



ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A. C.

**“MUSICOTERAPIA: ESCUCHANDO EL DUELO
DE LOS PACIENTES AMPUTADOS”**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA**

PRESENTA:

PSIC. BELEM ALEJANDRA PÉREZ ROBLES

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2014



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

DEDICATORIAS

*Gracias a mi **familia** por su apoyo incondicional, por acompañarme en este hermoso trayecto de la psicología y ahora en la tanatología.*

*Gracias a **Jorge** por su cariño, comprensión, por secar mis lágrimas y dibujar una sonrisa en mi rostro cada vez que lo necesito.*

*Y sobre todo gracias a **Don Víctor**, que con su dolor me enseñó a ser más sensible, comprensiva, asertiva y empática. Él con su pérdida corporal y su frase “enseña a morir bien” me mostró una realidad, el vacío que tenemos como sociedad hacia las personas que han sufrido una amputación.*

“Vivir Bien...para Morir Bien”

INDICE

	Pagina
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	7
1. Tanatología	7
1.1 Definición.....	7
1.2 Historia.....	7
2. Duelo	10
2.1 Definición.....	10
2.2 Tipos de Duelo.....	13
3. Amputaciones	15
3.1 Definición.....	15
3.2 Etiología.....	15
3.3 Dolor Fantasma.....	16
4. Diabetes en México	17
4.1 Definición.....	17
4.2 Complicaciones Diabéticas.....	18
4.3 Número de Casos de Personas Diabéticas en México.....	19
5. Esquema Corporal	21
5.1 Duelo y Pérdida.....	21
5.2 Consecuencias Psicológicas.....	22
6. Apoyo Psicológico	23
6.1 Grupo de Apoyo.....	23
6.2 Musicoterapia.....	24
6.3 Música y Tanatología.....	27
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	30

INTRODUCCIÓN

Cuando oímos la palabra *duelo*, solemos pensar en la pérdida de: un ser querido, pareja, mascota, trabajo... y ¿Qué pasa con las personas que han perdido alguna extremidad de su cuerpo ya sea por accidente o enfermedad crónica? ¿Cómo viven su duelo?

En pocas ocasiones nos ponemos a pensar en el dolor emocional y físico que sufren las personas que viven la difícil experiencia de ser amputados y en cómo se les puede apoyar y acompañar para que vivan este duelo de la forma más humana posible. Estos pacientes al verse con una parte de su cuerpo faltante, no logran procesar lo que está ocurriendo, prefiriendo morir antes de verse con alguna “deformidad”. Evitan ser una carga para sus familiares, no sentir dolor físico ante las curaciones y emocional ante la noticia de que se realizara una nueva intervención debido a que la enfermedad sigue progresando, ante la desesperación de no ver una salida y no ver buenos resultados, del abandono de sus actividades diarias, el aislamiento, la dependencia, la soledad.

Son muchos los casos de amputaciones, y los motivos son diversos, ya sea por nacimiento, accidente laboral, en el hogar, automovilístico, etc.,o por alguna enfermedad: hipertensión arterial, tumores malignos, diabetes, entre otros padecimientos, y es poca la atención que se les da a estos pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que del total de **amputaciones** de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están **relacionadas con la diabetes**.

Tan solo en México se registraron durante el año pasado 75 mil amputaciones en todo el sector salud por presentar pie diabético, padecimiento que puede ser causado por “el corte de un pequeño pellejito, conocido como padrastro, o lesiones más severas como enterrarse un clavo al caminar, lo que deriva en gangrena y necrosis en los tejidos circulatorios. Además se detectó un aumento de más del 20% en las amputaciones realizadas del año 2012 al 2013, ingresando cada semana a la sala de emergencias 15 pacientes debido a complicaciones en sus extremidades y más de 50% requiere de amputación completa de toda la pierna”, informó Onésimo Zaldívar Reyna, jefe del Servicio de Angiología del Hospital Juárez de México (Veladez 2014)

Otro problemaal que se enfrenta el sector salud es que de 6,5 millones de personas que sufren de esta enfermedad en nuestro país, 35% ignora que la tiene. Y se calcula que sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y únicamente 30% de los rehabilitados sabe usar adecuadamente sus aparatos y prótesis.

Por otro lado es poca la información acerca de las estadísticas de los pacientes que requiere algún tipo de atención tanatológica y si hubo un asesoramiento por los profesionales de la salud.

Es importante acompañar a las personas que serán amputadas, ya que comienzan a tener creencias de invalidez y experimentan la perdida física, ambos aspectos son de alta relevancia para poder comprender las consecuencias psicológicas que tendrá la amputación puesto que los sentimientos de humillación y vergüenza, son graves para el bienestar emocional.

El ser humano por ser social, necesita de un grupo de iguales para mantener estable su autoestima. En el caso de las personas amputadas existe el riesgo de la exclusión social, ya sea que el mismo lo genere o que los otros lo aíslen. En una sociedad como la nuestra, en donde se resalta la belleza, juventud, salud y perfección, puede perjudicar la imagen corporal del paciente, llegando a sentir incomodidad al estar frente al público.

Los pacientes amputados requieren una serie de procesos de adaptación a la pérdida y la reacción psicológica para su evolución funcional y los resultados positivos en la rehabilitación. Lo cual se puede lograr con la creación de grupos de apoyo para personas amputadas por complicaciones diabéticas, al verse y saberse comprendidos, así elaborar su duelo de manera sana, ya que escuchan a sus iguales y pueden lograr la pronta inclusión a la vida laboral, familiar, social.

Existen muchas formas de intervención en los grupos de apoyo, una de ellas es a través de la musicoterapia, la cual es una técnica no invasiva que se basa principalmente en el empleo de cierta música que ayuda a los pacientes amputados a reducir conductas disociativas o perturbadoras, mejorar las habilidades de socialización, que en el caso de estos pacientes, viven el aislamiento, por la pérdida de su imagen corporal y su autoestima (Pavlicevic, 2007).

Por lo que el presente trabajo tiene como objetivos:

- Conocer el número de personas que han sido diagnosticadas con diabetes y sus tipos de complicaciones.
- Proponer al tanatólogo la creación de grupos de apoyo para personas amputadas con la intervención de la musicoterapia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia con dicha propuesta.

MARCO TEORICO

1. Tanatología

1.1 Definición

El vocablo *tanatos* deriva del griego *Thanatos*, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, denominada *Eufroneo Eubolia*, que quiere decir "madre del buen consejo". La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón, por lo cual muchos la consideran diosa; no obstante, algunas veces, también la diosa de la muerte es representada como un genio alado.

THANATOS (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de *esperanza en otra vida*.

LOGOS deriva del griego *logos*, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de *sentido*, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo.

De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como "la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte".

1.2 Historia

El término Tanatología, "La ciencia de la muerte", fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de esta manera no hacerla visible frente a la sociedad

En el año de 1958 Cicely Saunders trabaja e investiga sobre el cuidado de los enfermos terminales en el St. Joseph's Hospice, de Londres, de las Hermanas Irlandesas de la Claridad. Saunders se dedicó a escuchar a los pacientes, tomando notas, haciendo registros y monitoreaba el control del dolor y otros síntomas, con este trabajo, ayudo a las religiosas a ser más eficaces en el cuidado de los pacientes. Su método de trabajo y sus resultados comenzaron a ser conocidos por muchos, y esto incentivo a más investigación y transmitir este aprendizaje.

Cicely Saunders fue consciente de las carencias en los cuidados hospitalarios que experimentaban los pacientes incurables antes de morir. Fue la primera especialista en el manejo de síntomas de pacientes moribundos e inició en Gran Bretaña el Movimiento "Hospice" que suponía un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales. Fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho. Su convicción fue: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad" (Vidal, 2006).

Por sus aportaciones, Saunders es considerada la pionera de los cuidados paliativos y fundadora del St. Cristhopher's Hospice en Londres.

Posteriormente la Dra. Elisabeth Kübler-Ross psiquiatra y escritora suizo estadounidense, comenzó a realizar una investigación respecto de la muerte con un equipo de trabajo inicialmente comprendido por cuatro seminaristas. Quiso acercarse a los pacientes terminales, sin leer nada sobre la materia; más bien quería observar y aprender de ellos directamente. Ella platicaba con el paciente y los seminaristas se ubicaban alrededor de su cama observándola y tomando notas.

Su investigación se basó principalmente en: no tener ideas preconcebidas, estar en una actitud de mente abierta y de aprendizaje, sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearan.

Este trabajo con los seminaristas se convirtió con el tiempo en seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos. Con el tiempo los grupos se hicieron más numerosos, por lo que adaptaron un cuarto especial para llevar a cabo las entrevistas, de manera que el grupo de estudiantes pudieran observar desde la habitación contigua (siempre con el consentimiento del enfermo). Posterior a la entrevista se llevaba a cabo una discusión.

Su experiencia práctica la llevó a descubrir los siguientes resultados:

- los estudiantes se hacían conscientes de la necesidad de considerar la muerte como una posibilidad real, no sólo para otros, sino también para ellos mismo,
- forma en la cual se pudieron desensibilizarse,
- pudieron manejar conflictos durante la discusión e identificarse con el enfermo (empatizar),
- las discusiones se convirtieron en una especie de terapia de grupo, en las que se lograba hacer conciencia, confrontar y apoyar.

Dos años después, el seminario se convirtió en un curso acreditado por la escuela de medicina y el seminario de teología, al que eventualmente asistían profesionales de la salud de otros lugares. Es cuando comienza a trabajarse la tanatología como un trabajo en equipo.

Años posteriores la Dra. Elisabeth Kübler-Ross, con su trabajo con el personal del hospital y alumnos, se percató de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia (Bravo, 2006).

Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias

éticas” (Bravo, 2006). Además es autora de diversos libros los cuales tratan sobre la muerte y el acto de morir y va describiendo diferentes fases del enfermo según va llegando su muerte, proponiendo cinco etapas del duelo (modelo Kübler Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación).

2. Duelo

2.1 Definición

El término duelo deriva del latín de la palabra *Dolus* (dolor) del cual viene del verbo *Dolere* (doler, sufrir o penar), y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación de una persona o un objeto.

Según el DSM-IV (APA, 2005) el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, pérdida del apetito), pero el estado de ánimo depresivo es considerado como normal.

El duelo, según de la Fuente (2002, citado en Cruz, 1989) es un proceso emocional y conductual definido, sujeto a variaciones individuales que dependen del carácter del sujeto con el “objeto” perdido, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos de que dispone para contender de ella.

Para Bucay (2004), el duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Según Steen (1988) el duelo puede ser una oportunidad para el crecimiento significativo de la persona doliente, y también puede ser una oportunidad para desarrollar comportamientos desadaptativos o desordenes psíquicos.

La Real Academia Española (2007), define al duelo como una reacción emotiva, natural y normal que sufre una persona después de haber perdido algo o alguien a quien

consideraba valioso o importante. El dolor, es algo que nos lleva a reflexionar acerca de lo que somos y de lo que hacemos; la separación de algo o de alguien siempre causa dolor y ese mismo dolor nos hace reflexionar acerca de cómo nos gustaría vivir y de cómo nos gustaría enfrentar esta pérdida.

Amaldo (2003, citado en Martínez 2010) comenta que el dolor es algo que nos lleva a reflexionar acerca de lo que somos y de lo que hacemos; la separación de algo o de alguien siempre causa dolor y ese mismo dolor nos hace reflexionar acerca de cómo nos gustaría vivir y de cómo nos gustaría enfrentar esta pérdida.

Por su parte J. William Worden (1997) menciona que el duelo es una cuestión muy compleja y se experimenta de muchas y variadas formas. Estos principios se pueden aplicar no sólo a las pérdidas debidas a la muerte, sino a la elaboración del duelo por distintos tipos de pérdidas: un divorcio, una amputación, la pérdida del trabajo y las pérdidas que experimentan las víctimas de la violencia, entre otros.

Así mismo, el autor expone que todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida, y después de sufrir una, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso (no un estado) de duelo. A continuación se describen cada una de las tareas:

- **Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida.**

La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de la pérdida, en algunas ocasiones se bloquea este proceso debido a:

- a) *Negar la realidad de la pérdida.*
- b) *Negar el significado de la pérdida*
- c) *Negar que la muerte sea reversible*

- **Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.**

Necesario reconocer y trabajar el dolor o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional.

- **Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.**

Significa hacer cosas diferentes, conocer a otras personas, asumir a vivir sin esa persona y un nuevo rol, desarrollar nuevas habilidades, adaptarse a su propio sentido de sí mismos, el ajuste al propio sentido del mundo.

- **Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.**

Encontrar un lugar adecuado de la persona fallecida en la vida emocional del superviviente, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Pero, estas tareas propuestas por Worden, solo se enfocan más al fallecimiento de una persona, y para el objetivo del presente trabajo, queda incompleto. Por este motivo, retomare a la autora Elisabeth Kübler-Ross, la cual propone cinco etapas del duelo:

1. **Negación y aislamiento:** la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.
2. **Ira:** la negación es sustituida por la rabia, el enojo y el resentimiento; surgen todos los por qué. Existen las quejas por todo, todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.
3. **Pacto/Negociación:** ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con cualquier dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.
4. **Depresión:** cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporal y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo, es decir, habrá una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo.
5. **Aceptación:** quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. El doliente comienza a sentir una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Tras la aceptación llegará la **Esperanza**, es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido.

Así, el duelo es percibido como una crisis, como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo. La resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, o limitar la posibilidad de una adaptación futura; mientras que por otro lado la crisis es también entendida como una oportunidad para el desarrollo, en un sentido positivo, es decir, que le sirva para quedar con un mejor nivel de bienestar, de esta forma tener más estrategias de resolución, dar solución a los asuntos pendientes y nuevas perspectivas para la vida. (Caplan, citado en Karl, 1988)

Desde mi punto de vista, la definición de duelo que describe Worden es la más completa, ya que el autor toma en cuenta todas las pérdidas que podemos ir teniendo a lo largo de nuestra vida, lo que ocasiona que todos los días vayamos evolucionando. Sin embargo, en el proceso de duelo (tareas), tal como lo define el autor, quedan excluidas las emociones de las personas que sufren alguna **amputación**, por lo tanto, me quedo con la definición de duelo de Worden y las cinco fases Elisabeth Kübler-Ross.

2.2 Tipos de Duelos

La manifestación del proceso de duelo se va dando durante las diversas pérdidas, las cuales se describirán a continuación:

- Duelo ausente. No aparece la reacción emocional y el presunto doliente actúa como si no hubiera ocurrido nada.
- Duelo inhibido. Existe incapacidad para expresar claramente el pesar por la pérdida por limitaciones personales o sociales, suele acompañarse de retraimiento.

- Duelo anticipado. El cual se da desde el momento mismo en que se recibe el diagnóstico de una enfermedad terminal, se empieza a elaborar por adelantado, durante el proceso de la enfermedad.
- Duelo complicado o no resuelto. Alteraciones en el curso, duración e intensidad del duelo.
- Duelo retrasado. Cuando no se admiten los momentos más difíciles (se quedan aprisionados), ni pueden expresarlos, produciendo un bloqueo que frena el flujo natural del duelo, por lo que la persona es incapaz de reaccionar ante sus emociones y asumirlas sanamente.
- Duelo prolongado o crónico. Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses.
- Duelo patológico. El doliente es incapaz de superar la pérdida, o que existió un gran apego con el objeto de la pérdida. Está presente la culpa, sentimientos de inutilidad, deterioro funcional, y en algunos casos, puede llegar a alucinaciones.
- Duelo no reconocido. Cuando socialmente nuestras pérdidas no son vistas como tal o culturalmente, se piensa que no se tiene la capacidad de vivirlas, podemos sentir que no existe el derecho a duelo. No toma en cuenta la naturaleza de la relación afectiva que existía, así como la sensación de pérdida y los sentimientos de muchos dolientes. Puede ser cuando: la relación en sí no es reconocida, la pérdida en sí no es reconocida o el doliente en sí no es reconocido.
Puede ocurrir en los siguientes casos: desplazamiento forzado, secuestro, pérdida del trabajo, ruptura familiar, pérdida de meta, separación/divorcio, abortos, fracasos económicos y profesionales, pérdida de órganos, **amputaciones**.
- Duelo anticipado. De forma parcial o total da inicio desde antes de la pérdida y prepara al individuo para el momento inevitable. Esto no significa que ya no habrá dolor, más bien que tiene más recursos internos para manejar la pérdida.
- Duelo resuelto. El doliente puede resolver (cerrar) su duelo, retoma su vida, ya que los sentimientos de amargura y culpa se han superado. Se acepta la transformación de su dolor en amor, sin olvidar su dolor. Y existe un sentido de reconciliación con lo sucedido.

3. Amputaciones

3.1 Definición

La palabra amputación, que es el efecto del verbo amputar, es de origen latino, y proviene de “amputare” cuyo significado es cortar, separar o podar.

La amputación es un procedimiento en el cual se extirpa una parte del cuerpo a través de uno o más huesos. Son indicadas cuando hay una pérdida irreparable del flujo sanguíneo a un miembro enfermo o lesionado. Cuando ésta parte del cuerpo no recibe flujo sanguíneo, su medio de nutrición se muere y se vuelve inútil y una amenaza para la vida, debido a que se desprenden partículas tóxicas por todo el cuerpo.

Para Fernandez y Gonzalez (2012), es la remoción o resección total o parcial de una extremidad seccionada a través de uno o más huesos, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro.

3.2 Etiología

- Enfermedad Vascolar. La insuficiencia o falta de circulación en un miembro, constituye la causa más frecuente de amputación. Generalmente va asociada a la **diabetes mellitus**, y puede llegar a la necrosis (gangrena) en las extremidades con o sin infección agregada.
- Traumáticas. Accidentes de trabajo, tránsito, bélicos, etc., como recurso para salvar la vida, en la que hay pérdida completa del sistema vascular y deterioro de la piel.
- Infección. Generalmente infecciones agresivas localizadas en una extremidad, comprometiendo seriamente el estado general.
- Neoplasias. Tumores malignos y primarios, ya que requieren un tratamiento radical, antes que den metástasis, dolor intenso, úlceras o por fractura patológica.
- Deformidades. Ya sean congénitas o adquiridas. Niños con defectos totales o parciales de la extremidad pueden requerir intervención quirúrgica para hacer más funcional la extremidad afectada.

- Lesiones nerviosas. Existencia de úlceras tróficas en un miembro anestésico o infectado.

Como se puede observar el motivo más común de amputación es el grupo de las enfermedades vasculares, además, estudios indican que la mayoría de estas intervenciones son en el miembro inferior.

3.3 Dolor Fantasma

Muchos pacientes que han sido amputados, refieren sentir la extremidad afectada, que va desde un moderado dolor, comezón, picazón, calor o molestia. Pareciera ser un proceso fácil de superar, sin embargo, en el paciente ocasiona una alteración emocional, debido a que visualmente no existe esa extremidad, pero aún tiene sensaciones. A este estado se le llama “miembro fantasma”

La idea de los pacientes de percibir y creer que tienen la capacidad de mover su extremidad tiende a debilitarse con el tiempo. No obstante, casi todos los amputados afirman que continúan sintiendo al menos algunas sensaciones fantasma a lo largo de toda su vida. Cuando las sensaciones fantasma se vuelven para el amputado lo suficientemente intensas como para definirla como un dolor se las denomina dolencia fantasma.

El dolor del miembro fantasma es la expresión del dolor de la memoria o la memoria del dolor. En sus primeras etapas, es un mecanismo de la negación, una demostración que anula la pérdida, son los esfuerzos compensatorios del aparato psíquico que se resiste a aceptar y pretende restaurar la imagen corporal, lo que en cierto momento imposibilita que el principio de realidad y la labor del duelo se desarrollen lentamente (Lilo, 2000).

El paciente también puede llegar a tener la sensación del miembro fantasma (SMF), es decir, la percepción no dolorosa de la presencia continuada del miembro amputado, su aparición llega a casi el 100% durante el primer mes post-amputación. También la persona puede llegar a sentir dolor de muñón (DM) o dolor de la extremidad residual, y este es un dolor que aparece todavía existente de la extremidad amputada (Barrera, 2013).

Debido a que las amputaciones por enfermedad vascular son las más frecuentes y que actualmente la **diabetes** en México es más común, en el presente trabajo se abordará este tema, dándole la importancia al trabajo de duelo ante la pérdida corporal.

4. Diabetes en México

4.1 Definición

Según la OMS (2013) la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Existen tres tipos principales de diabetes:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)

La Federación Internacional de Diabetes (IDF), refiere que la **diabetes tipo 1**, está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas, por lo que el organismo deja de producir la insulina que necesita. Suele desarrollarse repentinamente y podrían presentarse síntomas como: sed anormal y sequedad de boca, micción frecuente, cansancio extremo/falta de energía, apetito constante, pérdida de peso repentina, lentitud en la curación de heridas, infecciones recurrentes y/o visión borrosa.

A pesar de que el paciente necesitará insulina de por vida, puede llevar una vida normal y saludable mediante una combinación de terapia diaria de insulina, estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual.

La **diabetes tipo 2** es el tipo más común. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre. Lo que complica el diagnóstico

oportuno, es que las personas no presentan síntomas, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes (ver *Complicaciones diabéticas*).

Aunque las razones para desarrollar diabetes tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores de riesgo importantes. Estos son: obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, origen étnico o nutrición inadecuada durante el embarazo, que afecta al niño en desarrollo.

El número de personas con diabetes tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo, situación que preocupa al sector salud, por el alto índice de complicaciones.

Y el tercer tipo de diabetes es la **mellitus gestacional(DMG)**, esta se diagnostica durante el embarazo, la mujer suele percatarse de que algo anda mal cuando ya está en una etapa avanzada debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación, a pesar de que la paciente debe controlar sus niveles de glucemia, tener una dieta sana, utilizar insulina o mediación oral, el riesgo para el producto de nacer con algún déficit es mínimo.

La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta.

4.2 Complicaciones Diabéticas

Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas graves de salud. Unos niveles permanentemente altos de glucemia pueden causar graves enfermedades, que afectarán al corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.

Aquellos pacientes que ya son atendidos y tienen varios años con esta enfermedad pueden presentar algunas de las siguientes complicaciones:

- Amputaciones 4.54% (292,480)
- Infartos 3.46% (224,900)
- Diálisis 2.57% (163,378.571)

Los datos reportados por IDF, coinciden con lo obtenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ya que informaron que del total de **amputaciones** de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están **relacionadas con la diabetes**. En México, de acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 70% de las amputaciones de extremidades inferiores ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente en personas que padecen diabetes.

El problema es que de los 6,5 millones de personas que sufren de esta enfermedad en nuestro país, 35% ignora que la tiene. Y sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y el 30% de los rehabilitados sabe usar adecuadamente sus **aparatos y prótesis**.

Para que las personas diabéticas no tengan alguna de estas complicaciones es importante que mantengansus niveles de glucemia, de tensión arterial y de colesterol cercano a lo normal, además de hacerse revisiones con regularidad para detectar posibles problema y medicar a la brevedad (IDF, 2014).

4.3 Número de Casos dePersonas Diabéticas en México

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en el 2012 se reportó que 6.4 millones de mexicanos (9.2%) fueron diagnosticadas con diabetes, de los cuales 2.84 millones son hombres y 3.56 millones son mujeres. Solo 1 de cada 4 (25%) presentó evidencia de un adecuado control metabólico, 24.7 % está en riesgo alto y 49.8% está en riesgo muy alto de desarrollar complicaciones.

El *Boletín Epidemiológico* publicado el 14 de Junio del 2014, reporta que estados tienen el mayor índice de personas diagnosticadas con diabetes tipo 1 y tipo 2, haciendo una comparación del año 2013 y lo que va de este (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Casos por entidad federativa de Enfermedades no Transmisibles hasta la semana 23 del 2014

Estado	Diabetes tipo 1		Diabetes tipo 2	
	2013	2014 (Enero-Junio)	2013	2014 (Enero-Junio)
Baja California	285	724	7251	6954
Coahuila	80	41	4846	4225
Chiapas	54	17	5546	5907
Chihuahua	155	74	7097	6686
Distrito Federal	211	81	11593	11404
Guanajuato	68	51	6443	5989
Guerrero	9	22	6280	6204
Hidalgo	361	61	4088	4222
Jalisco	565	216	12765	11668
Nuevo León	40	49	6917	6540
Puebla	494	31	5781	7145
San Luis Potosí	22	49	5118	5196
Sinaloa	75	72	7736	7838
Tamaulipas	148	44	6731	5833
Veracruz	23	49	11535	10571

FUENTE: SINAVE/DGE/Salud 2014.

Como se puede observar los estados de Jalisco, Distrito Federal y Veracruz son los que presentan mayor índice de personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, realizandola comparando del año del 2013 y loque llevamos transcurrido de este, existe un enorme aumento, estas cifras son alarmantes, ya que indica que las campañas de prevención y avances medicos son insuficientes para que la población no padezca esta enfermedad y sus terribles consecuencias.

Ahora bien, la problemática existe, la salud de las personas se va deteriorando, aparecen las complicaciones repentinamente y por no existir un diagnostico a tiempo o un debida debida alimentacion, una pequeña herida se puede convertir en una amputacion.

Una amputación, implica una pérdida en la imagen corporal y un impacto psicológico muy fuerte no solo para el paciente también para la familia.

5. Esquema Corporal

5.1 Duelo y Pérdida Corporal

El esquema corporal es un elemento fundamental en el proceso de desarrollo y crecimiento, en la individuación y diferenciación de la persona hasta adquirir su propia identidad.

Freud (1923) sugería que del cuerpo y de la superficie corporal parten hacia la conciencia simultáneamente percepciones tanto internas como externas y estímulos de todos los tipos: nociceptivos (proceso neuronal mediante el que se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos para los tejidos), exteroceptivos (conjunto de receptores sensitivos formado por órganos terminales sensitivos especiales distribuidos por la piel y las mucosas que reciben los estímulos de origen exterior), propioceptivos (posición y movimiento del cuerpo) y las sensaciones sensorio-motrices. Mediante este conjunto de estímulos y sensaciones, llegamos a obtener una representación general del propio cuerpo.

Greenacre (1958) considera que la imagen corporal es esencial para la formación del de la personalidad, para la construcción de la imagen de uno mismo y del logro de la identidad.

J. De Ajuriaguerra (1965) afirma que el esquema corporal es el resultado de la total organización cognitiva y afectiva del sujeto y que por ello en el concepto del propio cuerpo se pueden diferenciar:

- El cuerpo como es conocido como el objeto y sujeto de la actividad cognitiva.
- Y el cuerpo tal como es experimentado como objeto y sujeto de la actividad afectiva.

Cuando una persona sufre una amputación, representa la pérdida de una parte de uno mismo, y vive un duelo.

Según Verdugo (1999), comenta que dependiendo de la dimensión del impacto emotivo (identidad, la sexualidad, la dignidad personal, las relaciones familiares, etc.), serán factores que influirán en los aspectos funcionales o estéticos, cualquier límite físico será percibido como una amenaza al propio bienestar y/o desencadenarán un abanico de reacciones según la gravedad.

Las reacciones inmediatas de las personas hacia la amputación, como ya se vio depende mucho de la personalidad, sin embargo, el tipo de duelo que se elaborará va a depender de si fue un procedimiento planeado o fue una decisión exclusiva del personal médico. Porque este es un factor importante a considerar, el preparar a un paciente diabético antes de la intervención para disminuir las consecuencias psicológicas.

5.2 Consecuencias Psicológicas

El ser humano es un ser social y necesita del grupo para mantener una buena autoestima, a esto se le suma una sociedad que le toma mucha importancia a la belleza física y a la perfección, por lo que una persona que ha sido amputada deberá pasar por un proceso de adaptación a su pérdida y este depende de su edad.

Por otro lado una amputación es considerada como una muerte parcial de una parte de sí mismo. Además el paciente experimenta humillación y vergüenza ante los demás, los gestos y comportamientos se orientan hacia la disimulación del muñón, llegando en ocasiones a no salir de casa para no ser visto por vecinos y amigos, manteniéndose aislado y encerrado en una situación autista (Lillo, 2000).

Otro aspecto importante es la propia visión que el sujeto tiene ante el problema, llevándolo o no a cuadros depresivos, hostilidad, dependencia, ansiedad, miedo e inseguridad.

La amputación, por lo tanto, supone una pérdida y la elaboración de un duelo, el cual no se limita a la pérdida del miembro en concreto, sino que se extiende a todas las otras pérdidas que la amputación implica: pérdida de capacidad física con limitaciones funcionales, pérdida de comodidad por presencia del dolor, astenia (cansancio, fatiga) o vivencia del miembro fantasma y pérdida en la apariencia física (Gayoso, 2010).

Las consecuencias psicológicas van a depender, como ya se ha mencionado de muchas variables individuales, existiendo una vulnerabilidad previa que determinará que, ante la misma situación y acontecimientos, unas personas se deprimirán y otras no. Esta vulnerabilidad está relacionada con el procesamiento mental, cognitivo y emocional (Gayoso, 2010).

Para afrontar el problema y no alargar el sufrimiento es importante que el sujeto aprenda a reconocer las situaciones que le generan malestar psíquico y a distinguir sus estados de ánimo. Esto debe realizarse desde el consciente, aceptando sus capacidades y limitaciones, y si es posible compartir sus experiencias con personas con el mismo antecedente, ya que es muy favorecedor para llegar a la aceptación, es decir, los pacientes que hayan sufrido una amputación, le será de mucho bien, asistir a grupos de apoyo.

6. APOYO PSICOLÓGICO

6.1 Grupos de Apoyo

Katz y Bender (1976), mencionan que los grupos de apoyo están conformados por un número de participantes reducido y por lo regular son voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua para conseguir un fin determinado. Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema y en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Son grupos que se reúnen periódicamente, a veces bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua e identificar recursos comunitarios, entre otros.

Para Spiegel (1976) los grupos de apoyo son, tal y como su nombre indica, una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social, y dirigida, por tanto, básicamente a grupos de riesgo, aunque también se ha usado grupos de apoyo en prevención primaria. Estos grupos reconocen la capacidad de las personas para afrontar y

solucionar los problemas que experimentan en sus vidas, asumiendo la responsabilidad y control sobre ellas.

Matzar (1987) dice que los grupos están conformados por personas que han sido afectadas por un problema común, por ejemplo, una enfermedad, generalmente durante un largo tiempo, sin orientación de un profesional y sin ánimo de lucro, intentan cambiar su forma de enfocar los problemas o su entorno social. Los principios que les inspiran son los de cooperación, igualdad y ayuda mutua. Los efectos positivos de estos grupos se consiguen a través de experiencias personales profundas, de una empatía sin mediciones, de solidaridad y de apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y propios modelos para afrontar con éxito problemas comunes.

Las personas que acuden a terapia grupal van a estar en un clima de escucha, respeto y ausencia de críticas, dispuestas a compartir la experiencia de relatar y pensar su malestar en compañía. En principio, vivenciar una terapia grupal, puede generar temores y ansiedades, lo que después genera un incremento de la confianza, de las posibilidades de conocer emociones o sentimientos que se producen en los demás y en la propia persona.

En México existen pocos grupos de apoyo para personas amputadas, y los que existen pertenecen a Instituciones privadas. Debido al aumento de personas diagnosticadas con diabetes tipo II y del número de amputaciones realizadas al año, se debe considerar abrir nuevos grupos de apoyo, para lograr la adaptación del paciente en su ambiente biopsicosocial, laboral y físico en el menor tiempo posible.

El grupo de apoyo para los pacientes amputados, debe ser, en primer lugar, enfocado a su mejora psicológica, con una propuesta innovadora, y cuya intervención no sea invasiva, por lo que se propone un grupo que trabaje a través de la musicoterapia.

6.2 Musicoterapia

El tema de la musicoterapia muy pocos la conocen. La mayoría de la población cree que la música solo es música, y desconoce que ésta tiene efectos benéficos para la salud mental y física. La literatura nos muestra que los recursos musicales pueden ser empleados como una terapia psicológica.

Esta disciplina se basa en los principios de la psicoterapia, término que significa “ayudar, sin ser exclusivo de la curación patológica, sino que también colabora en el autodesarrollo y el crecimiento personal” (Bétes del Toro, 2000, p.36).

La psicoterapia “aborda sólo el comportamiento humano en sus manifestaciones físicas y mentales, instintivas e intencionales, individuales y sociales, sean éstas normales o anormales. Éste puede revestir dos formas amplias. La primera pone énfasis en el desarrollo potencial humano creativo y constructivo y la segunda ayuda y propicia en la persona cambios emocionales, cognitivos y de comportamiento para aliviar los problemas que la aquejan” (Nieto-Cardoso, 1994, p.1).

Es un hecho que para algunas personas suele ser problemático expresar verbalmente sus conflictos, para facilitarlos la musicoterapia basada en el psicoanálisis, emplea la música para facilitar el proceso terapéutico ya que ofrece un “lenguaje” no-verbal, aumenta la autoconcepción, permite exteriorizar emociones y facilita y fortalece las defensas del yo (Bétes del Toro, 2000).

Otro de sus beneficios es que permite abreviar la psicoterapia, ya que “agiliza el brote emocional de conflictos o situaciones traumáticas, con la consecutiva descarga de sentimientos e impulsos reprimidos; tiene efectos relajantes o excitantes; flexibiliza el pensamiento (entrar en la música de cada individuo); permite tener aliados estratégicos (instrumento musical o un juguete musical); reduce inhibiciones y tensiones y trabaja la creatividad e improvisación musical (psicodrama)” (Bétes del Toro, 2000, p.176).

La musicoterapia se considera un tipo de psicoterapia que utiliza el sonido, la música, los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales, cuyo objetivo es abrir canales de comunicación en los (as) participantes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida, recuperando y rehabilitando a los (as) participantes (Benenzon, 2000).

Esta disciplina en personas que no tienen ningún problema se utiliza para mejorar la coordinación corporal, estimulación afectiva, sensibilidad artística, evocación de sentimientos positivos (trabajo emocional), sentido rítmico, trabajo en comunidad (grupal), memoria, obtener seguridad, creatividad, contención, relajación (emocional y físicamente) y manejo del estrés (Ferrero, 2005).

Por otro lado, la investigadora Mercedes Pavlicevic (2007), menciona que las personas que más se benefician de la musicoterapia en grupo son las personas que padecen alguna forma de marginación (inmigrantes, idioma, cultura, preferencias, etc.) o bien por padecer algún tipo de enfermedad incapacitante (intelectual, física - amputaciones). Ya que la música reduce conductas disociativas o perturbadoras, y mejora las habilidades de socialización, que en el caso de las personas amputadas, viven un aislamiento, por la pérdida de su imagen corporal y su autoestima.

Otro de los objetivos de la musicoterapia en la intervención con personas amputadas es que pueda ser aliviar o mitigar el dolor, a través de la:

- intervención la música y sonidos que modifican ciertas ondas cerebrales,
- influencia del ritmo cardiaco y de la presión arterial,
- reducción de la tensión muscular, mejora del movimiento y coordinación del cuerpo,
- regulación de las hormonas del estrés y aumentó de los niveles de endorfinas,
- productividad,
- resistencia,
- sensación de seguridad y bienestar.

Sierras (2012) menciona que es importante que en todo proceso de intervención psicológica a través de la música se pongan en práctica los siguientes pasos:

- 1) derivación y aceptación, todo proceso se inicia cuando una persona tiene una necesidad psicológica, educativa, social o fisiológica.
- 2) Evaluación inicial, el musicoterapeuta se centrará en las necesidades y habilidades del paciente en las funciones psicológicas, cognitivas, comunicativas, sociales y fisiológicas. También se observará la respuesta del paciente a la música y determinará sus habilidades y preferencias musicales, según su edad, diagnóstico, nivel funcional, procedencia cultural y espiritual del paciente.
- 3) Planificación del tratamiento, plan de tratamiento escrito e individualizado, basado en la evaluación inicial y el pronóstico del paciente, planteamiento de los objetivos y mantenimiento del máximo nivel funcional.
- 4) Implementación, se pretende alcanzar el máximo nivel y calidad de participación musical según el nivel funcional del paciente, con el apoyo de instrumentos

musicales y aparatos de sonido de calidad, además de incorporar los avances más recientes en salud, seguridad y práctica de control de infecciones.

- 5) Evaluación, se documentará la evaluación inicial, ubicación, plan de tratamiento y sucesivos progresos del paciente en musicoterapia, esto se documentará de manera periódica para ir observando sus objetivos (reflejados en el progreso y las técnicas utilizadas).
- 6) Finalización, se dará de alta al paciente cuando se hayan alcanzado los objetivos establecidos. En el momento de la finalización deberá considerarse un programa de evaluaciones periódicas para determinar la necesidad de un seguimiento, además se elaborará un plan de finalización, el cual optimizará los objetivos del programa individual, coordinando programas individuales, y la invitación a compartir su experiencia a otras personas que están viviendo un duelo por pérdida corporal.

6.3 Tanatología y Musicoterapia

La tanatología se encarga de atender aspectos relacionados a las pérdidas que puede tener el ser humano a lo largo de su vida, acompañando al paciente a transitar por las etapas del duelo de la forma más sana posible, esto puede ser posible a través de la música, ya que se va a centrar en la búsqueda del sujeto para encontrar y elaborar imágenes personales y significantes de sus conflictos.

Con la musicoterapia, el tanatólogo, logrará una rehabilitación, ya que los pacientes que han sufrido una amputación manifiestan dolor, impotencia, desgano y sufrimiento, y con el empleo de esta intervención los pacientes van a reducir estos síntomas, siempre y cuando la acción de la música sea específica y concreta.

Chávez (2013) menciona que el tanatólogo puede tener los conocimientos referentes a la musicoterapia, y lo que necesita es involucrarse con la música, ya que esta debe ser la idónea para el paciente, además de que es importante establecer ampliamente objetivos como:

- involucrar al paciente y a la familia en la música,
- conocer aspectos significativos de la enfermedad, características y ante todo las secuelas que esta tenga,

- enfrentar al paciente a su realidad para que pueda existir colaboración durante su manejo y aplicación de la música,
- la reducción de la pena del trauma, miedo a la enfermedad y sus consecuencias,
- trabajar con los sentimientos acerca de la incapacidad,
- resolver los conflictos interpersonales entre los pacientes y sus seres queridos.

Con la debida preparación un tanatólogo puede emplear la musicoterapia para apoyar a grupos de personas con alguna amputación, atendiendo a las necesidades individuales y colectivas.

CONCLUSIONES

En mi formación profesional fue mucha la teoría acerca de las problemáticas más comunes dentro del consultorio, además se abordaban los duelos por perdida dela pareja, pero al comenzar con la práctica y al llegar un paciente (Don Víctor) de 64 años con una depresión y deseos de morir, ya que se le había amputado dos dedos del pie izquierdo, me percate que no sabía cómo realizar una correcta intervención.

Mi poca preparación para abordar temas relacionado con la muerte o duelo de este tipo, me llevo investigar respecto al tema de la tanatología, encontrando que es un área muy amplia, y que aborda todo tipo de duelos que podemos sufrir las personas a lo largo de la vida. Lo que me llevo a cuestionar la intervención de los psicólogos, tanatólogos y médicos especializados en personas diabéticas, ya que la información y la forma en como atendieron a las necesidades emocionales de Don Víctor fue carente de toda sensibilidad y apoyo.

Investigando un poco más acerca de la situación actual de México y las personas diagnosticadas con diabetes, me arrojan datos alarmantes, ya que va en aumento, y dentro de las complicaciones más comunes se encuentran las amputaciones ya sea por descuido o desconocimiento de la enfermedad. Y esto último es realmente lo complicado, ya que muchas de los pacientes que pierden alguna parte de su cuerpo es porque los doctores ya no pueden hacer nada.

Por otro lado, existen pocas instituciones que brindan a estas personas el apoyo tanatológico adecuado para trabajar con su pérdida, lo que ocasiona que exista un aislamiento y baja autoestima

Los grupos de apoyo pueden ser una buena opción, ya que todos los participantes comparten sus experiencias con la enfermedad y como han enfrentado las consecuencias psicológicas y físicas de la amputación. El ser humano por ser social puede sentirse comprendido y entender que el proceso por el cual están pasando es completamente normal y que hay esperanza de superar su duelo. Además la familia puede orientarse y desahogarse, logrando la armonía y apoyo en el hogar.

La intervención con estos grupos de apoyo a personas amputadas puede ser a través del empleo de la musicoterapia, ya que la música no es invasiva y se puede obtener buenos resultados para mejorar el autoestima y re-diseñar su imagen corporal. En muchos de los casos los pacientes no quieren hablar, y es por este motivo que la musicoterapia, nos puede ayudar a abrir los canales de comunicación con ellos y que nuestra intervención sea menos invasiva.

Y por último, llevar a cabo esta propuesta, abrir espacios en los hospitales públicos o privados, o incluso independiente para apoyar a los pacientes amputados, atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas.

BIBLIOGRAFÍA

- **AMPUTACIONES.** Extraído el 14 de junio del 2014 desde: <http://margarita-amputaciones.blogspot.mx/2010/11/amputaciones-definicion.html>
- **Benenzon, R.** (2000). APLICACIONES CLÍNICAS DE LA MUSICOTERAPIA. Editorial Lumen, Buenos Aires.
- **Benenzon, R.** (2000). MUSICOTERAPIA: DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA. Paidós, Barcelona
- **Betés del Toro, M.** (2000). FUNDAMENTOS DE MUSICOTERAPIA. Editorial: Morata, Madrid.
- **Bruscia, K.** (1997). DEFINIENDO MUSICOTERAPIA. Editorial Viejo, Salamanca
- **Freud** (1917). cit. en Lillo, J. (2000). DUELO Y PÉRDIDA CORPORAL. Extraído el 5 de mayo del 2014 desde: http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/01_163_04.htm
- **GRUPOS DE APOYO.** Extraído el 29 de junio desde: <http://www.capi.com.mx/html/servicios-terapia-grupal-como-es-una-terapia-psicologica.php>
- **MERCEDES PAVLICEVIS.** Extraído el 2 de julio del 2014 desde: <http://mamisounds.blogspot.mx/>
- **MUNDO GESTALT.** Extraído el 14 de junio del 2014 desde: <http://mundogestalt.com/duelo-y-sus-distintos-tipos/>
- **Nieto-Cardoso, E.**(1994). PSICOTERAPIA: PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS. Editorial: Pax, México.
- **PSICOAYUDA.** Extraído el 14 de junio del 2014 desde: <http://psicoayuda.jimdo.com/4-claves-para-mejorar/duelo/tipos-de-duelo/>
- **Real Academia Española** (2007). Diccionario de la lengua española(2001) 22ª. Ed. Madrid, Espasa.
- **SALUD.** Extraído el 2 de mayo del 2014 desde: www.salud180.com

- **SECRETARIA DE SALUD.** Extraído el 26de junio del 2014 desde:
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2014/completo/sem24.pdf>
- **Sierras, C** (2012). LA MUSICA: ASIGNATURA IMPRESCINDIBLE EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS
- **Verdugo** (1999). EL HOMBRE EN BUSCA DEL SENTIDO. Barcelona, Herder,pp.130-135.
- **WHO.** Extraído el 22 de junio del 2014 desde:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>