



Universidad Autónoma Metropolitana



Unidad Xochimilco

Licenciatura En Enfermería

Investigación

“Prevalencia en las etapas del proceso de duelo por amputación en personas adultas del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

Elaborado por:

Mendoza De La Guardia Martha Zurisadai.

Asesores:

Mtra. Maribel Aguilera Rivera.

Dr. Martín Pantoja Herrera

Febrero 2022 – enero 2023



INR
LGII

INDICE

Contenido

INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
PREGUNTA DE INVESTIGACION	9
MARCO TEÓRICO	10
Definición	10
Tipos De Amputaciones	10
Etiología	10
Niveles de amputación y pronostico.....	11
Pronostico	12
Complicaciones	13
Manejo Del Paciente Amputado.....	14
Preoperatorio.....	14
Transoperatorio	15
Posoperatorio	16
Prótesis.....	16
Prevención	17
Intervención Educativa	17
Definición	17
Fases para la elaboración de una propuesta de intervención educativa	17
Planeación:.....	17
A) Implementación	17
Evaluación	18
Socialización- Difusión	18
Clasificación	18
Validación de una intervención educativa.....	20
Estrategia de intervención y ejes temáticos del MIESS	20
Ejes temáticos del MIESS:	21
CRITERIOS PARA EL DESARROLLO DEL MIESS	22

FASE I: Criterios generales de la intervención educativa en el MIESS	22
FASE II: Formato general de la intervención educativa en el MIESS	23
FASE III Datos específicos la intervención educativa del MIESS	24
METODOLOGÍA	26
Tipo de investigación.	26
Universo poblacional de estudio	26
Muestra.....	26
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	26
Recolección de la información.	27
Instrumento.	27
Intervención Educativa	27
Consideraciones éticas.....	28
Análisis estadístico/procesamiento de la información.	28
Recursos humanos.	29
Recursos materiales.....	29
Recursos económicos.....	29
RESULTADOS	30
DISCUSION	43
CONCLUSION.....	46
Bibliografía	47
ANEXOS	49
Anexo 1. Consentimiento informado.....	50
Anexo 2. Instrumento de valoración.....	51
Anexo 3: Intervenciones Educativas:	55

INTRODUCCION

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, pérdida de un miembro, entre otros).Gonzales (Gonzales A. et al, 2017). El proceso de duelo es el conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida; es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor, las fases del duelo por las que pasa el paciente son:

- 1ª fase: Negación
- 2ª fase: Ira
- 3ª fase: Pacto / Aceptación
- 4ª fase: Depresión
- 5ª fase: Aceptación

La palabra amputación se deriva del latín, *amputare*, que quiere decir cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él. Como se desprende de su significado, es una condición de carácter permanente, que de no tomarse las acciones de rehabilitación necesarias, constituirá una causa de severo impedimento en la realización de actividades cotidianas, laborales, recreacionales y en la participación social de las personas que las adquieren (Díaz J L, 2013).

Existen diversas causas para realizar una amputación en el miembro superior, como enfermedades vasculares, lesiones nerviosas, neoplasias, deformidades, infecciones y las más frecuentes que son los traumatismos sufridos en accidentes laborales. De todas las amputaciones, las de miembros inferiores son las más comunes, siendo el proceso quirúrgico con una prevalencia del 85%.

El tratamiento del paciente amputado debe considerarse como un proceso dinámico continuo, que comienza en el momento de la lesión y continúa hasta que el paciente haya alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo, el éxito de esta etapa dependerá de muchos factores como: la edad, su nivel de energía y motivación, además, y en gran medida, de la habilidad y ayuda de los rehabilitadores y fisioterapeutas en la preparación

de un programa de rehabilitación basado en sus necesidades individuales (Gonzales A. et al, 2017)

Se realizó un trabajo de investigación, mediante un estudio un descriptivo, cuantitativo, transversal, utilizando la Escala de las etapas del duelo (EE-D) elaboradas por Patricio Arias Benavides en 2019 con una muestra total de 53 personas de los cuales el 86.7% al servicio Rehabilitación y el restante 13.2% a la torre de Ortopedia , en un periodo de tiempo de octubre a noviembre 2022, con el fin de Determinar la prevalencia de las etapas del proceso de duelo por amputación en personas adultas hombres y mujeres del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” y su implicación en el proceso de rehabilitación, también se generaron intervenciones educativas sobre “Cuidados al muñón” y “Vendaje Compresivo” (Ver Anexo 2) para todos los encuestados y se valoró si hubo algún cambio importante en los resultados después de lo explicado.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de las etapas del proceso de duelo por amputación en personas adultas hombres y mujeres del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” y su implicación en el proceso de rehabilitación.

Objetivos específicos

- Identificar las etapas del proceso de duelo por amputación que cursan los pacientes en el Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” para definir el proceso por el cual los pacientes deben atravesar para dejar atrás la pérdida y continuar con su futuro.
- Generar intervenciones educativas para personas adultas hombres y mujeres que cursan una etapa de duelo tras la amputación en el Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” para su reintegración a la sociedad de manera más pronta.
- Identificar el tiempo estimado en el cual el paciente necesita para culminar con todas las etapas de duelo antes y después de la intervención educativa para evaluar si existe un cambio significativo después de lo aprendido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El duelo es un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba psicosocialmente vinculado. (Gonzales A. et al, 2017) Se describe como un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación Dado que cada ser humano es “único e irrepetible”, los duelos que vivimos también son únicos, porque todos tenemos una historia propia, e incluso, ante pérdidas similares, nuestras reacciones pueden ser muy diferentes a las vividas en experiencias previas. (H, Calderon, 2014)

Según la OMS hay más de 780 mil casos de amputación en el mundo, que aún se encuentran en un proceso de duelo, en el 2012 se registraron más de 5 millones de personas que tienen dificultades para desplazarse graves.

En Estados Unidos existe alrededor de 1,9 millones de personas sufren de amputación de cualquier índole, en especial amputaciones en sus miembros inferiores (piernas, pies), debido a varias causas, una de ellas es la guerra, según estudios la mayor parte de la población aun atraviesan por la fase de negación y la de ira, por otra parte, aún quedan secuelas de los traumas que han pasado estas personas. La causa más común de las amputaciones es por pie diabético, según las estimaciones el número de personas adultas son más de 422 millones en el 2014, se estima que la diabetes ha ido aumentando con mayor rapidez en los países de bajos recursos presentando alteraciones emocionales, por otra parte, la amputación que se producen de manera traumática papel importante en la rehabilitación, pero cuenta con sólo 11 unidades en las delegaciones de algunos estados que fabrican prótesis, pero no tienen el presupuesto adecuado, por lo que sólo fabrican alrededor de 400 prótesis al año. (Ruiz L., 2015)

En lo que respecta al Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” mencionó que da prótesis a 120 pacientes al año, también participa en la rehabilitación de amputados, pero no proporciona datos sobre el número de pacientes que atiende. Las principales causas de la amputación entre los pacientes que se atienden en el INR son la traumática y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), aunque también hay otras causas.

Los pacientes tardan en llegar alrededor de un año después de la amputación y casi ninguno ha recibido rehabilitación en ese periodo. En el equipo de trabajo que interviene en el proceso de rehabilitación se encuentran ingenieros biomédicos, que participan en el diseño de la prótesis. Se ha desarrollado un modelo de atención y desde el ingreso de los pacientes se lleva a cabo una valoración por un médico especialista, se llevan a cabo estudios de laboratorio, se valora la situación del miembro amputado y se hace una evaluación psicológica. Adicionalmente en el caso de los pacientes diabéticos se lleva a cabo una valoración y rehabilitación cardíaca. La rehabilitación incluye una terapia preprotésica para preparar a los pacientes amputados al uso de la prótesis que implica un fortalecimiento muscular y un manejo psicológico. (Ruiz L., 2015)

La pérdida de una extremidad provoca en la persona una reacción emocional similar a la que se produce cuando se atraviesa un duelo debido a la muerte de una pareja. La persona puede experimentar shock emocional en un primer momento, seguido de una negación hacia la amputación y embotamiento cognitivo, además se presentan síntomas depresivos y ansiosos, Las diferentes investigaciones sugieren que en promedio un sujeto que ha sido amputado logra adaptarse en un periodo comprendido entre 6 meses y 2 años. En el caso de las personas con mayor edad tienden a presentar altos niveles de depresión al principio del tratamiento de la rehabilitación, debido a la dificultad para utilizar la prótesis y la disminución del nivel de movilidad, sin embargo, conforme avanza el proceso de rehabilitación estos niveles tienden a disminuir finalmente, luego de la aparición de todos estos sentimientos y emociones, la persona logra ajustarse y adaptarse a la nueva realidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia en las etapas del proceso de duelo por amputación en personas adultas del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”?

MARCO TEÓRICO

Definición

La amputación es un proceso potencialmente incapacitante, considerado a nivel mundial como un significativo problema de salud pública. De todas las amputaciones, las de miembros inferiores son las más comunes. Es evidente que la amputación de una extremidad inferior, cualquiera que sea su causa, tiene una fuerte repercusión física, funcional y emocional y afecta la calidad de vida de la persona amputada. La amputación mayor es el más antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos, 85% se realizan en los miembros inferiores, de forma aproximadamente igual en el derecho que en el izquierdo. (Vega R. et al, 2017)

Tipos De Amputaciones

Existen 2 tipos de amputaciones.

- Amputación primaria o traumática: es aquella producida por un agente traumático.
- Amputación secundaria o quirúrgica: es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013)

Etiología

En la población general las causas de amputación son predominantemente vasculares, seguidas a mayor distancia por traumáticas, tumorales y otras. En el entorno de una mutua de accidentes laborales, estas proporciones se alteran, siendo la causa mayoritaria traumática, también otras características específicas: son personas que en el momento de la amputación están en edad laboral, generalmente sin patología previa, y predominio del sexo masculino. (Ver tabla 1) (Vazquez D. , 2016)

Diabetes	22%
Vascular no diabética	47 %
Traumática	6%
Infecciosa	4%
Neoplásica	3%

Niveles de amputación y pronóstico

Los niveles son los lugares de amputación con el fin de obtener un muñón útil para la colocación de una prótesis. El nivel de amputación tiene que ser lo más distal posible ya que la función de los muñones de amputación se reduce de forma progresiva al subir el nivel de la amputación.

- Amputaciones de la extremidad superior: en las amputaciones de la extremidad superior por encima de la mano, debe conservarse la mayor parte posible de miembro que sea compatible con el buen juicio clínico y con la naturaleza del trastorno que exige la amputación.
- La mano es de manera incuestionable el segmento más importante de la extremidad superior. A continuación, se revisan las amputaciones del miembro inferior en sentido distal – proximal.
- Amputación de los dedos: la retención de un dedo anestésico o parte del mismo en las mismas condiciones frío y tieso, no sirve de nada al paciente. En general, el nivel de amputación viene determinado por el nivel de la lesión
- Amputación de la muñeca: la amputación de la muñeca puede ser transcarpiana, ó puede ser la desarticulación misa de la articulación. Estos dos tipos de amputación son preferibles a la amputación a través del antebrazo, porque, debido a que no se modifica la articulación radiocubital, se conserva la pronación y la supinación.
- Amputaciones del antebrazo: en las amputaciones a este nivel, es deseable conservar la mayor longitud de extremidad posible. En caso de que la articulación de la muñeca este muy afectada, es menos probable que curen bien el muñón en la zona del tercio distal con respecto al tercio proximal, debido a que la piel distal suele ser más delgada, tiene menos tejido subcutáneo y hay estructuras poco vascularizadas. Por esta razón en estas circunstancias excepcionales es preferible la amputación en la unión de los tercios medio y distal del antebrazo. En las amputaciones a través del tercio proximal del antebrazo es preferible dejar un

muñón muy pequeño por debajo del codo de 3.8-5 cm de largo a una amputación a través del codo. Siendo muy importante conservar la articulación del codo

- Desarticulación del codo: Esta articulación es un nivel excelente de amputación porque el encaje de la prótesis puede agarrarse con fuerza a los cóndilos humerales.
- Amputaciones del brazo: este tipo de amputación se define como aquella realizada a cualquier nivel deseado entre la región supracondílea del húmero y el nivel del pliegue axilar
- Amputaciones del hombro: puede ser la amputación inter-escapulotorácica ó amputación de Littewood o cuarterectomía, y la desarticulación del hombro

Amputaciones de la extremidad inferior: estas se consideran las amputaciones más importantes debido a que su incidencia es del 85% de todas las amputaciones realizadas.

La extremidad inferior desempeña múltiples funciones dentro de las cuales tres son las más importantes: brindar soporte al resto del cuerpo a lo que se le ha llamado función de apoyo en carga, proporciona un control de la fuerza de gravedad y permite la bipedestación y la deambulación o locomoción.

De acuerdo con el nivel de amputación se clasifica en:

- Desarticulación de cadera.
- Amputación transfemoral.
- Desarticulación de rodilla. Amputación transtibial.
- Amputación de Syme o transmaeolar.
- Amputación de Lisfranc o tarsometatarsiana.
- Amputación de Chopart o transmetatarsiano.

Pronostico

La pérdida de un miembro, o de parte de este, siempre produce cierto grado de minusvalidez permanente. En amputaciones de miembro inferior, la adaptación de una prótesis permitirá ambulación. Algunas prótesis del miembro superior también proporcionarán recuperación parcial de la función. Las amputaciones de dedos de las

manos, en particular del pulgar, pueden dar por resultado disminución considerable de la capacidad para desempeñar tareas que exigen destreza manual. (Ver tabla 2)

Complicaciones

TABLA 2. PRINCIPALES COMPLICACIONES POR AMPUTACIÓN	
Hematomas:	Se minimizan con hemostasia y drenes de Penrose
Infecciones	Son mucho más frecuentes en amputaciones debidas a enfermedad vascular periférica, especialmente en los pacientes diabéticos
Necrosis	Una necrosis leve puede tratarse de forma conservadora. Las más intensas exigen resección en cuña o reamputación a nivel proximal
Contracturas:	Deben evitarse mediante la colocación adecuada del muñón y ejercicios para fortalecer los músculos y movilizar articulaciones
Neuromas:	Se forman siempre sobre el final de un miembro seccionado. El dolor causado por un neuroma suele deberse a la tracción ejercida sobre un nervio cuando el tejido cicatricial tira de él. Pueden evitarse habitualmente seccionando los nervios limpiamente a un nivel proximal para que descansen en los tejidos blandos normales
Sensación de miembro fantasma	Después de casi cualquier amputación, el paciente tiene la sensación de que la parte amputada todavía existe, deben

	someterse a una valoración psicológica de paciente
Sensación de miembro fantasma	Degeneración del muñón, trastornos circulatorios, trastornos dérmicos, dehiscencia o apertura de la herida quirúrgica

Fuente: (Vazquez D. , 2016)

Manejo Del Paciente Amputado

Preoperatorio

El paciente de una cirugía programada puede recibir muchos cuidados, En el caso de una cirugía de urgencia, se abordarán algunos tópicos, mientras que otros se complementan en el postoperatorio. (Ver Tabla 3) (Constansa G. et al, 1993)

Nutricionales	El paciente debe tener un balance proteico controlado, ya que por causa de la depresión o enfermedad de base, la ingesta puede ser baja. Se le debe animar a comer y no solo a dejarle el plato servido. En esta actividad bien puede colaborar la familia.
Psicológicos	A pesar de la ausencia de un psicólogo profesional, el medico puede realizar un apoyo psicoterapéutico, inicialmente reforzando la información al paciente y a su familia respecto a la gravedad de la enfermedad o accidente, a las posibles otras alternativas quirúrgicas, a la necesidad de la amputación y sus ventajas.

Físicos	se debe procurar que las articulaciones reposen en unos ángulos funcionales y movilizarlas en todo su arco de movimiento por 10 menos tres veces al día durante mínimo cinco minutos.
Médicos	Vigilancia del estado hemodinámico, neurológico, y motor de la extremidad comprometida, así como de la sana. Debe cuidar y manejar si se presenta: la sobreinfección, las curaciones, la atención de la enfermedad de base (politraumatismo, diabetes, aterosclerosis) y las complicaciones propias del reposo prolongado (neumonías, tromboflebitis).

(Constansa G. et al, 1993)

Transoperatorio

Existen otros procedimientos previos a la amputación que son considerados por el cirujano, y que de tal manera deben ser explicados al paciente y a su familia. Estos procedimientos se pueden enumerar como: bypass vascular, simpatectomía, Limpiezas exhaustivas, injerto de hueso, rotación de colgajos de tejidos blandos.

Si las condiciones se prestan para realizar una buena amputación debe sugerirse el principio de oro: la máxima longitud con el mejor cubrimiento para obtener muñones funcionales, donde no sobresalga el hueso y donde el nervio quede bien acolchado dentro de capas musculares.

Es importante destacar a más de la correcta sección del hueso, del nervio y del paquete vascular, el cuidadoso manejo de los músculos donde se presentan dos alternativas: fijar los músculos posteriores con los anteriores (miodesis) o fijarlos al periostio del hueso residual (mioplastia), esta última permite que los músculos trabajen más fisiológicamente.

Posoperatorio

Los cuidados se agrupan en: atención general, cuidado del muñón. La atención general que incluye: vigilancia del estado de ánimo, control del estado nutricional, utilización de posiciones convenientes en el lecho o fuera de él, que son las mismas explicadas y aplicadas en el preoperatorio.

Adecuada deambulaci6n, pues debe incorporarse lo m6s pronto posible, sea la amputaci6n de extremidad superior o inferior.

- Prevenci6n de la sensaci6n fantasma: se ha debido explicar previamente este fen6meno, donde es normal la sensaci6n de la presencia de la extremidad que fue amputada y en algunos casos con dolor en las zonas imaginarias, llamado dolor fantasma. Existen dos hip6tesis que explican el fen6meno: la conducci6n de los impulsos a partir de los nervios seccionados y la presencia del engrama cerebral del propio cuerpo. Se maneja con vendaje en ocho, golpeteo, fricci6n, ejercicios. Si hay dolor se siguen las mismas indicaciones que el preoperatorio.
- Los cuidados del muñ6n: usualmente se deja un dren que se puede retirar hacia el tercer d6a, las curaciones. si no hay infecciones, pueden ser una vez al d6a. Ejercicios: se realizar6n para el fortalecimiento de los m6sculos residuales y de la cintura escapular o p6lvica, as6 como para recuperar el equilibrio en la posici6n de pie. Los masajes con la punta de los dedos y de toda la mano ayudan a la desensibilizaci6n del muñ6n y alivia la sensaci6n fantasma. La colocaci6n del vendaje a faja: se inicia luego del retiro de las puntas. es en forma de ocho y disminuye el edema, mejora la propiocepci6n, alivia el dolor y ajusta el muñ6n para el uso de la pr6tesis. Debe insistirse en el cuidado propio del paciente de su ba6o, vestido y alimentaci6n.

Pr6tesis

Respecto a la pregunta de si el amputado usara pr6tesis se debe eliminar el mito de "amputado igual pr6tesis". Existen contraindicaciones como trastornos psiqui6tricos severos, retardo mental, insuficiencia cardiopulmonar, grave compromiso de la otra extremidad, trastornos neurol6gicos severos, que impiden que se utilice la pr6tesis y se tienen como alternativas la utilizaci6n de muletas y las sillas de rueda.

Existen para la extremidad inferior diferentes tipos de prótesis desde la "pata de palo", hasta prótesis convencionales y modulares. En el miembro superior se tiene la alternativa de transferir la dominancia al lado opuesto, los ganchos (que son los más funcionales) y las manos mecánicas y mioeléctricas. (Constansa G. et al, 1993)

Prevención

En la mayoría de los casos la amputación se puede prevenir ya que en algunos casos corresponden a accidentes de tránsito o de trabajo, que aplicando las normas respectivas evitan que se presenten. En otros casos, la amputación es parte de la enfermedad multisistémica que se puede ir vigilando y atendiendo. (Constansa G. et al, 1993)

Intervención Educativa

Definición

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. (Touriñan J. et al)

Fases para la elaboración de una propuesta de intervención educativa

Planeación:

Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución. Esta fase tiene como producto el Proyecto de Intervención Educativa; en ese sentido, es necesario aclarar que si la elaboración de la solución no implica necesariamente su aplicación entonces debemos denominarla proyecto. (Barraza A., 2010)

A) Implementación:

Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la Propuesta de Intervención Educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario. Bajo esa lógica es menester recordar que la solución parte de una hipótesis

de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad

Evaluación

Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar Propuesta de Intervención Educativa

Socialización- Difusión

Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada. (Barraza A., 2010)

Clasificación

Las Propuestas de Intervención Educativa pueden ser clasificadas como: propuesta realizada bajo una orientación técnica y propuesta realizada bajo una orientación crítico progresista.

La propuesta realizada bajo una orientación técnica es desarrollada por un especialista ajeno al ámbito de problematización, el cual toma al agente educativo, en lo individual o en lo colectivo, y su práctica profesional, como fuente de información exclusivamente. Las decisiones metodológicas, y el uso de la información obtenida, están fuera de alcance del agente educativo y es el especialista el único responsable de ello.

La propuesta realizada bajo una orientación crítico progresista es desarrollada por el usuario y potencial beneficiario de dicha propuesta, por lo que su práctica profesional se constituye en su ámbito de problematización; en caso de no ser el potencial beneficiario

el promotor de la realización de la propuesta no obsta para que éste participe activamente durante su desarrollo. Las decisiones metodológicas, y el uso de la información obtenida, las toma el agente educativo en lo individual o en lo colectivo, sea en su calidad de promotor o impulsor de la realización de la propuesta o simplemente como compañero y participante del proceso.

Una Propuesta de Intervención Educativa puede ser elaborada por todo aquel profesionista que desea sumergirse en un proceso de mejora continua y ve en esta estrategia una opción para sistematizar y mejorar su experiencia profesional. Así mismo, una Propuesta de Intervención Educativa puede ser desarrollada por estudiantes de licenciaturas con un modelo de formación con orientación a la práctica o por estudiantes de maestrías de corte profesionalizante.

En el enfoque crítico progresista, el elaborador de la Propuesta de Intervención Educativa es el agente educativo que tiene una necesidad, o situación problemática, en su práctica profesional y que, al resolverla, será uno de los principales beneficiados. Bajo esta premisa, la elaboración de una Propuesta de Intervención Educativa no es un asunto de expertos, sino de personas interesadas en cambiar y mejorar sus prácticas profesionales.

Con base en esa idea, el agente educativo elaborador de una Propuesta de Intervención Educativa puede constituirse a partir de tres modalidades:

- Como equipo elaborador constituido por un mínimo de tres personas y un máximo de nueve.
- Como agente educativo individual, pero integrado a una red de agentes educativos orientados a la mejora
- Como agente educativo individual, pero con un amigo crítico que sirva de acompañante permanente durante todo el proceso. En los casos de estudiantes de licenciatura o maestría el tutor o asesor de tesis desempeña este rol. (Barraza A., 2010)

Validación de una intervención educativa

El MIESS Es la estrategia de capacitación y educación continua de la Secretaría de Salud, construido de forma colaborativa con profesionales expertos en cualquier tema que pertenezcan a instituciones públicas o privadas, asociaciones nacionales e internacionales. (Ver imagen 1) (Secretaria de Salud, 2019)

Imagen 1. Modelo de intervención educativa de la secretaría de salud (MIESS)



:(Secretaria de Salud, 2019)

Cada participante en el MIESS aporta de forma voluntaria los recursos con los que cuenta de acuerdo a su propia razón de ser, se focaliza a lograr resultados cualitativos y cuantitativos, en donde la Secretaria de Salud orienta sobre los aspectos pedagógicos y respalda los aspectos técnicos de contenido a través de sus diferentes unidades administrativas y la organización solicitante proporciona el contenido y los expertos necesarios para el diseño y desarrollo de intervenciones educativas en la modalidad requerida.

Estrategia de intervención y ejes temáticos del MIESS

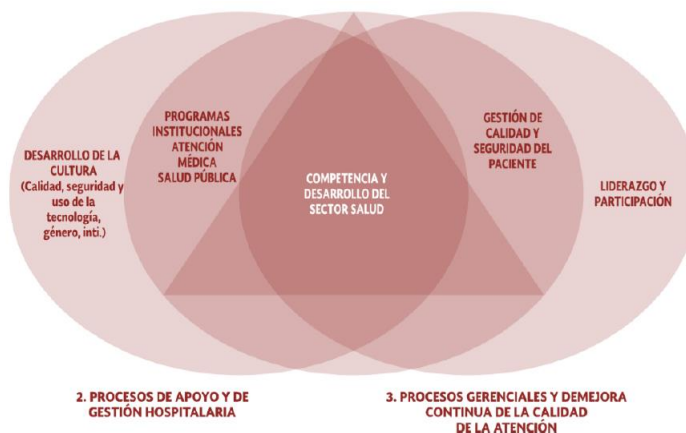
Cuando el curso es por intervención presencial y requiere un pilotaje, para efectos de llevar a madurar el proyecto se requiere incluir durante el proceso 3 fases para la implantación de acciones o modelos que coadyuven a su programa.

- a) Capacitación para el seguimiento de su programa que incluye formar monitores académicos.
- b) Capacitación para la réplica que incluye formar instructores, facilitadores o tutores.
- c) Capacitación para la evaluación de los resultados que incluye formar auditores, evaluadores, supervisores o verificadores según sea el caso. (Secretaria de Salud, 2019)

Ejes temáticos del MIESS:

En el contexto de los objetivos principales del MIESS, las necesidades de fortalecimiento de los recursos humanos para la salud abarcan tres ejes temáticos de los procesos del Sistema Nacional de Salud que son (Ver imagen 2):

Imagen 2 . Proceso de Atención Medica de Salud Publica



(Secretaria de Salud, 2019)

- Procesos de atención médica y de salud pública,
- Procesos Gerenciales y de mejora continua de la calidad de la atención.
- Procesos de apoyo a la gestión hospitalaria.

El contenido curricular de las intervenciones educativas deben desprenderse de los ejes temáticos para el fortalecimiento de competencias de tipo: gerenciales, de motivación, de sensibilización para la implementación de un nuevo programa o proceso, desarrollar un tipo de cultura institucional, para atender los programas prioritarios del Sector Salud, atender un emergencia de salud pública o problemas prioritarios en materia de salud, para mejorar la calidad de la atención médica, la gestión hospitalaria, la gestión administrativa y la percepción de la calidad de los usuarios de los servicios de salud. (Secretaria de Salud, 2019)

CRITERIOS PARA EL DESARROLLO DEL MIESS

FASE I: Criterios generales de la intervención educativa en el MIESS

Remitir oficio firmado por el representante legal, o director general con el Formato General de Solicitud, haciendo la petición de la intervención para el desarrollo de una intervención educativa con la Secretaria de Salud, con las siguientes características:

- a) Nombre del de la intervención educativa: se debe encontrar asociado a los objetivos.
- b) Justificación: redactar texto libre que explique por qué del desarrollo de esta intervención educativa con la Secretaria de Salud fundamentado en el marco de

los objetivos, ejes temáticos y características mencionados en los puntos del MIESS

c) Alineación: A qué programa institucional coadyuva el proyecto de capacitación.

Ejemplo: Contribuir a homologar criterios de atención en diagnóstico oportuno de cáncer Cervicouterino.

FASE II: Formato general de la intervención educativa en el MIESS

Además de contener los puntos anteriores el orden de la presentación del proyecto de capacitación deberá ser el siguiente:

1. Formato general de solicitud. (incluido como anexo 1 para cursos presenciales y anexo 3 para cursos virtuales).
2. Portada: Debe contener una portada, debe señalar unidad administrativa, OPD o institución que la organiza y con los logos respectivos; tipo de intervención educativa, modalidad, nombre del proyecto y fecha de presentación.
3. Fundamentación de Contenido: en texto libre el contexto teórico y/ epidemiológica que justifique de las necesidades a fortalecer capacidades y competencias de los recursos humanos a la resolución para problemas de la institución, así como la alineación al programa institucional.
4. Objetivo general: describir la necesidad a cubrir con la intervención educativa,

Ejemplo: Contribuir a homologar criterios de atención en diagnóstico oportuno de cáncer Cervicouterino.

5. Población objetivo: describir el perfil del personal a quien va dirigido así como la formación, experiencia o capacidades para tener éxito en el curso.
6. Instituciones participantes: enunciar la organización que participan con el desarrollo de contenidos, respaldo institucional o académico, del sector público o privado, nacionales e internacionales, tales como el IMMS, ISSSTE, Cruz Roja,

PEMEX, SEMAR, SEDENA, DIF instituciones educativas y Asociaciones Civiles, entre otros.

7. Nombre del coordinador académico y equipo de trabajo: de los coordinadores académicos, de logística y gestión, así como representantes, asesores y docentes que participan y las dependencias a las que pertenecen.
8. Número de expertos y su currículum: cantidad de personas que participan impartiendo y coordinando, así como los datos personales necesarios tales como título, cédula, constancias y documentos que avalen la experiencia necesaria para cubrir las necesidades de los aspirantes, así como la descripción del cargo que desarrollaran durante intervención educativa. (Secretaria de Salud, 2019)

FASE III Datos específicos la intervención educativa del MIESS

1. Objetivo de aprendizaje: se debe describir en términos del participante, describiendo las aptitudes y conductas que se pretenden generar con la intervención educativa, se sugiere utilizar la Taxonomía de Bloom (Anexo 6) o especificar alguna otra que tenga validez pedagógica.

Ejemplo: El participante reconocerá los elementos y teorías del aprendizaje como factores dinámicos en la efectividad del proceso de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud.

2. Competencias a desarrollar: describir los objetivos específicos de aprendizaje en términos del participante, enunciando las aptitudes y conductas que se espera generar a partir del estudio de cada módulo, unidad o tema.

Ejemplo: Al finalizar el módulo, el participante:

- Identificará el concepto de aprendizaje y sus elementos, así como la función que desempeña en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- Describirá las partes del proceso de aprendizaje, y los factores que influyen para lograr su objetivo
 - Comparará las teorías del aprendizaje y cuál es su efectividad en el área de la salud
 - Diferenciará en el marco de sus programas académicos, como aprende el adulto.
3. Temario del curso o plan de estudios curricular para diplomado: puede ser dividido en módulos, cada uno con sus respectivos objetivos, desglosar cada uno de ellos con temas y/o subtemas.
 4. Duración con distribución modular: describir las horas que deberá cubrir la intervención educativa teóricas y prácticas, o bien de lectura en caso de que sea capacitación virtual.
 5. Carta descriptiva: desglosa el temario y describe para cada tema la estrategia de aprendizaje, así como los medios didácticos y el material.
 6. Rubricas de evaluación: Define en texto libre los conceptos y ponderación con los que se evaluará al participante;
 7. Ejemplo: Asistencia 5%, Participación 5%, Examen 30%, Trabajo Final 60%
 8. Tipos de reconocimiento: estos van a depender de la intervención educativa para el que se requiera, en el caso de un curso taller se entregan constancias de conclusión del curso, y en caso de diplomado se entrega un diploma, ambos contienen los logotipos de las instituciones participantes, el nombre o nombres de quien imparte, el nombre completo del alumno, y acompañado de la leyenda “por haber acreditado satisfactoriamente... el curso-taller o diplomado” (según sea el caso), el nombre de la intervención educativa, la fecha en que fue realizado, la duración, el lugar dónde se impartió, (en caso de ser virtual especificarlo), día en que se emite el documento, un sello oficial, nombre, cargo y firma de la autoridad que emite el documento y créditos o folios con valor curricular dependiendo del caso.
 9. Requisitos para el otorgamiento del reconocimiento: Acreditar el curso de acuerdo a las rubricas definidas en la carta descriptiva y los requisitos que defina la institución académica participante cuando sea el caso (Secretaria de Salud, 2019)

METODOLOGÍA

Tipo de investigación.

La investigación es de tipo observacional, descriptiva, cuantitativa, transversal, cuasiexperimental.

Universo poblacional de estudio

Hombres y mujeres adultos de 18 años en adelante con amputación de alguna extremidad de la Torre de Ortopedia y Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” de octubre a noviembre de 2022.

Muestra

A conveniencia, dependiendo del número de pacientes con amputación.

Muestra

Nivel de confianza = 95%

Margen de error= 5%

Población Total = 53

Tamaño de muestra = 48

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusion:

- Personas de ambos sexos.
- Personas adultas hombres y mujeres del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.
- Personas adultas hombres y mujeres de 18 años en adelante con amputación de extremidad de la Torre de Ortopedia y Rehabilitación.

Exclusión:

- Personas del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. que no deseen participar en el estudio.
- Personas adultas hombres y mujeres de 18 años en adelante que no presenten la amputación.

- Personas menores de 18 años en adelante con amputación que no sean de la Torre de Ortopedia y Rehabilitación.

Eliminación:

- Se tomarán como nulas aquellas encuestas que no se hayan completado en su totalidad.

Recolección de la información.

Se realizarán encuestas en el Área de hospitalización de la torre de ortopedia y rehabilitación del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. de septiembre a noviembre de 2022

Instrumento.

Se utilizará la Escala de las etapas del duelo (EE-D), elaborado por Patricio Arias Benavides en septiembre de 2019, la versión original cuenta con 11 ítems el cual está constituido por preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas, cuyo objetivo es valorar el proceso de duelo que sufre una persona tras la amputación de una extremidad, fue validado por la Center For Epidemiological EE-D y utilizado por Thalia Mishell Velasco Paredes en el Hospital General Babahoyo (IESS) en su investigación “Proceso De Duelo Por Amputación En Pacientes Adultos” en pacientes de la unidad de emergencias, medicina y traumatología (ver anexo 2)

Intervención Educativa

Se realizará un tríptico sobre “Cuidados al muñón” y una infografía “Vendaje Compresivo” (Ver Anexo 2) basado en “El cuidado de la piel y las heridas” elaborado por Paddy Rossbach y publicado en la revista Primer Paso en 2016, los cual se entregara posteriormente al llenado del instrumento 7 personas (13.2%) en el servicio de Ortopedia y 46 personas (86.7%) en el servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, acompañado de un breve resumen acerca de la información contenida. Al final se volverá a aplicar el instrumento, específicamente la pregunta número 11, para poder observar si existen cambios significativos en el tiempo estimado que una persona tiene para cursar por todas las etapas de duelo antes y después de la intervención educativa.

Consideraciones éticas

Tratado Belmont

Se respetara la autonomía de cada participante, es decir, cada uno tienen la capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio.. Se realizara la elaboración y firma un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones que pudieran llegar a presentarse y se reitera el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee.

Declaración Helsinki

- La investigación se realizará con plena seguridad de que no se expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en qui en se realice la investigación;

Ley general de salud en materia de investigación (ver anexo 2)

Esta investigación atenderá aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, estará sujeta a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, (Federeacion, 2014)

Análisis estadístico/procesamiento de la información.

Posterior a la aplicación de las encuestas se vaciarán los datos obtenidos en Excel para poder hacer su representación gráfica en frecuencia relativa y porcentajes. Además, para la realización del cruce de variables se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Software Statistical Package for the Social Sciences. en su versión 25 (Frecuencias/porcentajes)

Recursos humanos.

- Pasante de la Licenciatura en Enfermería: Mendoza de la Guardia Martha Zurisadai,
- Asesor de trabajo de investigación:
 - ✓ Mtra. Maribel Aguilera Rivera.
 - ✓ Dr. Martín Pantoja Herrera

Recursos materiales

- Internet
- Ordenador
- Bolígrafo
- Cuestionarios de la prueba

Recursos económicos.

Los gastos que genere este estudio serán costeados por la autora de la investigación

Población

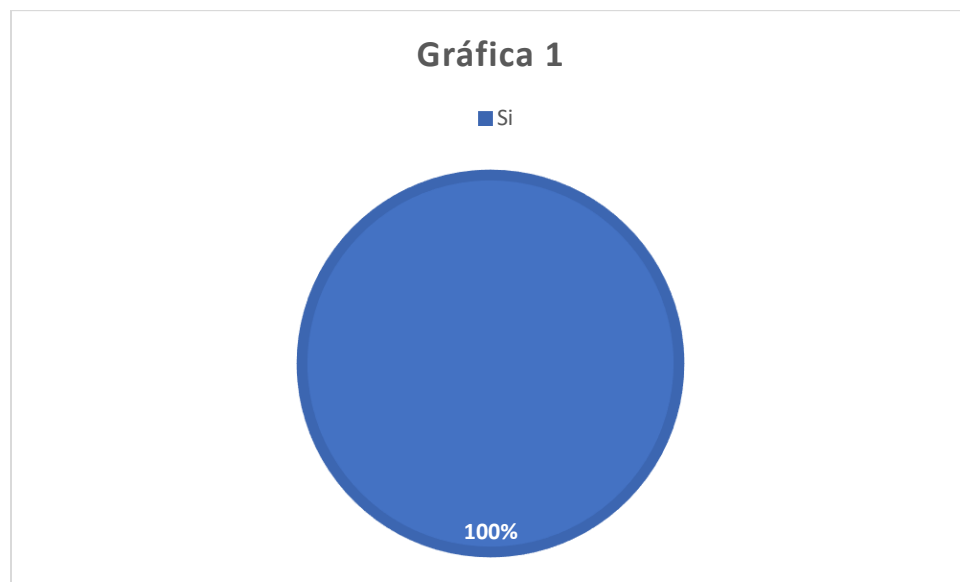
La población está determinada por la totalidad de los pacientes atendidos en la torre de Ortopedia y el servicio de rehabilitación

Población por servicios involucrados		
	Población	Porcentaje
Ortopedia	7	13.2
Rehabilitación	46	86.7
Total	53	100

RESULTADOS

1. Actualmente ¿se encuentra atravesando por un proceso de duelo por amputación, por qué?

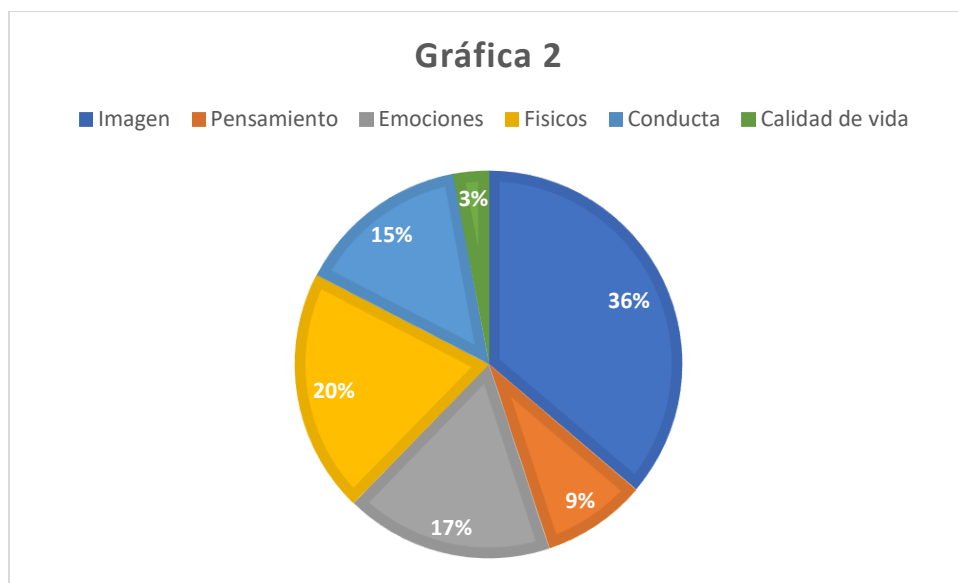
Duelo presencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	48	100.0	100.0	100.0



En la gráfica se muestra que 100% de las personas encuestadas está pasando actualmente por un proceso de duelo en alguna de sus etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) debido a la pérdida de un miembro por amputación.

2. ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?

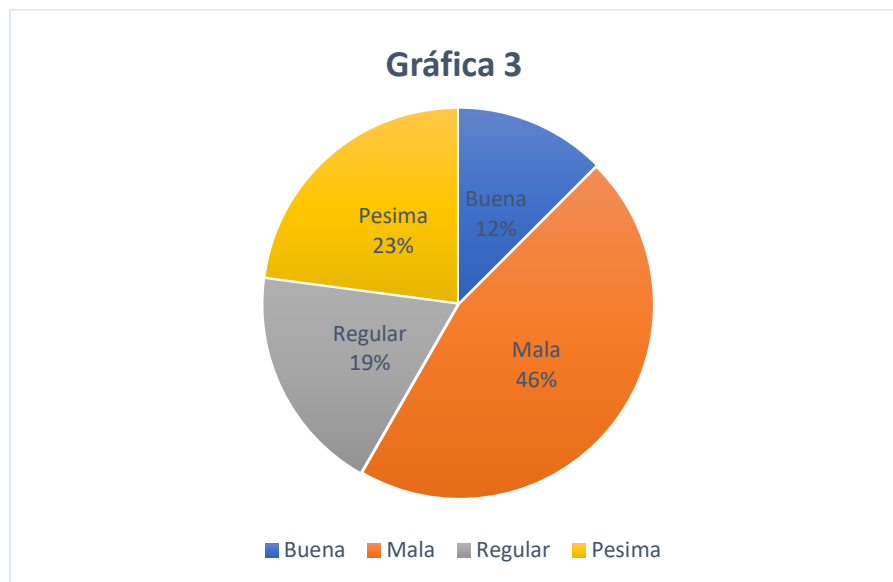
Cambios experimentados durante el proceso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Imagen	25	52.1	52.1	52.1
	Pensamiento	6	12.5	12.5	12.5
	Emociones	12	25.0	25.0	25.0
	Fisicos	14	29.2	29.2	29.2
	Conducta	10	20.8	20.8	20.8
	Calidad de vida	2	4.2	4.2	4.2



En esta grafica se puede observar la prevalencia de los cambios experimentados durante el proceso de duelo, el 52.1% de los encuestados refirió experimentar cambios de imagen, seguido de cambios físicos con el 29.2%, Cambios de emociones el 25%, cambios de conducta el 20.8%, y el restante 4.2% cambios en la calidad de vida.

3. ¿Cómo fue el afrontamiento inicial ante la noticia de la pérdida de su extremidad, por qué?

Afrontamiento ante pérdida de extremidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	6	12.5	12.5	12.5
	Mala	22	45.8	45.8	58.3
	Regular	9	18.8	18.8	77.1
	Pesima	11	22.9	22.9	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



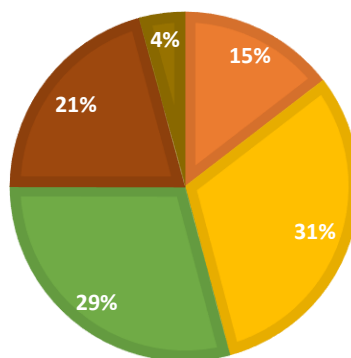
En esta gráfica, se puede observar el 45.8% de las personas encuestadas tuvo un afrontamiento inicial malo ante la pérdida de la extremidad, debido a que no era algo para lo que estaban preparados para ello, el 22.9% Pésima, el 18.8% regular y solamente el 12.5% restante reacciono de buena manera inicial ante la pérdida de la extremidad, Sin embargo ellos mencionaban que el apoyo de la familia fue de gran ayuda al atravesar este tipo de pérdida, y fue lo que en su mayoría les ayudo a llegar a donde estaban actualmente.

4. ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?

Pensamiento de extremidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	7	14.6	14.6	14.6
	Casi siempre	15	31.3	31.3	45.8
	De vez en cuando	14	29.2	29.2	75.0
	Solo cuando hablan o preguntan de la perdida	10	20.8	20.8	95.8
	Casi nunca	2	4.2	4.2	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Gráfica 4

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Solo cuando hablan o preguntan de la perdida
- Casi nunca

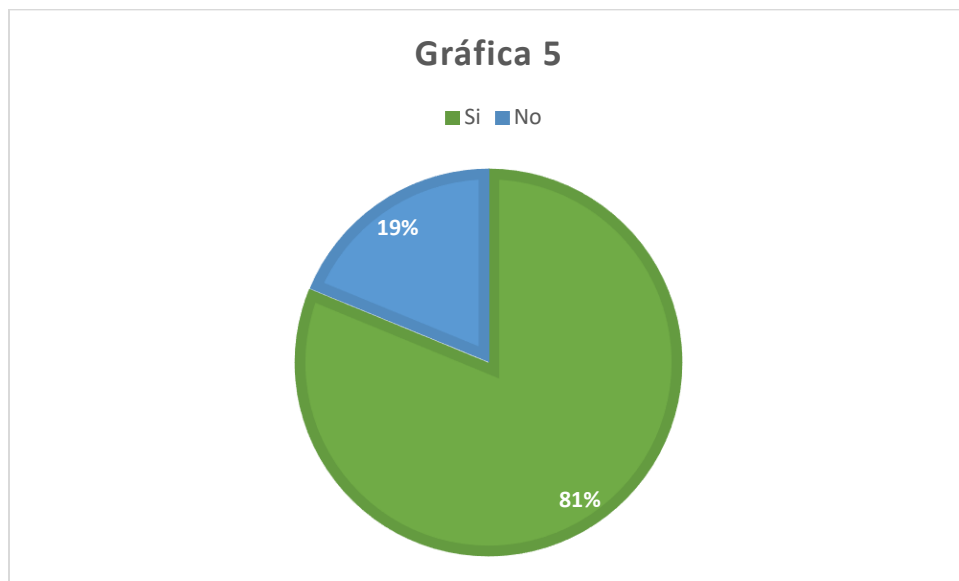


En esta grafica nos muestra que el 31.3 % de la personas encuestadas suele pensar casi todo el tiempo en la pérdida de la extremidad, “Es algo con lo que vivo día a día”, o “Lo

miro todo el día en el espejo” son cosas que ellos comentaban continuamente, 29.2% de las personas encuestadas suele pensar de vez en cuando en la pérdida de su extremidad, el 20.8% solo cuando llegan a hablar o preguntar sobre la pérdida de la extremidad, algunas de ellas incluso evitaban hablar sobre ello, “Hay personas que preguntan una y otra vez por ello, se vuelve fastidioso cuando hacen eso, incluso molesto” comentaban, solamente el 4.2% casi nunca suele pensar en ello.

5. ¿Si se encuentra en un proceso de duelo por la pérdida de su extremidad, cree usted ya a través por todas las etapas?

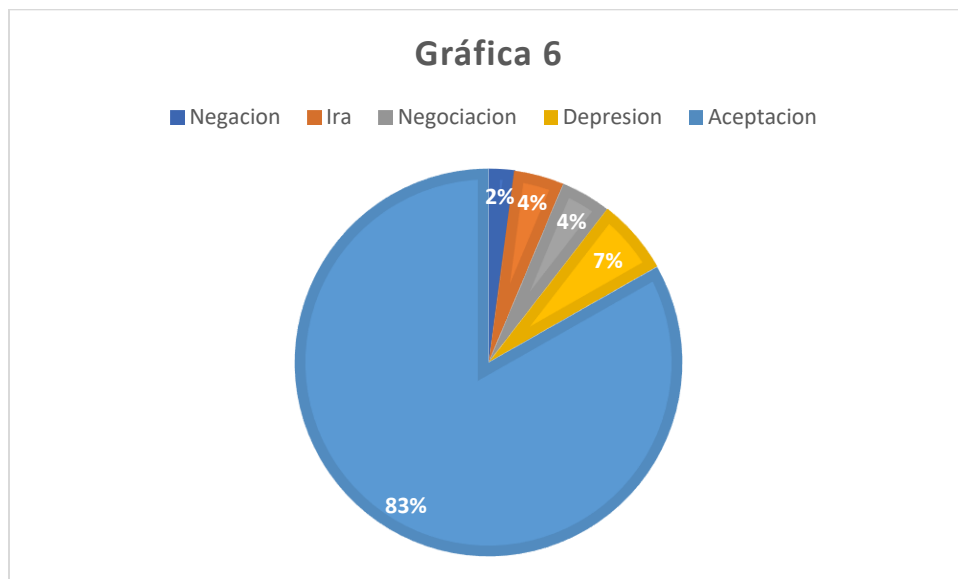
Paso de etapas de duelo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	39	81.3	81.3	81.3
	No	9	18.8	18.8	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



En la siguiente grafica se puede apreciar que el 81.3% de los encuestados ha atravesado por todas las etapas, llegando a la aceptación finalmente, mientras que el 18.8% restante no han atravesado todas las etapas, ya que la pérdida de la extremidad sucedió recientemente.

6. ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad?

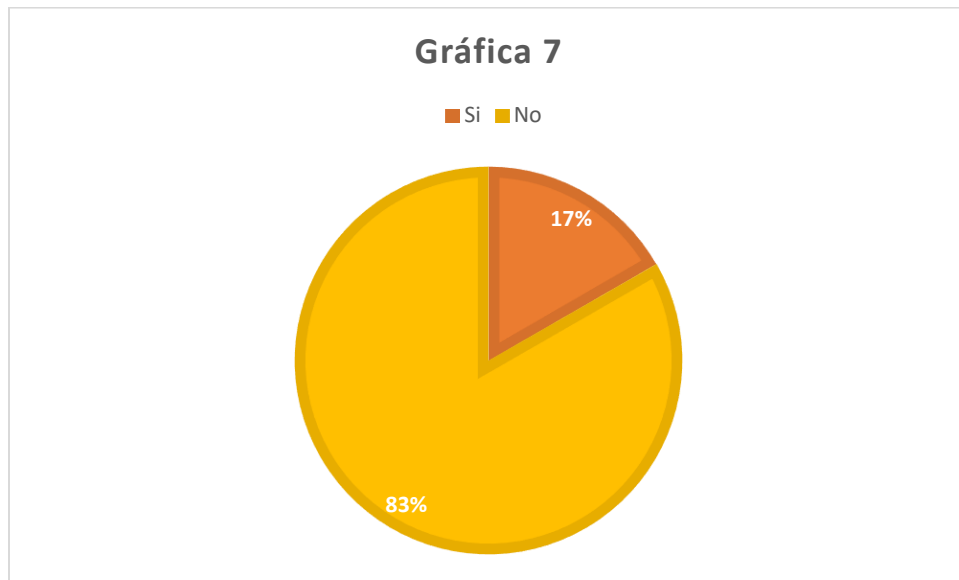
Etapa de duelo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negacion	1	2.1	2.1	2.1
	Ira	2	4.2	4.2	6.3
	Negociacion	2	4.2	4.2	10.4
	Depresion	3	6.3	6.3	16.7
	Aceptacion	40	83.3	83.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



En la siguiente grafica se observa que el 83.3% de las personas encuestadas ha atravesado la mayor parte de las etapas llegando así a la aceptación, actualmente estaban en el servicio de rehabilitación en terapia física y ocupacional, por otra parte, el 6.3 % se encuentra en la etapa de depresión debido a la reciente perdida de alguna extremidad, seguida por la Ira con un 4.2 %, ellos mencionaban que se sentían molestos consigo mismos debido a que era algo que se podía haber evitado si hubieran prestado atención, y el restante 2.1% aun se encuentra en la etapa de negación.

7. ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?

Reacciones psicologicas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	16.7	16.7	16.7
	No	40	83.3	83.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

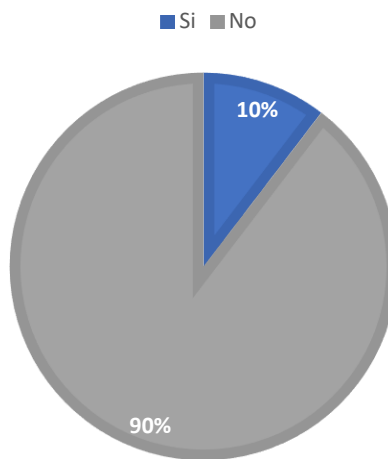


Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 83.3% de los encuestados no han presentado reacciones psicológicas perturbadoras, mientras que el 16.3% ha presentado reacciones como la ira, depresión, irritabilidad y culpa en algún momento desde la pérdida de alguna extremidad al pasar por el duelo.

8. A nivel familiar, personal de salud y demás ¿ha reprimido o escondido sus sentimientos?

Reprimir sentimientos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	5	10.4	10.4	10.4
	No	43	89.6	89.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

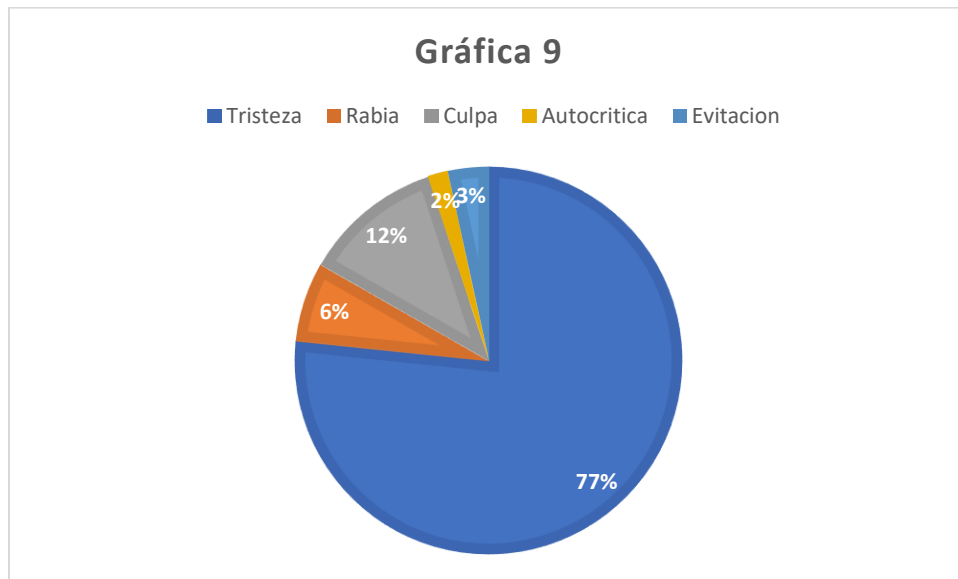
Gráfica 8



En esta grafica se puede observar que el 86.6% de las personas encuestadas no han reprimido ni escondido sus sentimientos frente a sus familiares ya que ellos desde un principio les han brindado todo su apoyo, así como el personal de salud, con quienes no dudan en expresar sus emociones, sentimientos o dudas.

9. ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?

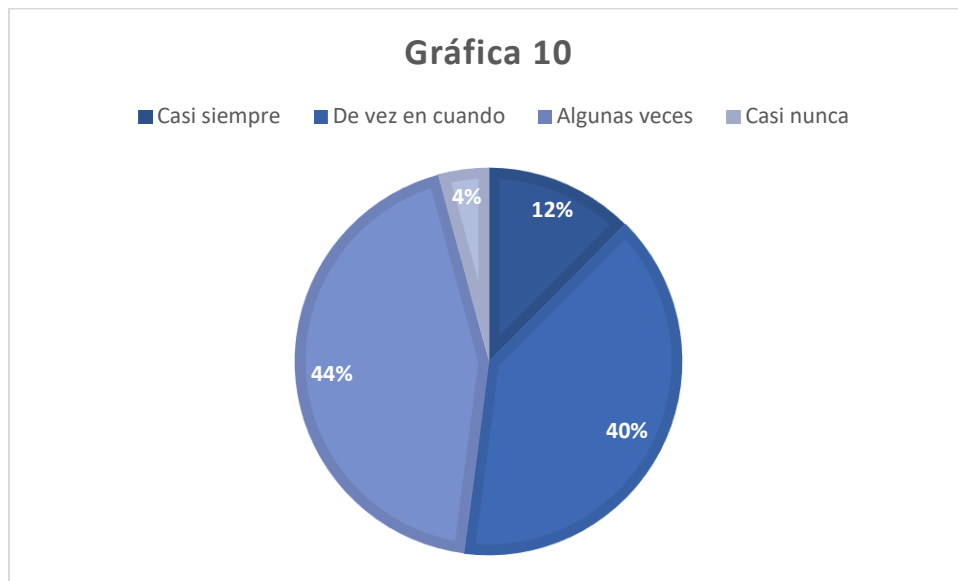
Síntomas durante el proceso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tristeza	46	95.8	95.8	95.8
	Rabia	4	8.3	8.3	8.3
	Culpa	7	14.6	14.6	14.6
	Autocritica	1	2.1	2.1	2.1
	Evitacion	2	4.2	4.2	4.2



En la gráfica se puede apreciar la prevalencia de los síntomas durante el proceso de duelo, el 95.8% de los encuestados refirió sentir tristeza, el 14.6% culpa, seguido de Rabia con un 8.3%, el 4.2% evitaban hablar sobre la amputación y el restante 2.1% autocritica.

10. ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?

Frecuencia de síntomas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi siempre	6	12.5	12.5	12.5
	De vez en cuando	19	39.6	39.6	52.1
	Algunas veces	21	43.8	43.8	95.8
	Casi nunca	2	4.2	4.2	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

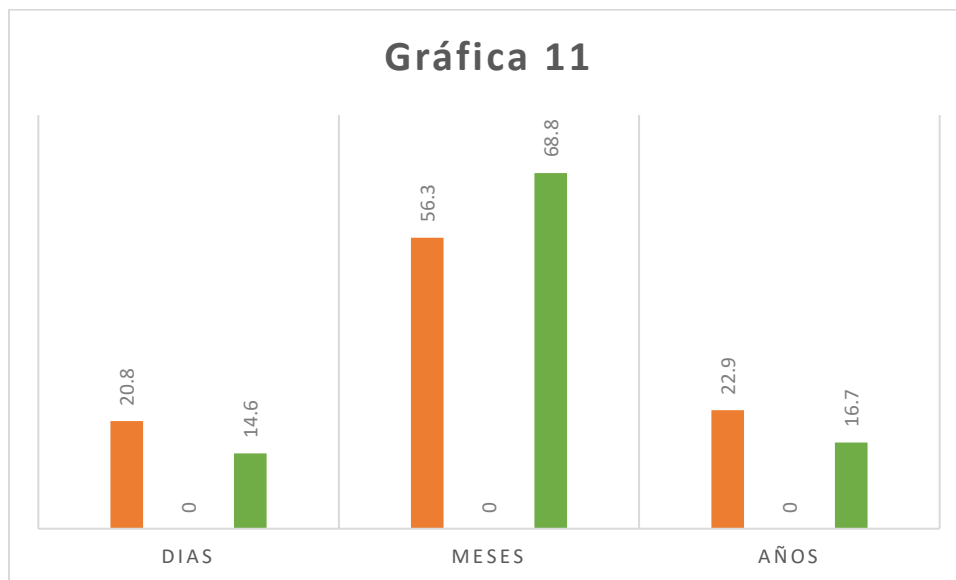


En la siguiente grafica se puede apreciar que el 43.8% de los pacientes encuestados suelen presentar los síntomas de vez en cuando, el 39.6% solo algunas veces han presentado, por otro lado, el 12.5% casi siempre suelen presentar algún síntoma y el restante 4.2% casi nunca suelen presentar síntomas.

11. ¿En qué tiempo usted cree que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?

Tiempo para pasar etapas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Días	10	20.8	20.8	20.8
	Meses	27	56.3	56.3	77.1
	Años	11	22.9	22.9	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tiempo para pasar etapas después de la intervención					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Días	7	14.6	14.6	14.6
	Meses	33	68.8	68.8	83.3
	Años	8	16.7	16.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



Los resultados obtenidos nos muestran que el 56.3% de los encuestados piensan que el que necesitan meses para cursar por todas las etapas de duelo, el 22.9% necesitaría

años, mientras que el restante 20.8% de los pacientes creen que en días podría cursar todas las etapas de duelo.

Posteriormente a la entrega de la intervención educativa los resultados obtenidos manifiestan que el 68.8% de los encuestados creen que podrían cursar todas las etapas de duelo en meses, mientras que el 16.7% en años y el restante 14.6% en días, tomando como referencia la información obtenida a través de la intervención educativa entregada.

DISCUSION

En la investigación realizada se logró identificar que el 100% de la población encuestada en el Instituto Nacional De Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra está pasando por una etapa de duelo por amputación de los cuales el 81.3% de los encuestados ha atravesado por todas las etapas, llegando a la aceptación finalmente, mientras que el 18.8% restante no han atravesado todas las etapas.

El 45.8% de las personas encuestadas tuvo un afrontamiento inicial malo ante la pérdida de la extremidad, el 22.9% Pésima, el 18.8% regular y solamente el 12.5% restante reacciono de buena manera inicial ante la pérdida de la extremidad. Estos datos se relacionan con la investigación de Gonzales Reza y Arce Rodríguez (2017) quienes realizaron un estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior donde encontraron como resultado que la reacción inicial ante la amputación fue impactante en un 76.3 % y fue acompañada de tristeza, enojo y vergüenza debido a la limitación que esta tuvo en el desarrollo de sus actividades en la vida diaria. (Rodríguez, 2017) Por otra parte, Díaz J L, Leal C, Gómez M al realizar un estudio sobre el sufrimiento de las personas amputadas 2013 encontraron que personas amputadas reconocen que manifestar los sentimientos propios de la pérdida tiene al principio un efecto beneficioso. Negar la tristeza es propio de una sociedad anclada en la idea omnipotente de ocio y diversión que rechaza las muestras de debilidad, lo cual afecta negativamente al paciente a largo plazo. (Díaz J L, 2013)

En cuanto a la prevalencia de las etapas el 81.3% de los encuestados está en la última, la aceptación, y se encuentran actualmente en el servicio de rehabilitación, enfocados en terapia física y ocupacional, mientras que el 18.8% restante no han atravesado todas las etapas, ya que la pérdida de la extremidad sucedió recientemente.

Por otra parte, el 86.6% de las personas encuestadas acepto no haber reprimido ni escondido sus sentimientos frente a sus familiares ya que ellos desde un principio les han brindado todo su apoyo, así como el personal de salud, con quienes no dudan en expresar sus emociones, sentimientos o dudas. En 2021 Espinoza Rodríguez y Essenwanger Peceros realizaron una investigación sobre la “Experiencia de duelo en adultos mayores por amputación” en donde los entrevistados reconocieron el apoyo

familiar como un factor fundamental en la elaboración del duelo, pues el cuidado y cariño que se les brindó aumentó la confianza en ellos mismos, esto incremento su fortaleza interna y les permitió sobrellevar su pérdida de una manera adecuada, lo que facilitó la creencia de que su vida continúa a pesar de su condición. (Peceros, 2021)

En relación a la presencia de reacciones psicológicas perturbadoras el 83.3% de los encuestados refirió no haberlas presentado, mientras que el 16.3% restante si, llegando a experimentar reacciones como la ira, depresión, irritabilidad y culpa en algún momento desde la perdida de alguna extremidad al pasar por el duelo. Estos datos se relacionan con la investigación realizada por Mesquita Dummar (2021) quien realizó un estudio para medir las consecuencias psicológicas y la prevalencia de problemas de salud mental en personas con amputación de miembros inferiores y superiores, en donde obtuvo como resultado que el 73 % de ellos presento trastorno depresivo y el 96 % trastorno de ansiedad. ((UPC, 2021)

La prevalencia de los síntomas durante el proceso de duelo, el 95.8% de los encuestados refirió sentir tristeza, el 14.6% culpa, seguido de Rabia con un 8.3%, el 4.2% evitaban hablar sobre la amputación y el restante 2.1% autocrítica. Por otro lado, Jiménez García (2017) en su investigación “Ajuste psicosocial en pacientes amputados” encontró que los síntomas de depresión son significativamente altos durante los dos primeros años después de la amputación, luego de este periodo de tiempo esta sintomatología comienza a disminuir. Los síntomas depresivos se presentan durante un periodo de 18 meses a 2 años después de la amputación. Por otra parte, las personas que tienen entre 2 y 10 años de haber sido amputadas, muestran una disminución de la sintomatología depresiva. (García, 2017)

Por último, la prevalencia de los cambios experimentados durante el proceso de duelo, el 52.1% de los encuestados refirió experimentar cambios de imagen, seguido de cambios físicos con el 29.2%, Cambios de emociones el 25%, cambios de conducta el 20.8%, y el restante 4.2% cambios en la calidad de vida. En comparación con Rodríguez H. y Santamaría Vargas (2022) en su investigación “Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación” encontraron que en el paciente amputado pueden existir diferentes condiciones; problemas físicos, sensoriales o

psicológicos que pueden retar dar la cicatrización, estos factores son complicaciones frecuentes propias de la amputación, aunado a eso hay condiciones crónicas como la diabetes, hipertensión arterial que pueden predisponer a dificultades en la cicatrización del muñón, lo cual retrasa la rehabilitación y reintegración a sociedad. (Rodríguez Hamilton, 2022)

CONCLUSION

La amputación es un procedimiento quirúrgico agresivo y traumático para cualquier persona, al perder una parte del cuerpo una persona presenta diversos cambios tanto físicos como psicológicos que afectan el estilo de vida de una persona, por otra parte el duelo que se presenta tras la amputación es una problemática que tiene una alta prevalencia en México, la cual, sino es llevada de una manera adecuada puede tener repercusiones negativas en el tratamiento y rehabilitación, sin embargo, no existen muchos estudios realizados en nuestro país que indaguen este tema a fondo.

Entre los resultados obtenidos podemos encontrar que el principal impacto que tuvo la intervención educativa realizada en el paciente influyo en el tiempo de recuperación estimada, el cual se estableció en meses. La mayoría de los pacientes encuestados había pasado por todas las etapas de duelo y se encontraban actualmente en la "Aceptación" y estaban actualmente llevando a cabo terapia física y ocupacional para su pronta reintegración a la sociedad.

Las limitantes que se tuvieron durante el desarrollo de esta investigación fueron que el tipo de población con amputación es pequeña y solamente se puede observar en ciertos servicios del hospital (Rehabilitación, Cx de Mano y Tumores Óseos).

Se encontró que el apoyo familiar influye significativamente en la manera en que el paciente lleva el proceso de duelo y el contar con ella puede afectar de manera positiva o negativa en la recuperación.

Finalmente este trabajo puede seguir evolucionando para poder apoyar a los pacientes que cursan por una etapa de duelo por amputación, esta investigación nos abre pauta para poder conocer las etapas de duelo y la prevalencia que presentan los pacientes tras sufrir una amputación en el Instituto Nacional De Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" y su implicación en el proceso de rehabilitación para poder generar intervenciones educativas las cuales les faciliten una pronta reintegración a la sociedad.

Bibliografía

- (UPC, U. P. (2021). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC. *Universidad de Oviedo*, 1-38.
- Asociación Mundial Médica. (1964). DECLARACIÓN DE HELSINKI. *18ª Asamblea Médica Mundial*, 1-7.
- Barraza A. (2010). Elaboracion de propuestas de intervencion educativa. *Univerdidad Pedagogica de Durango*, 24-56.
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica. (1979). Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. *Departamento de Salud, educacion y Bienestar de los EEUU*, 1-2.
- Constansa G. et al. (1993). Manejo del paciente Amputado. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 230-232.
- Díaz J L, L. C. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud*, 23 - 44.
- Federeacion, D. O. (2014). REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. 1-31.
- García, J. (2017). Ajuste Psicosocial en pacientes amputados. *Revista Cúpula* , ; 31 (2): 8-43.
- Gonzales A. et al. (2017). Estudio sobre el duelo de personas con amputacion de una extremidad superior e inferior. *Revista Electronica de Psicologia Iztacalla*, 1-20.
- H, Calderon. (2014). Duelo por la perdida de un miembro. *Asociacion Continua y a Distancia* , AC, 1-18.
- Herera T. (2018). *El proceso de duelo y el sindrome del miembro fantasma en pacientes diabeticos amputados*. Ecuador: Universidad Catolica de Santiago Guayaquil.
- Martinez J. et aal. (2020). *Herramientas de afrontamiento en duelo por amputacion de extremidades*. Bogota: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Peceros, E. R. (2021). Experiencia de duelo en adultos mayores amputados por diabetes . *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*, 1-36.
- Rodríguez Hamilton, S. V. (2022). Vivencias de adaptacion de las personas sometidas a una cirugia de amputacion. *Universidad de Costa Rica*, 1 - 109.
- Rodríguez, G. R. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con amputacion de una extremidad duperior o inferior. *Revista Electronica de Psicologia Iztacala*, 34 -56.
- Ruiz L. (2015). Acta de la sesion del 4 de Marzo. *Manejo de los amputados, un reto para el esado, ayer y hoy*, (págs. 1-30). CDMX.
- Secretaria de Salud. (2019). Guia para desarrollar y diseñar el Modelo de Intervencion Educativa con la Secretaria de Salud. 1- 17.

Touriñan J. et al. (s.f.). Intervencion Pedagogica y Educacion: La mirada pedagogica. *Universidad de Santiago Compostela*, 1-25.

Universidad Tecnologica de Pereira. (2013). *Personas con Amputacion, Guia de Rehabilitacion*. Colombia.

Vazquez D. . (2016). El tratamiento integral del Amputado. *ASEPEYO*, 151.

Vega R. et al. (2017). Caracteristicas clinicas y epidemiologicas de los pacientes amputados en el Hospital de Ciego de Avila. *MEDICIEGO*, Vol. 23.

Velasco T. (2019). *Proceso deduelo por amputacion en Pacientes Adultos*. Ecuador: Universidad Tecnica de Babahoyo.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

Consentimiento Informado

Proceso de duelo por amputación, en personas adultas hombres y mujeres en el Instituto Nacional De Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra".

Investigador Responsable:

PSS Mendoza de la Guardia Martha Zurisadai.

Por medio del presente se hace de su conocimiento que los estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana realizan un proyecto de investigación con el objetivo de identificar cual es el proceso de duelo que llevan a cabo los pacientes tras la amputación de miembros inferiores, por lo cual se solicita su autorización para la recolección de datos necesarios para fines de la investigación.

Toda información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. No existirá ningún riesgo que comprometa la salud y los resultados de este estudio serán utilizados con fines científicos. No implica ningún riesgo su participación en este estudio y tampoco implica algún costo para usted. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar, no afectará de ninguna manera la forma en cómo le traten los aplicadores de la entrevista. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable firmar.

Declaro que yo: _____ he quedado satisfecho con la información recibida he comprendido y resuelto mis dudas, por lo que doy mi consentimiento de que se aplique el instrumento e intervenciones para la investigación.

Cabe mencionar que usted puede expresar cualquier duda con respecto al trabajo de investigación y será resuelta con información veraz y confiable.

Firma de autorización

Anexo 2. Instrumento de valoración

Instrucciones

- I. Lea detenidamente cada pregunta que se le plantea a continuación.
- II. Marque la respuesta de su preferencia Preguntas:
 1. Actualmente ¿se encuentra atravesando por un proceso de duelo por amputación, por qué?
 - a) SI ()
 - b) No ()

Porque.....
.....

2. ¿Si se encontrará en un proceso de duelo por amputación qué cambios ha experimentado durante el proceso?
 - a) Cambios en su imagen corporal ()
 - b) Cambios de pensamiento ()
 - c) Cambios emocionales ()
 - d) Cambios físicos ()
 - e) Cambios de conducta y comportamiento ()
 - f) Cambios en su calidad de vida ()
 - g) Otros.....
.....

3. ¿Cómo fue el afrontamiento inicial ante la noticia de la pérdida de su extremidad, por qué?
 - a) Muy buena ()
 - b) Buena ()
 - c) Mala ()
 - d) Regular ()
 - e) Pésima ()

Porque.....
.....

4. ¿Tiende a ocupar su tiempo de lleno pensando en su extremidad perdida?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) De vez en cuando ()
- d) Solo cuando hablan o preguntan de la perdida ()
- e) Casi nunca ()

Porque.....

5. ¿Si se encuentra en un proceso de duelo por la pérdida de su extremidad, cree usted ya a través por todas las etapas?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) Tal vez ()
- d) No se encuentra en proceso de duelo ()

6. ¿En qué etapa del proceso de duelo cree usted que se encuentra en la actualidad?

Porque:

- a) Negación: No acepta la realidad.
- b) Ira: La tristeza puede llevar a una persona sufrir ira y rabia y a buscar culpables.
 Negociación: Tratan de negociar incluso con una fuerza divina.
- c) Depresión: Situación muy dolorosa, tristeza y una crisis existencial.
- d) Aceptación: Se ha aceptado esta situación dolorosa y depende de los recursos de cada uno el aceptarla antes o después.

- a) Negación ()
- b) Ira ()
- c) Negociación ()
- d) Depresión ()
- e) Aceptación ()
- f) Ninguna de las opciones ()

7. ¿Ha presentado reacciones psicológicas perturbadoras durante el proceso de duelo?

a) SI ()

b) No ()

Porque.....

.....

8. A nivel familiar, personal de salud y demás ¿ha reprimido o escondido sus sentimientos?

a) SI ()

b) No ()

Porque.....

.....

9. ¿Qué síntomas ha presentado durante el proceso de duelo?

a) Tristeza-Melancolía ()

b) Pesadillas ()

c) Rabia ()

d) Irritabilidad ()

e) Culpa ()

f) Soledad ()

g) Cansancio ()

h) Dificultades de memoria ()

i) Alucinaciones ()

j) Falta de apetito ()

k) Autocritica ()

l) Ideas suicidas ()

m) Evitación de hablar de la amputación ()

10. ¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?

a) Siempre ()

b) Casi siempre ()

c) De vez en cuando ()

d) Algunas veces ()

e)

f) Casi nunca ()

g) Nunca ()

11. ¿En qué tiempo usted cree que pueda culminar con todas las etapas, y que necesita para ello?

a) Días ()

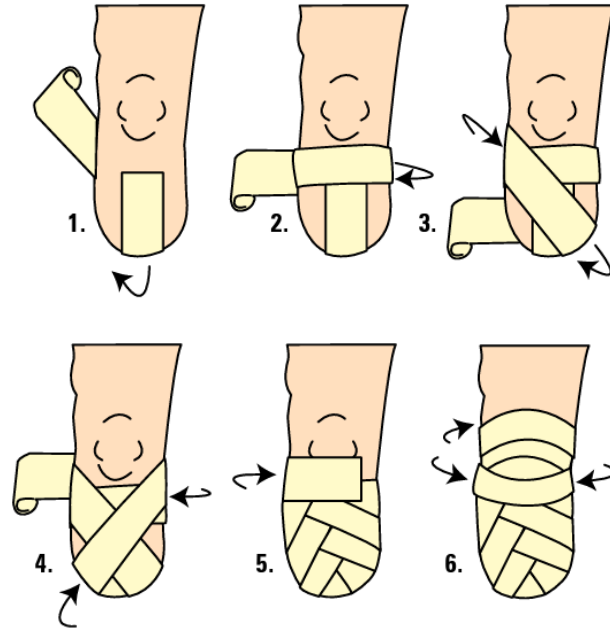
b) Meses ()

c) Años ()

AL MUÑÓN

Si usted tiene una amputación por debajo de la rodilla, por debajo del codo y por encima del codo) puede realizar el siguiente vendaje:

1. Con una venda elástica de 4 pulgadas (10 cm.) de ancho, cubra el extremo del muñón y estire la venda levemente.
2. Afloje la tensión de la venda y asegúrela dando una vuelta alrededor del muñón.
3. Ténsela más y llévela a uno de los lados.
4. Reduzca la tensión de la venda, pásela por detrás y suba por el lado contrario al tiempo que vuelve a aumentar la tensión.
5. Repita este patrón en forma de ocho hasta que el extremo quede firmemente vendado y luego asegure la venda con velcro o cinta. (No asegure las vendas con alfileres).
6. Si la parte del muñón que queda por debajo de la rodilla o codo es muy corta, necesitará realizar un patrón similar en forma de ocho por encima y por debajo de la articulación y luego asegurar la venda.

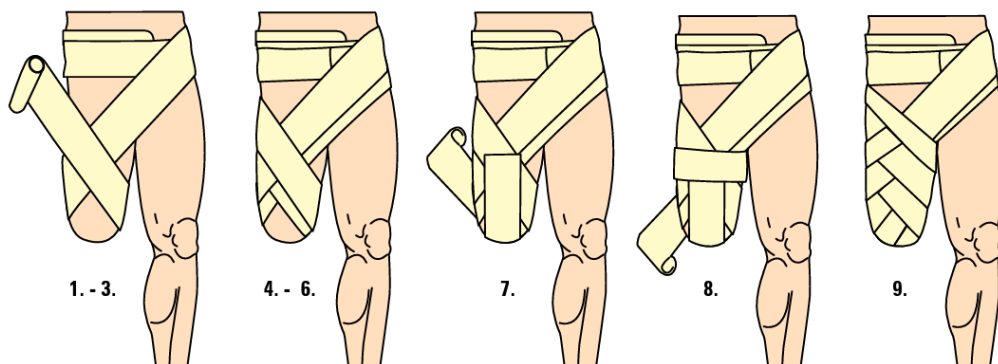


Si usted tiene una amputación por encima de la rodilla puede realizar el siguiente vendaje:

1. Utilice dos vendas elásticas de 6 pulgadas (15 cm.) de ancho. (Las vendas se pueden coser unas a otras.) 2. Pase la venda por la cintura dos veces.
2. Pase la venda por el extremo del muñón.
3. Vuelva a pasarla por la cintura.
4. Pase la venda por el extremo del muñón.
5. Pase la venda por la cintura y asegúrela. (Éste será el soporte para la siguiente venda.)
6. Con otra venda elástica de 6 pulgadas de ancho (y al igual que con la técnica utilizada para las amputaciones por debajo de la

- rodilla) cubra el extremo del muñón y estire la venda levemente.
7. Afloje la tensión de la venda y asegúrela dando una vuelta alrededor del muñón. Luego ténsela más y llévela a uno de los lados.
8. Reduzca la tensión de la venda, pásela por detrás y luego suba por el lado contrario al tiempo que vuelve a aumentar la tensión. Repita este patrón en forma de ocho hasta que el extremo quede firmemente vendado, asegurándose de vendar la pierna hasta la ingle. Asegurar la venda con velcro o cinta. (No asegure las vendas con alfileres).

Recuerde: Para obtener los mejores resultados, debe volver a colocar las vendas elásticas cada vez que se aflojen.



Golpeteo

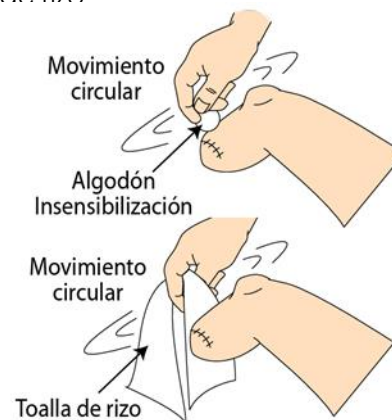
1. Golpetee el muñón con la punta de los dedos, teniendo cuidado en no hacerlo con las uñas. Por lo general, se permite golpetear suavemente la línea de sutura antes de que se quiten los puntos.
2. Con el tiempo, y una vez le quiten los puntos, puede darse palmadas con una o ambas manos.
3. El golpeteo debería realizarse durante 1-2 minutos, 3-4 veces al día. Puede realizarse con mayor frecuencia si lo encuentra útil para reducir el dolor fantasma



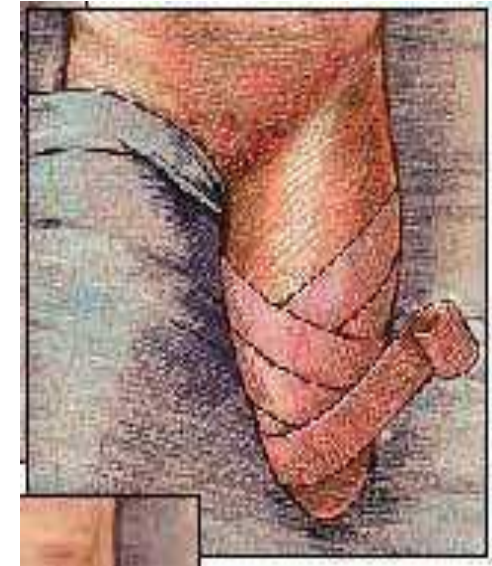
Insensibilización

La insensibilización es el proceso por el cual se disminuye la sensibilidad del muñón. Puede ayudarle a aumentar su tolerancia al tacto en el muñón.

1. Se usa esta técnica cuando usted no lleva puesto el vendaje compresivo blando. Debería llevarse a cabo durante 2-3 minutos, dos veces al día y, por lo general, cuando se esté bañando.
2. Al principio, con un poco de algodón, refriegue suavemente la piel del muñón realizando movimientos circulares.
3. Cuando pueda tolerarlo, utilice un material más áspero, como papel de cocina.
4. Finalmente, hágalo con una toalla de rizo.
5. Esta técnica debería realizarse hasta que pueda tolerar la suave fricción de una toalla de rizo



CUIDADOS AL MUÑÓN



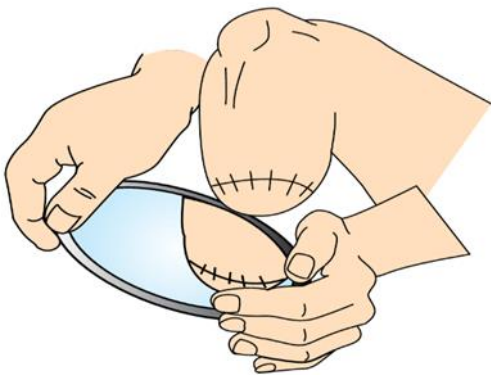
Elaborado por: PSS Martha Zurisadai
Mendoza de la Guardia

Asesores:

- Mtra. Maribel Aguilera Rivera.
- Dr. Martín Pantoja Herrera

Inspeccion al muñón

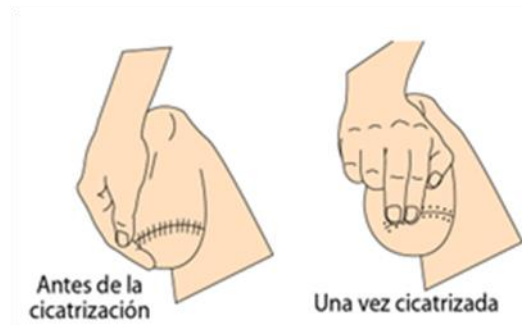
1. Inspeccionar frecuentemente el muñón con un espejo de mango largo le ayudará a identificar problemas en la piel.
2. Al principio, debería examinar la zona cada vez que cambia el vendaje compresivo. Después, la mayoría de los amputados consideran que una inspección diaria es suficiente para identificar problemas en la piel.
3. Inspeccione todo el muñón. Recuerde examinar la parte de atrás del muñón y todas las arrugas de la piel y las zonas óseas.
4. Informe a un miembro del equipo de rehabilitación si observa cualquier problema de piel poco común.



Movilizacion de la cicatriz

Se realiza para mantener la elasticidad de la piel y del tejido cicatricial del muñón. La adherencia de la cicatriz al tejido subyacente puede causar dolor cuando se usa la prótesis y también puede producir ampollas. Esta técnica se realiza mejor sin vendaje compresivo.

1. Coloque dos dedos sobre una zona ósea del muñón.
2. Presione con firmeza y, sin mover la punta de los dedos, mueva los dedos en círculo por todo el hueso durante aproximadamente 1 minuto. Realice este procedimiento en toda la piel que rodea el hueso del muñón.
3. Una vez cicatrizada la incisión, realice este procedimiento sobre la cicatriz moviendo los dedos en círculo para reblandecer la zona de la cicatriz.
4. Esta técnica debería realizarse diariamente durante el baño.



Masaje y golpeteo

El masaje y golpeteo precoz del muñón ayudarán a que éste desarrolle tolerancia al tacto y a la presión. Ambas técnicas pueden realizarse con un vendaje compresivo blando o sin él. Además, estas técnicas pueden ayudar a disminuir la sensación de dolor fantasma.

1. Con una o ambas manos, masajee el muñón con un suave movimiento de tipo amasamiento. Al principio, tenga especial cuidado cuando realice el masaje sobre la zona de sutura.
2. Masajee todo el muñón.
3. Con el tiempo, y una vez le quiten los puntos de sutura, puede aumentar la presión y masajear su pie y músculos más profundos del muñón.
4. Esto debería realizarse durante al menos 5 minutos, 3-4 veces al día. Puede realizarse con mayor frecuencia si lo encuentra útil para reducir el dolor fantasma.

