si la gente hoy en día se está operando qué se yo..... pese a la gravedad de mi situación porqué eran muchas arterias y venas tapadas, la tome muy sencillamente nunca me esperé qué tuviera estas consecuencias.

**: ¿Y cómo fue qué llegaste a tener estas consecuencias?**

Él: Bueno... hubo problemas en la operación qué una vez terminada la operación, (todo me lo contaron obviamente, yo estaba dormido) ... Ya me habían cerrado, y resulta qué se empieza a producir una hemorragia interna. Entonces me vuelven a abrir y se había roto uno de los bypass.... bueno perdí muchísima sangre, bla bla bla, y ahí se produjo el desbarajuste de mi cuerpo, por qué tuvieron qué privilegiar el cerebro y el corazón y suspender la irrigación sanguínea a los miembros inferiores y superiores. Bueno y después vino toda una serie de tratamientos en terapia intensiva en la clínica donde me operaron, qué no daban resultados concretos, la situación no era buena, yo no mejoraba. Según me contaba Mirta, mi mujer, mi estado era el peor de toda la clínica. Entonces mi familia decidió llevarme al Hospital Malvinas, un hospital público, a raíz de que ya no confiaban en los médicos ya qué no solucionaban mi estado y hace veinte días o más, seguía exactamente igual. Lucia la ex mujer de Hernan ( mi hijo), trabajaba en el hospital malvinas y fue quien consiguió qué me trasladaran allá..... y bueno ahí pienso qué me salvaron la vida.

Fueron meses largos qué tuve qué estar ahí. Donde vi cosas terribles y feas feas... porqué estuve todo el tiempo en el pabellón de terapia intensiva, en donde hay como cincuenta sesenta personas en terapia intensiva, no es una habitación.... Entonces era muy depresivo la situación. Pero yo estaba muy medicado, realmente en ese momento no me daba cuenta de lo qué me había pasado. Casi inmediatamente de llegar al hospital me amputaron las piernas y yo todavía no estaba consciente de lo qué me habían..... es decir ellos me preguntaron a mi, pero obviamente no me acuerdo cuando me preguntaron, lo único qué sé es qué dije qué no quería perder la vista, qué si querían qué amputen pero qué no quería perder la vista. Y bueno esos meses fueron... no digo duros pero fueron meses.....

De a poco me fueron sacando, la gente bastante macanuda. Y bueno así llegue a.... obviamente después me tuvieron qué amputar los dedos, qué eso me amputaron al final porqué después de qué me amputaron las piernas yo tenía vendadas las manos. Me acuerdo qué no podía agarrar nada, me tenían qué dar de comer.... al tenerlas vendas no sabia la gravedad qué tenían... pero si sabia qué me dolian muchisimo porqué todas las mañanas a las 5 o 6 am venían dos médicos a curarme... y sufríaa, me sacaban las vendas me desinfectaban y me cepillaban era terriblee, un dolor terrible, pegaba unos gritos yo... una vez casi le pego al tipo. Bueno, los dedos no se pudieron salvar. Y al final un día vino el director del hospital y me dice bueno tenemos qué tomar una determinación con las manos, son dos equipos por qué va hacer una operación simultánea eh... ¿cuándo quieres qué te operemos? y bueno mañana pasado cuando quieran.... y así fue qué me operaron ... los dedos estaban muertos. Eso fue la parte técnica de la operación en sí, después están las consecuencias posteriores a la operación.

Bueno uno cuando sale de ahí sale como domado... sale eeh ... domado o sale digamos como qué uno asimilo... yo asimile, desde el momento qué salí, lo qué me había pasado. En el primer momento asimile, primero porqué no hay vuelta atrás, esas cosas qué sabes conscientemente que no hay vuelta atrás.... o lo asimilas o te pegas un tiro no hay otra. Entonces, lo asimile. Y sentí una gran..... bueno como hago para recuperarme. Me acuerdo qué al principio venía un kinesiólogo y yo no tenía fuerzas para levantar el brazo, imagínate meses en cama los músculos se te gastan, se te achican. Me acuerdo qué me costaba un triunfo hacer cualquier movimiento... y bueno lo fuimos haciendo. Este no pudo seguir, vino otro kinesiólogo bueno...

Ese fue el primer mes qué estuve en la casa de Hernan, porqué era mucho para Mirta sola, en mi estado post operatorio. Y ahí me empecé a recuperar de a poco. Después vinimos a casa y cada vez uno se va acostumbrando más a la situación, porqué no había otra posibilidad, había qué acostumbrarse... los dedos y los miembros no me iban a crecer más. Con el tiempo uno se va acostumbrando y empieza uno a tratar de buscar nuevos horizontes, nuevos targets, nuevos objetivos ...pequeños objetivos, pero tratar de hacer algo, porque uno no puede invernarse... estar sin hacer nada y sin pensar en hacer algo. No es de mi idiosincrasia, yo tenía qué hacer algo. Entonces me puse como objetivo ver si podía volver a jugar al golf. Empecé con un tratamiento en la clínica, muy buena clínica, qué logré.... Avance muchísimo, estuve como dos años. Y me puse como objetivo jugar al golf y ser positivo, trataba de estar buena onda, trataba de moverme, trataba de ... qué se yo... hasta qué llegue a caminar sólo, después de dos años y pico, con la gente de ahí , re macanuda. Ahora quise volver pero no puede volver todavía porqué están cerrados por el covid. Como ellos tienen internados, no quieren gente qué venga de afuera porqué si llegan a contagiar a toda la gente se mueren....

Bueno la cosa es qué caminaba bien.... bueno hasta qué se produjo el primer accidente. Acá, yo me levanté de este sillón, de estúpido, había apagado la luz ...oscuro... estaba enojado con Mirta me acuerdo. Yo estaba viendo televisión, y digo bueno me voy a la cama, me levanto y tropiezo con esa mesa qué está ahí atrás... y me caigo redondo al piso y ahí fue cuando me rompí la cadera... bueno la cabeza del fémur me rompí, adentro de la cadera. Es decir, de golpe me pasa eso, por cabeza dura, porqué yo porque ... no se porqué me había enojado... bueno nos habíamos enojado porqué habíamos discutido, y yo de cabeza dura, me pare sólo todo. Yo me podía parar sólo, hoy en día también, pero hoy me cuesta más qué en ese momento. En ese momento yo caminaba sin ayuda sin nada... buenoo bailaba. Tuvimos un casamiento de un sobrino y ahí baile todo...

Bueno, ahí después vino la operación de la cadera, me operaron qué se yo y otra vez rehabilitación y empezar de cero .. bueno.. y tres meses después, estando en la casa de Hernan, me bajo del auto, qué bajar del auto para mí... yo me bajo sólo, actualmente también, me apoyo en la puerta y me bajo... y había unas piedras en el piso, patino y me vuelvo a caer y me rompo el fémur.. eso ya fue grave, porqué la fractura del fémur... fractura fue. Yo estoy todo con tornillos y con una chapa aca qué va desde la cadera hasta la rodilla. Bueno... un retroceso impresionante y otra vez todo el proceso para tratar de mejorar y qué se yo. Entonces fueron todos golpes qué se fueron dando que te van ... no es qué me fueran amansando o aplacando, noo .. me hicieron pensar de que bueno me voy empezar a cuidarme al mango para que no me pase nada más, porqué estoy en situación

delicada y quiero estar bien. Y bueno ahora estoy esperando que abran la clínica, porque la vez pasada vino un kinesiólogo que hicimos algunas sesiones y no me resultaba, no veía que había un proceso de mejora. Entonces lo suspendí y estoy esperando que abran la clínica para volver hacer.....

Bueno y mientras tanto ,con qué cosas me conforme (interrupción de Mirta porque se tenía que ir al super, y le dice que no se vaya el cuidador hasta que ella no llegue porque se quedaba más tranquila) ..... claro a medida que fueron ocurrieron los accidentes, el primero después el segundo, ella cada vez se ponía peor. Primero porque se internó con mi en la clínica las dos veces, (porque me internaron las dos veces) entonces cada vez se preocupa más. Esto fue en el medio de la pandemia. A y una vez nos movieron al piso de la gente con covid, porque una vez en la clínica levante fiebre y me dijeron usted tiene covid y si no tiene hay que resguardarlo. Cuando venía la enfermera parecía un astronauta.....

Bueno... te estaba diciendo, qué cosas después de todos estos procesos..... con qué disfruto hoy en día , los amigos ... vos viste qué... bueno salvo algunos se borran, porque yo no puedo hacer muchas cosas. Quedan pocos amigos, ni siquiera mi hermano me da bola... es incómodo... entonces uno tiene que ir buscando llenar su espíritu o su cerebro o su alma de alguna forma. ¿ Y como lo llenas? y yo lo lleno tratando de leer todas las noticias, entonces estoy super enterado de las noticias. Lamentablemente no me gusta leer libros, no me gusta, antes leía, lo que pasa es que hoy en día no me gusta. Me recomendaron un libro que lo voy a leer... este...entonces hay que ir buscando cosas para no estar vacío, yo no soy una persona para quedar vacío, necesito llenar de algo mis días, mi vida, todo. Entonces veo mucha televisión, muchas películas, series, veo mucho noticiero... me hago mala sangre con las noticias. Por otro lado, pienso mucho en el pasado.

### **Yo: ¿Y qué piensas del pasado?**

Él: Todas las cosas que hice... por ejemplo, a mi me gusta mucho la música. Entonces a veces me pongo a escuchar música de los años setenta u ochenta, y en ese momento me transfiero al pasado. Y pienso las cosas que hacía, o cómo me sentía, es decir, me acuerdo de todas las cosas buenas ..de todas las cosas lindas que me pasaron... excepto de un noviazgo que tuve, cuando tenía veinte años. Ese noviazgo me afectó mucho... pero el resto, de todas las cosas del pasado ... pero todas cosas lindas, trato de llenar con pensamientos lindos mi mente.... y .. con las cosas que hice, es decir trabajo, empresas.... y trate de buscar explicaciones de porqué era yo de una forma determinada en mi vida anterior. Trataba de buscar las causas, el porqué yo era así o que me había pasado para ser yo así. Eso nunca me lo había preguntado antes, ahora sí por qué tengo tiempo de sobra para pensar ...emmm.. y pienso y pensé porqué fui tan mujeriego y hoy en día se porqué fui tan mujeriego, porqué yo empecé... debuté muy joven, muy joven.... si te digo la edad no lo vas a poder creer ... pero muy joven, bueno yo no, me hicieron debutar. Eso... sabes que me marcó, me marcó. Yo tenía 11 años, un disparate, yo era grande ya físicamente pero tenía 11 años. Vos sabes que eso me marcó, me marcó para siempre. Y bueno.. por eso fui tan tan ... tuve tantos problemas femeninos en mi vida. Esa es una de las cosas. Después, ¿por qué me dedique a tantas cosas



diferentes? si yo era abogado, ejercí un tiempo la abogacía. Después puse una empresa de alimentación... después me de textil y bueno....siempre busque desafíos nuevos.. y me fue bien, siempre tuve éxito con las cosas que iba... pero son todas cosas que voy pensando hoy día... ¿por qué logré hacer eso?.. Lo que me caracteriza mucho a mi era que yo tenía mucha voluntad, siempre tuve mucha voluntad, yo me proponía hacer algo y me ponía una meta... y hasta que no lo lograba no paraba, no paraba realmente. Por ejemplo, recibirme me costó mucho, de abogado, pese a que fui uno de los primeros alumnos en recibirse. Pero me costó mucho... bueno por problemas sentimentales. En realidad si yo me pongo a pensar, cuando me recibí, yo me recibí en dos años y medio tres años.... lo que pasa es que los otros dos no hice nada. Un día dije basta, esos dos años ... eeh en blanco se terminaron .. y empecé a estudiar como loco. Mira lo que hacía, cerraba las persianas para no saber si era de día o de noche, y estudiaba estudiaba y estudiaba muchísimo... fui tercero en recibirme, de un curso de cuarenta o cincuenta, no habiendo hecho nada dos años. Siempre trabajé... me pagué la carrera, en ese momentos mis padres estaban separados, tenía un padrastro pero siempre me banque yo el estudio en la universidad privada ... y este ... trabajé un montón de cosas.. mira de joven trabajé de fotógrafo en la playa, después trabajé en bayer, eso fue una especie de beca como hablo aleman... va soy aleman, como naci en Alemania... entonces conseguí hacer todo un curso en bayer, que me sirvió muchísimo... donde pase por todas las áreas de la empresa, eso me dio una base un background muy bueno muy bueno. Después trabajé en una empresa que vendía cuadros, como administrador...todo me duraba...no me duraba mucho, salvo bayer dos años... Después trabajé en general motors, un año.... que después me fui porque me dio trabajo un padre de mi novia circunstancial que yo tenía en ese momento, trabajé un año también.... siempre labure de algo, para poder pagar y poder tener unos pesos para moverme. Eso es todo lo que voy haciendo, rememorando.. Ahora, actualmente, rememoró generalmente todas las cosas positivas, es muy difícil que rememore algo negativo...para negativo tengo está situación, ¿para que? le voy a cargar más cosas ¿no?

Al golf no creo que pueda volver a jugar, tengo las manos electrónicas... todo, para poder agarrar el palo de golf.... pero me resulta muy difícil que yo pueda volver a caminar bien.... pero no me afecta. Me compre un caballo de carrera, es un hobbie. Veo las carreras por televisión...entonces me fijo... es una manera de pensar algo que me entretiene, que me gusta... Cambie el objetivo porque las posibilidades no dan para para.... caminar me resulta muy difícil. Mira que camino todos los días cuatro o cinco cuadradas, que es mucho para mi.. empujo la silla donde se sienta el chico que me ayuda, para que sea más pesada.. pero no logré.. no veo mejoras. Esque tengo un chaperio ahí, parezco robocop..., no sé si es terrible .. los clavos, es una cosa de locos... bueno y la meta es pensar en mis hijos, cada uno que tiene sus problemas, tratar de asimilar algo de lo que les pasa a ellos, a mis nietos..... como te dije amigos, pocos ya pocos. Antes yo estaba lleno de amigos, yo jugaba al rugby, imaginate la cantidad de amigos que yo tenía... pero lo que pasa es que la situación que se da es muy difícil ... yo los entiendo eh yo los entiendo...

**Yo: Eso mismo te iba a preguntar, ¿cómo viviste este cambio?**

Él: Bueno..cuando yo volví de México ya...yo volví en el 2011, después de haber estado dos años allá... ya había determinadas amistades que ya se habían aflojado, desparramado. Quedaban algunos, en el golf... tenía cuatro o cinco que jugábamos siempre que desaparecieron cuando me pasó esto. Mientras jugaba al golf todo barbaro.. y generalmente el que organizaba todas las salidas era yo.. llamaba y decía nos vamos a jugar y nos íbamos, nos íbamos a todos lados.. a Córdoba, a todos lados..... y bueno cuando me paso esto los amigos desaparecieron. Y bueno quedaron los amigos de toda la vida, pocos, pocos... una pareja de amigos que casualmente mañana vamos a comer, ... y te digo una cosa, hoy día no necesito tanto. ¿Por qué intercambio puedo tener con ellos?, antes había cosas en común, ¿qué cosas en común puedo tener hoy en día? no puedo tener nada, ¿qué puedo ofrecerles? tomar una copa, tomar un té que se yo.... tengo muy poco para ofrecerles...este... entonces ya ... antes si, se inventaban programas, había algo que nos unía. Pero, hoy día los amigos que quedan son porqué realmente son amigos y hay un aprecio hacía mi y a ese amigo y nada más, y no me afecta, la verdad que no me afecta..

**Yo: ¿Y en algún momento te afectó?**

Él: No, no no no ... yo fui solitario, yo fui una persona solitaria. Es decir, tenía conocidos, amigos y todo pero necesitaba mis momentos.. así que no me afecta tanto no me afecta. Así que esas son las vivencias en términos generales.

**Yo: Hace un rato me dijiste que a lo largo de tu vida siempre buscastes nuevos desafíos y que tenías mucha voluntad... buenoo quería preguntarte si esto que mencionaste de la voluntad ¿lo seguís viendo en tu vida, actualmente?**

Él: Si si , escuchame caminar cinco seis cuerdas todos los días hay que caminar, estos bichos pesan. Voluntad tengo y soy consciente de que no soy un nene.. de que me cuesta, me cuesta... sisi voluntad hoy día tengo.

**Yo: Por otro lado, antes dijiste que cuando te operaron, que estuviste en terapia intensiva y no estabas muy consciente, a causa del medicamento que te daban, y que en ese entonces fue que te amputaron las piernas. Bueno quería preguntarte ¿cuándo fuiste realmente consciente de lo que había sucedido?¿y cómo fue?**

Él: Emm.. cuando salgo del hospital.. cuando salgo me di cuenta que para ir al baño... claro yo en ese momento no tenía prótesis, necesitaba ayuda para ir al baño, para bañarme, para todo... era terrible, ahí te das cuenta. La parte de las manos, en ese momento no, porqué todavía estaban vendadas, porqué la operación se había hecho poco antes que yo saliera del hospital, la de las manos .... las manos no me afecta tanto, me afecta si para ... yo antes hacía todo en mi casa y ahora si quiero hacer algo lo tengo que hacer a través de los chicos que me vienen ayudar... entonces estee....voluntad para salir siempre tengo. En ese momento, cuando llegue a la casa de

Hernan ... enseguida después de salir del hospital... bueno ahí te das cuenta que no.. que ya sos otra personas, aparte tenes que llenarte de medicamentos, es una cosa infernal... yo tomo un montón de pastillas... esteee bueno en ese momento fue.

**Yo: Cuando decís, ahí te das cuenta que sos otra persona ¿a qué vas?**

Él: Mi vida tiene otra velocidad, ahora es mucho más reposada, mucha más pensativa, más tranquila. Antes era todo muy rápido, una maquinaria permanente que estaba en funcionamiento... ahora duermo mucho más , mucho más , y no tomo pastillas nada.

Existe también una asimilación de la situación, asimile la situación. Me di cuenta que esto puede mejorar un poco, si vuelvo a caminar, pero no mucho más. Y un poco te acostumbras.. te vuelvo a repetir no le tengo miedo a la muerte, aprendí a no tenerle miedo, porque pasé todas cerca de la muerte. Es más, en el hospital muchas veces deseé morirme porque era terrible lo mal que me sentía.

**Yo: Y en esos momentos que deseaste morir, ¿qué fue lo que te sacó adelante?**

Él: Mi familia , mi familia. Todos los días venía Mirta o mi cuñada, mis hijos, mi hermano, bueno poca gente se turnaban, porque no podían entrar todos. A medida que van transcurriendo los días vas pensando bueno yo puedo vivir así, ¿por qué no voy a poder vivir así? Disfruto de manera diferente las cosas, no voy a poder bailar un rock and roll pero por ahí un vals voy a poder llegar a bailar... este .. es todo más pausado y tranquilo ahora.

**Yo: Me decis que tu familia te acompañó....**

Él: Siii claro.. estuvieron muy presentes, cada vez que venían para mí era una alegría, era como revivir, era ver a alguien de uno ... la vida del hospital es muy dura, no tenes distracción. Era dormir o pensar, yo estaba en un sector que tenía una pared de vidrio, era como un reservado, por ahí si hubiera tenido más contacto con la gente hubiera sido diferente mi estadía pero no tenía ningún contacto. Con los únicos que hablaba era con los enfermeros o con algún médico que viniera a verme. Muchas veces los médicos no entendían lo que les quería decir y me desesperaba porque no entendía lo que quería pedir... por ahí si hubiera tenido más contacto con la gente hubiera sido más llevadera la internación.

**Yo: Me dijiste que al salir del hospital te fuiste un tiempo a lo de Hernan, pero cuando volviste aca, a tu casa, ¿como fue?**

Él: Primero me alegré de llegar a casa, fijate vos que en el hospital me había olvidado como era mi casa. Yo estaba convencido que tenía dos autos totalmente diferentes, no me acordaba las marcas de mis autos.. Tenía dos autos, uno de Mirta y otro mío, este que tengo hoy en día. Bueno yo en el hospital, le decía a Hernan que vendiera tal auto y ese auto no existía.

Bueno vos sabes qué yo tenía una imaginación y me acordaba la casa totalmente diferente, y cuando llegué fue muy lindo, fue una alegría... bueno era como volver a vivir, era una alegría. Sin tomar en cuenta de como yo estaba, igual era un despelote porqué cada vez que yo tenía que ir al baño era un... porqué yo no tenía las prótesis todavía, las tuve como seis meses después. Porqué las prótesis te dan una cierta independencia, pero sin las prótesis no, nada yo dependía de terceros. Y depender de terceros no es lindo, porqué no tenés el pensamiento libre... claro es las discusiones que tengo con Mirta, muchas veces, uno piensa de una forma y otro piensa de otra, pero yo no puedo tomar decisiones por más que piense de una forma respecto de mi porqué yo estoy discapacitado para hacerlo. No tengo la capacidad para tomar la decisión, tengo la capacidad para decir lo que quiero pero no para tomarla, siempre tengo que depender de terceros. Deje de ser independiente.

**Yo: Y ¿cómo fue perder esa independencia?**

Él: Sabes que tengo yo, tengo independencia mental y eso es lo que me hace seguir adelante. Entonces mentalmente pienso y sueño ... muchas veces trato de soñar cosas que me gusten, me pongo en la cabeza, me gustaría soñar con tal cosas y a veces se da a veces no. Pero tengo pensamiento independiente y la palabra también. Después es otra cosa si me dan bola o no. Mi mente es mi gasolina, ese es mi refugio.

**Yo: Con todo esto, ¿te pasó de estar más limitado para ir a lugares ?**

Él: Sí sí claro está que sí.

**Yo: ¿Y como vivis/viste eso?**

Él: Mira cuando voy a un lugar... la limitación, me la pongo antes de salir por qué no voy a ir a un lugar donde no pueda ir. Generalmente busco un restaurante que no haya muchos escalones... trato de amoldarme a lugares que yo pueda ir, a lugares que no puedo ir ni voy... ni se me ocurre. Yo me adapte a la situación.

**Yo: ¿Sabes como hiciste para adaptarte?**

Él: Mira hay un dicho que dice creer o reventar. Yo creo en mí, y sé que dentro de mi limitación yo puedo hacer todo esto y lo hago. Yo sé que más allá de esto no puedo hacer. Si vos haces lo que puedes hacer no tenes limitaciones, las limitaciones me las pongo yo mismo generalmente, esa es mi vida actual. No tengo limitaciones, me hubiera gustado poder manejar, pero no puedo. Y no me voy a comprar un auto con todo un sistema para que yo pueda manejar, maneja Mirta, ya lo tengo asumido.

**Yo: Con todo esto qué te paso a lo largo de este tiempo, podrías decirme ¿cual es fue tu mayor pérdida?**

Él: Yo tengo dos clases de discapacidades. Las piernas y las manos. Las manos son muy importantes, porque si yo tuviera las manos podría hacer más cosas, como arreglar las cosas que se rompen y antes arreglaba, o escribir en la computadora o qué sé yo.... y las piernas yo creo que la limitación de las piernas es menos que la limitación de las manos, para mi. A mi me hubiera gustado que me quedaran las manos. Me hubiera sentido un poco más feliz.

**Yo: ¿Y en algún momento se vio afectada tu autoestima?**

Él: No, no mi autoestima nunca quedo menoscabada. Antes de esto siempre tuve una autoestima muy alta. Y después de esto también. Es decir, también limitado a mi situación, no invento mi autoestima más allá de lo que puedo hacer. Yo soy consciente de lo que puedo hacer y no, y estoy conforme. Es decir, el hecho que no le tenga miedo a la muerte no quiere decir que no me guste la vida. A mi me gusta la vida, y gracias a Dios la puedo seguir viviendo, dentro de mis limitaciones pero la puedo seguir viviendo de está forma.

Bueno una de las cosas que me voy a ocupar está semana es de conseguir prótesis para ir a la playa. A mi la playa es algo que me encanta, y nosotros íbamos siempre a la playa. Y es un objetivo que quiero lograr. Si logro conseguir prótesis que pueda meter en el mar, no te quepa la menor duda que me voy a ir o algún hotel que tenga pileta o algo. No me da vergüenza ya... vos sabes que al principio me daba un poco de vergüenza que me vean así, hoy día ya no, pero nada eh. Pero mi estado actual no me afecta para nada. Mira dentro de mis limitaciones no tengo infelicidad, me conforme con lo que me dejaron. Me dejaron mi familia, mis pocos amigos y me conforme con eso y me conformo con lo que me da la vida.

**Yo: ¿Me podrías definir este concepto que utilizas "me conforme"?**

Él: Mi situación actual la definiría como soy.. estoy feliz con lo que estoy , es decir no lo comparo con el pasado. Como te dije antes, a veces pienso en el pasado pero porque me gusta pensarlas. Pienso las positivas no las negativas, entonces hoy día todo lo que hago lo hago porque yo puedo, y hago lo que me hace bien y las que no, no las hago. Trato de buscar elementos a mi alcance que me hagan sentir bien. No busco algo que me haga estar... soy estúpido si en mi situación busco algo que me sienta mal o disconforme, nooo para nada.

**Yo: Bueno en todo este proceso por lo que me nombraste te ayudo Mirta ¿Qué papel jugó/juega ella ?**

Él: Bueno ehh es una mujer excepcional. Si esto me hubiera pasado con otra mujer no creo que hubiera sido lo mismo. Esa mujer es fantástica, porque hay que bancarse una situación así. Y ella es

muy muy miedosa y sobre todo después de los dos últimos accidentes ha aumentado el miedo/ pavor qué tenía pero es fantástica, es una compañía excepcional. Por ahí tuvo qué pasar esto para qué yo... no, no tuvo qué pasar esto porqué si no yo no hubiera vuelto de México (antes de todo esto, yo tuve problemas con ella). Lo único qué tiene es qué ella es muy muy miedosa, entonces a veces me cuesta infundirle a ella animo para qué me permita hacer determinadas cosas, porque a ella le da mucho miedo .. y bueno es una de las discusiones qué tenemos, pero banales al fin.

**Yo: Y con respecto al vínculo de ustedes ¿notas algún cambio en su forma de vincularse?**

Él: Si, si note. Te digo que es mejor qué antes. Bueno se juntaron varias cosas, primero qué yo había de México hace tiempo, más todo lo qué me pasó, todo eso fue un combo para qué la relación mejorará muchísimo. Salvo esas cosas con las qué es tan miedosa, qué me da rabia.. el qué sea tan miedosa ¿no?, porqué me inhibe para después hacer algo. Entonces a veces me limita.

**Yo: ¿ Y eso cómo lo manejas?**

Él: Aceptándolo, si si lo acepto para no manchar la relación.

**Yo: ¿Alguna vez, a lo largo de todo este proceso te sentiste frustrado o algo?**

Él: Vos sabes qué no.... depende de la educación qué tiene uno. Mi educación fue muy alemana, bueno mi madre era alemana, una mujer fuerte muy fuerte. Mi madre es como si me hubiera contagiado la fortaleza, mi madre vino a Argentina, con dos hijos chiquitos, después de la guerra. Mi padre se las tomó, ella no sabía ni hablar el idioma, y salió adelante. Así que ella para mi es un ejemplo muy importante. Es una forma de ser muy alemana, de no darse por vencido.

**Yo: En todo este tiempo ¿recibiste algún tipo de apoyo, ya sea psicológico....?**

Él: No, no. Yo antes de esto fui a un par de psicólogos, pero siempre pensé qué la sesión la estaba manejando yo y por eso la abandoné. Era como qué yo contaba lo qué quería contar y no lo qué había qué contar, por ahí no llegué a tener una relación con el psicólogo/a qué hubiera sido correcta, pero era como si yo estuviera manejando la sesión. La verdad qué nunca lo consideré.

## 3.2 La amputación: sus estrategias de afrontamiento

El concepto estrategia de afrontamiento alude a aquellos esfuerzos o capacidades cognitivas y conductuales constantemente cambiantes que se utilizan los individuos para enfrentar los efectos de situaciones estresantes a situaciones con el propósito de generar respuestas emocionales para sobrellevar un momento traumático.

En el sujeto entrevistado la estrategia de afrontamiento se releva en sus afirmaciones cuando señala que *“en el primer momento asimile, primero porqué no hay vuelta atrás, esas cosas que sabes conscientemente que no hay vuelta atrás... o lo asimilas o te pegas un tiro no hay otra. Entonces, lo asimile. Y sentí una gran ... impresión. bueno como hago para recuperarme”*.

Asimismo, la aseveración del entrevistado se correlaciona con el grupo de afrontamiento denominado “centrado en el problema” (Lazarus y Folkman, 1984), cuyo propósito es encontrar una solución a través de un manejo de las demandas internas o ambientales que suponen y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarrestan el efecto aversivo de las condiciones ambientales.

Por otra parte, se ha manifestado en el entrevistado un afrontamiento activo en expresiones como:

*“Con el tiempo uno se va acostumbrando y empieza uno a tratar de buscar nuevos horizontes, nuevos targets, nuevos objetivos ...pequeños objetivos, pero tratar de hacer algo, porque uno no puede invernarse... estar sin hacer nada y sin pensar en hacer algo. No es de mi idiosincrasia, yo tenía que hacer algo. Entonces me puse como objetivo ver si podía volver a jugar al golf. Empecé con un tratamiento en la clínica (...) y avance muchísimo, estuve como dos años. Y me puse como objetivo jugar al golf y ser positivo, trataba de estar buena onda, trataba de moverme, trataba de ... qué se yo... hasta que llegue a caminar sólo, después de dos años y pico”*.

Ello refiere a una necesidad de cambiar las situaciones y aminorar sus efectos desde el incremento de sus esfuerzos personales; que conlleva que logre efectos positivos sobre su adaptación. En este sentido, el entrevistado refiere que cuando desea salir de su casa busca lugares de fácil accesibilidad: *“Generalmente busco un restaurante que no haya muchos escalones... trato de amoldarme a lugares que yo pueda ir, a lugares que no puedo ir ni voy... ni se me ocurre. Yo me adapto a la situación”*.

Igualmente, se hace presente el grupo de estrategias de afrontamiento centrado en las emociones, cuya función es la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales frente a los sucesos traumáticos. En el entrevistado este tipo de estrategia se enuncia en su relato cuando menciona:

*“Y me puse como objetivo jugar al golf y ser positivo, trataba de estar buena onda, trataba de moverme, trataba de ... qué se yo... hasta que llegue a caminar sólo, después de dos años y pico,(...) Por otro lado, pienso mucho en el pasado (...) pero todas cosas lindas, trato de llenar con pensamientos lindos mi mente”*.

En efecto, el afrontamiento emocional busca evitar la situación estresante, re-evaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. Para ello, es necesario el apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión.

Esto se reflejado en las siguientes afirmaciones:

Entrevistador: Y en esos momentos qué deseaste morir, ¿qué fue lo que te sacó adelante?

Entrevistado: *Mi familia , mi familia. Todos los días venía Mirta o mi cuñada, mis hijos, mi hermano,*

Entrevistador: Me decis que tu familia te acompaño

Entrevistado: *Sí claro.. estuvieron muy presentes, cada vez que venían para mi era una alegría,era como revivir,*

En palabras de Kaplan (1974), el apoyo emocional es entendido como lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona que promueven el curso favorable de una enfermedad o situación traumática. Es decir, que la búsqueda de apoyo emocional incentiva a enfrentar la enfermedad con espíritu de lucha y a buscar información; y para el entrevistado esto se traduce en su familia, quien cumple un rol importante en la aceptación y adaptación a la enfermedad.

Por otra parte, se ha evidenciado la liberación cognitiva como estrategia de afrontamiento emocional, que implica realizar un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la situación traumática; en este caso, la amputación de sus miembros. esta estrategia se representa en las siguientes afirmaciones:

*“hay que ir buscando cosas para no estar vacío, yo no soy una persona para quedar vacío, necesito llenar de algo mis días, mi vida, todo. Entonces veo mucha televisión, muchas películas, series, veo mucho noticiero (...) Por otro lado, pienso mucho en el pasado (...) Me compre un caballo de carrera, es un hobby. Veo las carreras por televisión...entonces me fijo... es una manera de pensar algo que me entretiene, que me gusta”*

Es por ello, que la liberación cognitiva alude a una transformación de la conciencia de una persona, que primera instancia necesita salir de su lugar de comodidad, superar el fatalismo o resignación y exigen cambios saliendo de su estado de inacción, para generar un nuevo sentido de eficacia al percibir expectativas de éxito y logro de resultados a través de sus decisiones. (McAdam, 1982 y 1989),

Además, en el entrevistado se ha observado que recurre a la planificación como estrategia de afrontamiento. Dicho concepto ha sido desarrollado por Riso (2006), quien señala que esta categoría está orientada a pensar y desarrollar estrategias para solucionar la situación problema. Ello se personifica cuando él alude a su objetivo principal que es jugar al golf, recurriendo a un kinesiólogo y a una clínica para retomar la movilidad a través de fortalecer los músculos y volver a caminar con las prótesis.

A su vez se observa la planificación en las siguientes expresiones del entrevistado:



*“Mira cuando cuando voy a un lugar... la limitación, me la pongo antes de salir por qué no voy a ir a un lugar donde no pueda ir. Generalmente busco un restaurante que no haya muchos escalones... trato de amoldarme a lugares que yo pueda ir, a lugares que no puedo ir ni voy... ni se me ocurre. Yo me adapte a la situación (...) Bueno una de las cosas que me voy a ocupar está semana es de conseguir prótesis para ir a la playa. A mi la playa es algo que me encanta, y nosotros íbamos siempre a la playa. Y es un objetivo que quiero lograr. Si logro conseguir prótesis que pueda meter en el mar, no tengo la menor duda que me voy a ir o algún hotel que tenga pileta o algo”.*

De la misma forma, aparece el autocontrol, como el esfuerzo para controlar sus sentimientos y las respuestas emocionales frente a la situación traumática; esto reflejado en las siguientes expresiones: *“trato de llenar con pensamientos lindos mi mente (...) actualmente, rememoró generalmente todas las cosas positivas, es muy difícil que rememore algo negativo...para negativo tengo está situación, ¿para que? le voy a cargar más cosas ¿no?”.*

El autocontrol proporciona un mayor confort y disminuye las emociones negativas al no demostrar a los otros lo que la situación le produce. El entrevistado enfatiza en la relación con sus amigos:

*“Quedaron los amigos de toda la vida, pocos, pocos (...) una pareja de amigos que casualmente mañana vamos a comer, ... y te digo una cosa, hoy día no necesito tanto. ¿Por qué intercambio puedo tener con ellos?, antes había cosas en común, ¿qué cosas en común puedo tener hoy en día? no puedo tener nada, ¿qué puedo ofrecerles? tomar una copa, tomar un té que se yo.... tengo muy poco para ofrecerles...este... entonces ya ... antes si, se inventaban programas, había algo que nos unía. Pero, hoy día los amigos que quedan son porque realmente son amigos y hay un aprecio hacía mi y a ese amigo y nada más, y no me afecta, la verdad que no me afecta”.*

De igual forma, se presenta como estrategia de afrontamiento la aceptación de responsabilidad, es decir, el reconocimiento de su rol frente al origen y/o mantenimiento de la situación traumática. Durante la entrevista, él comentó que durante su rehabilitación ha padecido varios episodios que han ocasionado un retroceso en su recuperación, como ejemplo que se rompió la cadera y él asume su responsabilidad ante este suceso: *“de golpe me pasa eso por cabeza dura, porque yo porque ... no se porque me había enojado... bueno nos habíamos enojado porque habíamos discutido, y yo de cabeza dura, me pare sólo todo”.*

De forma similar, surge en el entrevistado la reevaluación positiva, entendida por Riso (2006) como la percepción nuevamente los aspectos positivos que pudo haber dejado la situación problema. en tanto, Lodoño (2006) lo define como el modo de aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que ayudan a enfrentar la situación, la cual se centra en el crecimiento personal.

Esto, se infiere cuando el entrevistado sostiene:

*“ya no me interesa la muerte, es decir ya no le tengo miedo a la muerte, porque en su momento la desee (...) Fui idealista, ya no soy más idealista ahora voy a lo práctico (...) hay que ir buscando cosas para no estar vacío, yo no soy una persona para quedar vacío, necesito llenar de algo mis días, mi vida, todo. Entonces veo mucha televisión, muchas películas, series, veo mucho noticiero... me hago mala sangre con las noticias. Por otro lado, pienso mucho en el pasado (...) trate de buscar explicaciones de porqué era yo de una forma determinada en mi vida anterior. (...) Sabes qué tengo yo, tengo independencia mental y eso es lo que me hace seguir adelante (...) A mi me hubiera gustado que me quedaran las manos. Me hubiera sentido un poco más feliz (...) - A mi me gusta la vida, y gracias a Dios la puedo seguir viviendo, dentro de mis limitaciones pero la puedo seguir viviendo de está forma.*

Esta estrategia es considerada como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

Otra estrategia de afrontamiento es la solución de problemas, propuesta por Londoño et al. (2006), quien alude que es una secuencia de acciones orientadas a solucionar los inconvenientes, teniendo presente el contexto para analizarlos e intervenirlos, utilizando tácticas cognitivas y racionales que alteran la situación y solucionan el problema. Esta condición es reflejada en el entrevistado cuando menciona:

*(...) con qué disfruto hoy en día , los amigos ... vos viste qué... bueno salvo algunos se borran, porque yo no puedo hacer muchas cosas (...) entonces uno tiene que ir buscando llenar su espíritu o su cerebro o su alma de alguna forma (...) tratando de leer todas las noticias, entonces estoy super enterado de las noticias (...) yo no soy una persona para quedar vacío, necesito llenar de algo mis días, mi vida, todo. Entonces veo mucha televisión, muchas películas, series, veo mucho noticiero.*

En sus relatos, enfatiza en que más allá de la situación que atraviesa deja entrever su necesidad de solucionar sus limitaciones o ausencias. Es así, que recurre como una alternativa para remediar su estado de salud la búsqueda de apoyo profesional; es decir, se sostiene en un recurso profesional para obtener mayor información sobre su situación traumática y posibles soluciones para enfrentarlo.

En este sentido, el entrevistado menciona:

*“Me acuerdo que al principio venía un kinesiólogo y yo no tenía fuerzas para levantar el brazo, imaginate meses en cama los músculos se te gastan, se te achican. Me acuerdo que me costaba un triunfo hacer cualquier movimiento... y bueno lo fuimos haciendo. (...) Empecé con un tratamiento en la clínica (...) Avance muchísimo, estuve como dos años. Y*

*me puse como objetivo jugar al golf y ser positivo, trataba de estar buena onda, trataba de moverme, trataba de ... qué se yo... hasta qué llegue a caminar sólo, después de dos años y pico”.*

Además, se destaca que el entrevistado refiere que para reforzar los músculos y volver a caminar tuvo el apoyo del kinesiólogo y cuidadores domiciliarios, los cuales lo ayudaron a retomar su movilidad dentro del hogar. Lo expuesto evidencia que él buscó conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejorando el control percibido de la situación. Por ello, se considera importante el apoyo profesional porque ayuda a optimizar el uso de los recursos sociales.

Asimismo, el entrevistado apela a la autonomía como un recurso de afrontamiento orientado a ser artífice de sus propias respuestas ante el problema, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. El sujeto indagado enfatiza que posee “*independencia mental*”, que es su motor para seguir adelante:

*“Entonces mentalmente pienso y sueño ... muchas veces trato de soñar cosas que me gusten, me pongo en la cabeza, me gustaría soñar con tal cosas y a veces se da a veces no. Pero tengo pensamiento independiente y la palabra también. Después es otra cosa si me dan bola o no. Mi mente es mi gasolina, ese es mi refugio”.*

### 3.3 Capacidad de sobreponerse a la situación traumática

El trauma es entendido como un acontecimiento que pone en desequilibrio el sentido de la seguridad y del bienestar, ocasionado en el sujeto una sensación de falsas creencias sobre el mundo. Por consiguiente, genera, en quien lo padece, estrés agudo o crónico que produce un impacto negativo y que puede asociarse con un significado simbólico que determine las consecuencias del mismo. En este sentido, para una persona que ha sufrido la amputación de sus manos y piernas de manera inesperada llega a poner en peligro su integridad física o psicológica, llegando a sentirse incapaz de afrontarlo.

Se destaca, que el entrevistado ha manifestado que lo ocurrido ha sido “*una consecuencia totalmente inesperada (...)*”, y que le temía a la muerte e incluso la deseaba: “*Entonces era muy depresivo la situación (...) Fueron meses largos que tuve que estar ahí donde vi cosas terribles y feas feas (...) realmente en ese momento no me daba cuenta de lo que me había pasado”.*

Desde la perspectiva psicológica, el trauma es un sentimiento de inmenso miedo, de indefensión, de pérdida de control y de amenaza de aniquilación, ocasionando cambios en la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo (Saldaño García, 2014). Es así, que la situación traumática del entrevistado le ocasionó, en un primer momento, un quiebre en su sentimiento de seguridad.

Cabe resaltar, la mayoría de los casos que atraviesan una amputación, se enfrentan a un desajuste psicosocial. El cual implica la pérdida de autonomía, a la cual hace referencia el entrevistado diciendo

*“Y depender de terceros no es lindo, (...) siempre tengo que depender de terceros. Deje de ser independiente”. A su vez este desajuste conlleva un cambio sobre su imagen corporal. El entrevistado menciona que su momento tuvo vergüenza: “No me da vergüenza ya... vos sabes que al principio me daba un poco de vergüenza que me vean así, hoy día ya no, pero nada eh.”*

Y en último lugar, se ve afectada la identidad personal, cuando el sujeto indagado comienza a cuestionar y reflexionar sobre su forma de ser antes de lo sucedido: *“trate de buscar explicaciones de porqué era yo de una forma determinada en mi vida anterior. Trataba de buscar las causas, el porqué yo era así o que me había pasado para ser yo así. Eso nunca me lo había preguntado antes, ahora sí por qué tengo tiempo de sobra para pensar.”*

De las expresiones expuestas, se infiere que el entrevistado ha superado el trauma porqué fue capaz, en su momento, de generar un duelo de la pérdida de sus miembros superiores e inferiores, aceptando lo sucedido, y con ello su nueva realidad. Una vez aceptado, fue capaz de buscar dentro de sus posibilidades nuevos objetivos e interés, como el volver a jugar al golf o las carreras de caballos. No sólo logró sobreponerse, sino que al hablar de lo sucedido lo trasmite con calma y mucha paz.

Las amputaciones traumáticas no es un acontecimiento que involucre únicamente al individuo que la sufre; los miembros de su familia y el contexto social que lo rodea (amistades) también sufren desajustes emocionales debido a las circunstancias o a la manera como se producen. En el caso estudiado, a lo largo de la entrevista se observó en dos momentos estos desajustes. El primero, hace referencia a su hijo y a su mujer. Es decir, cuando el entrevistado deja de estar internado por un tiempo junto a su mujer se fue a vivir a lo de su hijo.

De esta manera, se deduce que este cambio produjo un desbarajuste tanto en la vida cotidiana y de las responsabilidades tanto de su hijo como de su mujer. *“El primer mes que estuve en la casa de Herman, porqué era mucho para Mirta sola, en mi estado post operatorio. Y ahí me empecé a recuperar de a poco.”*

Posteriormente, hace mención de cómo afectó todo lo sucedido, desde sus amputaciones hasta sus caídas, a su mujer.

*“claro a medida que fueron ocurrieron los accidentes, el primero después el segundo, ella cada vez se ponía peor. Primero porqué se internó con mi en la clínica las dos veces, (porqué me internaron las dos veces) entonces cada vez se preocupa más.” “ Y ella es muy muy miedosa y sobre todo después de los dos últimos accidentes ha aumentado el miedo/ pavor que tenía (...). Lo único que tiene es que ella es muy muy miedosa, entonces a veces me cuesta infundirle a ella animo para que me permita hacer determinadas cosas, porque a ella le da mucho miedo .. y bueno es una de las discusiones que tenemos, pero banales al fin.”*

Sobre la base de lo mencionado, se entiende por reacciones al trauma a las respuestas fisiológicas y de asimilación de una nueva realidad. En primera instancia frente a lo ocurrido, el entrevistado comenta

qué fue algo inesperado que le generó un estado de depresión, y que llegó a desear la muerte: “*ya no le tengo miedo a la muerte, porqué en su momento la desee.*” “*Fueron meses largos que tuve que estar ahí. Donde vi cosas terribles y feas feas (...) entonces era muy depresivo (...)*”. En palabras de Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón Morán (2012), la pérdida requiere de un esfuerzo adaptativo a la nueva situación. En este caso analizado, el apoyo familiar le permitió salir adelante. Esto se puede observar en la siguiente afirmación:

*“En esos momentos que desee morir me saco adelante mi familia. Todos los días venía Mirta o mi cuñada, mis hijos, mi hermano, bueno poca gente se turnaban, porqué no podían entrar todos. A medida que van transcurriendo los días vas pensando bueno yo puedo vivir así, ¿por qué no voy a poder vivir así?”*

Es importante destacar, que más allá del apoyo familiar, la capacidad de resiliencia del entrevistado le permitió sobreponerse a la situación: “*cada vez que venían para mi era una alegría, era como revivir, (...)*”. Esto se debe a que pese a su situación, fue capaz de amortiguar el impacto de las consecuencias físicas y emocionales, buscando cómo llenar su espíritu:

*“(...) uno tiene que ir buscando llenar su espíritu o su cerebro o su alma de alguna forma. ¿Y como lo llenas? y yo lo lleno tratando de leer todas las noticias, entonces estoy super enterado de las noticias. (...) hay que ir buscando cosas para no estar vacío, yo no soy una persona para quedar vacío, necesito llenar de algo mis días, mi vida, todo. Entonces veo mucha televisión, muchas películas, series, veo mucho noticiero... me hago mala sangre con las noticias. Por otro lado, pienso mucho en el pasado.”*

De esta manera el entrevistado poco a poco fue poniendo en marcha las estrategias de afrontamiento para sobrellevar la situación traumática. Cuando la persona entra en situación de crisis puede reaccionar de muy diferentes maneras, y todas ellas pueden resultar adaptativas, destacándose la negación/evitación y la resiliencia.

### 3.4 La resiliencia frente a un suceso traumático

Las personas que se enfrentan a situaciones traumáticas construyen las respuestas adaptativas que les permite tener una actitud positiva frente a la adversidad, sin importar cuán difícil sea o cuán pocas expectativas se tengan, desarrollando fortalezas para resistir a los problemas que emergen.

Esta capacidad, se configura como oportunidad para superar y adaptarse a las situaciones difíciles e inesperadas, como la amputación. Para afrontar esta situación, en el entrevistado se observan factores de la resiliencia propuesto por Wolín y Wolín (1993). En primera instancia, surge la introspección; es decir, la capacidad de comprender las cualidades de sí mismo y de los otros “*pienso mucho en el pasado (...) pienso las cosas que hacía, o cómo me sentía, (...) y trate de buscar explicaciones de porqué era yo de una forma determinada en mi vida*”.

Este factor, coloca al individuo en su propio mundo interior, con sus cogniciones, emociones, motivaciones y conductas. A su vez se refiere a la capacidad de comprender las cualidades de los demás. Ello, se infiere cuando el entrevistado refiere que la su nueva realidad lo ha alejado de aquellos que él consideraba sus amigos; no obstante, se coloca en su lugar comprendiendo el porqué de su alejamiento, ya que él no puede tener cosas en común y además enfatiza: “¿qué puedo ofrecerles? tomar una copa, tomar un té que se yo.... tengo muy poco para ofrecerles (...) hoy día los amigos que quedan son porqué realmente son amigos y hay un aprecio hacía mi y a ese amigo y nada más, y no me afecta, la verdad que no me afecta”.

Por otro lado, aparece la iniciativa que implica exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más demandantes. En el caso del entrevistado, se observa esta exigencia cuando hace referencia sobre su objetivo de volver a jugar al golf o cuando menciona:

*Bueno una de las cosas que me voy a ocupar esta semana es de conseguir prótesis para ir a la playa. A mi la playa es algo que me encanta, y nosotros íbamos siempre a la playa. Y es un objetivo que quiero lograr. Si logro conseguir prótesis que pueda meter en el mar, no te queda la menor duda que me voy a ir o algún hotel que tenga pileta o algo”.*

En el mismo sentido, la iniciativa se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos:

*“Entonces fueron todos golpes que se fueron dando que te van ... no es que me fueran amansando o aplacando, noo .. me hicieron pensar de que bueno me voy empezar a cuidarme al mango para que no me pase nada más, porqué estoy en situación delicada y quiero estar bien”. En este caso, se puede observar cómo el entrevistado se hace responsable de su delicado estado de salud.*

Asimismo, se presenta en el entrevistado la independencia, como la capacidad para establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, manteniendo una sana distancia emocional y física, sin llegar al aislamiento. Esto se materializa en la siguiente afirmación:

*“Sabes que tengo yo, tengo independencia mental y eso es lo que me hace seguir adelante. Entonces mentalmente pienso y sueño ... muchas veces trato de soñar cosas que me gusten, me pongo en la cabeza, me gustaría soñar con tal cosas y a veces se da a veces no. Pero tengo pensamiento independiente y la palabra también. (...) Mi mente es mi gasolina, ese es mi refugio.”*

Por consiguiente, Palomar y Gómez (2010) refieren a las dimensiones de la resiliencia como la fortaleza, confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal. Durante el desarrollo de la entrevista, se observó en el sujeto la fortaleza y la confianza en sí mismo al referirse con claridad a sus objetivos, al esfuerzo por alcanzar sus metas, la confianza que tiene para lograr el éxito con optimismo y tenacidad a las adversidades.

*“Al golf no creo que pueda volver a jugar, tengo las manos electrónicas... todo, para poder agarrar el palo de golf.... pero me resulta muy difícil que yo pueda volver a caminar bien.... pero no me afecta. Me compre un caballo de carrera, es un hobby. Veo las carreras por televisión...entonces me fijo... es una manera de pensar algo que me entretiene, que me gusta... Cambie el objetivo porque las posibilidades no dan para para.... caminar me resulta muy difícil. Mira qué camino todos los días cuatro o cinco ”.*

Es destacar, que el sujeto entrevistado presenta las principales características de una persona resiliente expresadas por Flores (2013). Es decir, que posee la capacidad de afrontar las adversidades y obstáculos con éxito, anteponiendo su autonomía de manera sana que propicia su interdependencia familiar y social. Ello fortalece su autoestima desde una actitud positiva hacia sí mismo para lograr tolerar la frustración con paciencia, y un estado emocional optimista para cumplir sus expectativas, deseos y proyectos de vida.

Esto es posible, porque dispone de una capacidad de conciencia de sus habilidades esenciales para lograr cambios y oportunidades, reconociéndose a sí mismo y el entorno con responsabilidad, al aceptar las consecuencias de sus actos; siempre primando una buena relación con los demás que contribuye a su bienestar desde su deseo y expectativa de que mañana será mejor que hoy.

# Conclusión

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, se observa que las estrategias de afrontamiento son una respuesta a las demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo.

El caso estudiado, remite a un paciente de 77 años que padeció la amputación inesperada de sus manos y piernas; y frente a este suceso traumático se apoyó en diversas estrategias de afrontamiento.

En primera instancia, se visibilizó que dichas estrategias están centradas en las emociones, como el apoyo social, la reinterpretación positiva, el autocontrol y aceptación de la responsabilidad; cuya función es la regulación de sus sentimientos y afectos, que condicionan sus esfuerzos por modificar el malestar y manejar de mejor manera sus estados emocionales.

Por otra parte, se observó que en determinados momentos de su vida postoperatoria, utilizó las estrategias centradas en el problema como la planificación, la búsqueda de apoyo profesional, la autonomía y la búsqueda de solución de problemas; para lograr resolver aquellos obstáculos que fueron surgiendo durante su recuperación; y que en ocasiones, implicó el manejo de las demandas internas y externas las cuales descompensan la relación del sujeto con su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias o mediante la aportación de nuevos recursos.

Dichas estrategias, le permitieron al paciente ser capaz de superar la adversidad y de esta manera convertirse en un sujeto resiliente; es decir, con la habilidad de sobreponerse ante momentos críticos y adaptarse a su nueva realidad.

Es así, que se evidenció en toda la entrevista, su capacidad de seguir proyectando a futuro a través de sus objetivos y sus metas, como por ejemplo volver a caminar, ir a la playa, jugar al golf, entre otros. Se destaca en él, que en ningún momento se dio por vencido ante los sucesos traumáticos que modificaron su vida para siempre; por el contrario, se observó su capacidad para salir adelante enfrentando, adaptándose, superándose y buscando nuevos objetivos ante sus posibilidades; resaltando que nunca manifestó enojo consigo mismo o con los demás por lo sucedido, sino que en todo momento se aferró por seguir adelante.

En el mismo sentido, se destaca que en el desarrollo de la entrevista el paciente enfatizó en diversas circunstancias, situaciones o cosas positivas, jamás se centró en aspectos negativos o sucesos nocivos de todo lo vivido. Es una persona reflexiva, capaz de ver lo positivo de su situación y comprender los límites o incapacidades de los demás; ello se refleja en su comprensión en aquellos amigos que se alejaron a partir de lo vivido; como así también, comprende y entiende los miedos de su mujer, e identifica hasta donde puede pelear o no con ellos.

A modo de cierre, se destaca que el sujeto encuentra en sus estrategias de afrontamiento el respaldo necesario para conocer y entender sus limitaciones y frustraciones; que son su guía para decidir hasta dónde puede exigirse para lograr sus metas, siempre desde la serenidad y la resiliencia.



# Anexos


## Anexo 1: Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Guadalupe Pons. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista a profundidad, lo cual tomará aproximadamente 60 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 el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador.

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. Para esto, puedo contactar al investigador.

Gregorio Vanthapoulos            28/05/22

Nombre del Participante      Firma del Participante      Fecha  
(en letras de imprenta)

## Anexo 2: Guía de preguntas para la persona con amputación

- 1- Para comenzar, podrías comentarme algo de Usted
- 2- ¿A qué se dedica?
- 3- ¿Con quién vive actualmente?
- 4- En estos momentos ¿cuál es su estado de salud?
- 5- ¿Puede contarme por favor sobre su vida antes de la operación, a que se dedicaba, qué le gustaba hacer.....
- 6- Luego de la operación ¿cómo se desarrolla tu vida diaria?
- 7-¿Cuál es la mayor diferencia en su día a día, antes de la operación y en la actualidad
- 8- Podría contarme ¿cuáles fueron tus miedos, sensaciones, sentimientos al momento en que fue informado acerca de la amputación?
- 9- ¿Cuáles fueron sus principales preocupaciones en ese momento?
- 10- En algún momento tuvo la sensación de que esta situación podría desencadenar en una amputación?
- 11- ¿Qué ha representado la amputación para usted y su vida cotidiana?
- 12- ¿Qué actividades de su rutina diaria se hacen más complicadas de realizar ahora? ¿Cómo logra realizar esas actividades? ¿Qué actividades le gustaría realizar en este momento (hoy en día ) y no las hace por la *amputación*?
- 13-¿A qué lugares se le dificulta más la movilidad y el desplazamiento; y por qué?
- 14- ¿Cómo se relaciona habitualmente con las personas? ¿Qué cambios notó en sus relaciones vinculares? ¿Cree que tiene alguna dificultad para relacionarse con la personas? de ser así ¿cuál es esa dificultad? ¿Considera usted que ha tenido algún cambio al momento de relacionarse con las personas?
- 15- ¿Cuál cree usted que fue su mayor pérdida con la *amputación* de la extremidad? (autonomía, autoestima)
- 16- ¿Cuál ha sido la persona más importante en su proceso de adaptación? ¿De qué manera le ha aportado a su proceso de recuperación dicha persona?
- 17- ¿Cuál fue el factor, ya sea religioso, familiar, institucional, apoyo de pares, entre otros, más importante que influyó en su proceso de adaptación y/o rehabilitación?
- 18-¿Su familia y/o amigos lo acompañó en el proceso de recuperación? En caso afirmativo ¿Fue importante el acompañamiento? ¿por qué?
- 19- ¿Cuéntenos acerca de su proceso de recuperación? ¿Cuál ha sido el mayor reto (superación, meta logro) después de la amputación? ¿Cuáles son sus principales

habilidades? ¿En algún momento del proceso de recuperación y/o rehabilitación se ha sentido frustrado, sin sentido, ha perdido la motivación de luchar y rehabilitarse? ¿Por qué? ¿Cómo logró superarlo?

20-¿Cómo ha cambiado la imagen de su cuerpo después de la operación? ¿Cómo se ve físicamente en la actualidad? ¿Cómo cree usted que lo ven las demás personas?

21-¿Ha recibido apoyo psicológico desde la operación hasta hoy? ¿Se ha incorporado a un grupo de apoyo?

22- Podría comentarme ¿cuáles son sus principales proyecciones (objetivos, metas, deseos, sueños) o proyecto de vida?

23-¿Cuál es su principal idea o motivación para enfrentar el día a día con optimismo?

# Referencias bibliográficas

- Acosta-Zapata, Estefany, López-Ramón, Concepción, Martínez-Cortés, María Evelin, & Zapata-Vázquez, Rosario. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148. <https://doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629>
- Bardajó, A. F. (2002). *Personalidad, Persona, Acción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bermúdez, Pérez, R., & Rueda. (2013). *Psicología de la personalidad*. Uned.
- Buendía, J., & Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Castaño, C (2020). *Cambios de personalidad en trastornos neurodegenerativos e influencias saludables*. Tesina de máster. Universidad Pontificia. Madrid.
- Cavanillas de San Segundo, M. y Martín-Barrajón Morán, P., (2012). *Psicología de urgencia y emergencias: ¿mito o realidad?* Recuperado de <https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2015/07/psicologia-de-urgenc-y-emerg-mito-o-realidad1.pdf>
- Fernández. (2012). *Psicología de la personalidad y diferencial*. *Psicología De La Personalidad Y Diferencial*.
- Fernández Liporace, M. M. y Castro Solano, A. (2015). *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos: Teoría e instrumentos*. Lugar Editorial. <https://doi.org/10.1348/135910701169232>
- Figuerola, N. (2012). *Modelos de Personalidad: The Big Five*. PMQuality, 6. Retrieved from <https://articulosbm.files.wordpress.com/2012/03/modelos-de-personalidad-the-big-five.pdf>
- Filloux, Jean- Claude. (1994). *La personalidad*. (24 ed.) Buenos Aires: EUDEBA.
- Fishman S. *Psychological Practices with the Physically Disabled* editado por J. Garret y S. Levine, publicado por Columbia University Press 1961.
- Flores Flores, J. J. (2007). *Resiliencia en familias víctimas de violencia política en Ayacucho*.
- Flores Sarazua, E., Borda Mas, M.d.I.M. y Pérez San Gregorio, M.d.I.Á. (2006). *Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 285-300.
- González A., Arce M., Zarza S. (2017). *Estudio sobre el duelo en personas con Amputación de una extremidad superior o Inferior*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 20 (1): 1-23.
- Guerrero B. Rafael. *Atención a los pacientes sometidos a una amputación de miembro inferior y a su familia*. [www.cs.urjc.es/revistas/reito/J1709.pdf.2005](http://www.cs.urjc.es/revistas/reito/J1709.pdf.2005)
- Jung, P. D. E., & Mbtj, Y. E. L. (2002). *ESTILOS DE PERSONALIDAD*.
- Lazarus R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.

- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. (Original de 1984.)
  
- Malagón CV. *Tratado de ortopedia y fracturas*. Bogotá: Celsus; 1994.
  
- Miles, M. B., Huberman, A. M. and Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
  
- McAdam, D. (1998). "Orígenes conceptuales, problemas actuales y decisiones futuras", en Tejerina, B. e Ibarra, P., *Movimientos Sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural*. Madrid, Trota.
  
- McCrae, R. R. y Costa, P. T., Jr. (2008). A Five-Factor theory of personality. En L. Pervin y O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139–153). Guilford Press.
  
- Prado, J. F. U., Morales, F. C., Olguín, O. S., & Saisó, A. G. (2008). Los Cinco Grandes y maquiavelismo en trabajadores mexicanos: un estudio de personalidad y manipulación. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 24(1), 61–79. <https://doi.org/10.4321/S1576-59622008000100004>
  
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, D. C.: Grupo Editorial Norma.
  
- Rueda, L. y Miranda, O. (2002). "Principales dilemas bioéticos en las personas con discapacidad prolongada". *Acta Bioética*. Año 8 No. 1, pp. 127-135.
  
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
  
- Ter Laak, J. (1996). The Big Five dimensions of individual differences in personality. *Revista de Psicología*, 14(2), 129–181. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625401&info=resumen&idioma=E> NG
  
- Triadó, C. y Villar, F. (2014). *Psicología de la Vejez*. Alianza Editorial.