



Intervenciones psicológicas en el duelo asociado a amputaciones traumáticas de miembros: revisión y análisis crítico

María Eugenia García

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Docente Tutor: Mg. Ana Belén Santa Cruz

Junio 2026

Índice

Resumen	3
Introducción	6
Antecedentes	12
Marco Teórico	18
Conclusiones	43
Referencias	47

Resumen

Las amputaciones traumáticas constituyen una de las experiencias más disruptivas que puede atravesar una persona, pues implican una pérdida que afecta simultáneamente dimensiones corporales, psicológicas y aquellas vinculadas al modo en que se configura el sentido de sí. Aunque la amputación pueda responder a una indicación terapéutica orientada a preservar la vida o la funcionalidad, sus efectos trascienden lo orgánico e inciden de manera profunda en la identidad y en la relación que la persona mantiene con su propio cuerpo. Esta irrupción genera una discontinuidad en la experiencia del yo y en el esquema corporal previo, lo que exige un proceso de duelo por la parte del cuerpo perdida y una reorganización que permita reconstruir la identidad y la vivencia corporal. El presente trabajo tiene como objetivo analizar las intervenciones psicológicas en los procesos de duelo de pacientes con amputaciones traumáticas en extremidades. El presente trabajo se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica narrativa realizada en bases de datos como Scielo, Timbo, PsycINFO, Pubmed, Google Académico y Colibrí (Udelar). Desde una perspectiva psicoanalítica, la amputación se concibe como una pérdida que afecta la investidura libidinal del cuerpo y desestabiliza la cohesión del yo, requiriendo un trabajo simbólico para elaborar el sufrimiento psíquico. Paralelamente, los enfoques cognitivo-conductuales reconocen en esta experiencia un suceso potencialmente traumático que conlleva alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales, demandando intervenciones orientadas a promover la adaptación y la regulación afectiva. Estrategias terapéuticas como la terapia del espejo, el entrenamiento motor y diversas técnicas de reestructuración cognitiva como la terapia de afrontamiento han mostrado utilidad para favorecer la integración de la nueva condición corporal y la reconstrucción del sentido de continuidad yoica.

Palabras clave: amputación traumática; duelo; identidad corporal; psicoanálisis; miembro fantasma.

Abstract

Traumatic amputations constitute one of the most disruptive experiences a person may undergo, as they involve a loss that simultaneously affects bodily, psychological, and identity-related dimensions. Although amputation may respond to a therapeutic indication aimed at preserving life or functionality, its consequences transcend the organic sphere and profoundly impact personal identity and the relationship individuals maintain with their own bodies. This disruption generates a discontinuity in the experience of the self and in the previous body schema, requiring a grieving process for the lost body part as well as a reorganization that enables the reconstruction of identity and bodily experience.

The aim of this study is to analyze psychological interventions in the grieving processes of patients with traumatic limb amputations. This work was developed through a narrative bibliographic review carried out using databases such as Scielo, Timbo, PsycINFO, PubMed, Google Scholar, and Colibrí (Universidad de la República).

From a psychoanalytic perspective, amputation is understood as a loss that affects the libidinal investment of the body and destabilizes ego cohesion, requiring symbolic work to elaborate psychic suffering. At the same time, cognitive-behavioral approaches recognize this experience as a potentially traumatic event involving emotional, cognitive, and behavioral alterations, thus requiring interventions aimed at promoting adaptation and emotional regulation. Therapeutic strategies such as mirror therapy, motor training, coping therapy, and cognitive restructuring techniques have shown usefulness in facilitating the integration of the new bodily condition and the reconstruction of a sense of continuity of the self.

Keywords: traumatic amputation; grief; body identity; psychoanalysis; phantom limb.

Introducción

Aproximaciones Conceptuales

La amputación ha sido tradicionalmente conceptualizada desde la medicina como un procedimiento destinado a preservar la vida o recuperar la funcionalidad. Sin embargo, su impacto excede con amplitud la dimensión biológica y se inscribe de manera decisiva en el campo de la subjetividad. La pérdida de una parte del cuerpo no constituye únicamente una alteración anatómica, sino que implica una transformación profunda en la representación corporal, en la identidad y en la relación del sujeto con su entorno. Desde esta perspectiva, la amputación puede entenderse como una experiencia límite que enfrenta al individuo con su vulnerabilidad, inaugurando la necesidad de reconstruir un sentido de continuidad del yo.

Según Wei y colaboradores (2025), a nivel mundial ha aumentado la cantidad total de personas con amputaciones traumáticas en las últimas décadas. Sin embargo, cuando se analiza en relación con la población y la edad, se observa una disminución en la frecuencia con la que ocurren estos casos.

Esto quiere decir que, aunque hoy hay más personas viviendo con amputaciones, proporcionalmente el riesgo ha bajado. Aun así, sigue siendo un problema relevante, ya que implica un impacto importante en la vida de las personas en términos de discapacidad. En este sentido, los datos también sugieren ciertos avances en prevención y en la atención sanitaria.

A lo largo de la historia, los avances en cirugía, anestesia y rehabilitación han modificado sustancialmente las posibilidades de recuperación funcional, ampliando la expectativa de reintegración física. No obstante, las repercusiones psicológicas continúan representando un desafío central en la comprensión integral de este fenómeno. Investigaciones contemporáneas insisten en la necesidad de concebir la amputación como un proceso de

naturaleza biopsicosocial, donde convergen factores fisiológicos, emocionales y simbólicos que configuran la experiencia subjetiva de la pérdida (Vázquez Vela Sánchez, 2015).

Estudios revisados evidencian una alta prevalencia de trastornos mentales —en particular depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y alteraciones de la imagen corporal— siendo la depresión y la ansiedad los cuadros más frecuentes (Copuroglu et al., 2010; Cotiga et al., 2020; Harsha y Ashok, 2020; Mayland et al., 2014; Muomah et al., 2017; Tonon da Luz et al., 2020). La calidad de vida y la capacidad de adaptación de las personas amputadas dependen en gran medida del impacto psicológico inicial y del modo en que este se transforma con el paso del tiempo. Asimismo, la variabilidad en los resultados reportados puede explicarse por factores personales y contextuales, así como por el momento de evaluación. Vázquez et al. (2017) señalan que algunos síntomas pueden no manifestarse en las etapas iniciales postquirúrgicas, pero intensificarse con el tiempo, especialmente en el TEPT y la ansiedad.

En este sentido, Singh et al. (2024), en su investigación que involucró 61 estudios con 9852 amputados de extremidades, resaltan que aproximadamente un tercio de todos los pacientes con amputación de extremidades sufrían de depresión clínicamente significativa, mencionando puntualmente que la prevalencia agrupada de depresión tras amputaciones de extremidades fue del 33,85% (IC del 95%: 27,15% a 40,54%). El metaanálisis de subgrupos mostró que la prevalencia agrupada de depresión fue significativamente mayor en los estudios realizados en países de ingresos medios (45,31%, IC del 95%: 28,92% a 61,70%) en comparación con los países de ingresos altos (28,31%, IC del 95%: 23,97% a 32,64%).

Por su parte, Armstrong et al. (2019) encontraron que más de la mitad de los participantes de su estudio (55%) presentaban niveles clínicamente significativos de depresión, mientras que el 24% cumplía criterios de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estos

resultados coinciden con los hallazgos de otras investigaciones que describen una elevada presencia de ansiedad (Mayland et al., 2014), depresión (Cotiga et al., 2020) y TEPT (Copuroglu et al., 2010) en personas amputadas.

En este orden de ideas, Dussik et al. (2025) señalan que observaron aumentos en la tasa de depresión, trastorno de ansiedad generalizada, psicosis, trastornos del estado de ánimo, abuso de alcohol u opioides, trastorno de estrés postraumático y suicidio en amputaciones en y proximales a la muñeca en comparación con aquellas aisladas dentro de la mano. Destacando que aproximadamente uno de cada seis pacientes sometidos a una amputación de extremidad superior desarrolla una afección psiquiátrica en un plazo de 3 años, una tasa mayor en comparación con la población general.

Así mismo, un estudio realizado en Arabia Saudita reveló que el 31% de las personas que habían sufrido una amputación no presentaban signos de depresión. Mientras tanto, el 12% experimentó síntomas leves, el 37% experimentó síntomas moderados y el 20% experimentó síntomas graves. En cuanto a la ansiedad, el 39% indicó ausencia de síntomas, el 23% presentó síntomas leves, el 27% experimentó síntomas moderados y el 11% experimentó síntomas graves. En cuanto a la fobia social, el 50% de los pacientes indicó ausencia de síntomas, el 24% reportó síntomas moderados y el 26% reportó síntomas graves (Alsubhi, 2025). Mientras que en India una investigación destacó que el 38,8 % de los pacientes con amputación tenía trastorno por consumo de sustancias, de los cuales el 35,9 % y el 24,3 % tenían trastornos por consumo de alcohol y tabaco, respectivamente. En HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria), el 48,5 % tenía presencia de trastorno depresivo y el 30,1 % tenía trastorno de ansiedad. La mayoría de los pacientes (97,1 %) tenía dolor de miembro fantasma (Bhayana et.a., 2024).

En Uruguay, los datos disponibles provienen del Ministerio de Salud Pública (MSP), que constituye la única fuente oficial que ofrece estadísticas específicas sobre amputaciones. Según este organismo, la información registrada corresponde únicamente a los egresos hospitalarios por amputaciones traumáticas entre los años 2020 y 2022. Es importante destacar que, al tratarse de egresos, estas cifras no incluyen a las personas que fallecieron durante la internación por lo que no representan la totalidad de los casos asociados a este tipo de eventos. Durante ese período se documentaron 35 amputaciones traumáticas, siendo la mayoría de los casos en personas mayores de 15 años.

En cuanto a la localización anatómica, 6 procedimientos correspondieron a amputaciones por encima de la rodilla, mientras que las restantes 29 fueron por debajo de la rodilla, conformando la modalidad más frecuente. El documento no incluye información sobre amputaciones de miembros superiores ni sobre otras etiologías —como amputaciones de origen vascular, metabólico o infeccioso—, por lo que esta constituye la única estadística oficial identificada sobre amputaciones en el país dentro del sistema de salud pública.

Sin embargo, es fundamental señalar que estas cifras no reflejan el total de amputaciones realizadas en Uruguay debido a que los datos provienen exclusivamente del MSP, solo se contemplan los egresos hospitalarios registrados dentro del sistema nacional de salud. Esto excluye otros ámbitos relevantes, particularmente las amputaciones asociadas a accidentes laborales, que se registran a través del Banco de Seguros del Estado (BSE), así como eventuales intervenciones realizadas en instituciones o entornos no contemplados dentro de este reporte. En consecuencia, las estadísticas disponibles representan solo una pequeña parte del panorama nacional y deben interpretarse con cautela.

Dimensión Psicológica

En este aspecto, la amputación se articula directamente con las nociones de pérdida corporal y duelo. Desde una perspectiva psicoanalítica, diversos autores sostienen que la pérdida de una parte del cuerpo incide en la estructura del self corporal y compromete tanto la identidad como el esquema corporal, elementos fundamentales para la continuidad de la experiencia del yo. En esta línea, Tizón (2004) plantea que la integridad corporal constituye un soporte central de la identidad psíquica, por lo que su alteración puede generar profundas repercusiones en la vivencia subjetiva del sujeto.

Lillo (2001) destaca que este duelo reviste una complejidad particular, dado que el objeto perdido no es externo, sino que pertenece al propio cuerpo, lo cual dificulta establecer una clara delimitación entre el yo y la pérdida. La herida subjetiva, por tanto, implica no solo la ausencia del miembro, sino la necesidad de reorganizar las coordenadas representacionales y afectivas que sostenían la integridad corporal previa. Se manifiesta a través de etapas no lineales como la negación, la ira o la depresión, y está intrínsecamente ligado a la reconfiguración de la identidad. Los datos indican que una proporción significativa de pacientes experimenta síntomas depresivos como parte de este proceso.

El paciente al que se le amputa un miembro puede experimentar una aflicción que guarda gran parecido con los sentimientos de duelo que se viven por la pérdida de un ser querido. El riesgo que tiene la falta de elaboración del proceso de duelo puede dar lugar a un duelo patológico, con el peligro de cronificación de los síntomas depresivos, y/o ansiosos. La aflicción de la persona amputada no se limita a la pérdida del miembro concreto, si no a las pérdidas que dicha amputación implica: Pérdida de autonomía en muchas actividades que el sujeto realizaba y que en cierto grado ya no podrá volver a hacer; pérdidas que afectan también a su propia imagen corporal e identidad personal. Al quedar afectada la imagen corporal, queda

dañada la percepción de sentirse atractivo y físicamente agradable ante sí mismo y los demás que puede repercutir en las relaciones afectivas y sexuales del individuo (Marín, 2023)

Desde la práctica clínica, el acompañamiento psicoterapéutico se orienta a facilitar la elaboración del duelo, promover la aceptación de la nueva configuración corporal y acompañar el proceso de reconstrucción identitaria. Tanto el enfoque psicoanalítico como el cognitivo-conductual ofrecen aportes significativos. El enfoque psicoanalítico aborda el duelo por amputación como un proceso de elaboración de la pérdida del miembro, similar al duelo por un ser querido, enfocándose en explorar los significados inconscientes de la extremidad perdida y su relación con la identidad del sujeto. El trabajo terapéutico busca facilitar la simbolización de la pérdida, procesar la ira y la culpa, y permitir la reinvestidura de la libido en nuevas representaciones, ayudando al paciente a reconstruir su imagen corporal y su narrativa vital (Font-Jiménez et al., 2016).

Por su parte, desde el enfoque cognitivo-conductual, el abordaje del duelo por amputación se centra en modificar pensamientos disfuncionales y conductas de evitación. La intervención incluye técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva para cambiar creencias negativas sobre la pérdida y el futuro, y la exposición gradual a situaciones temidas para reducir la evitación. Estudios de caso muestran que este enfoque disminuye la sintomatología depresiva y ansiosa, aumenta el afrontamiento emocional y mejora la adherencia al tratamiento en pacientes amputados (Fabila y Hernández, 2022).

Por todo lo anteriormente expuesto, surge la interrogante acerca de cómo se desarrollan las intervenciones psicológicas en los procesos de duelo de pacientes con amputaciones traumáticas de extremidades. A partir de dicha problemática, el presente trabajo propone una aproximación orientada a comprender las repercusiones subjetivas de este tipo de pérdida, así como las

modalidades de abordaje psicológico implementadas en los procesos de acompañamiento y adaptación posteriores al evento traumático.

Con este propósito, se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa sustentada en el análisis crítico e integrado de diferentes producciones científicas vinculadas a la temática. Para ello, se realizó una búsqueda en diversas bases de datos y repositorios especializados, priorizando aquellas publicaciones centradas en la amputación traumática, el duelo, el trauma psicológico, la imagen corporal y las intervenciones terapéuticas desarrolladas en este campo.

La pérdida por amputación no constituye únicamente una modificación corporal, sino una ruptura que convoca un trabajo de resignificación y una reconstrucción del yo. Explorar este fenómeno desde una perspectiva integradora permite no solo ampliar la comprensión del sufrimiento asociado a la amputación, sino también contribuir al diseño de intervenciones más sensibles y acordes a las necesidades de quienes atraviesan esta experiencia. Por esta razón el objetivo general de esta investigación es analizar las intervenciones psicológicas en los procesos de duelo de pacientes con amputaciones traumáticas.

Antecedentes y estrategias de revisión bibliográfica

Los antecedentes incluidos en el presente trabajo corresponden a publicaciones académicas y científicas relevadas entre los años 2019 y 2025, vinculadas a la amputación traumática de miembros, los procesos de duelo asociados a la pérdida corporal y las intervenciones psicológicas desarrolladas en este campo. La revisión de la literatura permitió identificar diversos aportes teóricos y clínicos orientados a comprender las repercusiones subjetivas, emocionales y psicosociales derivadas de este tipo de eventos.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo mediante una revisión narrativa de la literatura científica en diferentes bases de datos y repositorios académicos, entre ellos Timbo, Scielo,

PsycINFO, PubMed, Google Académico y el Repositorio de la Universidad de la República del Uruguay. Las distintas combinaciones de términos y descriptores empleados arrojaron inicialmente alrededor de un centenar de publicaciones potencialmente relacionadas con la temática, evidenciando la amplitud y heterogeneidad de los enfoques existentes en torno a la amputación traumática y sus consecuencias psicológicas.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron descriptores tales como “amputación”, “amputación traumática”, “pérdida de extremidades”, “duelo”, “imagen corporal”, “trauma psicológico” e “intervenciones psicológicas”, combinados de diversas maneras según las particularidades de cada base consultada y los objetivos específicos de la investigación. Asimismo, se incorporaron términos vinculados a los procesos de adaptación subjetiva, rehabilitación y reconstrucción de la vida cotidiana posteriores al evento traumático.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron publicaciones en español e inglés que contaran con resumen disponible (abstract) y acceso al texto completo. Se priorizaron artículos académicos arbitrados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, tesis de grado y posgrado, así como investigaciones centradas en las dimensiones psicológicas de la amputación traumática, los procesos de duelo, la alteración de la imagen corporal y las estrategias de intervención clínica desarrolladas en contextos hospitalarios y de rehabilitación.

La selección final del material bibliográfico se realizó en función de su pertinencia temática, actualidad y aporte conceptual al problema de investigación planteado. En este sentido, se privilegiaron aquellos trabajos que permitieran profundizar en la comprensión de las experiencias subjetivas asociadas a la amputación traumática y en las modalidades de abordaje psicológico implementadas ante este tipo de situaciones críticas y potencialmente disruptivas.

Debido a la heterogeneidad de los estudios encontrados, así como a la diversidad de perspectivas teóricas y metodológicas relevadas, no se realizó un análisis cuantitativo sistemático de los

datos. En cambio, se optó por una revisión narrativa y un análisis crítico de los principales aportes identificados, con el propósito de integrar distintas conceptualizaciones acerca del duelo, el trauma psicológico, la reconfiguración de la imagen corporal y las intervenciones psicológicas orientadas al acompañamiento de las personas que atraviesan procesos de amputación traumática.

Criterios establecidos para la búsqueda

Base de datos consultada	Base de datos Timbo Scielo PsycINFO Pubmed Base de datos Google Académico Repositorio de la Universidad de la República de Uruguay
Descriptores básicos	Amputación Pérdida de extremidades Amputación Traumática Duelo Estrategias Psicológicas
Período que incluyó la búsqueda	2019 a 2025
Otros criterios de búsqueda	Descriptores en resumen (abstract) Texto completo Publicaciones académicas arbitradas Tesis de Grado y de postgrado Revisiones sistemáticas. Metaanálisis

Entre los antecedentes relevados, se destaca la investigación de Dumar (2021), orientada al análisis de la producción científica en torno a la relación entre la amputación y los procesos psicológicos, con el propósito de identificar las principales manifestaciones psicopatológicas y los factores asociados. Desde un enfoque cualitativo basado en la revisión de 18 artículos científicos, el autor evidencia que la depresión y la ansiedad constituyen las condiciones de

mayor prevalencia en esta población. Asimismo, se reconoce el papel significativo del dolor de miembro fantasma y de la percepción de apoyo social como variables que inciden de manera directa en los procesos de adaptación, lo que permite subrayar la necesidad de intervenciones psicológicas tempranas, sostenidas e integrales.

En consonancia con estos hallazgos, Duarte Rodríguez y Osorio Lizarazo (2021) analizan las dimensiones psicológicas y los factores psicosociales implicados en la experiencia de pérdida corporal a partir de una revisión bibliográfica. Sus conclusiones destacan el profundo impacto de la amputación sobre la autoestima y la imagen corporal, situando al duelo como un proceso estructurante de la experiencia subjetiva. En este sentido, advierten que la ausencia de una elaboración psíquica adecuada puede favorecer la aparición de manifestaciones tales como depresión, retraimiento social y dificultades en la reorganización de la identidad.

Desde una perspectiva comprensiva, Bacci (2024) profundiza en los sentidos que las personas construyen en torno a la experiencia de pérdida, considerando sus dimensiones emocionales, sociales y simbólicas. A partir de un abordaje cualitativo, plantea que el duelo no responde a una secuencia lineal de etapas, sino que se configura como un proceso dinámico y multidimensional, en el cual los significados atribuidos a la pérdida adquieren un papel central en la adaptación y en la reconstrucción identitaria. Esta mirada permite complejizar la comprensión del duelo, desplazándolo de modelos normativos hacia enfoques más situados y singulares.

En relación con las estrategias de intervención, Fabila y Hernández (2022) analizan la eficacia de un abordaje cognitivo-conductual en el tratamiento del duelo complicado. A partir de un estudio de caso de enfoque cualitativo, los resultados evidencian que la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva resulta efectiva para la disminución de la sintomatología y la mejora del funcionamiento global, lo que respalda la pertinencia de este tipo de intervenciones en dicho contexto.

Complementariamente, Carrascal Villegas et al. (2024) identifican los factores biopsicosociales asociados a la calidad de vida en personas con amputación de miembros inferiores mediante una revisión de carácter cualitativo. Sus hallazgos destacan la relevancia de la funcionalidad física, el sostén familiar, la ausencia de dolor y el estado emocional como predictores centrales de una mejor calidad de vida, poniendo de relieve la necesidad de abordajes integrales que contemplen tanto dimensiones físicas como psicosociales.

En esta misma línea, Cruz Jiménez (2025) analiza la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas amputadas, mediante un diseño mixto basado en la aplicación de cuestionarios. Los resultados indican que las estrategias de afrontamiento activo —tales como la búsqueda de apoyo y la reevaluación positiva— se asocian con mejores niveles de bienestar, mientras que las modalidades evitativas o pasivas se vinculan con un mayor malestar psicológico, lo que refuerza la importancia de promover recursos adaptativos en los procesos de rehabilitación.

Por otra parte, Alsubhi (2025) aporta evidencia cuantitativa sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en personas amputadas, identificando niveles elevados de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. A partir de un estudio descriptivo basado en la aplicación de instrumentos estandarizados, se observa que la depresión constituye la afección más frecuente, seguida por la ansiedad, estableciéndose además asociaciones con variables como el nivel socioeconómico y el tiempo transcurrido desde la amputación.

Estos resultados se ven reforzados por Singh et al. (2024), quienes, a través de una revisión sistemática y un metaanálisis, estiman una prevalencia global de depresión cercana al 30% en personas adultas con amputación. Este hallazgo pone de manifiesto la magnitud del problema y subraya la necesidad de incorporar estrategias de detección temprana y abordajes psicológicos integrados en los dispositivos de atención y rehabilitación.

Finalmente, Dussik et al. (2025) examinan la incidencia y los factores de riesgo de resultados psiquiátricos adversos en pacientes sometidos a amputación de miembros superiores, mediante un estudio de cohorte basado en la revisión de historias clínicas. Los autores identifican una alta frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en el período postoperatorio, destacando el dolor crónico y la limitación funcional severa como factores relevantes en el desarrollo de dichos cuadros.

Los antecedentes revisados permiten aproximarse a la complejidad de los procesos psicológicos asociados a la amputación, así como a la carga de sufrimiento psíquico que puede derivarse de esta experiencia. En este sentido, diversos estudios señalan la elevada prevalencia de malestar psíquico y la relevancia de los procesos de duelo, atravesados por dimensiones emocionales, identitarias y sociales. Asimismo, se reconoce la incidencia de variables como el dolor, las estrategias de afrontamiento y las condiciones contextuales en la configuración de los procesos de adaptación, lo que pone en evidencia la necesidad de abordajes que contemplen la dimensión subjetiva en el marco de la rehabilitación.

Sin embargo, a pesar del desarrollo de investigaciones en el área, se observa que una parte importante de los estudios se ha centrado en la identificación de síntomas y factores de riesgo, mientras que el análisis de las intervenciones psicológicas orientadas específicamente al abordaje del duelo aparece menos desarrollado. Se identifican también dificultades en la articulación entre los modelos teóricos del duelo y las prácticas clínicas implementadas en los dispositivos de rehabilitación.

En este sentido, la revisión de los antecedentes adquiere un lugar central, en tanto permite situar el problema de estudio en el marco de la producción científica existente, reconocer las principales líneas de investigación y advertir los vacíos que atraviesan el campo. En este marco, su análisis no solo aporta sustento teórico-empírico, sino que también permite comprender la

pertinencia del abordaje de las intervenciones psicológicas en el duelo asociado a amputaciones traumáticas de miembros.

Marco Teórico

Abordajes conceptuales sobre amputaciones

La amputación puede entenderse como la pérdida total o parcial de una extremidad, ya sea producto de un evento traumático o mediante intervención quirúrgica. Este procedimiento no solo implica la supresión completa de la función del segmento corporal afectado y un cambio significativo en la apariencia física de la persona (Carrascal Villegas et al., 2024), sino que, además, se realiza con fines terapéuticos específicos, tales como aliviar el dolor, prevenir complicaciones graves o preservar la vida del paciente (De la Garza, 2014).

Según Jiménez García (2017) la amputación se entiende como un procedimiento orientado a la recuperación, ya que permite retirar una parte del cuerpo que se encontraba dañada; este proceso finaliza con la adaptación de una prótesis y la restitución, al menos parcial, de la funcionalidad. No obstante, para la persona amputada puede resultar una experiencia disonante, dado que la remoción de un segmento corporal implica la pérdida de capacidades previamente disponibles.

Este acto médico, que figura entre los más antiguos de la historia, ha acompañado a la humanidad desde tiempos remotos. Como señalan De la Garza Villaseñor (2009), existen evidencias arqueológicas del período Neolítico —entre aproximadamente 40.000 y 45.000 años a. C.— que muestran amputaciones con fines rituales, punitivos o terapéuticos, lo que permite situarla también como un fenómeno cultural inscrito en la evolución humana.

En los registros históricos, Hipócrates aparece como uno de los primeros en describir procedimientos de amputación. Más tarde, en el siglo XVI, Ambroise Paré introdujo aportes

fundamentales al desarrollar técnicas de control de hemorragias y diseñar prótesis funcionales, avances que marcaron un hito en la cirugía reconstructiva (Osorio, 2011). Con el tiempo, las mejoras en las técnicas quirúrgicas y en el diseño de prótesis contribuyeron a reducir complicaciones postoperatorias y a favorecer una mayor autonomía en las personas amputadas.

Según Carrascal Villegas et al. (2024), las amputaciones pueden agruparse principalmente en dos categorías: las realizadas en miembros superiores y las efectuadas en miembros inferiores. Las primeras suelen indicarse, en la mayoría de los casos, frente a lesiones traumáticas, procesos malignos, dolor refractario o malformaciones congénitas. Epidemiológicamente, las amputaciones de miembros inferiores se asocian principalmente con enfermedades vasculares periféricas y se presentan con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, mientras que las amputaciones de miembros superiores afectan más a hombres adultos, generalmente como consecuencia de accidentes laborales o traumáticos (Desmond, 2007; Mosaku et al., 2009).

Las amputaciones también pueden clasificarse según su etiología en tres tipos:

a) Congénitas. Son extremidades que están ausentes o incompletas al nacer. La prevalencia general es de aproximadamente 5/10.000 nacidos vivos. La mayoría se deben a inhibición del crecimiento intrauterino primaria o interrupción secundaria a destrucción intrauterina de tejidos embrionarios normales. Las extremidades superiores son más comúnmente afectadas. Las deficiencias congénitas de las extremidades tienen muchas causas y ocurren a menudo como un componente de diversos síndromes congénitos. La causa más frecuente de amputaciones de miembros congénitas son los defectos de los tejidos blandos y/o de disrupción vascular, como la deficiencia de las extremidades relacionada con bridas amnióticas, en la que hebras sueltas de amnios se entrelazan o fusionan con el tejido fetal. Las deficiencias de los

miembros pueden ser: Longitudinales (más frecuente) o Transversales (Pellegrino, 2024).

b) Traumáticas. Se refiere a la pérdida de una parte del cuerpo, habitualmente una extremidad, que ocurre a consecuencia de un accidente o lesión. Este tipo de amputación puede ser total o completa, caracterizada porque existe una separación entre el segmento distal y proximal (por un lado, el muñón y por el otro el segmento amputado); o parcial o incompleta la cual es una lesión que pese a producir un corte, no llega a producir una separación completa del tronco o segmento proximal. Cuando hay amputación de una parte del cuerpo con frecuencia se presentan complicaciones. Las más importantes son la hemorragia, el shock, dolores fantasmas e infección. Es importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento de la amputación, ya que la viabilidad corporal depende proporcionalmente de esto. A tener en cuenta, a mayor tiempo de isquemia, mayor riesgo de infección (Morales et al., 2026).

c) No Traumáticas: son aquellas asociadas a la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, generalmente una extremidad o un segmento de ella, que se realiza como consecuencia de enfermedades que deterioran de forma irreversible los tejidos, la circulación sanguínea o la función del miembro afectado. A diferencia de la amputación traumática, no se produce por accidentes o lesiones externas, sino por procesos patológicos progresivos. Entre las causas más frecuentes se encuentra la Diabetes mellitus, especialmente cuando se asocia con neuropatía y enfermedad vascular, lo que favorece la aparición de úlceras, infecciones y gangrena. También puede deberse a enfermedad arterial periférica, infecciones severas, tumores o complicaciones vasculares avanzadas. Este procedimiento se indica cuando las alternativas terapéuticas no logran preservar el tejido o cuando existe riesgo significativo para la vida del paciente. En el ámbito clínico y epidemiológico, las

amputaciones no traumáticas constituyen un importante indicador de la gravedad de enfermedades crónicas y del acceso oportuno a servicios de prevención y tratamiento (Cruzado Rodríguez et al., 2001).

Dentro de las clasificaciones posibles, las amputaciones traumáticas constituyen un grupo particular, caracterizado por la pérdida súbita de una parte del cuerpo —como dedos, extremidades superiores o inferiores— a consecuencia de lesiones o accidentes.

En las amputaciones traumáticas, los accidentes laborales, el uso de maquinaria pesada, las actividades agrícolas o industriales y los siniestros viales figuran entre los principales desencadenantes. En menor proporción, también se registran casos derivados de conflictos bélicos, catástrofes naturales o actos de violencia interpersonal (Vázquez Vela Sánchez, 2015)

De la situación traumática al concepto de disrupción

Diversos autores advierten sobre la importancia de no considerar automáticamente como “traumática” toda situación dolorosa o de gran impacto emocional. Desde esta perspectiva, no es el acontecimiento en sí mismo el que determina la existencia de un trauma, sino el modo singular en que cada sujeto logra procesar y elaborar dicha experiencia. Frente a una misma situación, las respuestas psíquicas pueden ser diversas, por lo que resulta fundamental contemplar la subjetividad de cada persona y evitar interpretaciones generalizadas que desconozcan la singularidad del padecimiento psíquico (Furst et al., 1971; Herman, 1997).

La expresión “situación traumática” suele emplearse para describir acontecimientos tales como accidentes, enfermedades graves, discapacidades repentinas, pérdidas significativas o catástrofes colectivas. Sin embargo, distintos autores cuestionan esta denominación, ya que implica

atribuir de manera apriorística un efecto devastador sobre el psiquismo, sin considerar las particularidades del evento ni el modo singular en que cada sujeto establece una relación con lo vivido. En este sentido, Benyakar (2003) propone el concepto de “disruptivo” para designar aquellos acontecimientos externos capaces de irrumpir en el psiquismo, diferenciándolos del trauma como experiencia subjetiva.

El autor define como disruptivos a aquellos eventos capaces de irrumpir en el psiquismo y alterar su capacidad de integración y elaboración, generando una discontinuidad en el equilibrio previo del sujeto (Benyakar, 1973). Asimismo, sostiene que el potencial disruptivo de un acontecimiento no depende únicamente de sus características objetivas, sino también de las circunstancias en las que ocurre y de los recursos subjetivos de quien lo atraviesa. De este modo, lo disruptivo constituye un concepto relacional, dado que una misma situación puede producir efectos psíquicos diferentes según la persona y el contexto en el que se inscribe. Entre las cualidades que incrementan dicho potencial se encuentran el carácter inesperado del hecho, la interrupción de la cotidianidad, la amenaza a la integridad física y la pérdida de referentes habituales (Benyakar, 1973).

En esta línea, Benyakar plantea que un evento se consolida como disruptivo cuando produce desorganización, discontinuidad o desestructuración en el sujeto. No obstante, el impacto psíquico no depende exclusivamente del hecho en sí mismo, sino también de la manera en que este es vivido, significado y elaborado. Por ello, el autor sostiene que toda vivencia constituye una experiencia singular, en tanto se encuentra atravesada por la articulación entre factores externos e internos, así como por los recursos propios y el sostén ambiental con los que cuenta cada sujeto (Benyakar, 2003).

Asimismo, Benyakar define el “vivenciar” como el proceso mediante el cual la persona logra articular afectos y representaciones para elaborar los acontecimientos de la realidad. Desde esta perspectiva, lo traumático surgiría cuando un evento o entorno disruptivo dificulta o interrumpe

dicha articulación, obstaculizando la posibilidad de otorgar sentido y elaborar psíquicamente la experiencia vivida (Benyakar & Lezica, 2001). En consecuencia, comprender los modos singulares en que cada sujeto procesa estas experiencias resulta fundamental para orientar abordajes clínicos acordes a sus particularidades y necesidades subjetivas.

Desde esta concepción, la amputación traumática puede comprenderse como un evento fáctico disruptivo, debido a la irrupción abrupta que implica en la vida del sujeto y a las profundas modificaciones físicas, emocionales, vinculares y simbólicas que produce. A partir de ello, pueden desplegarse posteriormente procesos de duelo asociados a la pérdida corporal, funcional y subjetiva que la persona debe elaborar, poniendo en juego recursos psíquicos singulares para afrontar y resignificar dicha experiencia.

En consonancia con los desarrollos de Benyakar acerca de los eventos disruptivos y de la singularidad con la que cada sujeto procesa las experiencias de alto impacto emocional, los aportes contemporáneos vinculados a la denominada “tercera tópica” profundizan la comprensión de aquellos padecimientos que exceden la capacidad de elaboración psíquica. Desde esta perspectiva, se otorga especial relevancia a las situaciones que generan un exceso emocional difícil de simbolizar, produciendo manifestaciones de vulnerabilidad tanto a nivel psíquico como corporal. En este marco, Raquel Zonis de Zukerfeld propone una concepción psicósomática que entiende mente y cuerpo como dimensiones inseparables de la experiencia subjetiva, destacando que determinados acontecimientos pueden producir efectos desorganizadores cuando el aparato psíquico no logra procesarlos adecuadamente (Zonis de Zukerfeld, 2016).

La autora señala que la vulnerabilidad psíquica se vincula con dificultades en la elaboración emocional, en la tramitación de pérdidas y duelos y en la posibilidad de desplegar recursos de afrontamiento adecuados frente a situaciones adversas (Zonis de Zukerfeld, 2016). Asimismo, sostiene que las respuestas subjetivas ante un mismo acontecimiento pueden variar según la historia singular de cada sujeto, sus recursos propios, las experiencias previas y la presencia o

ausencia de redes vinculares de sostén. En este sentido, destaca la importancia del acompañamiento interdisciplinario y de los vínculos significativos como factores capaces de favorecer procesos de resiliencia, reorganización subjetiva y elaboración psíquica frente a experiencias disruptivas.

Desde esta perspectiva, la amputación traumática puede comprenderse no solo como una lesión corporal, sino también como una experiencia potencialmente desorganizadora que confronta al sujeto con pérdidas físicas, funcionales, identitarias y simbólicas. En consecuencia, el modo en que cada persona logra afrontar y elaborar dicha experiencia se encontrará atravesado tanto por sus recursos psíquicos como por las condiciones de sostén emocional y social disponibles en ese proceso.

El Duelo en Pacientes con Amputaciones Traumáticas de Extremidades: Definición, Evolución Conceptual y Etapas

El duelo constituye una de las experiencias más universales y, al mismo tiempo, más singulares de los seres humanos. Su estudio ha acompañado a la psicología y la psiquiatría desde sus inicios, interpelando tanto a la teoría como a la práctica clínica. Bacci (2024) realiza una revisión del concepto de duelo en la obra freudiana, señalando que las primeras aproximaciones sistemáticas al fenómeno se inscriben en corrientes influenciadas por el pensamiento psicoanalítico (Bacci, 2024). Desde el texto clásico de Freud, *Duelo y melancolía*, (escrito en 1915 y publicado en 1917), hasta trabajos como el de Kübler-Ross (2005), quien desarrolla el modelo de las cinco etapas del duelo.

En palabras de Freud (1917), "el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, 1917, como se cita en Pons, 2014, p. 23). Esta definición subraya la centralidad de la pérdida como experiencia que impacta en la constitución del yo.

Freud distingue el duelo de la melancolía señalando que, aunque ambos comparten manifestaciones como tristeza profunda y retraimiento del mundo exterior, el duelo constituye un proceso doloroso pero esperable y transitorio, mientras que la melancolía implica una perturbación más profunda del sentimiento de sí mismo (Freud, 1917, como se cita en Pons, 2014).

En cuanto al proceso que el duelo opera en el sujeto, la perspectiva freudiana sostiene que consiste en reconocer que el objeto amado ya no existe y, a partir de ello, desvincular progresivamente la libido de los lazos que mantenía con dicho objeto. Una vez completado este trabajo, el yo queda liberado y es capaz de invertir su energía en nuevos objetos o intereses (Freud, 1917, como se cita en Pons, 2014). Este proceso de retiro libidinal ocurre de manera gradual, permitiendo al yo restablecer su funcionamiento.

Paralelamente, Kübler-Ross (1969) desde un enfoque humanista, que no parte de una lógica estrictamente médica o conductual, sino de la experiencia subjetiva de las personas frente a la pérdida y el sufrimiento plantea un modelo de duelo compuesto por cinco etapas:

- 1 **Negación.** La negación funciona como un parachoques tras la noticia de la pérdida, permitiendo absorber el impacto poco a poco. Es una defensa temporal que nos ayuda a sobrevivir, paralizando la necesidad de enfrentar la realidad de golpe
- 2 **Ira.** Una vez que la negación comienza a disiparse, la realidad y el dolor emergen expresados a través de la ira. Esta rabia se desplaza en múltiples direcciones, proyectándose hacia personas queridas, desconocidos, profesionales de la salud o incluso hacia objetos inanimados
- 3 **Negociación.** Ante la impotencia y vulnerabilidad, intentamos recuperar el control mediante pactos imaginarios. Negociamos con Dios, con nosotros mismos o con el

destino, prometiendo cambios a cambio de aliviar el dolor o revertir la pérdida (Kübler-Ross, 2005, p. 35).

- 4 **Depresión.** Cuando la pérdida se vuelve innegable y los intentos de negociación fracasan, sobreviene una tristeza profunda. Esta depresión no es señal de enfermedad mental, sino la respuesta apropiada ante el vacío, preparándonos para desconectarnos del objeto perdido
- 5 **Aceptación.** La aceptación no significa estar "bien" con lo ocurrido, sino aprender a vivir con ello. Es el momento de reconocer que la persona amada o lo perdido ya no está, y que debemos reorganizar nuestra vida y nuestras inversiones afectivas

Investigaciones recientes continúan validando la utilidad de este marco conceptual en contextos clínicos. Tal es el caso de un estudio publicado en 2024 sobre pacientes con COVID encontró que las experiencias de pérdida y duelo por la afectación de la salud física "reflejaban las 5 etapas del duelo en el modelo de Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y, para algunos, aceptación" (McAlearney et al., 2024). Este hallazgo resulta particularmente relevante para el contexto de las amputaciones traumáticas, donde también se produce una pérdida súbita de la funcionalidad y la imagen corporal.

Asimismo, una revisión publicada en 2025 sobre aplicaciones del modelo en el ámbito de la salud posiciona las cinco etapas como un conjunto no lineal de heurísticas que pueden ayudar a contextualizar las complejidades del procesamiento cognitivo-emocional humano de eventos angustiosos, incluyendo el trauma (Joseph y Monkman, 2025). Esta conceptualización refuerza la idea de que, más que una secuencia rígida, el modelo ofrece un lenguaje y una estructura para comprender la complejidad de las respuestas emocionales ante la pérdida.

A pesar de las posibles críticas que ha recibido el modelo por su posible simplificación de la experiencia del duelo, su persistencia en la literatura clínica y su aplicabilidad demostrada

en contextos de pérdida corporal y funcional lo mantienen como un referente útil para el abordaje de pacientes con amputaciones traumáticas.

Desde una perspectiva clínica contemporánea, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) aborda la distinción entre el duelo y el trastorno depresivo mayor. El manual señala que "en el duelo, el afecto predominante incluye sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en el episodio de depresión mayor es un estado de ánimo depresivo persistente y la incapacidad de anticipar felicidad o placer" (American Psychiatric Association, 2014, p. 161). Asimismo, el DSM-5 reconoce que el duelo puede desencadenar un episodio depresivo mayor, particularmente en personas vulnerables, y que la presencia de síntomas como ideación suicida, preocupación patológica por la pérdida o deterioro funcional prolongado puede indicar la necesidad de intervención clínica especializada (American Psychiatric Association, 2014). En el contexto de las amputaciones traumáticas, esta distinción resulta crucial, ya que la pérdida corporal puede generar tanto un proceso de duelo adaptativo como, en algunos casos, desencadenar cuadros depresivos que requieran tratamiento específico.

El Duelo en Personas con Amputación Traumática

En el contexto de las amputaciones traumáticas, el duelo adquiere características particulares, ya que la pérdida no se dirige a un objeto externo, sino a una parte del propio cuerpo como soporte de identidad que se ve abruptamente transformado. Valencia y Dávila (2010), en su estudio sobre proceso de duelo y afrontamiento en pacientes con amputación, señalan que este tipo de pérdidas exigen una mirada integral que contemple el sufrimiento físico y simbólico del sujeto.

El proceso de duelo que sigue a una amputación no se limita al plano intrapsíquico, sino que se inscribe en una red de significaciones sociales. Pons (2014), citando a Tizón (2004), señala que la pérdida de una extremidad implica no solo la confrontación con un cuerpo transformado, sino también con la mirada del otro, que puede acentuar sentimientos de vergüenza, inferioridad o exclusión (Tizón, 2004, como se cita en Pons, 2014).

La literatura indica que las reacciones emocionales más frecuentes en pacientes con amputación incluyen depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas en la imagen corporal. Pons (2014) realiza una revisión exhaustiva de estas manifestaciones en su tesis sobre el proceso de duelo en pacientes con amputación traumática. Valencia y Dávila (2010) coinciden en que estas pérdidas, al ser generalmente súbitas, alteran la percepción del cuerpo, el sentimiento de identidad y la autoestima del sujeto.

La amputación provoca una respuesta emocional profunda que suele manifestarse a través de un proceso de duelo caracterizado inicialmente por estados de shock y negación. Dummar (2018) aborda estas reacciones iniciales en su trabajo sobre acompañamiento psicológico a personas con amputación, señalando que son esperables dentro del proceso de adaptación. Con el transcurso del tiempo, y a medida que la persona desarrolla estrategias de afrontamiento, los síntomas ansiosos y depresivos tienden a disminuir.

En esta línea, el modelo de Kübler-Ross (1969) resulta aplicable al contexto de la amputación. Pons (2014) describe cómo cada etapa se manifiesta en estos pacientes: la negación actúa como amortiguador inicial; la ira puede dirigirse hacia el equipo médico o la causa del accidente; la negociación se manifiesta en fantasías de recuperación; la depresión emerge como respuesta al duelo por las funciones perdidas; y la aceptación implica integrar la nueva condición física en la identidad.

El duelo por la pérdida corporal exige un proceso de elaboración que permita aceptar la ausencia y reorientar la energía psíquica hacia el presente. Valencia y Dávila (2010) destacan que en este proceso los recursos internos —como la resiliencia y la capacidad de afrontamiento— se conjugan con los apoyos externos —familiares y sociales—, siendo estos últimos fundamentales para sostener la adaptación emocional y funcional. Dummar (2018) también enfatiza el papel crucial de la familia, que puede actuar como factor de protección o como fuente adicional de estrés.

En definitiva, el duelo por amputación es un proceso dinámico y multidimensional. Su duración y resolución varían según las características personales, la naturaleza del trauma y el contexto psicosocial. Bacci (2024), en su revisión del concepto freudiano, recuerda que en el duelo normal la persona mantiene el anclaje con la realidad, mientras que en el duelo patológico el sujeto permanece ligado al objeto perdido con cronificación del sufrimiento.

El abordaje clínico de estas experiencias requiere considerar tanto los aspectos sintomáticos del duelo como las elaboraciones subjetivas que determinan la forma en que el sujeto enfrenta la pérdida. La literatura científica, no obstante, presenta limitaciones en la evaluación sistemática de intervenciones específicas para esta población. Aguilera y Carreño (2016), en su artículo sobre intervención cognitivo-conductual en pacientes amputados, mencionan la escasez de estudios con evidencia sólida en este campo. A pesar de esta limitación, diversos autores han propuesto diferentes enfoques terapéuticos para favorecer la adaptación al trauma físico durante el proceso rehabilitador. El objetivo central de la intervención no es eliminar el dolor de la pérdida, sino facilitar el trabajo de duelo (Dummar, 2018). Cuando la recuperación se aborda desde un enfoque interdisciplinario que combine la rehabilitación física con el acompañamiento psicológico, se favorece una reintegración funcional más satisfactoria y una mejor calidad de vida para quienes atraviesan esta experiencia (Vázquez Vela Sánchez, 2015).

Perspectiva Psicológica en los Procesos de Amputación

La amputación se trata de una experiencia vital de alto impacto emocional y social, que requiere un abordaje amplio capaz de considerar todos los aspectos más allá de las consecuencias físicas asociadas a la pérdida de una extremidad como la afectación de la movilidad, la autonomía y la funcionalidad. La amputación genera alteraciones significativas en la imagen corporal y en la experiencia subjetiva del propio cuerpo. Aunque los avances en cirugía reconstructiva y rehabilitación han mejorado los procesos de recuperación, las amputaciones continúan representando un desafío relevante para la salud pública, especialmente en personas jóvenes y activas.

La pérdida de una extremidad conlleva una ruptura drástica en el esquema corporal lo que puede desencadenar emociones intensas —como culpa, miedo e impotencia— que, si no se abordan oportunamente, pueden derivar en trastornos psicológicos graves, entre ellos depresión y estrés postraumático. La disminución de la autonomía funcional repercute en la vida social, familiar y personal, generando frustración, sentimientos de inferioridad y alteraciones en la autoestima, y, cuando no existe un acompañamiento psicológico adecuado, estas dificultades pueden consolidarse en formas de aislamiento y deterioro emocional.

La amputación compromete tanto la reorganización del sistema nervioso central como la estructura psíquica del sujeto. Este proceso exige reconfigurar el esquema corporal y las representaciones mentales del propio cuerpo, dado que la persona debe reconstruir su autoimagen a partir de una corporalidad modificada. De acuerdo con Tizón (2004), en los duelos el self corporal se ve afectado, ya que el esquema corporal constituye la base de la percepción de sí en el mundo y de los aprendizajes de maduración. En esta línea, Lillo (2001) sostiene que la pérdida de una parte del cuerpo genera un impacto que compromete la identidad, el narcisismo y la organización subjetiva, y configura un duelo particularmente

exigente y complejo en comparación con el que se produce ante la pérdida de un objeto externo.

Las investigaciones revisadas señalan que, por lo general, una persona que ha sufrido una amputación alcanza un nivel de adaptación adecuado entre los seis meses y los dos años posteriores al evento. Además, cuando la amputación ocurre como consecuencia de un accidente de tránsito, el proceso de ajuste suele extenderse aún más debido a las particularidades del trauma involucrado Mosaku et al. (2009), (como se cita Jiménez García, 2017) señalan que el proceso de rehabilitación puede desarrollarse con relativa rapidez, dependiendo de las características socioemocionales de cada persona. Algunas logran adaptarse con mayor facilidad al uso de la prótesis y alcanzar niveles adecuados de autonomía para desenvolverse en su entorno. Sin embargo, en otros casos la recuperación avanza más lentamente de lo previsto, lo que puede generar dificultades tanto emocionales como físicas.

La intervención temprana de un equipo multidisciplinario resulta fundamental para acompañar la reconstrucción del yo, promover la aceptación de la pérdida y prevenir la cronificación del sufrimiento psíquico.

Continuidad del cuerpo y reorganización psíquica: el fenómeno del miembro fantasma

Según Carrascal et al., (2024), el dolor constituye una complicación de alta complejidad, influida por múltiples vías fisiológicas. Por esta razón, el manejo adecuado del dolor en el período postoperatorio resulta fundamental, ya que contribuye a favorecer la funcionalidad, mejorar el bienestar psicológico y disminuir el riesgo de que el paciente desarrolle dolor crónico.

El fenómeno del miembro fantasma es una de las manifestaciones más frecuentes posteriores a una amputación. Arias-Vázquez et al. (2017) señalan que el miembro fantasma es una percepción sensorial en el segmento que ha sido amputado, la cual surge debido a una compleja reorganización cortical y a la persistencia de una neuromatriz cerebral que sigue representando la extremidad como parte del esquema corporal del paciente. Por su parte, Velásquez Aldana (2015) menciona que el fenómeno del miembro fantasma se manifiesta cuando el paciente experimenta sensaciones físicas persistentes como si la extremidad amputada estuviera presente, un hecho que la autora vincula estrechamente con el proceso de duelo por la pérdida de la imagen corporal. Entre las manifestaciones más comunes se encuentran reacciones físicas al trauma tales como el dolor en el muñón, hipersensibilidad y una sensación de presencia del miembro ausente, factores que complican la asimilación psicológica de la nueva realidad física del individuo.

Desde una perspectiva neurocientífica, Ramachandran y Blakeslee (1998) han demostrado experimentalmente que la imagen corporal es una construcción interna maleable. A partir de sus estudios con pacientes amputados y el uso del mirror box (caja espejo), los autores evidencian que "las sensaciones fantasmas son generadas por los mismos procesos neuronales que normalmente crean la conciencia de nuestro cuerpo" (Ramachandran y Blakeslee, 1998, p. 45). En este sentido, señalan que "el cuerpo que experimentamos subjetivamente es un modelo interno, una construcción del cerebro" (Ramachandran y Blakeslee, 1998, p. 46), lo que evidencia la dimensión representacional del fenómeno y su estrecho vínculo con los mecanismos que construyen la identidad corporal.

Esta comprensión neurocientífica encuentra puntos de convergencia con perspectivas psicológicas que han abordado la dimensión subjetiva de la experiencia corporal. Valencia y Dávila (2010) señalan que la amputación implica "una pérdida que no es únicamente física sino también simbólica, ya que afecta la imagen corporal, la autoestima y el sentimiento de identidad

del sujeto" (Valencia y Dávila, 2010, p. 28). Desde esta óptica, el proceso de adaptación requiere no solo rehabilitación física, sino también un acompañamiento psicológico que permita elaborar la pérdida y reconstruir la representación de sí mismo (Valencia y Dávila, 2010).

La naturaleza multidimensional del fenómeno del miembro fantasma, donde procesos neurofisiológicos y dinámicas psíquicas se interrelacionan, exige un abordaje integral que contemple tanto los aspectos orgánicos como los simbólicos y subjetivos de la experiencia.

Desde el enfoque psicológico, el miembro fantasma refleja una profunda reorganización del yo y de la imagen corporal. Tizón (2004) plantea que estas percepciones evidencian la permanencia de la representación inconsciente del cuerpo anterior a la amputación y el intento del sujeto por restablecer una totalidad amenazada. En esta línea, el fenómeno puede entenderse como una expresión del duelo corporal y como parte del proceso de reconstrucción identitaria que sigue a la mutilación. Según Carrascal Villegas et al. (2024), la sensación de miembro fantasma es un fenómeno extremadamente frecuente, apareciendo en un porcentaje que oscila entre el 53% y prácticamente el 100% de las personas que han sufrido una amputación traumática.

Dentro de este cuadro, el dolor del miembro fantasma constituye una de sus manifestaciones más significativas y surge de la persistencia de la representación cortical y de la dificultad tanto del sistema neurológico como del aparato psíquico para elaborar la pérdida. Los estudios estiman que afecta entre el 50 % y el 80 % de las personas amputadas, pudiendo mantenerse por períodos prolongados (Arias-Vázquez et al., 2017, como se citó en Dummar, 2021).

El dolor fantasma constituye un fenómeno de gran relevancia clínica y psicológica. Diversos estudios evidencian que quienes lo experimentan presentan niveles más altos de

ansiedad y depresión, y que la intensidad de estos síntomas se relaciona directamente con la severidad del dolor percibido (Tonon da Luz et al., 2012). Aunque muchos pacientes concentran sus esfuerzos en estrategias de manejo físico —como el uso de medicación, ejercicios o compresas frías— suelen dejar de lado los componentes emocionales, motivacionales y simbólicos implicados en su vivencia.

En la misma línea, Krzemińska et al. (2021, citados en Carrascal Villegas et al., 2024) indican que existe una relación estrecha entre la intensidad del dolor y la manifestación de trastornos del estado de ánimo: cuanto mayor es el dolor, más acentuados tienden a ser los síntomas ansioso-depresivos.

Por lo tanto, el abordaje del dolor y del miembro fantasma debe partir de una comprensión integral que articule dimensiones neurobiológicas, psicológicas y simbólicas. La intervención clínica ha de orientarse no solo a disminuir la intensidad del dolor, sino también a facilitar la integración psíquica del cuerpo afectado, promoviendo procesos de resignificación que contribuyan a reconstruir la identidad corporal y restablecer la coherencia entre la vivencia física y la imagen interna de sí.

Impacto Psicológico de la Pérdida de una Extremidad

Tras una amputación, la modificación abrupta de la imagen corporal genera un impacto profundo tanto en el plano físico como en el psicológico, afectando la autonomía, la percepción de sí mismo y las interacciones sociales. En este proceso, los sentimientos de inferioridad y rechazo hacia el propio cuerpo —conocidos como autoestigma— surgen cuando la persona no logra aceptar la nueva condición física, reforzando las dificultades del proceso de adaptación y aumentando el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos (Font-Jiménez et al., 2016, como se citó en Dummar, 2021).

La amputación constituye un evento traumático que genera estrés, ansiedad y un proceso de duelo comparable al experimentado ante la pérdida de un ser querido (Desmond y MacLachlan, 2006). En consecuencia, resulta indispensable transitar y elaborar las etapas del duelo para favorecer la adaptación psicológica y prevenir el surgimiento de patologías emocionales más graves (Belon y Vigoda, 2014).

Por ello, se enfatiza la necesidad de un abordaje integral que contemple los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la rehabilitación. Un tratamiento multidisciplinar y multidimensional no solo mejora la adaptación y el afrontamiento, sino que también previene complicaciones emocionales a largo plazo (Font-Jiménez et al., 2016)

Según Carrascal Villegas et al. (2024), aspectos como la independencia funcional, la condición física, el manejo del dolor y la capacidad de adaptarse al uso de una prótesis influyen de manera directa en la calidad de vida de las personas amputadas, constituyendo un desafío central durante la rehabilitación y en las estrategias de prevención terciaria, especialmente cuando se trabaja desde un enfoque multidisciplinario. Los autores señalan que la calidad de vida en esta población se encuentra determinada por múltiples factores, entre ellos la etiología de la amputación, el nivel anatómico comprometido, las características sociodemográficas, la presencia de dolor, el uso de prótesis o dispositivos de apoyo, el grado de movilidad, la autonomía alcanzada, las condiciones de salud física y mental, y la percepción de la propia imagen corporal.

Percepción de la imagen corporal: La percepción de la imagen corporal está determinada por las actitudes, experiencias y estados emocionales del individuo. La pérdida de un miembro altera profundamente esa percepción, generando angustia y ansiedad. Además, el grado de satisfacción con la prótesis y el nivel de actividad funcional actúan como factores

mediadores del bienestar psicológico: cuanto menor es la satisfacción con la prótesis, mayor es la probabilidad de experimentar dificultades emocionales (Desteli et al., 2014).

En esta línea, investigaciones como la de Tutak y Basar (2020) compararon grupos de personas amputadas con individuos sin amputación, encontrando que las primeras presentaban niveles significativamente mayores de ansiedad y depresión. Del mismo modo, estudios comparativos entre amputaciones de miembros superiores e inferiores muestran que las personas con amputaciones en miembros superiores reportan más ansiedad vinculada a su imagen corporal, siendo las mujeres las más afectadas por el impacto emocional y simbólico de la pérdida (Desteli et al., 2014).

El impacto emocional se encuentra estrechamente vinculado tanto a la vivencia subjetiva del propio cuerpo como a las reacciones del entorno, factores que pueden amplificar o atenuar la experiencia de vulnerabilidad psicológica (Atherton y Robertson, 2006).

En este contexto, el apoyo familiar resulta un factor clave en la recuperación y adaptación. Un entorno que combine contención afectiva con el estímulo de la autonomía funcional facilita la aceptación de la nueva condición y promueve una mejor calidad de vida e integración social (Unwin y Clarke, 2009, citado en Jiménez-García, 2017). La familia desempeña un rol fundamental en el proceso de ajuste, ya que debe implementar modificaciones que faciliten la adaptación de la persona amputada. Las amputaciones derivadas de accidentes traumáticos, como los de tránsito, suelen requerir un período de adaptación más prolongado debido a su naturaleza inesperada y al impacto emocional que generan (Mosaku, Akinyele, Femi, y Olayinka, 2009). En este sentido, es esencial promover un entorno que ofrezca apoyo emocional y, simultáneamente, favorezca el desarrollo de la autonomía funcional.

Las amputaciones pueden afectar tanto las extremidades superiores como las inferiores, siendo estas últimas las más frecuentes. Las amputaciones de miembros superiores, sin embargo, implican desafíos psicosociales particulares, ya que las manos y los brazos son zonas altamente visibles y esenciales para la comunicación, el contacto físico y la interacción social (Desmond, 2007).

Asimismo, las dificultades para comunicarse afectivamente se destacan como un aspecto relevante: las manos y los brazos cumplen un papel esencial en los gestos, el contacto físico y la expresión emocional. La imposibilidad de utilizarlas como antes puede generar inseguridad y malestar durante las interacciones sociales (Saradjian et al., 2008).

Además, el uso de prótesis en miembros superiores se asocia a incomodidades físicas, como sensación de calor y sudoración excesiva, factores que incrementan el malestar y pueden contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva o ansiosa (Saradjian, 2008).

Por lo tanto, se debe contemplar no solo la rehabilitación física, sino también el acompañamiento emocional y la promoción de estrategias de afrontamiento que favorezcan la aceptación, la reconstrucción del autoconcepto y la reintegración social.

Intervenciones psicológicas para afrontar una amputación traumática

Independientemente del enfoque terapéutico utilizado, la literatura revisada converge en señalar la necesidad de una intervención integral y contextualizada. Jiménez García (2017) destaca que el ajuste psicosocial exitoso depende de múltiples factores: el apoyo familiar, las características de personalidad previas, el sentido de coherencia y la capacidad de encontrar significado a la experiencia. La intervención, por tanto, no debe limitarse al individuo, sino que debe considerar su entorno familiar y social, fomentando un ambiente de apoyo que, al mismo

tiempo, promueva la autonomía y la independencia funcional (Unwin y Clarke, 2009, como se cita en Jiménez García, 2017).

En este sentido, la intervención psicológica se vuelve un pilar fundamental dentro del proceso de rehabilitación integral. No se trata únicamente de aliviar el malestar emocional, sino de facilitar un proceso de adaptación y resignificación que permita a la persona integrar la pérdida en su nueva realidad. A partir de la revisión de la literatura especializada, es posible identificar que las aproximaciones terapéuticas no se presentan como manuales de tratamiento únicos, sino que se articulan en torno a enfoques complementarios que abordan las diferentes dimensiones del sufrimiento: la elaboración del duelo, la reestructuración cognitiva y el manejo de síntomas específicos como el dolor del miembro fantasma.

Acompañamiento Psicológico desde la Perspectiva del Duelo. Este enfoque, detallado por Dummar (2018) y Bacci (2024), entiende la amputación no solo como una pérdida física, sino como la pérdida de una parte del "yo" y de la imagen corporal. Se define como un proceso de apoyo destinado a facilitar la transición a través de las etapas del duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación). Parte de la premisa de que la amputación desencadena un proceso de duelo normal pero complejo, donde el objeto perdido es una parte del cuerpo y, con ella, las funciones, los sueños y la identidad asociados. La terapia no busca "superar" la pérdida, sino integrarla en la nueva narrativa vital.

Puede clasificarse como un modelo de intervención psicosocial y humanista, con fuertes influencias de las teorías del apego y del duelo. Se aleja de un enfoque puramente sintomático para centrarse en la experiencia subjetiva del paciente y su proceso de adaptación. Basándose en las etapas del duelo descritas por diversos autores, Dummar (2018) propone que el acompañamiento debe adaptarse a la fase en la que se encuentre el paciente. Las fases del proceso de duelo que guían la intervención son:

- **Fase Inicial:** Shock, Negación y Embotamiento Afectivo. En este momento inmediato a la amputación, la intervención se centra en la contención emocional y la psicoeducación. El objetivo es proporcionar un espacio seguro donde el paciente pueda expresar su conmoción, validar sus sentimientos y comenzar a procesar la realidad de la pérdida de forma gradual. Se busca normalizar las reacciones iniciales como mecanismos de protección.
- **Fase Intermedia:** Expresión Emocional, Ira, Tristeza y Ansiedad. A medida que la realidad de la pérdida se consolida, emergen emociones intensas como la ira, la tristeza profunda, la ansiedad y la frustración. La terapia se convierte en un espacio para la exploración y legitimación de estas emociones. El acompañamiento terapéutico facilita que el paciente exprese su enfado (hacia sí mismo, hacia los demás, hacia la vida), llore su pérdida y afronte los miedos asociados al futuro, la dependencia y la imagen corporal.
- **Fase de Reajuste y Aceptación:** En esta etapa, la persona comienza a integrar la pérdida y a explorar nuevas posibilidades. La intervención se orienta a la reconstrucción de la identidad y la proyección hacia el futuro. Se trabaja en el fortalecimiento de la autoestima, la identificación de nuevas metas vitales y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. El objetivo es que el paciente logre un ajuste psicosocial, donde la extremidad perdida pase a ser parte de su historia, pero no el centro exclusivo de su identidad.

El modelo de Dumar (2018) presenta ciertos puntos de contacto con el esquema clásico propuesto por Elisabeth Kübler-Ross (1969), quien conceptualiza el duelo como un proceso organizado en torno a cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Ambos enfoques coinciden en reconocer la negación como un mecanismo

defensivo inicial frente al impacto de la pérdida, así como la ira como una respuesta emocional significativa en momentos de mayor intensidad afectiva.

No obstante, se observan diferencias relevantes. Mientras el modelo de Kübler-Ross plantea la negociación como una fase intermedia —la cual suele tener menor presencia o resultar poco aplicable en situaciones de amputación traumática—, Dumar enfatiza la vivencia de emociones como la tristeza y la ansiedad como núcleos centrales del proceso. Asimismo, aunque ambos modelos convergen en la aceptación como horizonte posible, esta es entendida no como una resignación pasiva, sino como un proceso activo de reorganización psíquica, reconstrucción identitaria y apertura a nuevas formas de existencia.

En este sentido, si bien los modelos secuenciales aportan un marco descriptivo útil para comprender ciertas regularidades en el duelo, el modelo de Dumar introduce una perspectiva más acorde a los desarrollos contemporáneos, al concebir la adaptación como un proceso dinámico, no lineal y multidimensional. Esto resulta especialmente pertinente en el caso de la amputación, donde las dimensiones corporales, identitarias y sociales complejizan la experiencia de pérdida.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el Afrontamiento de la Amputación. La Terapia Cognitivo-Conductual se presenta como una intervención estructurada y orientada a objetivos que busca identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y las conductas desadaptativas que surgen tras la amputación y que interfieren en el proceso de adaptación (Aguilera y Carreño, 2016). Se centra en el "aquí y ahora", dotando al paciente de herramientas prácticas para manejar su malestar emocional y conductual. Según Aguilera y Carreño (2016), en pacientes amputados, la TCC se enfoca en el manejo del dolor, la depresión y la ansiedad derivados de la pérdida.

Es una terapia de corte cognitivo-conductual, basada en la evidencia y ampliamente utilizada en el ámbito de la psicología de la salud. A partir del estudio de caso presentado por Aguilera y Carreño (2016), es posible delinear las fases y técnicas características de este abordaje:

- **Fase de Evaluación y Psicoeducación:** Se realiza una evaluación funcional para comprender la interacción entre pensamientos, emociones y conductas del paciente. Se le explica al paciente cómo sus pensamientos negativos automáticos (e.g., "mi vida ha terminado", "soy una carga") pueden generar y mantener estados emocionales como la tristeza o la ansiedad.
- **Fase de Intervención sobre Pensamientos Disfuncionales:** Se emplean técnicas de reestructuración cognitiva para ayudar al paciente a cuestionar la veracidad y utilidad de sus pensamientos negativos, reemplazándolos por interpretaciones más realistas y adaptativas. Por ejemplo, se trabaja para transformar el pensamiento "nunca volveré a ser feliz" por "será diferente y difícil, pero puedo encontrar nuevas fuentes de bienestar".
- **Fase de Intervención Conductual y Activación:** Se implementan técnicas como la activación conductual, programando actividades gratificantes y significativas que el paciente haya abandonado por su estado de ánimo, combatiendo así la pasividad y la desesperanza. También se trabajan habilidades de afrontamiento específicas para manejar situaciones sociales temidas (evitación, miradas de los demás) a través de role-playing y exposición gradual.

- **Fase de Prevención de Recaídas:** Se consolida lo aprendido y se prepara al paciente para identificar y manejar posibles crisis futuras, reforzando los recursos y estrategias adquiridos durante la terapia.

Abordaje Neuropsicológico del Miembro Fantasma. Aunque no constituye una "terapia para el duelo" en sí misma, la comprensión y el manejo del síndrome del miembro fantasma (la sensación de que la extremidad amputada aún está presente) y, especialmente, del dolor del miembro fantasma, es un componente crucial en la atención psicológica post-amputación. Este abordaje se fundamenta en hallazgos de la neurociencia y la neuropsicología. Giummarra et al. (2007) y Ramachandran y Hirstein (1998) explican estos fenómenos a través de mecanismos centrales, como la reorganización de la corteza somatosensorial, donde las áreas cerebrales que representaban la extremidad perdida quedan "hambrientas" de input sensorial y comienzan a responder a estímulos de áreas vecinas, generando sensaciones fantasma.

El tratamiento no sigue fases preestablecidas, sino que integra este conocimiento para aplicar técnicas específicas:

- **Evaluación y Explicación Neurofisiológica:** El primer paso es psicoeducar al sujeto, explicándole que las sensaciones del miembro fantasma no son un signo de locura, sino un fenómeno real y común con una base neurofisiológica demostrada. Esta explicación, por sí sola, puede tener un efecto terapéutico al reducir la angustia y la confusión (Giummarra et al., 2007; Tavera, 2014).
- **Intervención basada en la Retroalimentación Visual:** La Terapia del Espejo. Derivada directamente de los trabajos de Ramachandran y Hirstein (1998), una de las intervenciones no farmacológicas más relevantes es la terapia del espejo. Esta técnica

consiste en colocar un espejo en el plano sagital del paciente, de manera que el reflejo de la extremidad intacta se superponga visualmente con la ubicación de la extremidad amputada. Al mover el miembro sano, el paciente tiene la ilusión visual de que su miembro fantasma se está moviendo. Se ha observado que esta "retroalimentación visual" puede "engañar" al cerebro, ayudando a "desconectar" las señales de dolor asociadas a la parálisis o a la sensación incómoda del miembro fantasma (Giummarra et al., 2007; Ramachandran y Hirstein, 1998; Tavera, 2014).

Conclusiones

La experiencia de una amputación traumática constituye uno de los eventos más devastadores que una persona puede enfrentar, irrumpiendo en la vida del individuo de manera súbita y violenta. El impacto es profundo y multifacético: a nivel físico, no solo implica la pérdida de una parte del cuerpo y la funcionalidad asociada, sino que también da paso a un complejo y a menudo doloroso proceso de rehabilitación y adaptación a una nueva corporalidad.

Socialmente, la persona puede enfrentarse a la estigmatización, a la alteración de sus roles familiares y laborales, y a la necesidad de renegociar su lugar en el mundo y sus relaciones interpersonales. Psicológicamente, se desencadena una profunda reconfiguración identitaria que impacta en la autoestima y en la percepción de sí mismo, dando lugar a una intensa respuesta emocional en la que confluyen la rabia, la tristeza, la ansiedad y la incertidumbre frente a un futuro que se percibe como limitado.

En este contexto de pérdida significativa, el duelo emerge como una respuesta natural e inevitable. La persona no solo atraviesa la pérdida del miembro, sino también la de sus capacidades, sus proyectos, su imagen corporal previa y la vida tal como la conocía. Este

duelo, lejos de ser un proceso lineal o con un final definido, es una constante que estará presente, en mayor o menor medida, a lo largo de todo el proceso de adaptación. Reconocer esta presencia continua resulta fundamental, ya que sus manifestaciones pueden fluctuar y reactivarse en distintos momentos del proceso de rehabilitación o ante nuevas demandas y desafíos.

Por lo tanto, el abordaje de la amputación no puede ni debe ser unidimensional. La complejidad del evento, que afecta simultáneamente al cuerpo, la psique y el entorno social del individuo, exige una respuesta igualmente compleja e integradora. Es imperativo un enfoque multidisciplinar donde médicos, rehabilitadores físicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos trabajen de manera coordinada. Solo desde esta perspectiva integral se puede atender la totalidad de la persona, entendiendo que la recuperación funcional es inseparable del bienestar emocional y la reinserción social.

Es dentro de este engranaje multidisciplinar donde la intervención psicológica juega un papel absolutamente primordial en el afrontamiento de una amputación traumática. Su labor, lejos de ser un mero acompañamiento, se convierte en un eje vertebrador del proceso de rehabilitación desde el momento cero. En la fase inicial y más aguda, el psicólogo proporciona un espacio seguro para la contención emocional, ayudando a la persona a gestionar el shock inicial, a validar sus sentimientos y a prevenir el desarrollo de psicopatologías como el estrés postraumático o la depresión mayor. A medida que avanza la rehabilitación, la intervención se centra en facilitar el proceso de duelo, ayudando a elaborar la pérdida y a construir una nueva narrativa vital que integre la amputación como una parte de su historia, sin que esta defina su totalidad. Más adelante, el apoyo psicológico es crucial para fomentar la adherencia al tratamiento protésico, trabajar la aceptación de la nueva imagen corporal, reconstruir la autoestima y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para los desafíos cotidianos. En definitiva, la intervención psicológica no solo mitiga el sufrimiento, sino que empodera a la

persona, dotándola de las herramientas internas necesarias para transitar por las diferentes etapas de la rehabilitación y reconstruir un proyecto de vida pleno y con sentido. En este marco, resulta fundamental no solo comprender estos procesos a nivel teórico, sino también traducirlos en prácticas clínicas concretas y situadas. Esto implica, en primer lugar, sostener una escucha activa y empática que reconozca la singularidad de cada experiencia de amputación, evitando la aplicación rígida de modelos teóricos y priorizando la construcción de un espacio terapéutico que habilite la expresión del sufrimiento.

En la práctica clínica, adquiere especial relevancia favorecer la elaboración del duelo, acompañar los procesos de reconstrucción de la imagen corporal y fortalecer los recursos de afrontamiento, así como incluir, cuando resulte pertinente, a la familia y al entorno cercano como parte del proceso terapéutico. En esta línea, se reconoce la importancia de posicionarse desde una ética del cuidado orientada no solo a la disminución del malestar, sino también a la promoción de la autonomía, la dignidad y la posibilidad de que la persona reconstruya un proyecto de vida significativo más allá de la amputación.

La implementación de estrategias terapéuticas específicas ocupa un lugar central en el abordaje clínico de personas amputadas. Entre ellas, se destacan las intervenciones orientadas a la regulación emocional y al afrontamiento del estrés, así como las técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales vinculados a la pérdida, la imagen corporal y las expectativas de futuro. Asimismo, herramientas como la terapia del espejo han demostrado ser de utilidad tanto en el abordaje del dolor fantasma como en la progresiva integración de la nueva representación corporal.

Desde una perspectiva integradora, el trabajo narrativo posibilita la resignificación de la experiencia de amputación, favoreciendo la reconstrucción identitaria y la continuidad del sentido vital. Del mismo modo, la incorporación de intervenciones basadas en la aceptación y el

compromiso, así como de enfoques centrados en la atención plena, puede contribuir a una mejor adaptación psicológica frente a una realidad que no puede ser modificada, pero sí elaborada. En conjunto, estas estrategias no deben entenderse como recursos aislados, sino como parte de un abordaje clínico flexible y situado, que se ajuste a las necesidades, tiempos y características singulares de cada paciente.

Referencias

- Aguilera, M. A., y Carreño, M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un paciente con amputación. *Medigraphic*, XX (3-4), 45-52. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2016/mf163-4c.pdf>
- Alsubhi, A. (2025). La prevalencia de los trastornos mentales entre las personas amputadas en Arabia Saudita. *TPM – Pruebas, Psicometría, Metodología en Psicología Aplicada*, 32 (S5 (2025): Publicado el 3 de agosto), 11–20. Recuperado de <https://tpmap.org/submission/index.php/tpm/article/view/1324>
- Arias-Vázquez, P. I., Rosa, G., Castillo-Avila, R. G., Dominguez-Zentella, M. C., Hernández-Díaz, Y., González-Castrob, T. B., Tovilla-Záratea, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L. y Frésan, A. (2017). Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *International Journal of Rehabilitation Research*, 41 (1), 52-56. <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000259>
- Armstrong, T. W., et al. (2019). Psychological adjustment in lower-limb amputees: The role of social support and coping. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 56(3), 245–256.
- Atherton, R., y Robertson, N. (2006). Emotional adaptation to limb amputation: The role of prosthesis use. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201–1209. <https://doi.org/10.1080/09638280600551612>
- Bacci, M. P. (2024). Significaciones de la experiencia de duelo (Tesis de doctorado, Universidad de la República, Facultad de Psicología).
- Bacci, M. (2024). El duelo en la obra de Freud: revisión conceptual. Universidad Católica de Salta. https://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspageypageid=24&id_notice=72469
- Belon, H., y Vigoda, D. (2014). Emotional adaptation to limb loss. *Physical Medicine y Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 53-74. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.010> [Scribd+1](#)
- Benyakar, M. (1973). *Reevaluation of the theory and therapy of acute post-traumatic war neurosis*. Israel Defense Forces Publication.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo: Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Biblos.
- Bhayana, H., Bu, S., Saini, U. C., y Mehra, A. (2024). Prevalence and factors associated with psychological morbidity, phantom limb Pain in lower limb amputees. *Injury*, 55(11), 111828. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2024.111828>
- Bhutani, S., et al. (2016). Psychological distress and adaptation following amputation: A longitudinal study. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(3), 322–329.

- Carrascal Villegas, J. Á., Carrillo Castillo, M. D., Castiblanco Castiblanco, K. D., y Garay Rodríguez, A. F. (2024). Factores que determinan la calidad de vida en pacientes amputados: Revisión rápida de la literatura. Universidad El Bosque, Facultad de Medicina.
- Copuroglu, C., Ozcan, M. Yilmaz, B., Gorgulu, Y. Abay, E., Yalniz, E. (2010). Depression and body image after limb loss. *Prosthetics and Orthotics International*, 34(4), 432–438.
- Cotiga, L., et al. (2020). Quality of life and mental health in amputees. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 789–798.
- Cruz Jiménez, D. A. (2025). Actualidad en estrategias de afrontamiento y calidad de vida de personas amputadas (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Cruzado Rodríguez, J. A., González Sánchez, M. P., Noguerales Alonso, J., Rozalén Pinedo, M., y Fernández-Conde Alarcón, E. (2001). Diseño y experimentación de sistemas de evaluación y tratamiento psicológico de personas que sufren amputaciones traumáticas. *Mapfre Medicina*, 12(2), 127–137.
- De la Garza Villaseñor, L. V. (2009). Cronología histórica de las amputaciones. *Revista Mexicana de Angiología*, 37(1), 9-22.
- Desmond, D., y MacLachlan, M. (2006). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: A 30 year review of the literature. *Prosthetics and Orthotics International*, 30(3), 231–241. <https://doi.org/10.1080/03093640600816996>
- Desmond, D. (2007). Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.027>.
- Desteli, E., Imren, Y., Erdoğan, M., y Kuru, T. (2014). Psychological effects of upper and lower extremity amputation: Comparison of depression, anxiety, and self-esteem. *Bulletin of Prosthetics and Orthotics*, 2(3), 145–152.
- Duarte Rodríguez, J. M., y Osorio Lizarazo, L. N. (2021). Salud mental en personas con pérdidas corporales [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Dummar, A. M. (2018). Acompañamiento psicológico a personas con amputación: una mirada desde el duelo [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/60268/TFM_AlinedeMesquitaDummar.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Dummar, A. de M. (2021). Amputación y salud mental: una revisión sistemática [Trabajo final de máster, Universidad de Oviedo]. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo
- Dussik, C. M., Phan, A., Coombs, J., Chang-Sing, E., Jae-Min Park, A., y Wilbur, D. (2025). Resultados psiquiátricos postoperatorios tras amputaciones de extremidades superiores. *The Journal of hand surgery*, 50(6), 703–710. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.03.008>

- Fabila, L. y Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Práctica clínica*, 13(2). <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- Font-Jimenez, I., Llauredó-Serra, M., Pallarés-Martí, À., y García-Hedrerá, F. (2016). Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura [Psycho-social factors involved in amputation. Systematic review of the literature]. *Atención primaria*, 48(3), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.009>
- Furst, S. S., Greenberg, M. S., & Laplanche, J. (1971). *Psychoanalysis: A dialogue of theories*. Basic Books.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas*, Tomo XIV. Amorrortu.
- Giummarra, M. J., Gibson, S. J., Georgiou-Karistianis, N., y Bradshaw, J. L. (2007). Mecanismos centrales en la percepción del miembro fantasma: el pasado, el presente y el futuro. *Brain Research Reviews*, 54(1), 219–232. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17500095/>
- Jiménez García, K. (2017). Ajuste psicosocial en pacientes amputados: La psicología en el contexto sanitario. *Revista Cúpula*, 31(2), 8–43.
- Jiménez-García, M. (2017). Rehabilitación integral en personas con amputación: Una mirada psicológica. *Revista de Psicología y Salud*, 27(1), 55–68.
- Joseph, A. L., Monkman, H. (2025). El modelo de las cinco etapas del duelo de Kübler-Ross: un marco para la informática sanitaria centrada en el ser humano. *Studies in Health Technology and Informatics*, 326, 70–74. <https://doi.org/10.3233/SHTI250240>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- Harsha, G. T., y Ashok Kumar, K. S. (2020). Psychiatric profile, depression and body dysmorphic disorder in patients with amputation. *IP Indian Journal of Neurosciences*, 6(3), 158–162. <https://doi.org/10.18231/ij.n.2020.033>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (Rev. ed.). Basic Books.
- Lillo Espinosa, J. L. (2001). Duelo y pérdida corporal. *Informaciones Psiquiátricas*.
- Marín, C. (2023). El impacto de las amputaciones en la salud mental. *Artículos Andade*. <https://www.andade.es/articulos-andade/item/el-impacto-de-las-amputaciones-en-la-salud-mental>
- Mayland, C. R., et al. (2014). Psychological outcomes following limb amputation: A review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 28(5), 455–465.
- McAlearney, A. S., Eiterman, L. P., Mayers, E., Eramo, J. L., y MacEwan, S. R. (2024). Un viaje a través del duelo: experiencias de pérdida entre pacientes con COVID persistente. *Journal of patient experience*, 11, 23743735241272267. <https://doi.org/10.1177/23743735241272267>

Ministerio de Salud Pública. (2024, 29 de mayo). Documento N° 12/001/3/2879/2024, actuación 3. Dirección General de la Salud.

Morales Montaña, S., Mesa Rodríguez, P., y Oviedo López, L. (2026, 2 de noviembre). Amputación traumática. Manuales Clínicos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Recuperado, <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias-de-traumatologia/fracturas-expuestas/amputacion-traumatica/>

Mosaku, K., Akinyele, A., Femi, O., y Olayinka, O. (2009). Psychological reactions to amputation in Nigeria: A two-year follow-up study. *African Journal of Psychiatry*, 12(2), 153–158. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v12i2.43722>

Muomah, R., Akintunde, A., y Osahon, M. (2017). Psychological support and rehabilitation in amputee patients: The missing link in medical care. *African Journal of Health Sciences*, 27(4), 310–320.

Osorio, M. (2011). Historia de la cirugía de amputación: De Hipócrates a la modernidad. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(1), 67–74.

Pellegrino, J. (2024). Malformaciones congénitas de las extremidades. En Manual MSD versión para profesionales. Merck y Co., Inc. Recuperado [Fecha de consulta], de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-musculoesquel%C3%A9ticas-cong%C3%A9nitas/malformaciones-cong%C3%A9nitas-de-las-extremidades>

Pons, M. (2014). El proceso de duelo en pacientes con amputación traumática de miembros inferiores [Tesis de grado]. Universidad de la República. <http://190.221.29.250/bitstream/handle/123456789/9794/Pons.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramachandran, V. S., y Hirstein, W. (1998). La percepción de los miembros fantasma: La conferencia DO Hebb. *Brain: A Journal of Neurology*, 121 (9), 1603–1630. <https://doi.org/10.1093/brain/121.9.1603>

Ramachandran, V. S., y Blakeslee, S. (1998). *Phantoms in the brain: Probing the mysteries of the human mind*. William Morrow.

Singh, S., Saini, R., Mathur, R., Sarkar, S., y Sagar, R. (2024). Prevalencia de la depresión en personas tras una amputación de una extremidad: una revisión sistemática y un metanálisis. *Journal of psychosomatic research*, 181, 111677. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677>

Tavera, J. (2014). Amputación: Más allá de un cambio físico, un cambio mental [Amputation: Beyond a physical change, a change of mind]. *Revista Amputation*, 1(1), 20–22.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.

Tizón, J. L. (2004). *Psicoterapia del duelo y del sufrimiento emocional*. Herder.

- Tonon da Luz, S. C., Souza, J. B., Andrade, M. C., Ventoza, C., Honório G. J. S., Avila, A. O. V. y Berral, F. J. (2012). Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. *Trauma Fundación MAPFRE*, 23(3), 176-182.
- Tonon da Luz, C., et al. (2020). Body image and depression in amputees: An integrative review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33(1), 1–10.
- Tutak, G., Ay, S., y Basar, E. (2020). Anxiety and depression levels in amputee patients: A comparative study. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 34(2), 119–127.
- Valencia, S., y Dávila, M. (2010). Proceso de duelo y afrontamiento en pacientes con amputación. Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ee18d9cb-4f03-4d92-ab66-006093bb1d4b/content>
- Vázquez Vela Sánchez, E. (Ed.). (2015). Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el Estado. Academia Nacional de Medicina de México.
- Vázquez, R., et al. (2017). Quality of life and psychological adjustment in lower-limb amputees. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 204–212.
- Velásquez Aldana, E. S. (2015) Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos. [Tesis de grado]. Universidad de San Carlos de Guatemala.
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/2619/>
- Wei, B., Zhang, J., Cheng, Y., y Wu, H. (2025). Carga mundial, regional y nacional de amputaciones traumáticas de 1990 a 2021: un análisis sistemático del estudio Carga Mundial de Enfermedad 2021. *Frontiers in public health*, 13, 1583523. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1583523>
- Zukerfeld, R. (2016). *Psicosomática hoy: Tercera tópica y vulnerabilidad*. Mentalización. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, (6). Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización.

