

## **MODIFICACION DE CONDUCTA EN AMPUTADOS: UN ESTUDIO PILOTO**

**P. Cobos Alvarez**

Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad. Facultad de Psicología.  
UNIVERSIDAD DE MALAGA

### **RESUMEN**

*El presente trabajo tienen como finalidad conseguir un primer acercamiento al campo de la rehabilitación desde una perspectiva psicológica. Nos sumaremos al concepto de rehabilitación considerado en sentido estricto, tal como lo hacen Pelechano (1987) y Aguado (1990) defendiendo un planteamiento Bio-Psico-Social en el que tenga cabida el equipo multiprofesional y el modelo de competencia (Costa y López, 1983, 1986) como medio para optimizar resultados y conseguir el pleno funcionamiento del sujeto en todos los ámbitos. Aplicaremos técnicas propias de la Modificación de Conducta para la consecución de los objetivos terapéuticos y para evitar confusiones en cuanto a la terminología empleada, nos remitiremos a la Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías (Insero, 1983).*

**Palabras clave:** AMPUTADOS, DISCAPACIDAD FISICA, MODIFICACION DE CONDUCTA

### **SUMMARY**

*The goal of the present work is to reach a first approachment to the field of rehabilitation from a psychological perspective. We will devote to the rehabilitation concept considered in its strict sense, like*

*in the line of Pelechano (1987) and Aguado (1990). We assume both a Bio-Psycho-Social perspective in which multiprofessional team has a role and the competence model (Costa and López, 1983, 1986) as means to optimize the results and to get the subject's complete achievement in several aspects. We will apply behavioral modifications techniques in order to get the therapeutical goals and to avoid some confusions with the applied terminology. We also will remit to the International classification of impairments, disabilities and handicaps*

**Key words:** AMPUTEES, BEHAVIORAL MODIFICATION, PHYSICAL DISABILITY.

## 1. INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad conseguir un primer acercamiento al campo de la rehabilitación desde una perspectiva psicológica, campo que, como señalan Pelechano (1987) y Aguado (1990a), constituye un reto para los profesionales españoles y requiere la publicación de resultados. Nos sumaremos al concepto de rehabilitación considerado en sentido estricto, tal como lo hacen los citados autores, que hacen referencia a un "marco previo al que retornar, en su caso, y unas capacidades tanto residuales como no dañadas a optimizar" (Aguado, 1990a, p. 12). Además propugnaremos un planteamiento Bio-Psico-Social en el que tenga cabida el equipo multiprofesional (Davis, 1993) y el modelo de competencia (Costa y López, 1983, 1986) como medio para optimizar resultados y conseguir el pleno funcionamiento del sujeto en todos los ámbitos.

Dicho modelo defiende que el estado de salud o enfermedad que poseen los individuos es el resultado de la interacción entre los individuos y su ambiente. Entendemos por tanto, como Costa y López plantean, que todos los esfuerzos que se hagan para aliviar los problemas personales y para promocionar la salud deben cubrir el doble objetivo de modificar y mejorar tanto los repertorios conductuales humanos como las propias situaciones y contextos. Asimismo para evitar confusiones en cuanto a la terminología empleada nos remitiremos a la Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad (Inserso, 1983).

También estamos interesados en destacar la influencia de la personalidad y/o los estilos de vida previos en cuanto al proceso de adaptación a la discapacidad, junto con Fishman (1978) y Gerhards et al (1984), en lo referente a la *amputación* Shontz (1980, 1983) y Aguado (1990b), con *carácter general* y Brucker (1983) y Trieschmann (1980, 1984), respecto a la *lesión medular*. No entraremos, sin embargo, a cuestionar los modelos de las etapas y el de las diferencias individuales porque una revisión y crítica de los mismos se encuentra en Aguado (1990b).

## 2. METODO

### 2.1. Sujetos

El presente estudio se realiza con 2 pacientes del Servicio de Rehabilitación para amputados del hospital Civil de Málaga, seleccionados por la médico rehabilitadora y fisioterapeuta del Servicio en función de sus características clínicas y personales.

Sujeto N°1: Varón, 24 años, doble amputación de piernas por accidente de tren.

Sujeto N°2: Varón, 70 años, doble amputación de piernas (arteriopatía diabética).

### 2.2. Procedimiento

Los sujetos fueron adscritos al programa por la médica rehabilitadora en función de la gravedad del caso o de lo problemática de su comportamiento en el gimnasio del hospital. Fueron consultados posteriormente sobre su disposición para ser incluidos en el programa.

La justificación a este procedimiento vienen derivada, en parte, por estar planteado nuestro trabajo como un estudio piloto, y en parte, por el estado general en el que se encuentra el campo de la rehabilitación, en el que es frecuente encontrar a profesionales abrumados por las necesidades inmediatas de atención a los discapacitados y donde éstos presentan a su vez unos determinados problemas de comportamientos que interfieren en el proceso de rehabilitación esperado. Por esa razón se nos demanda el resolver sus problemas "de la manera más rápida posible".

Se realizó una evaluación referencial con la médico y con la fisioterapeuta y entrevistas semiestructuradas con los sujetos en cuestión. Se aplican técnicas propias de la Modificación de Conducta para la consecución de los objetivos terapéuticos, siguiendo a Zaretsky e Ince, 1981, Labrador, 1990; Ince, 1976, 1980 y Herruzo et al. (1990). Pasamos a continuación a describir cada uno de los casos.

### *Sujeto nº 1*

#### *Historia clínica*

El 12 de marzo de 1992 sufre un accidente de tren del que se deriva la amputación traumática de ambas piernas al nivel de las rodillas. Una posterior infección da lugar a una reamputación al nivel del tercio inferior de ambos muslo. Su entrenamiento en el gimnasio de rehabilitación transcurre entre mayo y agosto de 1992, fecha en que es dado de alta.

#### *Demanda*

La demanda la hace la médica rehabilitadora junto con la fisioterapeuta dadas las circunstancias poco claras en las que tiene lugar el accidente y la aparente "negación" del problema.

#### *Instrumentos de evaluación y resultados*

- Evaluación referencia a la médica y la fisioterapeuta
- Entrevistas semiestructuradas al paciente
- Autorregistros de actividades en el gimnasio con las siguientes categorías:
  1. Recorridos por la paralela con una muleta.
  2. Recorridos por la paralela con dos muletas.
  3. Equilibrio con apoyo de una mano en la paralela.
  4. Equilibrio sin apoyo.
  5. Subir y bajar escaleras.

- Escala de valoración subjetiva

El paciente que nos ocupa es un varón de 24 años, procedente de un medio rural, de un nivel sociocultural medio y que ocupa el 2º lugar en la fratria. Siempre se ha considerado una persona vital que ha procurado pasárselo lo mejor posible y no preocuparse por nada, “resolviendo los problemillas lo antes posible y mirándole el lado bueno a la vida”.

Su nivel de estudios corresponde a B.U.P. aunque no termina el ciclo completo.

Comienza a trabajar en una tienda a los 17 años y permanece allí dos años y medio. Al final de este periodo comienza un curso de capacitación profesional el cual le hace abandonar el trabajo. Al poco tiempo también abandona éste aduciendo que es una “tontería”. A partir de ahí va cambiando de trabajo (fontanero, carpintero, encargado de obra, albañil, cargador de frutas en una cooperativa) de forma reiterada y permaneciendo en los mismos periodos de tiempo que oscilan entre un mes y diez meses aproximadamente.

Su hermana, por el contrario, es una buena estudiante, y desde hace tres años y medio desempeña un puesto importante en una entidad bancaria de Madrid.

Los padres han sido bastante protectores, especialmente la madre. El padre se jubiló a los 53 años después de tener un accidente de tráfico que le supuso graves lesiones en un tobillo, cinco costillas fracturadas y quemaduras en ambas piernas. La madre vendía cosméticos a domicilio, trabajo que ha abandonado desde el accidente del hijo. Ambos padres se han desplazado a la capital para estar cerca del hijo y facilitarle las cosas en lo que pueden. Por ejemplo, le llevan cocinado de casa el primer plato (no le gusta el del hospital) y permanecen con él prácticamente todo el día.

Desde hacía 8 años y medio mantenía relaciones con una chica con la que pensaba casarse en breve, idea que mantenía aún después del accidente. Considera que la familia de la novia lo ha calumniado al decir que el día del accidente había tomado drogas y bebido alcohol.

Con respecto a los amigos reconoce que no le había ido mal hasta el momento, que siempre había tenido muchos pero, que en la actualidad, se ha sentido defraudado por aquellos que él considera “legales”. Sin embargo, otro de los que no lo esperaba se han portado bien y le hacen frecuentes visitas.

El paciente ha tenido otros dos accidentes además de este último que le

ha costado la amputación de las piernas. El primero tuvo lugar cuando hacía el servicio militar al tirarse de un jeep en marcha, después de lo cual lo cambián de función (de ser escolta en Capitania pasa a trabajar de fontanero en la compañía). El segundo tiene lugar en la misma puerta de su casa cuando un coche lo atropella, engancha por el hombro y lo arrastra teniendo como resultado la fractura de 3ª vértebra lumbar y, en consecuencia, una indemnización económica de 200.000 pts (tienen un seguro de vida) y una baja laboral de 2 meses y medio.

El 3ª y último lugar de regreso de una entrevista para conseguir un trabajo, la cual tiene lugar en una finca. Sucede cuando iba caminando por encima de una vía de tren absolutamente ensimismado al caer la tarde, pensando en las condiciones que la habían propuesto (no eran muy buenas pero tendría que cogerlas porque no había otra cosa) y, asegura, no ver ni escuchar al tren que se le viene encima. En el último momento intenta evitarlo quedando sus piernas atrapadas.

El paciente no reconoce en ningún momento haber deseado su muerte ni antes ni después del accidente. Considera que "los días los tenemos contados".

En el momento de empezar el proceso terapéutico tiene autonomía para su aseo, alimentación y para entrar y salir de la cama. En cuanto a la actividad que realizaba en el gimnasio antes de la intervención, se reducía a ejercicios para el fortalecimiento de tronco y brazos (3 series de 3 ejercicios c/u) y unos pocos pasos sobre los muñones mostrándose siempre colaborador aunque el tratamiento del muñón era lo que le resultaba más desagradable.

Posteriormente, cuando se emplea el autorregistro como técnica para incrementar el rendimiento en el gimnasio se procede de la forma siguiente:

En la primera semana se registran las categorías:

1. Recorridos por la paralela con una muleta.
3. Equilibrio con apoyo de una mano en la paralela.
4. Equilibrio sin apoyo.

En la segunda y tercera:

2. Recorridos por la paralela con dos muletas.
3. Equilibrio con apoyo de una mano en la paralela.
4. Equilibrio sin apoyo.

En la cuarta y quinta:

2. Recorridos por la paralela con dos muletas.
4. Equilibrio sin apoyo.

### 5. Subir y bajar escaleras.

En cuanto a sus relaciones sociales en el hospital son numerosas y variadas: enfermeras, auxiliares, otros pacientes y familiares de los mismos. Goza de libertad para desplazarse por todos lados, y parecía ser que todo el mundo lo conocía (cuando iba por el pasillo del hospital lo saludaban frecuentemente).

Con respecto a la evaluación referencial de la fisioterapeuta ésta nos informa de que su comportamiento en el gimnasio es extraño en cuanto a que desde el principio comenta que en cuanto salga se irá de camping y que realizará numeros actividades que no corresponden a su inmediata situación posthospitalaria. Por lo demás su comportamiento es de colaboración y de realizar las tareas que se le proponen.

Con respecto a la escala de valoración subjetiva, en un continuo de 0 a 10 (indicando el 0 un gran malestar y el 10 un gran bienestar) se sitúa en una posición media de 7.87 a lo largo de todo el proceso terapéutico, estando sus valores extremos situados entre 6 y 9 puntos.

### *Conductas problema*

1. No aceptación de las limitaciones de su estado actual (salvo las muy evidentes como jugar al futbol y andar por el campo).

2. Ideas irracionales referidas a la atribución de la causalidad de los hechos: "A partir de ahora es posible que mejore mi calidad de vida" (pensando y asumido como mejora de su vida en general y no particularizando, por ej. al aspecto económico); "A la madre de X yo la he echado a andar" (sintiéndose el responsable absoluto del hecho y no considerando la incidencia del personal hospitalario).

3. Exageración en la interpretación de los hechos ("Hecho 40 personas en el pasillo que acabara la operación").

4. Ideas irracionales referidas a su pareja ("Desde el principio no caí bien"; "Coaccionan a mi novia para que no venga a verme").

5. Se arranca las uñas y las pieles de los bordes.

### *Objetivos terapéuticos*

1. Facilitación de la fase de ajuste

- 1.1. Aceptación de su situación actual y de las limitaciones que tiene.
- 1.2. Potenciación de actividades posibles de realizar.
- 1.3. Planificación de actividades a corto/ medio plazo.
- 1.4. Colaboración con otros discapacitados.
2. Eliminación de las ideas irracionales relacionadas con la atribución de la causalidad.
3. Eliminación de las ideas irracionales respecto a la realidad.
4. Eliminar las ideas irracionales con respecto a su pareja
5. Favorecer la actividad física en el gimnasio dirigido a una más rápida adaptación a sus prótesis.
6. Eliminación del hábito de arrancarse las uñas y las pieles.

#### *Técnicas empleadas*

\* Para la consecución de los objetivos 1.2.- 1.3.- 1.4.- 5 y 6 utilizamos un paquete terapéutico específico para este caso en cuestión que comprendía:

- Instrucción terapéuticas
- Control estimular
- Programación de actividades
- Feedback
- Refuerzo positivo administrado por la fisioterapeuta y la terapeuta de forma contingente a la realización de las tareas terapéuticas o de la consecución de objetivos terapéuticos.
- Autorrefuerzo por la realización de las tareas terapéuticas o por la consecución de objetivos terapéuticos.

\* Para los objetivos 1.1.- 2-3 y 4 utilizamos lo siguiente:

- Técnica de reatribución y prueba de realidad (Beck, 1981)
- Refuerzo positivo administrado por la fisioterapeuta y la terapeuta de forma contingente a la realización de las tareas terapéuticas o de las consecución de objetivos terapéuticos.
- Autorrefuerzo por la realización de las tareas terapéuticas o por la consecución de objetivos terapéuticos.

#### *Duración del tratamiento*

10 semanas: de 17 de junio de 1992 a 26 de agosto de 1992 a razón de 1 sesión semanal.

### *Resultados*

La finalización del proceso terapéutico coincide con su alta hospitalidad provisinal. El paciente es enviado a casa por un periodo de 5 semanas.

Los resultados hasta ese momento son los siguientes:

- Acepta más racionalmente sus limitaciones analizando qué grupo de actividades podrá hacer y en qué plazos, y cuáles no.
- Aplica pruebas de realidad para examinar más objetivamente la realidad y la atribución de la causalidad de los hechos.
- Asume que su pareja lo ha abandonado así como que es una mujer adulta de 27 años con capacidad para tomar sus propias decisiones.
- Incremento progresivo de la actividad física incluyendo la deambulación en todos los ámbitos hospitalarios y en salidas al exterior con las prótesis definitivas (camina, sube/baja rampas y escaleras...).
- Se siente atraído por otra mujer (familiar de otro paciente).
- Instauración de periodos de actividad intelectual (lectura y estudio de inglés).
- Colabora con una organización del hospital por la mejora de la calidad de vida de los pacientes, preparando para exponer en su día una charla sobre su experiencia hospitalaria.
- No se arranca las uñas ni las pieles
- Se va a matricular en F.P.

\* Los objetivos conseguidos que tienen relación con la actividad física o el comportamiento en el gimnasio fueron consensuados con la fisioterapeuta.

### *Datos de interés*

El paciente se niega reiteradamente a que entrevistemos a los padres con la excusa de que el padre está enfermo y que no quiere preocupado más. Con respecto a la madre argumenta que no quiere que se meta en sus cosas.

Con respecto a él mismo queremos destacar su buena disposición para todas las tareas encomendadas y la puntualidad con la que asistía a las sesiones. Sin embargo no cumple la instrucción de ponerse en contacto con la terapeuta al 2º día de estar en casa y tampoco confirma la sesión de seguimiento.

Antes de su salida del hospital le comunicaron que le habían concedido la jubilación anticipada, percibiendo por la misma una cantidad superior a las 100.000 pts al mes.

### *Seguimiento*

1.- A los 42 días de la última sesión de tratamiento:

El paciente mantiene los objetivos terapéuticos conseguidos al finalizar la intervención y además se constatan los siguientes:

- Camina con bastante normalidad ayudándose de una sola muleta.
- El reingreso en su medio social habitual ha sido un éxito: sus amigos lo reciben con naturalidad; sale con ellos a tomar alguna copa y aclara malentendidos con algún amigo.

- Ha comenzado a asistir todas las mañanas a una academia para obtener el título de auxiliar administrativo.

- Soporta enteramente (permanece con la misma actividad anterior y no presenta ninguna conducta de huida ni agresiva) el que su antigua novia no se acerque cuando coincidan en el mismo pub. Reconoce abiertamente que le duele su actitud.

- Realiza la charla en el hospital ante 40 personas aproximadamente (enfermeras, médicos, familia, pacientes). Nos ponemos en contacto con los padres al coincidir en los pasillos del hospital. Ellos corroboran la buena adaptación de su hijo a su medio habitual.

2. A los cuatro meses se mantienen los resultados así como su asistencia a clase.

3. A los trece meses se mantienen los resultados habiendo completado los cursos de Auxiliar Administrativo y Operador Técnico Informático.

### *Sujeto nº 2*

#### *Historia clínica*

Se trata de un paciente diabético, controlado con antidiabéticos, que es intervenido por primera vez a los 67 años.

Es ingresado nuevamente a los 10 meses (abril de 1989) presentando una

obstrucción completa de la arteria femoral superficial izquierda sin salida poplítea y muy malos vasos distales. Clínicamente se encuentra en grado funcional IV con necrosis en dedos del pie izquierdo y úlcera necrótica en ambos talones. En la exploración se observa ausencia de pulso en ambas piernas. Se le diagnostica una arteriopatía diabética en miembros inferiores con arterio esclerosis obliterante extensa en grado funcional IV y se le practica una amputación-desarticulación de la rodilla izquierda. Tras el post-operatorio asiste al gimnasio para su rehabilitación física desde octubre de 1989 a enero de 1990. Se le había instalado la prótesis en septiembre de 1989.

En marzo de 1991 es ingresado nuevamente por dolor intenso intratable en pierna derecha. A la semana se le practica amputación-desarticulación de rodilla derecha. En esta ocasión asiste al gimnasio para su rehabilitación física desde noviembre de 1991 hasta agosto de 1992 en el que se le da la alta provisionalidad. Tras el seguimiento después de un mes se le da el alta definitiva.

### *Demanda*

La demanda la hace la médica rehabilitadora junto con la fisioterapia dado el comportamiento que el paciente manifiesta en el gimnasio.

### *Instrumentos de evaluación y resultados*

- Evaluación referencial a la fisioterapeuta.
- Entrevistas semiestructuradas al paciente.
- Autorregistros de actividad en casa con las siguientes categorías:
  1. Pasar del carrito al andador.
  2. Paseo por la terraza con el andador.
  3. Paseo por el salón, pasillo y dormitorio.
- Plano de la casa.

El paciente que nos ocupa en este caso es también un varón, de 70 años de edad, con jubilación anticipada debido a la enfermedad que le origina la amputación de las piernas. Hasta la misma llevaba trabajando 45 años como funcionario de un organismo oficial.

A los 9 años se queda huérfano y junto con su hermano son encomendados a una tía que, al no tener medios para su cuidado, los interna en un colegio.

A los 13 años le encuentran un trabajo y al año siguiente al hermano con lo cual ambos pasan a vivir con la tía.

Se define como un hombre tradicionalmente aventurero, lo cual le llevó a inscribirse como voluntario cuando estalla la guerra civil. Una vez licenciado trabajó llevando contabilidades y en el año 46 ingresó como funcionario (administrativo) en el organismo oficial antes citado lo cual le permite mantener un nivel medio y ser respetado en su entorno. Tiene muchos amigos con los que pasa algunos ratos al salir del trabajo.

Se casó, en su opinión, con una mujer totalmente "incompatible" con él: tímida, asustadiza, dependiente de él para todo, que huye de las relaciones sociales, etc. con la que tiene una hija y un hijo que en la actualidad tienen 38 y 36 años respectivamente. El se define como "la persona que ha tenido que resolverlo todo en la casa, desde decidir la compra o los viajes hasta ir a recoger las notas o preguntar por el comportamiento de los niños en el colegio". Considera que su mayor fracaso ha sido el no poder tener una familia que "estuviera de acuerdo en todo".

Reconoce de sí mismo que en estos momentos está muy violento (con el taxista, los transeúntes, con la esposa, en el gimnasio, etc.) y que "su soberbia y su ironía" pueden molestar bastante.

Según el paciente el comportamiento de su esposa dificulta su autonomía personal ya que lo protege "en exceso" (esto no tuvimos la oportunidad de comprobarlo al no facilitarnos la posibilidad de contactar con la esposa). En el momento de iniciar la intervención psicológica el paciente necesitaba ayuda de su esposa para el aseo personal y vestido, colocarse las prótesis, abrir/ cerrar el carrito, bajar/subir en el ascensor y alcanzar cualquier objeto que estuviese colocado por encima de la altura de su brazo, sentado en la silla de ruedas.

Posteriormente, cuando se emplea el autorregistro como técnica para incrementar su autonomía personal se procede de la siguiente manera:

Durante las semanas 1...6 se registra las siguientes categorías:

1. Pasar del carrito al andador.
2. Paseo por la terraza con el andador.

Durante la semanas 7...11 se registran las siguientes categorías:

1. Pasar del carrito al andador.
3. Paseo por el salón, pasillo y dormitorio.

(Los cuatro primeros registros corresponden a la fase de tratamiento y los restantes a la de seguimiento).

Con respecto a la evaluación referencial de la fisioterapeuta, ésta destaca lo problemático de su conducta dentro del gimnasio, queriendo ser siempre el que protagonice la atención protestando por todo y discutiendo con todos. Asimismo se niega a seguir sus instrucciones sobre las prótesis y el carrito. Ambas conductas son reforzadas por parte de la fisioterapeuta y de los propios pacientes, dedicándole ella bastante tiempo para explicarle o convencerle de lo incorrecto de su comportamiento, y respondiendo los pacientes a sus provocaciones.

#### *Conductas problema*

1. Problemas de interacción social (discute/protesta a diario con alguno de los pacientes del gimnasio).
2. No quiere usar las prótesis.
3. No usa el carrito adecuado.
4. No usa el andador en casa.
5. Discusiones con su esposa derivadas de su escasa autonomía doméstica.

#### *Objetivos terapéuticos*

1. Mejora de la interacción social en el gimnasio
2. Uso de las prótesis
3. Uso correcto del carrito
4. Uso del andador en casa
5. Incremento de su autonomía en el hogar

\* La conducta problema nº5 no fue directamente tratada, ante la negativa del paciente de que viniera su esposa a consulta, pero pensábamos que la consecución de los objetivos 2-3-4-5 influirían en el incremento de la misma.

#### *Técnicas empleadas*

Para la consecución de los objetivos se emplearon paquetes terapéuticos específicos para este caso en cuestión que comprendían:

- \* Para el objetivo 1:
  - Reforzamiento de conductas alternativas.
  - Extinción de conductas clave.
- \* Para los objetivos 2 y 3:
  - Instrucciones terapéuticas.
  - Sobreaprendizaje.
  - Reforzamiento positivo social por parte de la fisioterapeuta y terapeuta
  - Autorrefuerzo por la realización de las tareas terapéuticas o por la consecución de objetivos terapéuticos.
- \* Para los objetivos 4 y 5:
  - Instrucciones terapéuticas.
  - Feedback.
  - Modificación del ambiente físico doméstico.
  - Reforzamiento positivo.
  - Autorrefuerzo por la realización de las tareas terapéuticas o por la consecución de objetivos terapéuticos.

#### *Duración del tratamiento*

10 semanas: de 17 de junio de 1992 a 26 de agosto de 1992 a razón de 1 sesión semanal exceptuando dos semanas no consecutivas en las que estuvo enfermo.

#### *Resultados*

Los resultados al final de la intervención fueron los siguientes:

- Disminuyeron considerablemente las agresiones verbales a los otros pacientes del gimnasio. En palabras de la fisioterapeuta: "nada beligerante y sonriente".
- El paciente comienza a usar las prótesis desde la 4ª sesión del proceso terapéutico si bien las vuelve a dejar temporalmente a causa de un accidente que le produce contusiones (se cae en la calle yendo en el carro).
- Uso del carrito adecuado hasta que se le rompe una pieza que le tienen que mandar de Gerona, tras lo cual vuelve a usarlo.
- Comienza a practicar con el andador en la terraza de la casa.

- Se remedia alguna barrera arquitectónica en el hogar (se coloca una cuña de madera para eliminar el escalón de acceso a la terraza desde el salón).

\* Los objetivos conseguidos que tienen relación con la actividad física o el comportamiento en el gimnasio fueron consensuados con la fisioterapeuta.

#### *Datos de interés*

Al principio del tratamiento se mostraba reticente al mismo dada la diferencia de edad con la terapeuta y por considerarse demasiado celoso de su intimidad "como para contarle su vida a alguien". Después lo asume con bastante seriedad cumpliendo fielmente las instrucciones terapéuticas.

Tenemos que destacar las condiciones físicas, estado de salud y edad del paciente (nunca podrá andar con las muletas. Como mucho podrá desplazarse por la casa con el andador) ya que tienen una gran incidencia en el proceso terapéutico. El esfuerzo físico que le suponía el control de su propio cuerpo para sentarse en el carrito o levantarse del mismo era considerable ya que presentaba poca fuerza en los brazos y manos para sostener su peso y abrir/cerrar el dispositivo mecánico del carrito.

Por otra parte, cuando se iban consiguiendo objetivos sufría alguna caída o se ponía enfermo, con lo cual nos encontrábamos con un retroceso o estancamiento en las conductas objetivo.

También queremos poner de manifiesto la reticencia del paciente a que entrevistáramos a la esposa alegando que era una mujer de una gran timidez que no gusta de hablar con ningún extraño.

#### *Seguimiento*

1. A los 10 días de la última sesión de tratamiento:

El paciente mantiene los objetivos conseguidos al finalizar la intervención y además se constatan los siguientes:

- Amplía los recorridos con el andador al salón, dormitorio y cuarto de baño.

- Abre solo el carrito y pide ayuda para cerrarlo de forma adecuada.

- Usa las prótesis entre 7-8 h/días.

### 2. A los 42 días:

El paciente mantiene los objetivos terapéuticos conseguidos y además se constatan los siguientes:

- Usa siempre las prótesis.
- Amplía los recorridos con el andador al resto de la casa.
- No pide ayuda para alcanzar libros o similar.
- Mantiene los autorregistros.

### 3. A los cuatro meses (seguimientos telefónico)

En esta ocasión el paciente se encuentra muy débil ya que en los últimos dos meses le han realizado 3 transfusiones de sangre debido al padecimiento de un derrame gástrico. Ha disminuido el número de paseos con el nadador y el uso de las prótesis aunque informa que siempre las usa cuando espera la visita de su hija.

Al mes y medio del último seguimiento y después de estar ingresado 5 días en la U.V.I. muere. Los problemas de circulación son gravísimo y falla su corazón. Pensamos que con la intervención psicológica se contribuyó a mejorar la calidad de vida de esta persona durante los últimos meses de vida.

## 3. RESULTADOS GENERALES

Aunque hemos especificado al describir cada sujeto cuáles han sido sus resultados particulares nos gustaría dar una opinión global de los mismos.

Creemos haber conseguido dos de los tres objetivos de intervención que el modelo de competencia debe desarrollar (Costa y López, 1986):

1. Optimizar las destrezas y recursos personales de los sujetos, mejorando con ello su calidad de vida.

2. Optimizar el sistema de apoyo profesional dada la colaboración existente entre los distintos profesionales: médica rehabilitadora, fisioterapéutica y psicóloga y el apoyo de la dirección de Ciencias de la Salud en cuyas dependencias (dentro del mismo Hospital) se llevó a cabo el proceso terapéutico.

En cuanto al tercer objetivo: Optimización de las redes y sistemas de apoyo natural, no pudo tratarse de forma directa dada la clara reticencia de los sujetos a que tomáramos contacto con los miembros de su familia.

No obstante, aún siendo conscientes de las limitaciones que ello conlleva, optamos por realizar la intervención en la medida que estábamos consiguiendo otros objetivos terapéuticos.

#### **4. DISCUSION**

De forma resumida podríamos centrar la discusión en los siguientes puntos:

Entendemos que la Salud debe ser contemplada desde el Modelo Bio-Psico-Social y, a la vista de los resultados, nos parece imprescindible y posible el abordaje multidisciplinar en la rehabilitación de los pacientes amputados, en particular, y de los discapacitados físicos, en general.

Las técnicas de Modificación de Conducta han resultado apropiadas y efectivas en la rehabilitación de los discapacitados físicos si bien serán necesarios diseños que gocen de todas las garantías metodológicas que pongan de manifiesto qué tratamiento o componentes de los mismos son los responsables de los cambios y que, en definitiva, resultan más eficaces.

Las características de personalidad, forma de solucionar problemas y estilo de vida previo parecen un gran peso en el proceso de adaptación a la discapacidad.

Nos parece de gran importancia el introducir en el proceso terapéutico a la familia y/o sujetos más próximos al paciente, como medio para facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos y la generalización y mantenimiento de los mismos.

El sujeto N°1 es un claro ejemplo para poner de manifiesto la necesidad de abordar e intervenir las variables psicológicas de estos sujetos no sólo para que complete en óptimas condiciones su rehabilitación física sino para que cubran el fin último de la rehabilitación, que en nuestra opinión debiera ser la rehabilitación profesional, auténtica garantía de autonomía personal. Por otra parte también creemos que se trata de un caso en el que las adel entorno hospitalario tienen una influencia positiva en el proceso de adaptación a la discapacidad ya que el paciente gozaba de libertad para desplazarse por todos lados, mantenía muy buenas relaciones con todo el personal e incluso éste, lo recluta para que de una charla a otros compañeros hospitalizados y al staff.

Para finalizar, hay que considerar a el psicólogo que trabaja en el área de la rehabilitación intervienen a dos niveles diferenciados: 1. Como apoyo a otros profesionales para que puedan conseguir sus objetivos de rehabilitación física, y 2. Interviniendo en aquellos problemas del sujeto que estén interfiriendo con su rehabilitación física.

## BIBLIOGRAFIA

- Aguado, A. (1990a): Apuntes de la psicología de la rehabilitación de las discapacidades físicas. Universidad de Oviedo.
- Aguado, A. (1990b): Proceso de adaptación a la discapacidad; modelos e implicaciones terapéuticas. *Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, Córdoba. 1-3-XI-1990.
- Brucker, B.S. (1983): Spinal cord injuries. En T.G. Burish y L.A. Bradley (EDS.). *Coping with chronic isease*. Nueva York. Academic Press. 285-311.
- Costa, M. ; López, E.; Aguera B. y González, R. (1983): Programas de entrenamiento de autocuidados en atención primaria de salud. *Papeles del Colegio*, 10/11, 19-25.
- Costa, M. y López, E. (1986): *Salud comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca. pp. 105-133.
- Davis, R.W. (1993): Phantom sensation. phantom pain. and stump pain. *Arch. Phys. Med. Rehabil. Vo. 74*. 79-91.
- Fishman, S. (1978): Alteraciones psicológicas debidas a la amputación de miembros inferiores. *Ponencia del II Symposium Internacional de Rehabilitación "Problemática de los amputados de la extremidad inferior"*. Madrid. Fundación MAPFRE. 149-155.
- Gerhards, F.; Florin, I. y Knapp, T. (1984): The impact of medical, reeducational, and psychological variables on rehabilitation outcome in amputees. *International Journal of Rehabilitation Research*, 7. (4). 379-388.
- Herruzo, J.; Luciano, C.; Salinas, I. y Muñoz, J. (1990): Intervención conductual en fisioterapia: estudio comparativo de dos procedimientos diseñados para incrementar la probabilidad de adherencia a las prescripciones médicas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 2. (p. 190-206).
- Ince, L. (1976): *Behavior Modification in Rehabilitation Medicine*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- Ince, L. (1980): *Behavioral psychology in rehabilitation Medicine. Clinical application*. Baltimore: William and Walkins.
- Insero (1983): *Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid. Insero.
- Labrador, F. (1990): Aspectos básicos de la Modificación de Conducta. En M. Vallejo; E. Fernández-Abascal y F. Labrador. *Modificación de Conducta: Análisis de casos*. Madrid. TEA Ediciones. 5-84.
- Pelechano, V. (1986): Salud menatl. prevención e innovación social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12 (34). 485-505.
- Pelechano, V. (1987): Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento. *Análisis*

y *Modificación de Conducta*, 13 (35), 5-43.

**Shontz, F.C.** (1980): Theories about the Adjustment to Having a Disability. En W. Cruickshank (Ed). *Psychology of exceptional children and youth* (4ª edición). Englewood Cliffs. N.J. Prentice-Hall Inc. 3-44.

**Shontz, F.C.** (1983): Physical disability and personality: theory and recent research. En J. Stubbins (Ed) *Social and Psychological aspects of disability*. (4ª printing) Baltimore: University Park Press. 333-353.

**Trieschmann, R.B.** (1980): *Spinal cord injuries: the psychological, social, and vocational adjustment*. Elmsford. N.Y. Pergamon Press.

**Trieschmann, R.B.** (1984a): The psychological aspect of spinal cord injury. En: C.J. Golden (Ed). *Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando. Grune & Stratton. 125-137.

**Zaretsky H. y Lince, L.** (1981): *Terapia de conducta en rehabilitación*. Madrid. Fundación Mapfre.