



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES ADULTOS DE 18 A
59 AÑOS CON ALGUNA AMPUTACIÓN EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
IBARRA”**

ALUMNAS:

ITZEL PÉREZ CHÁVEZ

FERNANDA PAOLA PÉREZ SÁNCHEZ

ASESOR INTERNO: DR. LUIS FERNANDO RIVERO RODRÍGUEZ

ASESOR EXTERNO: DR. MARTÍN PANTOJA HERRERA

01 AGOSTO 2023 - 31 JULIO 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	5
CAPÍTULO I PACIENTE ADULTO AMPUTADO.....	6
Concepto de adulto amputado.....	6
Características físicas.....	6
Factores de riesgo	7
Amputación de partes blandas	7
CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE DESARROLLA EL PACIENTE ADULTO AMPUTADO	8
Miembro fantasma	8
Duelo.....	8
Etapas del duelo	9
Dolor del miembro fantasma	10
CAPÍTULO III RESILIENCIA EN EL PACIENTE ADULTO AMPUTADO	11
Resiliencia.....	11
Grados de resiliencia:.....	12
Instrumentos de resiliencia	12
CAPÍTULO IV EPIDEMIOLOGÍA: AMPUTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS EN MÉXICO.....	15
HIPÓTESIS	19
Hipótesis real	19
Hipótesis alterna.....	19
METODOLOGÍA	19
Técnica para la recolección de datos:	20
Descripción del instrumento:	21
Procesamiento de la información:.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
FACTIBILIDAD	24
RESULTADOS	25
CONCLUSIÓN	32
ANEXOS.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUCCIÓN

La resiliencia se manifiesta en la capacidad humana para enfrentar, adaptarse y superar obstáculos, encontrando nuevas formas de funcionamiento y mantener una actitud positiva hacia el futuro. Se manifiesta como un proceso dinámico; las personas no solo logran recuperarse de experiencias traumáticas o estresantes, sino que también aprenden y crecen a partir de estos desafíos, desarrollando ciertas actitudes que les permiten mantenerse firmes a la incertidumbre y la dificultad.

La resiliencia en el contexto del paciente amputado es importante ya que para estas personas la pérdida parcial o total de una extremidad, ya sea por enfermedad en la que la mayoría son conscientes o por otro lado, en un accidente en la que pasan de estar completamente sanos a sufrir una amputación traumática, donde en ambos casos pasan de estar anatómicamente completos a tener una discapacidad física adquirida, genera una capacidad única y admirable de adaptarse y recuperarse frente a la pérdida de una extremidad. Este proceso no solo implica la reconstrucción física, sino también emocional y psicológica, donde el individuo enfrenta desafíos significativos para restablecer su calidad de vida y bienestar integral.

Este enfoque resiliente no sólo fortalece al individuo, sino que también inspira y ofrece esperanza a otros en circunstancias similares, destacando la extraordinaria capacidad humana para adaptarse y prosperar incluso frente a circunstancias tan difíciles como la amputación, que los lleve a transformar de manera progresiva la situación.

Tomando en cuenta la importancia que es ser una persona resiliente y aún más en el paciente amputado el cual está reaprendiendo a desarrollar nuevas formas de adaptarse a sus actividades las cuales van desde caminar o levantar objetos, hasta el sentirse nuevamente incluido, nos lleva a querer identificar el grado de resiliencia que tienen los pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, esto en base a 5 grandes dimensiones las cuales van desde el ámbito personal en donde se incluye la autoconfianza, la autopercepción y el autocontrol, las cuales están sumamente relacionadas con la obtención de un grado elevado de resiliencia y así obtener un impacto positivo en su vida diaria; también se toma en cuenta el ámbito social en el cual sentirse incluido y valorado complementan la obtención del mismo logrando así cumplir sus objetivos.

Dentro de los beneficios de realizar este trabajo de investigación además de generar un impacto positivo en la conciencia y en la forma de manejar su estilo de vida, se prevé elevar su grado

de resiliencia, que ayude a adaptarse a su nueva vida satisfaciendo así sus necesidades básicas. Esto a través de la creación de una propuesta de intervención educativa cuyo propósito es enseñar a los pacientes con alguna amputación mediante sesiones a identificar lo que conlleva ser una persona resiliente ante la pérdida de una extremidad y las complicaciones que representa.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM), en nuestro país se efectúan aproximadamente 75 amputaciones diarias; es decir, más de 25 mil personas al año sufren la escisión de alguna de sus extremidades, en donde la población adulta de 18 a 59 años representa la mayor parte.

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía aseguran que 785 mil personas fueron amputadas. Pero la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) afirma que hay poca información sobre la magnitud del problema de amputaciones en la nación.

La amputación representa la alteración en la mecánica y adaptación anatómica generando cambios en el sistema músculo- esquelético donde se produce una pérdida de masa y fuerza muscular, así como la reducción de la densidad mineral ósea, proporcionales a la duración del periodo de inmovilización.

Es importante mencionar la magnitud e impacto del problema ya que después de una pérdida de alguna extremidad o la movilidad se desencadenan alteraciones psicológicas, como el auto-estigma de inferioridad en donde el perder una parte de sí mismo puede generar un proceso de duelo, la cual es una respuesta emocional que se considera natural y esperada en estos casos, así como, las alteraciones físicas y sociales, que interfieren en cómo el individuo se adapta o no, a su nuevo estilo de vida.

Entendiendo la importancia de la resiliencia al no tener las herramientas necesarias que les ayuden a sobrellevar o adaptarse a su nuevo estilo de vida y con ello a esta nueva percepción de su entorno, obstaculiza la formación de nuevas capacidades psicológicas y físicas que los ayude a superar las barreras que desencadena el perder alguna parte física de su cuerpo.

Por lo que, se considera que los pacientes con alguna amputación deben tener la oportunidad de contar con más programas que les proporcionen intervenciones educativas en instituciones médicas o programas de salud, donde se puedan desarrollar pláticas, conferencias, talleres, etc, que les brinden herramientas efectivas para desarrollar la resiliencia.

Dada la situación antes descrita se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el grado de resiliencia en pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra?

PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de resiliencia en pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra?

OBJETIVO GENERAL

Objetivo general

- Identificar el grado de resiliencia que tienen los pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con el fin de implementar una propuesta educativa para aumentar el grado de resiliencia y lograr un impacto positivo en el paciente amputado.

Objetivos específicos o particulares

- Evaluar el grado de resiliencia a través de escalas e instrumentos de valoración.
- Reconocer los factores que predisponen el grado de resiliencia en pacientes amputados
- Analizar los diversos factores de riesgo que enfrentan los pacientes amputados.
- Identificar los beneficios que tiene un paciente amputado resiliente en su vida diaria.

CAPÍTULO I PACIENTE ADULTO AMPUTADO

Concepto de adulto amputado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, clasifica la edad adulta de la siguiente manera: adulto joven, de 18 a 44 años; adulto medio, de 45 a 59 años; adulto mayor (o anciano joven), de 60 a 74 años; anciano, de 75 a 90 años; y anciano longevo, a partir de los 90 años. Sin embargo, a todo individuo mayor de 60 se le llama, de forma indistinta, persona de la tercera edad o adulto mayor.¹

Del latín amputatio, que significa separación de un miembro o parte del mismo, de una parte saliente del cuerpo. Es el corte y la separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo, también llamado avulsión o cirugía.

Se distingue entre:

- Amputación de partes blandas, por ejemplo, amputación de mamas.
- Amputación de extremidades, por ejemplo, amputación de muslo²

Características físicas

- **Amputación de extremidades**

Los pacientes con una extremidad amputada por encima de rodilla presentan alteración en la mecánica y adaptación anatómica, debido a que el fémur ya no presenta una alineación normal en relación con la tibia, aunado a eso existe la presencia de lo que se llama el síndrome de desacondicionamiento físico, que se define como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada agravando aún más este padecimiento si existe alguna patología simultánea concomitante como lo es la diabetes mellitus.

¹ Pozzi M. Adulto mayor: un neologismo para disimular la ineludible vejez. Upf.edu

² Ca GBJA. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66864>

Dentro de los cambios físicos a los que se somete un adulto tras la pérdida de una o varias extremidades se encuentran aquellas en el sistema músculo- esquelético donde se produce una pérdida de masa y fuerza muscular, así como la reducción de la densidad mineral ósea, proporcionales a la duración del periodo de inmovilización.³

Factores de riesgo

A corto plazo:

- Alteraciones de la piel: picor, inflamación, infecciones fúngicas (micosis), abscesos, dermatitis, osteomielitis, apertura espontánea de la cicatriz, necrosis del muñón, etc.
- Aumento o disminución de la sensibilidad del muñón.
- Formación de un neuroma que se puede producir al cicatrizar el nervio seccionado en la amputación y que puede ocasionar dolor neuropático.
- Formación de un espolón óseo en el extremo del hueso amputado.

A largo plazo:

- Afecciones de la columna vertebral, cadera y rodilla al desplazarse el centro de gravedad y causar cambios posturales y biomecánicos: dolor y trastornos al caminar.
- Aumento de hasta un 80% del gasto cardíaco debido al sobreesfuerzo.
- Aumento del gasto energético al caminar, siendo mayor en los pacientes cuya amputación se debe a enfermedades cardiovasculares.⁴

Amputación de partes blandas

Refiriéndose a las partes blandas a la amputación de músculo, ligamentos, tendones y nervios.

³ Ocampo M., Henao L., Vásquez L. (2010). Amputación de miembro inferior. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá: Universidad del Rosario. 40: 1-26.

⁴ SANITAS. (s/f). Riesgos y complicaciones de la amputación de extremidades. Sanitas. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/amputacion-extremidades>

CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE DESARROLLA EL PACIENTE ADULTO AMPUTADO

Miembro fantasma

Después de una amputación, por lo general, el 100% de las personas experimenta la sensación de miembro fantasma, que suele describirse como la percepción de que el miembro amputado todavía está presente.⁵

Las amputaciones traen consigo alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales en los individuos que las padecen, implicando con ello, un cambio radical en su estilo y calidad de vida.

La reacción inmediata a la noticia de la amputación depende de si ésta fue planificada, se produjo en el contexto de una enfermedad crónica o fue necesaria por la aparición repentina de una infección o un traumatismo. Muchas de las reacciones psicológicas pueden ser transitorias, algunas son útiles y constructivas, otras no tanto, y unas pocas pueden requerir medidas adicionales.

Tras saber que puede ser necesaria una amputación, la ansiedad suele alternarse con la depresión, el estado anímico producido por el suceso desfavorable suele manifestarse con tristeza, pesimismo, y tendencia al llanto, se generan además sentimientos de sorpresa, no aceptación de la situación, ira y pensamientos suicidas.⁶

La pérdida de independencia por tener que depender de otros, incluso para las necesidades más básicas, genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles sociales y profesionales.

Duelo

El duelo es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, etcétera. Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos. Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. Este proceso se relaciona

⁵ Govantes BY, Julio AGC, Arias CA. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2016;8(1):33-43. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66864>

⁶ Reacciones emocionales y psicológicas a la amputación. (s/f). Physio-pedia.com. Recuperado el 22 de noviembre de 2023, de <https://langs.physio-pedia.com/es/emotional-and-psychological-reactions-to-amputation-es/>

con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar el abuso de alcohol y fármacos.⁷

En el modelo Kübler-Ross, presentado en el libro *On death and dying*, se describen cinco etapas distintas del proceso por las que los individuos atraviesan cuando existe una pérdida: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación.

Etapas del duelo

Negación: Al tener una pérdida se produce de manera habitual la “negación”, se da de manera inmediata, frecuentemente está relacionada con el estado de shock o de embotamiento emocional. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

Ira: Luego de superar la negación comienzan a surgir sentimientos de frustración, de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Sentirse frustrado conlleva que aparezcan sentimientos de enojo, de ira.

Negociación: En esta fase de negociación la persona guarda la esperanza de que todo continúe igual, que las cosas no cambien. Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa, para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera.

Depresión: En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación, según el modelo de Kubler.

Aceptación: La última etapa es la de aceptación de la pérdida, y comienza el estado de calma asociado a la comprensión de la muerte o las pérdidas como parte natural de la vida humana.⁸

Dolor del miembro fantasma

⁷ Rodríguez-Moctezuma J. R, López-Delgado M. E, Ortiz-Aguirre A. R, Jiménez-Luna J, López-Ocaña L. R, , Chacón-Sánchez J. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2015; 53(5):546-551. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744939009>

⁸ Figueroa, M. J., & Alfaro, C. A. (s/f-a). *Unicef.org*. Recuperado el 25 de octubre de 2023, de <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

Es fundamental distinguir los distintos tipos de dolor que puede tener el paciente amputado. Dolor en el miembro residual, es aquel que se origina en el segmento no amputado, puede ser ocasionado por dolor propio de la cirugía, dolor similar al dolor regional complejo, neuroma, infecciones, complicaciones vasculares, dolor muscular, etc. Sensación fantasma es la percepción no dolorosa del segmento amputado. El dolor fantasma (DF) es la percepción dolorosa que se origina en el área correspondiente al segmento amputado y que se genera después de una amputación.⁹

Es decir, el dolor de miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como un dolor de origen neuropático. La incidencia del dolor fantasma parece ser independiente del género, del nivel de la amputación y de la edad en adultos. A pesar de lo anterior, el dolor fantasma continúa siendo menos frecuente en niños y jóvenes y prácticamente no existe en sujetos nacidos sin una extremidad.

10

El DF ha sido descrito como sensación de hormigueo, alfileres, agujas; punzante, con ardor, opresión, descarga eléctrica, calambres, trituración, picazón, dolor similar al descrito antes de la amputación, con una intensidad entre 2.7 y 7.7 en la escala visual análoga (EVA) de 10 cm.¹⁰ Su localización más frecuente es en las partes distales, dedos y palmas en extremidades superiores, planta, empeine y tobillo en las extremidades inferiores. La presentación clínica del paciente con DF es variada, esta presentación heterogénea en los síntomas puede estar asociada con los distintos mecanismos productores de esta enfermedad. El 84% de los pacientes amputados con DF lo reporta durante un día por semana, con una duración de 6 a 10 horas al día, con una intensidad de 3 a 8 en EVA.¹¹

El inicio puede ser inmediato o muchos años después de la amputación. Aunque es más común después de la amputación de una extremidad, puede ocurrir posterior a la remoción quirúrgica de cualquier parte del cuerpo, como los ojos, los senos y la cara, entre otros.

⁹ Villaseñor Moreno J. C, Escobar Reyes V. H, Sánchez Ortiz Á. O, , Quintero Gómez I. J. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2014; 19(1):62-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47330738010>

¹⁰ Angarita M, Alejandra M, Carrillo Villa S, Ribero G, Fernando O, García RG, et al. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. Revista Colombiana de Anestesiología 2014;42(1):40-6. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713001044#section-cited-by>

¹¹ Villaseñor Moreno J. C, Escobar Reyes V. H, Sánchez Ortiz Á. O, , Quintero Gómez I. J. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2014; 19(1):62-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47330738010>

Existen algunos factores relacionados con la generación del dolor fantasma:

a. Factores periféricos

- Impulsos ectópicos desde el neuroma del muñón y el ganglio de la raíz dorsal
- Alteraciones estructurales en el ganglio de la raíz dorsal y el cuerno dorsal
- Formación de conexiones no funcionales
- Activación simpática
- Regulación al alta y baja de neurotransmisores
- Alteración de canales y moléculas de transducción de señales
- Pérdida selectiva de fibras tipo C

b. Factores centrales

- Reorganización cortical
- Desenmascaramiento de conexiones nerviosas
- Neuroplasticidad Incongruencia sensorial y motora
- Alteraciones en la actividad glial y neuronal

c. Factores psicológicos

- Reorganización de áreas afectivas del dolor: ínsula, giro cingulado anterior y corteza frontal¹²

CAPÍTULO III RESILIENCIA EN EL PACIENTE ADULTO AMPUTADO

Resiliencia

- **Definición**

Implica una conducta adaptativa, desde una perspectiva optimista de competencias personales, en el orden de lo emocional, cognitivo y social. Comprende además de los procesos intrapsíquicos, componentes sociales que favorecen la calidad de vida y el logro de un bienestar integral, tanto a nivel físico como psicológico, en medio de la adversidad. Inciden aspectos positivos en la interacción del individuo con los demás, según cada uno va construyendo su narrativa de vida.

¹² Angarita M, Alejandra M, Carrillo Villa S, Ribero G, Fernando O, García RG, et al. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. Revista Colombiana de Anestesiología 2014;42(1):40–6. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713001044#section-cited-by>

Grados de resiliencia:

- **Amputación consciente (enfermedad) e inesperada (trauma)**

La pérdida de alguna extremidad representa un impacto emocional en la vida de los pacientes y sus familiares.

En México la principal causa de estas escisiones en adultos son las enfermedades crónicas, como la diabetes. Si bien el paciente diabetico puede vivir con esta enfermedad por el resto de su vida, una mala gestión de su enfermedad puede acabar con un pie diabetico infectado, que con el paso del tiempo terminaría con la amputación del miembro afectado. Estos pacientes si bien tienen en cuenta que una infección de esa gravedad puede acabar con una amputación, su nivel de resiliencia sería mayor ya que han vivido gran parte de su vida con esta enfermedad y la gran mayoría son conscientes que estas situaciones pasan al no tener un buen control de su enfermedad.

En cambio un paciente totalmente sano, con una amputación traumática ocasionada por ejemplo por un accidente, no tiene ciertos aspectos psicológicos desarrollados que puedan ayudar a superar más rápido la pérdida de algún miembro de su cuerpo, pues él en un segundo paso de estar totalmente sano a tener ya una discapacidad física adquirida.¹³

Instrumentos de resiliencia

- **Escalas, instrumentos, cuestionario**

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010)

Está basada en dos instrumentos no adaptados a México: la The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) realizada por Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001).

Este instrumento fue diseñado con el objetivo de generar un nuevo instrumento de Resiliencia adaptado a la población mexicana, consta de 43 ítems con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert (siempre, casi siempre, rara vez, nunca) que se agrupan en cinco dimensiones o factores diferentes, los cuales son:

1. Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos): Se refiere al conjunto de capacidades y expectativas que tenga una persona de sí mismo.

¹³ (S/f). Redalyc.org. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538020/html/>

2. Competencia social (8 reactivos): Considerada como la capacidad de una persona de interactuar correctamente en su contexto.
3. Apoyo familiar (6 reactivos): En el cual se considera básicamente la fortaleza de los lazos familiares.
4. Apoyo social (5 reactivos): Se refiere al vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos.
5. Estructura personal (5 reactivos): Entendido como el conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático.

Instrumento de Valoración “Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Katz”

Es un instrumento que mide las actividades básicas de la vida diaria (AVD), es el más utilizado internacionalmente y uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas.

La valoración de cada una de las actividades se realiza por anamnesis directa del paciente o, si es necesario, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

Los objetivos de la aplicación de este instrumento son:

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica.
- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar.

Contiene 6 temas ordenados según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan sus capacidades de independencia o dependencia en cuanto a bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener continencia y alimentarse. (Katz y cols, 1963).

Presenta 8 posibles resultados:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y cualquier otra.

- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F

Puntuándose de la siguiente forma:

- La primera considera los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.
- Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivalen al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = Ausencia de incapacidad o incapacidad leve
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = Incapacidad moderada
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = Incapacidad severa

Instrumento de Valoración “Escala de Lawton Brody”

Fue publicada en 1969 y desarrollada en Philadelphia Geriatric Center para la evaluación física en la población institucionalizada o no. Es uno de los instrumentos de medición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria más utilizado internacionalmente.

Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como; hacer la compra, preparar comida, manejar su dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos de manera autónoma, etc. ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Este instrumento evalúa la dependencia o independencia del adulto mayor por medio de 8 ítems con puntajes que van desde 0 para los ancianos con máxima dependencia y de 8 para los adultos con independencia total. (Lawton, 1969).

La evaluación se considera a mayor puntuación mayor independencia, teniendo como valores los siguientes grados de dependencia:

- 0-1 puntos dependencia total

- 2-3 puntos dependencia severa
- 4-5 puntos dependencia moderada
- 6-7 puntos dependencia ligera
- 8 puntos autónomos

La puntuación máxima posible es de 8 en mujeres y desde 5 a 8 puntos en hombres, para considerar el grado de autonomía.

CAPÍTULO IV EPIDEMIOLOGÍA: AMPUTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS EN MÉXICO

Casos de epidemiología: UAM

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM), en nuestro país se efectúan aproximadamente 75 amputaciones diarias; es decir, más de 25 mil personas al año sufren la escisión de alguna de sus extremidades.¹⁴

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía aseguran que 785 mil personas fueron amputadas. Pero la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) afirma que hay poca información sobre la magnitud del problema de amputaciones en la nación.

La principal causa de estas escisiones en adultos son las enfermedades crónicas, como la diabetes; en niños, se relacionan con procesos de malformación o cáncer. En ambas poblaciones se llegan a dar por accidentes.¹⁵

Isabel Font-Jimenez (2016) “Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura” tuvo como objetivo mostrar la evidencia sobre los aspectos psicológicos y sociales en el amputado ,y aportar conocimientos suficientes permitan mejorarla práctica clínica dirigida a esta población. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de artículos indexados en Scopus y Web of Science, sobre las experiencias y el impacto psicosocial en las personas amputadas. De 71 artículos revisados a texto completo se seleccionan 18 artículos de diferentes países, con distintas metodologías. Previo a su selección cada artículo fue evaluado siguiendo el programa de lectura crítica CASPe. En donde se concluye que tras la amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de

¹⁴ Torres, B. (2022, diciembre 16). 75 amputaciones diarias en México. UNAM Global - De la comunidad para la comunidad; UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/75-amputaciones-diarias-en-mexico/

¹⁵ Unidad de Investigación en Órtesis y Prótesis, única en México y AL. (2022, diciembre 1). Gaceta UNAM.

la situación, ira y pensamientos suicidas. El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles sociales y profesionales. También se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general. Se presentan tasas de depresión y ansiedad en porcentajes superiores a la población general, entre el 18-31% ; cuyos factores predisponentes son la falta de autonomía, la discapacidad, la dificultad en la adaptación a las limitaciones, las alteraciones de la imagen corporal y la falta de apoyo social.¹⁶

Karina Jiménez García (2017) “Ajuste psicosocial en pacientes amputados: La psicología en el contexto sanitario” nos habla que la pérdida de una extremidad produce muchos cambios en la vida de una persona, esta nueva realidad implica un reto para el individuo, ya que constituye una práctica traumática debido a que el proceso de recuperación requiere de la capacidad que tenga el sujeto para rehacer su vida de forma física, psicológica y social. Es por ello, que en la presente investigación, se realiza una revisión bibliográfica detallada con la finalidad de describir con amplitud los aspectos psicosociales que forman parte de dicha experiencia, así como las propuestas de intervención psicológica que han tenido alguna validez científica. Entre las variables que resultaron más afectadas se encuentran: la adaptación al uso de prótesis, el manejo de la sensación de dolor y/o presencia del síndrome del miembro fantasma, las alteraciones en la autoimagen, expresión emocional y autoconcepto, así como la presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos. En esta investigación, se concluyó que existe poco consenso entre los investigadores sobre los factores más significativos que propicien un buen ajuste psicosocial, por lo cual, se requiere de continuar investigando para tener mayor claridad en los puntos más significativos que permitan elaborar tratamientos adecuados para esta población.¹⁷

Vega VCZ, Gómez-Escobar G, Rodríguez HEE, et al. (2017) “Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior” que tuvo como objetivo conocer el proceso de duelo que afrontan las personas que sufren alguna amputación de una extremidad ya sea superior o inferior. Se realizó una muestra de 4 personas, de los cuales los resultados permitieron identificar que en los participantes con amputación de extremidad por accidente la externalización mayor de sentimientos fueron de vergüenza y enojo, por otro lado, los pacientes que sufrieron una amputación por enfermedad la conmoción del evento fue menor

¹⁶ Font-Jimenez, I., Llauredó-Serra, M., Pallarés-Martí, À., & García-Hedrer, 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>

¹⁷García JK. Revista Cúpula [Internet]. 2017;31(2):8–43. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>

en estos participantes. También se destacó que el ámbito familiar es un factor importante en el proceso de duelo, pues las relaciones interpersonales influyen en la elaboración del duelo. Así mismo la poca aceptación de su cuerpo y de sí mismos es una característica general de la muestra.¹⁸

María Guadalupe Zepeda Espinoza (2019) “Resiliencia y trastorno de estrés post-traumático en adultos con amputación que acuden a la unidad de rehabilitación e integración social” que tuvo como objetivo analizar los niveles de resiliencia y trastorno de estrés post-traumático en adultos que presentan una amputación y que acuden a terapia física y/o psicológica dentro de la unidad relacionándolos a su vez con distintas variables psicosociales como la edad, el sexo, el miembro amputado, el tiempo transcurrido tras la amputación, la dependencia familiar y el empleo. Se contó con una población compuesta por 11 adultos: nueve de ellos con amputaciones inferiores y dos con superiores, de los cuales los resultados arrojados indican que los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor resiliencia respecto a los adultos con resección de tipo traumática, estos obtienen su resiliencia con base al apoyo familiar, social y el respeto a su estructura personal, mientras que, los adultos con amputación traumática tienden a adquirir su resiliencia a través de su fortaleza y confianza en sí mismos. Por otro lado, y de acuerdo al Trastorno de Estrés Post-Traumático, los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor frecuencia al trauma y miembro fantasma, pero con menor gravedad que aquellos adultos con amputación de tipo traumática, esto intrínsecamente ligado a la edad en la que se presentan ya los factores psicosociales involucrados.¹⁹

Mesquita Dummar (2021) “Amputación y salud mental: una revisión sistemática” Aunque el objetivo principal de una amputación es salvar la vida, se trata de un procedimiento que causa un gran impacto por las consecuentes limitaciones físicas y funcionales, como por todas las reacciones psicológicas provocadas por una nueva imagen corporal y otros factores asociados. Este estudio tiene como objetivo revisar la literatura científica para conocer la prevalencia de problemas de salud mental en las personas con amputación, los instrumentos utilizados para su evaluación y diagnóstico, así como las intervenciones psicológicas eficaces para atender a esta población en el proceso de rehabilitación. Método: Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos publicados en inglés, español y portugués entre los años 2010 y 2020,

¹⁸ Vega VCZ, Gómez-Escobar G, Rodríguez HEE, et al. Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior. *Rev Elec Psic Izt.* 2017;20(1):34-56.

¹⁹ Guadalupe M. RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL. Uaemexmx [Internet]. 2019. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/99130>

ambos inclusive, indexados en las bases de datos: Dialnet Plus, PsycArticles, PsycInfo, Scopus y Web of Science (WoS). La revisión fue desarrollada según las recomendaciones de la Declaración Prisma.²⁰

McGiffin (2023) “Trayectorias heterogéneas de depresión y resiliencia después de la amputación de una extremidad” en donde el objetivo fue identificar trayectorias longitudinales de depresión en los primeros seis meses después de la pérdida de una extremidad y explorar predictores de referencia de trayectorias, incluido el dolor y los factores demográficos. Un objetivo secundario fue evaluar si las trayectorias de depresión se asociaban con síntomas elevados de estrés postraumático (PTS) a los 6 meses. Los participantes fueron reclutados a partir de casos consecutivos de cirugía de amputación en un sistema hospitalario metropolitano durante un período de cuatro años (2002-2007). Se concluye que los hallazgos revelan que el curso de la depresión post amputación es heterogéneo, con diferentes perfiles de desarrollo, mantenimiento y remisión de los síntomas. La mayoría de las personas fueron clasificadas como resilientes, mientras que una minoría sustancial de personas desarrolló una depresión clínicamente significativa entre los 3 y 6 meses (depresión emergente), lo que sugiere que la detección temprana durante la atención aguda puede ser insuficiente.²¹

HIPÓTESIS

Hipótesis real

- El 70% de la población que integra este estudio muestran un alto grado de resiliencia.

Hipótesis alterna

- La red de apoyo es un factor indispensable para elevar el grado de resiliencia en los pacientes.
- Los factores psicológicos que se desarrollan después de una amputación pueden influir en el grado de resiliencia.

²⁰Mesquita Dummar, A. D. (2021). Amputación y salud mental: una revisión sistemática. <http://hdl.handle.net/10651/60268>

²¹McGiffin, J. N., Ehde, D. M., Williams, R. M., & Bonanno, G. A. (2023). Heterogeneous Trajectories of Depression and Resilience Following Limb Amputation. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 10.1002/pmrj.13095. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13095>

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** Cuantitativo, descriptivo, transversal.

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que pretende saber el grado de resiliencia a través de la recopilación de datos y uso de herramientas matemáticas, estadísticas e informativas para medirlas.

Así mismo descriptivo la cual consiste en observar el comportamiento de los individuos y de las diferentes variables sociales, así como registrar datos cuantitativos.

Y transversal ya que se pretende observar a un grupo determinado de personas, durante un momento en específico.

- **Descripción del universo (Ubicación espacio - temporal):** Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Calz México-Xochimilco 289, Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan, 14389 Ciudad de México, CDMX.
- Que cuenta con pacientes amputados a los cuales se les aplicarán instrumentos de valoración para saber el grado de resiliencia.
- **Población de estudio:** La población de estudio que se considera para esta investigación será elegida de forma aleatoria con un límite de 30 pacientes adultos de 18 a 59, con alguna amputación que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.
- **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:**

a. Inclusión:

- Pacientes con amputación que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación Guillermo Ibarra Ibarra que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de 18 a 59 años del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”
- Pacientes que tengan más de 12 meses de ser amputados que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

b. Exclusión:

- Pacientes con amputación que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación Guillermo Ibarra Ibarra que no acepten participar en el estudio
- Pacientes menores de 18 años del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”
- Pacientes que tengan más de 59 años del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”
- Pacientes que tengan menos de 12 meses de ser amputados que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”
- **Eliminación:**
- Datos incompletos en el instrumento de valoración
- Pacientes que en un inicio aceptan participar en el estudio, pero tiempo después deciden no seguir participando en la investigación.

Técnica para la recolección de datos:

Se acordará un día en específico para la aplicación de la escala en donde se contará con el material impreso, con el cual se pretende determinar el grado de resiliencia en los pacientes amputados y así implementar una propuesta educativa de 3 sesiones de 40 a 60 minutos, donde se proporcione información que ayude a elevar su grado de resiliencia, por medio de pláticas informativas y material didáctico.

Descripción del instrumento:

La recolección de datos se realizará mediante una escala de medición anónima dirigida a pacientes adultos de 18 a 59 años, con alguna amputación del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, con el fin de conocer su grado de resiliencia, la cual está constituida por:

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010), consta de 43 ítems con cuatro opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo, las cuales se agrupan en cinco dimensiones o factores diferentes:

1. Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos): Se refiere al conjunto de capacidades y expectativas que tenga una persona de sí mismo.

2. Competencia social (8 reactivos): Considerada como la capacidad de una persona de interactuar correctamente en su contexto.
3. Apoyo familiar (6 reactivos): En el cual se considera básicamente la fortaleza de los lazos familiares.
4. Apoyo social (5 reactivos): Se refiere al vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos
5. Estructura personal (5 reactivos): Entendido como el conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático.

Procesamiento de la información:

Una vez obtenidos los datos de la escala de resiliencia mexicana se registraran en una base de datos en excel para su interpretación y obtención de las modas, frecuencia y porcentajes de cada una de las variables, así como la obtención de tablas y gráficas para un análisis descriptivo.

La aplicación de instrumentos se realizará durante un periodo aleatorio según la institución donde se aplicarán los instrumentos. El procesamiento de datos será a través del programa excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. Equipo de investigación

- **Itzel Pérez Chávez:** Estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco laboró parte de introducción, capítulos, pregunta o problema de investigación, justificación, hipótesis, objetivos, metodología, consideraciones éticas, factibilidad, resultados, discusión, conclusión, anexos.
- **Fernanda Paola Pérez Sánchez:** Estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco laboró parte de introducción, capítulos, pregunta o problema de investigación, justificación, hipótesis, objetivos, metodología, consideraciones éticas, factibilidad, resultados, discusión, conclusión, anexos.

2. Categoría de la investigación: Investigación sin riesgo.

3. Población sujeta de la investigación: La población que se abordará en esta intervención son pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. Los criterios de selección que se consideraron para dicha intervención están enfocados hacia los pacientes con más de 12 meses con alguna amputación que acepten participar en el estudio, que tengan entre 18 a 59 años y que acudan al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, discapacidades, condición social, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana. El lugar en donde se realizará la investigación, así como la intervención educativa es en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, Calz México-Xochimilco 289, Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan, 14389 Ciudad de México, CDMX; contando con un número máximo de 30 participantes.

4. Consentimiento informado (Véase en anexos)

5. Uso de datos personales: Los datos obtenidos por medio del instrumento realizado se salvaguardan por:

- La Guía para cumplir con los principios y deberes de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares:

“...Derecho humano reconocido por el artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que impone obligaciones a las personas físicas o morales que utilizan datos personales, y que otorga derechos a los titulares de los datos, a fin de garantizar el buen uso de la información personal y la privacidad y derecho a la autodeterminación informativa de las personas.”

“Todo tratamiento o uso de datos personales conlleva un riesgo que, en caso de mal uso, gestión o cuidado, puede tener como consecuencia una intromisión ilegítima en la privacidad y la autodeterminación informativa de la persona que es titular de los datos personales. En ese sentido, al tratar datos personales se adquieren obligaciones para garantizar el debido tratamiento de la información. Así pues, la LFPDPPP tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas.”

- **REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Artículo 22) donde nos menciona:**

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

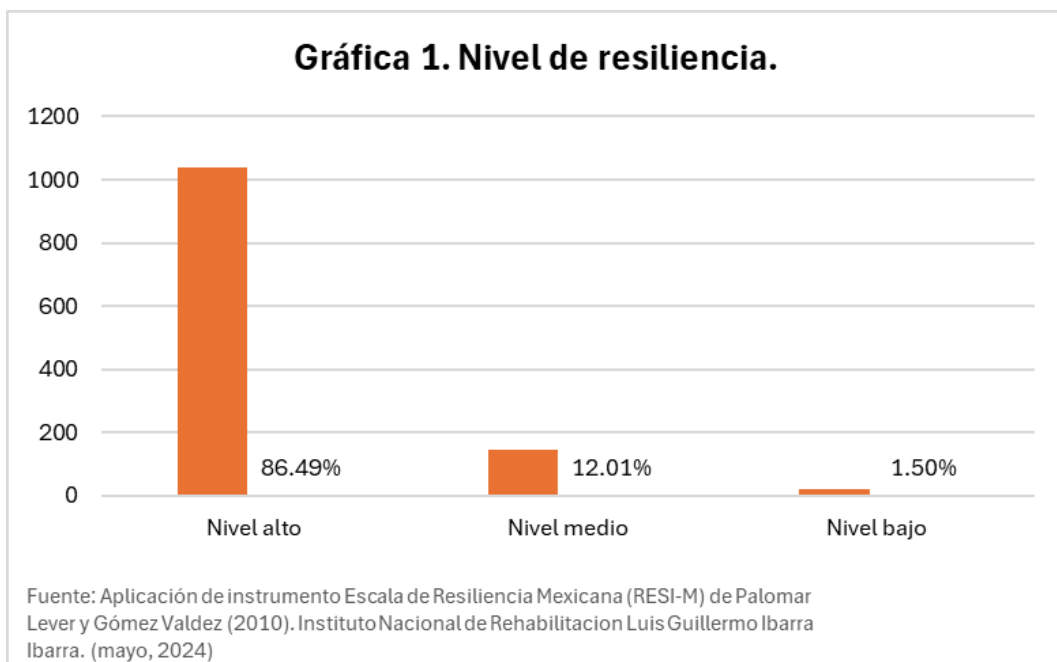
- 6. Riesgos y beneficios:** El equipo que integra la investigación considera que no se observa potencial riesgo que pueda estar relacionado con la conducción del estudio, que pueda afectar a los sujetos de investigación o al equipo de investigadores. Al igual consideramos que los participantes de esta investigación obtendrán beneficios al integrarse a la intervención y al responder los cuestionarios al inicio y al término de esta.

FACTIBILIDAD

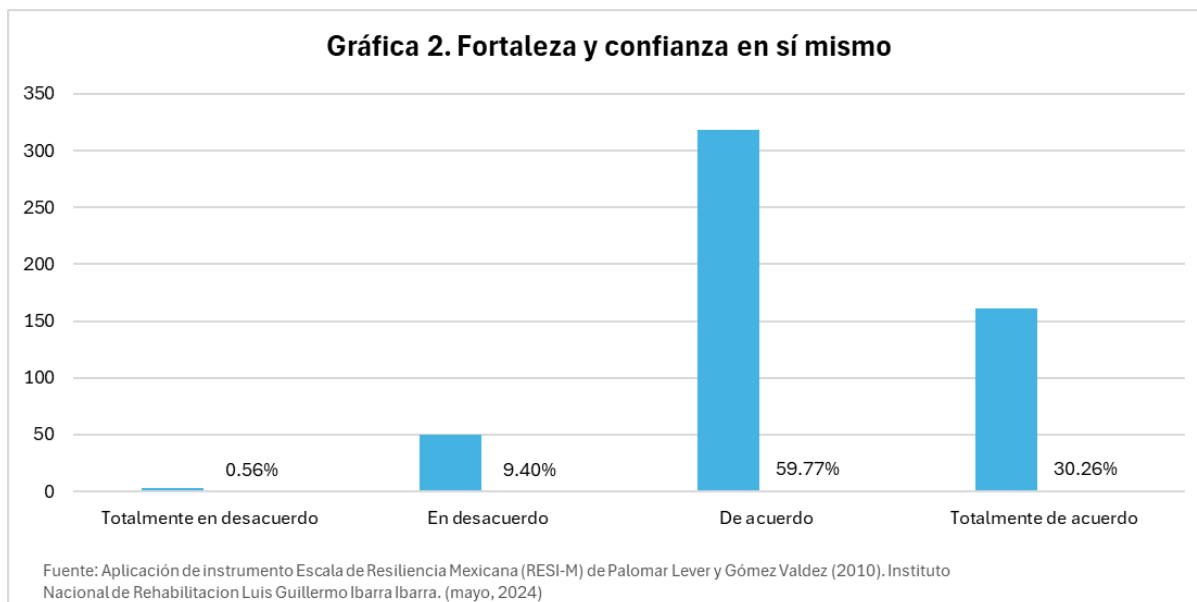
- **Factibilidad social:** El Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” una vez aprobado el protocolo nos brinda la oportunidad de poder aplicar la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) en las distintas consultas externas del Instituto Nacional de Rehabilitación.

- **Factibilidad económica:** Los integrantes de la investigación desde su economía aportaron los recursos necesarios para la realización de la investigación como fue: Equipo de cómputo e Internet, copias del test.

RESULTADOS



Gráfica 1. Nivel de resiliencia. De acuerdo a la gráfica se evidencia un alto nivel de resiliencia, con un puntaje promedio de 86.49% en donde los pacientes reflejan tener confianza en sí mismo y en las personas que lo rodean, con el 12.01% demostró tener un nivel medio de resiliencia ya que no cuenta con un entorno social confiable, mientras que el 1.50% demostró no contar con una estructura para afrontar sus necesidades de la vida diaria.



Gráfica 2. Fortaleza y confianza en sí mismo. Del total de los pacientes, solo el 59.77% refieren estar de acuerdo en tener claro sus objetivos y metas, mientras que el 30.26% demostró estar totalmente de acuerdo en tener confianza y optimismo en sí mismo, y tan solo el 9.96% se mantiene en desacuerdo al no sentirse con la fortaleza y tenacidad para enfrentar las adversidades en su vida diaria.

De esta dimensión o factor la pregunta más significativa para medir el grado de resiliencia fue la siguiente:

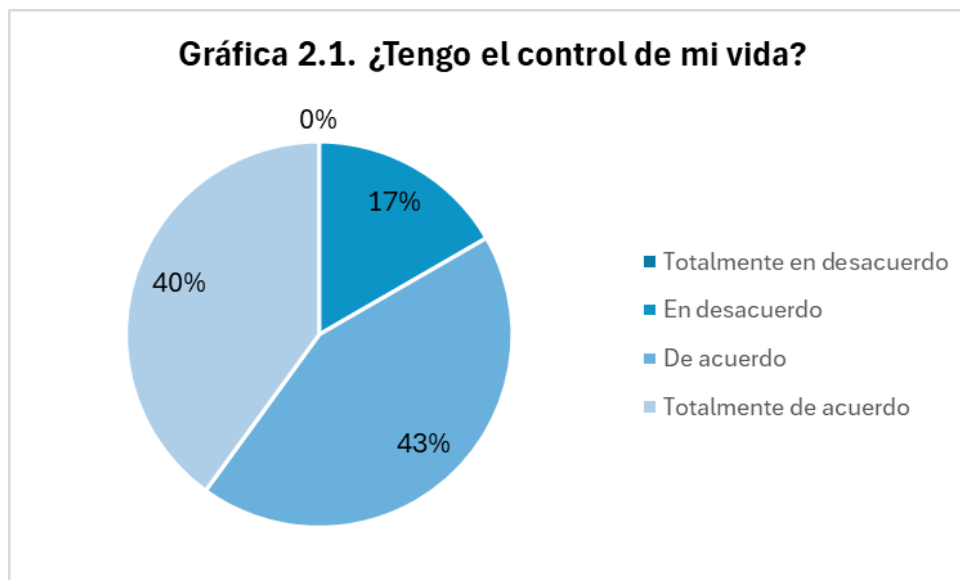
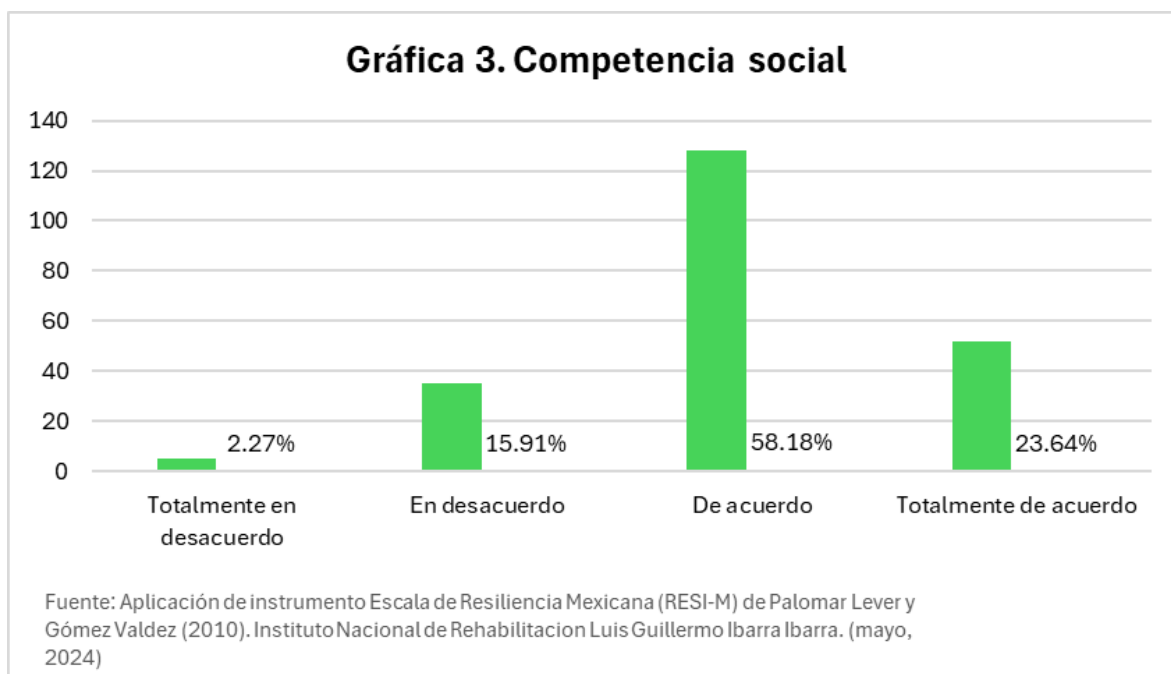


Gráfico 2.1. ¿Tengo el control de mi vida?. El 83% de los pacientes con alguna amputación estuvo de acuerdo en sentir y aceptar tener el control de su vida, ya que les permite ser dueños de su propio destino, aumentando su confianza para así construir objetivos realistas a su nuevo estilo y forma de vida.



Gráfica 3. Competencia social. El 58.18% de los pacientes consideran estar de acuerdo en tener la capacidad y facilidad para relacionarse con los demás, seguido del 23.64% que están totalmente de acuerdo en disfrutar la convivencia, mientras que solo el 18.18% refieren no estar de acuerdo en lograr interactuar correctamente con otros.

De esta dimensión o factor la pregunta más significativa para medir el grado de resiliencia fue la siguiente:

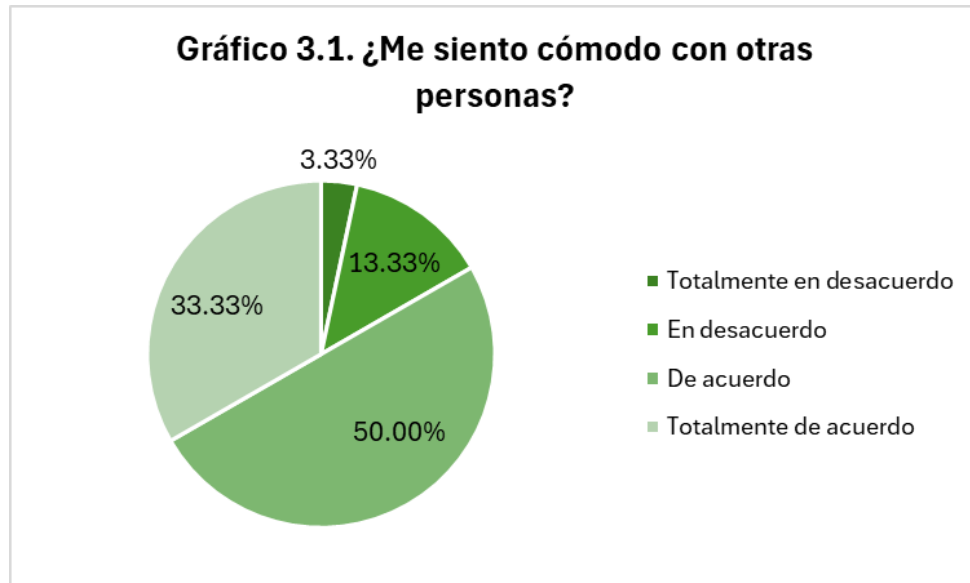
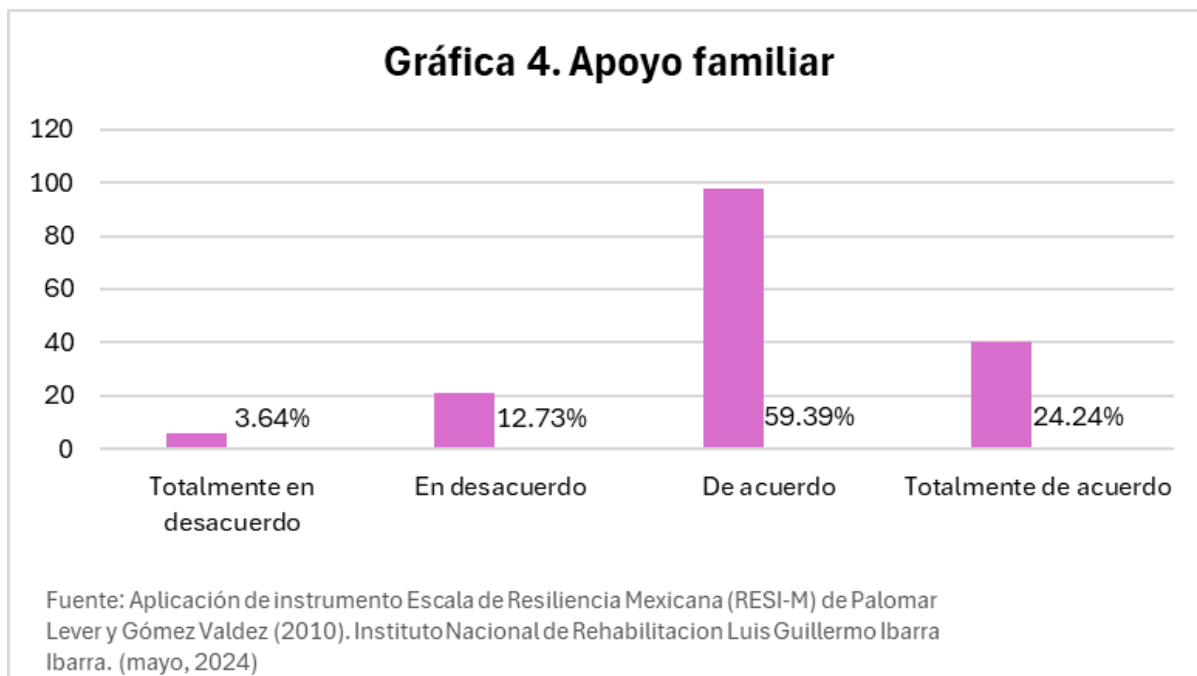


Gráfico 3.1. ¿Me siento cómodo con otras personas?. El 83.33% de los pacientes refieren estar seguros en manejar el factor de competencia social adecuadamente, si bien sabemos que el proceso de amputación para el paciente es complicado, ya que cambiará la manera en que las personas lo perciben física y emocionalmente, es importante que el paciente amputado acepte y se sienta seguro con su cuerpo desarrollando una mayor confianza si mismo, permitiendo así interactuar libremente sin sentirse limitado por la percepción que otras personas puedan tener en el.



Gráfica 4. Apoyo familiar. El 59.39% de los pacientes refieren estar de acuerdo con la buena convivencia y tiempo que les brinda su familia, mientras que el 24.24% está totalmente de acuerdo al decir que cuenta con el apoyo y lealtad de su familia, y tan solo el 16.37% se mantiene en desacuerdo al no tener una buena relación con sus familiares.

De esta dimensión o factor la pregunta más significativa para medir el grado de resiliencia fue la siguiente:

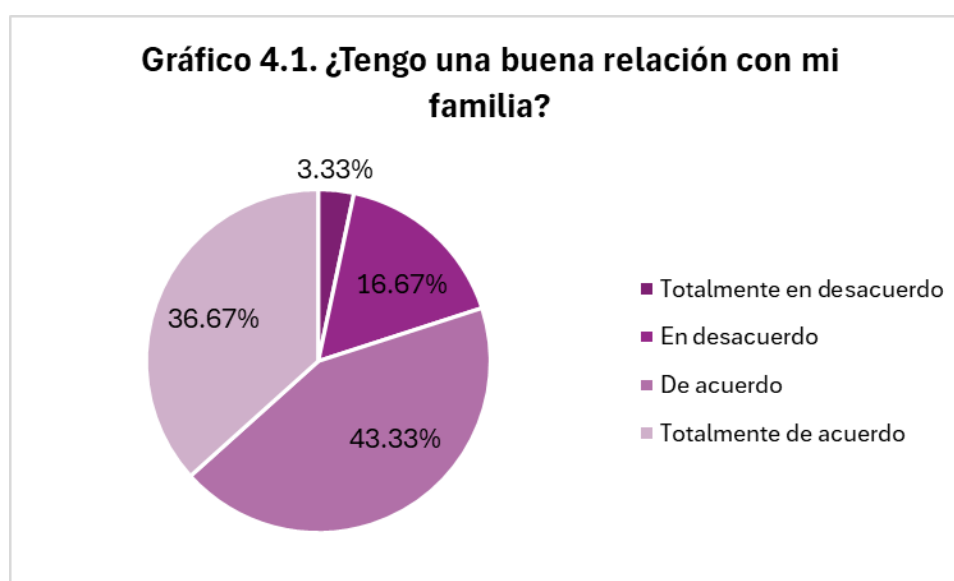
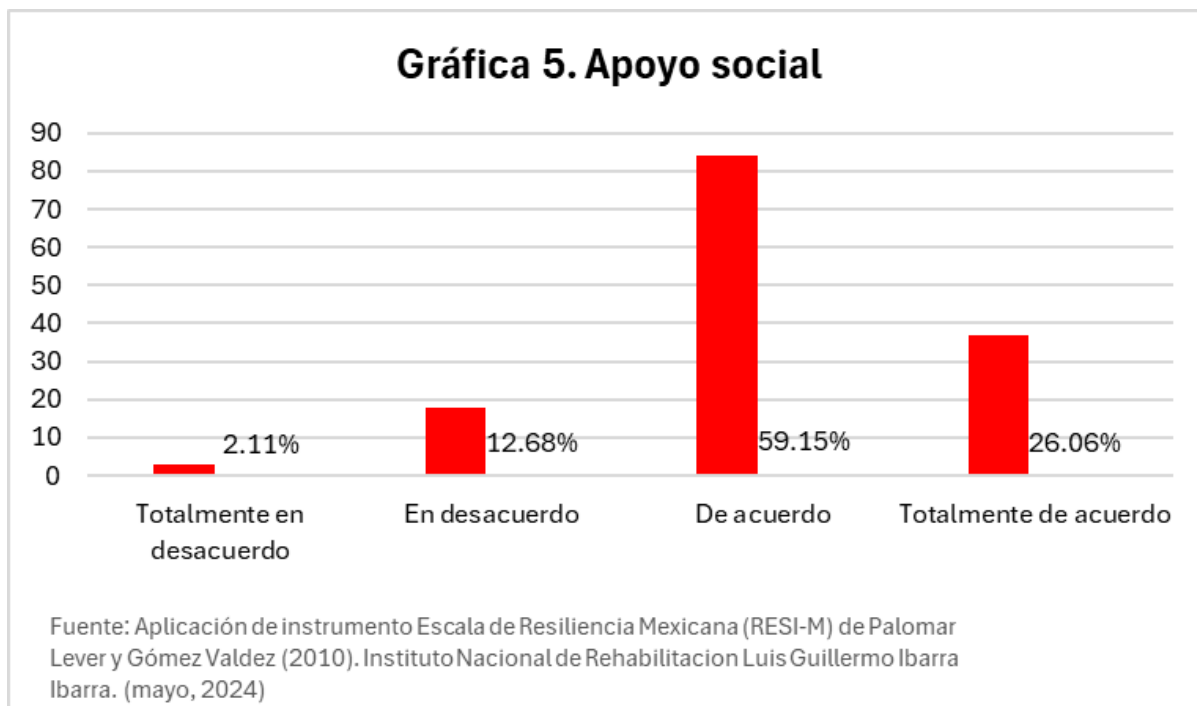


Gráfico 4.1. ¿Tengo una buena relación con mi familia?. El 80% de los pacientes considera que el apoyo incondicional, el amor y la comprensión de los seres queridos pueden ayudar a

superar el duelo por la pérdida de la extremidad, ayudando a afrontar los desafíos diarios encontrando en ellos la motivación para seguir adelante.



Gráfica 5. Apoyo social. El 59.15% de los pacientes están de acuerdo que existe un vínculo entre sus amigos y ellos que los mantienen comunicados, mientras que el 26.06% refiere tener entre sus amigos y familiares comunicación y confianza, y tan solo el 14.79% está en desacuerdo al no tener un vínculo con un conjunto de personas.

De esta dimensión o factor la pregunta más significativa para medir el grado de resiliencia fue la siguiente:

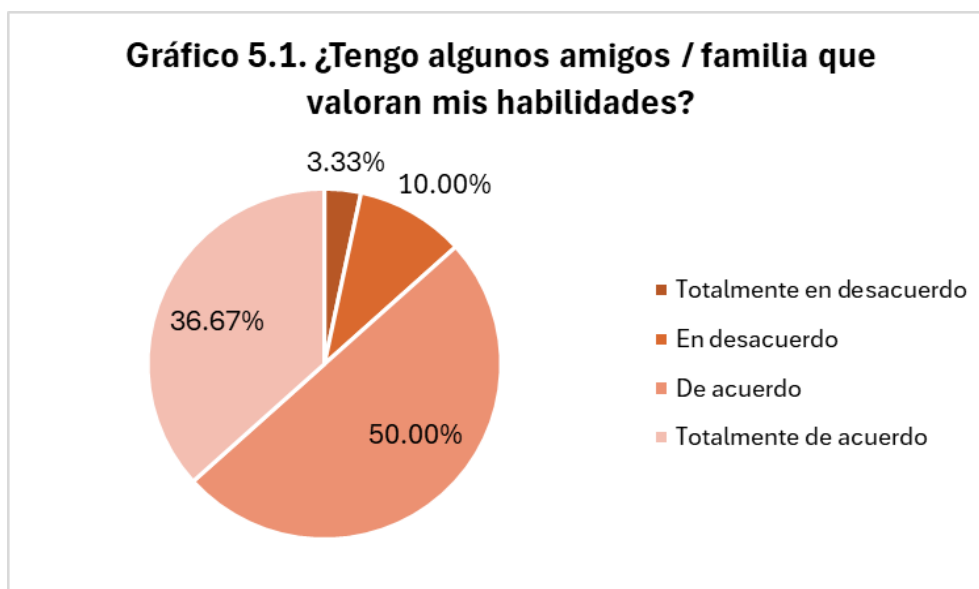
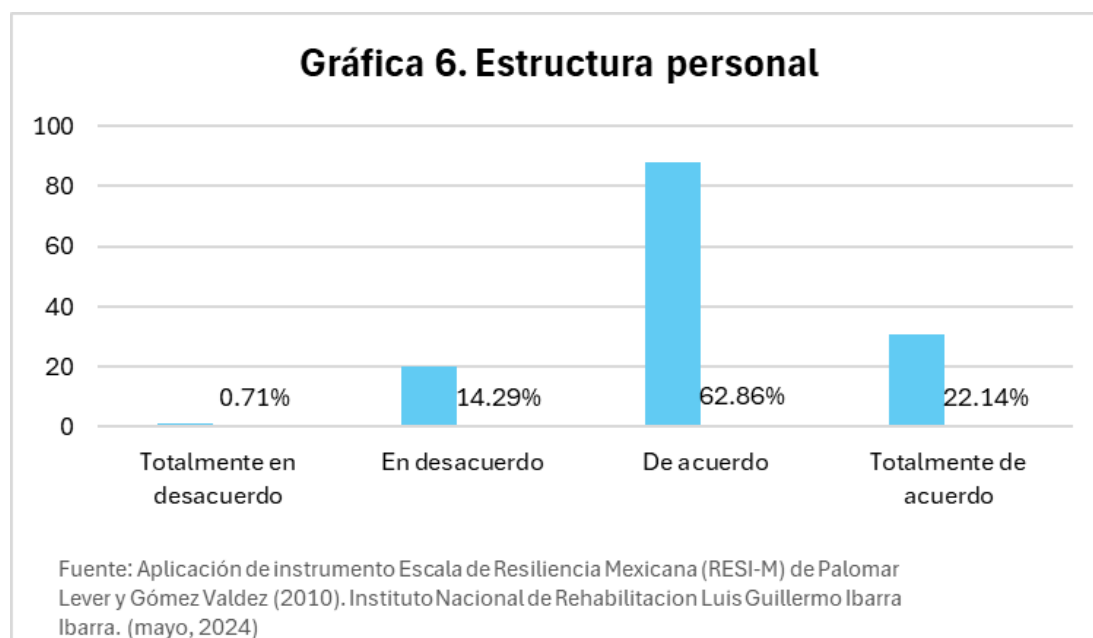
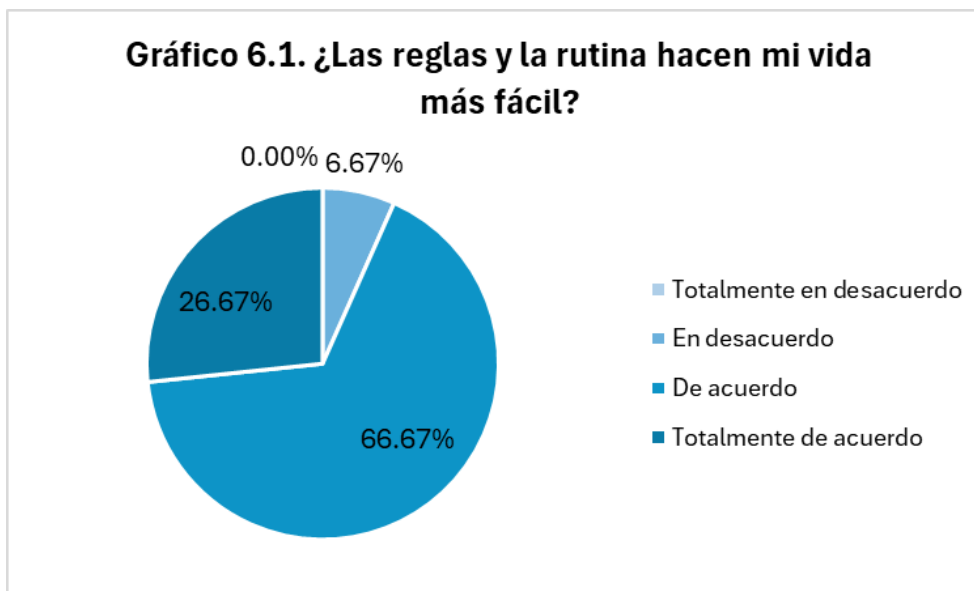


Gráfico 5.1. ¿Tengo algunos amigos / familia que valoran mis habilidades?. El 86.67% de los pacientes refieren que uno de los factores más importantes es el poder contar con una red de apoyo que ayude a elevar su autoestima y confianza, valorando las habilidades que día con día va desarrollando con base a su limitación física, permitiendo mantener su independencia, para así, seguir aumentando su nivel de resiliencia.



Gráfica 6. Estructura personal. El 85% de los pacientes están de acuerdo al referir tener reglas y normas que hacen un poco más fácil llevar su vida aún tras un suceso traumático, mientras que solo 15% se encuentra en desacuerdo al no llevar un orden que les ayude.

De esta dimensión o factor la pregunta más significativa para medir el grado de resiliencia fue la siguiente:



Gráfica 6.1. ¿Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil? El 93.34% de los pacientes consideraron que el seguir con las reglas y la rutina es fundamental para su adaptación, al establecer una rutina diaria ayuda a crear un sentido de normalidad y control en una vida que ha sido alterada por la amputación. Además la rutina proporciona una sensación de seguridad y estabilidad lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con la adaptación a su nueva realidad física.

CONCLUSIÓN

Al realizar la aplicación y recolección de datos por medio del instrumento, así como el vaciado de datos y la interpretación por medio de gráficas se cuenta con la información necesaria que nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- Los resultados de la información obtenida nos hace aceptar la hipótesis previamente establecida en donde se menciona que más del 70% de la población que integra este estudio muestran un alto grado de resiliencia.
- Se reafirma que la existencia de una red de apoyo que incluya buenas relaciones con familiares y amigos, en donde se valoren sus habilidades y destrezas, ayuda a que exista una recuperación física y psicológica, elevando el grado de resiliencia en los pacientes amputados.
- Se demuestra que los factores psicológicos que se desarrollan después de una amputación son un factor esencial para elevar el grado de resiliencia en los pacientes,

favoreciendo su estructura personal que los ayude a seguir con su rutina logrando completar sus objetivos y metas.

- Se reconocen los factores que elevan el grado de resiliencia en el paciente amputado.

De los pacientes previamente estudiados se puede concluir lo siguiente, se afirma que el tener control sobre su vida, sentirse cómodo con los demás y seguir reglas y rutinas son aspectos clave para superar los desafíos emocionales y físicos que conlleva la amputación. Al combinar estos elementos, la persona amputada puede elevar su grado de resiliencia al tener la confianza necesaria que le ayude a vivir una vida plena, satisfactoria y llena de propósito, más allá de su condición física.

Por ende, se considera que los pacientes con alguna amputación deben tener la oportunidad de contar con más programas que les proporcionen intervenciones educativas en instituciones médicas o programas de salud, donde se puedan desarrollar pláticas, conferencias, talleres, etc, que les brinden herramientas efectivas para desarrollar la resiliencia, esto incluye comprender qué es y cómo se puede dar la resiliencia, los beneficios para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria que les permitirá adaptarse mejor a su nueva realidad, superando así desafíos y mejorar su calidad de vida.

ANEXOS

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010)

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace				

sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda.				
3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				

24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.- Es fácil para mi hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia.				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				

43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				
--	--	--	--	--

Propuesta de intervención educativa

Intervención educativa para elevar el grado de resiliencia en pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Dr. Guillermo Ibarra Ibarra	
Nombre de la planeación didáctica	¿Sabes los beneficios de ser una persona resiliente? Ven y conócelos ... !SE VALIENTE SE RESILIENTE!
Tema	Intervención educativa para elevar el grado de resiliencia
Objetivo general	Dar a conocer qué es la resiliencia, así como sus beneficios y elevar el grado de resiliencia
Número de sesiones	3
Tiempo máximo estimado	3 días de 40 - 60 min cada uno

Fecha	Agosto 2024
Responsables	Pérez Chávez Itzel, Pérez Sánchez Fernanda

¿Sabes los beneficios de ser una persona resiliente?
Ven y conócelos ... !SE VALIENTE SE RESILIENTE!

Número de sesión y la fecha	Objetivo de la sesión	Contenidos a abordar	Actividades de enseñanza y aprendizaje	Recursos físicos, humanos y didácticos	Tiempo
Sesión 1	Que los adultos conozcan qué es y cómo se puede dar la resiliencia en los pacientes con alguna amputación.	-Definición la resiliencia - Cómo se da la resiliencia	Centradas en los adultos: Plática (exposición): Transmitir los conocimientos con enfoque crítico/educativo que conduzca a los adultos a comprender lo que conlleva la resiliencia Centradas en la enseñanza: Trabajo en equipo y reflexivo	Físicos: Carteles, folletos y lugar para realizar la intervención Humanos: Personal capacitado Didácticos: Los materiales y recursos son los instrumentos que se utilizan para facilitar la comunicación entre el personal de salud y los adultos	Abarcar de 40 - 60 min todas las actividades a realizar
Sesión 2	Que los adultos reconozcan los beneficios que pueden tener al ser resilientes para satisfacer las necesidades de su vida diaria	- Beneficios de la resiliencia en la vida diaria	Centradas en los adultos: Plática (exposición): Transmitir los conocimientos con enfoque crítico que conduzca a los adultos a comprender y reflexionar los beneficios de ser resilientes para su vida diaria. Centradas en la enseñanza: Trabajo en equipo y reflexivo	Físicos: Carteles, folletos y lugar para realizar la intervención Humanos: Personal capacitado Didácticos: Los materiales y recursos son los instrumentos que se utilizan para facilitar la comunicación entre el personal de salud y los adultos	Abarcar de 40 - 60 min todas las actividades a realizar
Sesión 3	Que los adultos logren aumentar su nivel de resiliencia y que acepten la realidad en la	-Cómo elevar el nivel de resiliencia	Centradas en los adultos: Plática (exposición): Transmitir los conocimientos con enfoque crítico/educativo que conduzca a los adultos a fomentar/elevar	Físicos: Carteles, folletos y lugar para realizar la intervención Humanos: Personal capacitado	Abarcar de 40 - 60 min todas las actividades a realizar

	que viven.		su nivel de resiliencia <i>Centradas en la enseñanza:</i> Trabajo en equipo y reflexivo	<i>Didácticos:</i> Los materiales y recursos son los instrumentos que se utilizan para facilitar la comunicación entre el personal de salud y los adultos	
--	------------	--	---	---	--

Carta de consentimiento informado

CDMX a _____ de _____ del 2024

Estimado(a) Usuario:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra en colaboración con la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Somos Pasantes del Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería.

Esta investigación va enfocada al grado de resiliencia en pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación, con el objetivo identificar el grado de resiliencia que tienen los pacientes adultos de 18 a 59 años con alguna amputación en el Instituto Nacional de Rehabilitación con

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angarita M, Alejandra M, Carrillo Villa S, Ribero G, Fernando O, García RG, et al. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2014;42(1):40–6. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713001044#section-cited-by>
2. Ca GBJA. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66864>
3. Figueroa, M. J., & Alfaro, C. A. (s/f-a). Unicef.org. Recuperado el 25 de octubre de 2023, de <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

4. Font-Jimenez, I., Llauredó-Serra, M., Pallarés-Martí, À., & García-Hedrerera, 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>
5. Govantes BY, Julio AGC, Arias CA. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. *Rev Cub de Med Fis y Rehab*. 2016;8(1):33-43. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66864>
6. García JK. Revista Cúpula [Internet]. 2017;31(2):8–43. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
7. Guadalupe M. RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL. *Uaemexmx* [Internet]. 2019. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/99130>
8. Mesquita Dummar, A. D. (2021). Amputación y salud mental: una revisión sistemática. <http://hdl.handle.net/10651/60268>
9. McGiffin, J. N., Ehde, D. M., Williams, R. M., & Bonanno, G. A. (2023). Heterogeneous Trajectories of Depression and Resilience Following Limb Amputation. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 10.1002/pmrj.13095. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13095>
10. Ocampo M., Henao L., Vásquez L. (2010). Amputación de miembro inferior. *Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano*. Bogotá: Universidad del Rosario. 40: 1-26.
11. Pozzi M. Adulto mayor: un neologismo para disimular la ineludible vejez. *Upf.edu*
12. Reacciones emocionales y psicológicas a la amputación. (s/f). *Physio-pedia.com*. Recuperado el 22 de noviembre de 2023, de <https://langs.physio-pedia.com/es/emotional-and-psychological-reactions-to-amputation-es/>
13. Rodríguez-Moctezuma J. R, López-Delgado M. E, Ortiz-Aguirre A. R, Jiménez-Luna J, López-Ocaña L. R, , Chacón-Sánchez J. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2015; 53(5):546-551. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744939009>
14. SANITAS. (s/f). Riesgos y complicaciones de la amputación de extremidades. *Sanitas*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/amputacion-extremidades>

15. (S/f). Redalyc.org. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538020/html/>
16. Torres, B. (2022, diciembre 16). 75 amputaciones diarias en México. UNAM Global - De la comunidad para la comunidad; UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/75-amputaciones-diarias-en-mexico/
17. Unidad de Investigación en Órtesis y Prótesis, única en México y AL. (2022, diciembre 1). Gaceta UNAM.
18. Villaseñor Moreno J. C, Escobar Reyes V. H, Sánchez Ortiz Á. O, , Quintero Gómez I. J. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2014; 19(1):62-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47330738010>
19. Villaseñor Moreno J. C, Escobar Reyes V. H, Sánchez Ortiz Á. O, , Quintero Gómez I. J. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2014; 19(1):62-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47330738010>
20. Vega VCZ, Gómez-Escobar G, Rodríguez HEE, et al. Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior. Rev Elec Psic Izt. 2017;20(1):34-56.