

[Fecha]

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO JOVEN

RESILIENTE AMPUTADO DE MIEMBRO INFERIOR,

EN EL INSTITUTO NACIONAL DE

REHABILITACIÓN

“LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA”.

Por: Zuri Betzabe Juárez Aguilar
Daisy Verónica Ordaz Arteaga

Asesora: Mtra. Ana Bertha Jiménez
Asesor clínico: Dr. Martín Pantoja

Contenido

1.	TÍTULO	3
2.	INTRODUCCIÓN	3
3.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
5.	OBJETIVO GENERAL.....	5
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
6.	HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	7
7.	JUSTIFICACIÓN	7
8.	MARCO REFERENCIAL.....	8
8.1	ANTECEDENTES.....	8
9.	EPIDEMIOLOGÍA.....	11
10.	MARCO TEORICO.....	16
10.1	RESILIENCIA.....	16
10.1.1	Factores resilientes del individuo.....	18
10.1.2	Fomento de la resiliencia.....	20
10.1.3	Estrategias de afrontamiento	21
10.2	CALIDAD DE VIDA.....	21
10.2.1	Calidad de Vida relacionada son la Salud.....	23
10.2.2	Funcionamiento social, físico y cognitivo	24
10.2.3	Movilidad y cuidado personal.....	25
10.2.4	Bienestar emocional.....	26
10.3	FAMILIA NUCLEAR.....	27
10.4	FAMILIA EXTENSA.....	29
10.5	EL ADULTO JOVEN COMO SER BIOPSIOSOCIAL Y ESPIRITUAL	31
10.6	IMPACTO INDIVIDUAL, SOCIAL, FAMILIAR Y ECONÓMICO DEL JOVEN AMPUTADO	32
10.7	CUIDADOS A LARGO PLAZO.....	33
10.8	PACIENTE AMPUTADO	35
10.8.1	Tipos de amputaciones.....	37
10.8.2	Niveles de amputación de la extremidad pélvica ⁵³	38
10.8.3	Niveles de amputación de la extremidad torácica ⁶	38
10.8.4	Prótesis	39
10.8.5	Fases de la Rehabilitación ^{55,56}	39
10.8.6	Secuelas, complicaciones de la amputación.....	40

11.	METODOLOGÍA.....	44
11.1	DISEÑO.....	44
11.2	MÉTODO.....	45
11.3	LUGAR DE ESTUDIO	45
11.4	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
11.6	CRITERIOS	46
11.7	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	46
12.	PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	49
12.1	RECOLECCIÓN DE DATOS	49
12.2	INSTRUMENTACIÓN Y EQUIPOS DE MEDICIÓN	50
12.3	TÉCNICA DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	50
13.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	50
14.	RECOMENDACIONES.....	51
15.	CRONOGRAMA.....	52
16.	COSTOS	52
17.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
18.	ANEXOS	59

1. TÍTULO

Calidad de vida del adulto joven resiliente amputado de miembro inferior en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

2. INTRODUCCIÓN

Ante la problemática de la discapacidad, la legislación e instituciones se han centrado principalmente en el área de la rehabilitación física, en especial en personas que han sufrido de una amputación traumática, relegando el área emocional. Pese a que la inteligencia y educación emocional representan un conocimiento que puede contribuir con el ajuste psicosocial de las personas que poseen este tipo de discapacidad, el estudio de la resiliencia ha sido poco desarrollada en las intervenciones de diversas instituciones, así como su vínculo con la calidad de vida de esta población.

Este protocolo tiene la intención de conocer cómo es que se enfrentaría el joven amputado ante diversas situaciones desde la educación emocional, la inestabilidad emocional individual y familiar que origina una amputación traumática en personas que son atendidas en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR) y como es la calidad de vida respecto a la resiliencia que presentan estos pacientes.

Por tanto, sería relevante tratar el tema de calidad de vida en el paciente amputado resiliente, en general, y las complicaciones que frecuentemente afectan este proceso, en particular, con el ánimo de aportar, desde la teoría y la experiencia, alternativas de manejo que minimicen o solucionen las dificultades que se presentan en este proceso.

Uno de los aspectos preliminares a considerar es la importancia del conocimiento y la comprensión del proceso de rehabilitación como un todo. Es decir, no sólo como la adaptación de una prótesis a un muñón, dado que este proceso debe ser llevado a cabo por profesionales con la experticia necesaria y mediante un equipo multidisciplinario, así como para la elaboración de las ayudas para la adaptación psico-social de la persona con amputación.

3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Hablar de bienestar implica necesariamente hablar de salud, la cual ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Esta definición implica adoptar una visión holística en conjunto con las tres dimensiones antes mencionadas.

Robles et al², definen Calidad de vida como la sensación de bienestar que experimentan los individuos, siendo esta la suma de las sensaciones subjetivas y personales que los hacen sentirse bien.

Según Celemin et al³, la calidad de vida se puede medir de dos formas, subjetiva y objetivamente, la calidad de vida subjetiva se refiere a la percepción individual de lo bueno en la vida de las personas, es la evaluación e interpretación de la vida desde los propios sujetos. La evaluación objetiva tiene que ver con la cultura y la población en la que vive, la capacidad que la persona tiene para adaptarse a los valores de la cultura, evaluada por indicadores sociales (oficinas de gobierno, censos y estadísticas).

La amputación es definida como la ausencia de una extremidad o parte de ella, según sea el nivel de amputación será el nivel de dependencia del individuo y por consiguiente la calidad de vida, ya que el rol social, familiar y personal se ve influenciado negativamente sin mencionar el efecto psicológico, en especial cuando no se lleva a cabo el proceso de resiliencia junto con un buen apego terapéutico^{4,5} ya que este es el principal objetivo del tratamiento, el mantenimiento de la máxima funcionalidad de lo que la persona puede hacer y lo que demanda el medio físico y social en el que se desenvuelve, cuando se hace referencia a la discapacidad no solo se habla de las condiciones físicas, psíquicas y sensoriales del individuo sino a la importancia de la independencia que se tiene para vivir aún en presencia de estas limitaciones⁶.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad de vida del adulto joven resiliente, amputado de miembro inferior, que se encuentra en etapa de rehabilitación en el INR?

5. OBJETIVO GENERAL

Se identificará el grado de resiliencia en torno a la percepción de Calidad de Vida que presenta el adulto joven amputado de miembro inferior en etapa de rehabilitación, que asiste al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR).

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Se analizará la adaptación que tiene el adulto joven amputado de miembro inferior al enfrentarse a su nueva condición de vida mediante la capacidad de la realización de sus ABVD
- Se determinará el nivel de satisfacción del adulto joven amputado de miembro inferior mediante la percepción que tiene sobre su calidad de vida, posterior a la amputación.
- Se evaluará las capacidades resilientes del adulto joven amputado de miembro inferior a través del reconocimiento de sus fortalezas.
- Se identificará las capacidades resilientes sobre la calidad de vida del adulto joven amputado de miembro inferior mediante la percepción de su entorno físico.
- Se reconocerá el tipo de resiliencia que presenta en adulto joven amputado de miembro inferior de acuerdo con la percepción que tiene sobre su competencia social posterior a la amputación.
- Se identificará el nivel de calidad de vida que presenta el adulto joven amputado de miembro inferior con base en la percepción que tiene de su actual estado de salud respecto a la amputación.
- Se conocerá el nivel de calidad de vida que presenta el adulto joven amputado de miembro inferior mediante la percepción que tiene sobre su independencia física post amputación.

- Se analizará el tipo de resiliencia que presenta el adulto joven amputado de miembro inferior mediante la percepción que tiene sobre su apoyo familiar y social, posterior a la amputación.
- Se identificará el tipo de resiliencia que presenta el adulto joven amputado de miembro inferior de acuerdo con la estructura y organización de sus actividades diarias.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Ho:

El adulto joven resiliente, amputado de miembro inferior en etapa de rehabilitación atendido en el INR no tiene un alto nivel de calidad de vida.

Ha:

El adulto joven resiliente, amputado de miembro inferior en etapa de rehabilitación atendido en el INR, tiene un alto nivel de calidad de vida.

7. JUSTIFICACIÓN

En México, la población de amputados ha sido poco estudiada, es insuficiente la información acerca de esta y sus características como causas, edad, sexo, entre otras. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2010 habían 2,437, 397 personas con limitación para caminar o moverse, que comprendía el 58.3% de la población total del país⁷, de las cuales 785 000 presentaban ausencia de una o varias extremidades (amputados), y en 2014 se registró un incremento, el cual oscilaba los 935 000⁸.

En el mismo año, se contabilizó un 32.1% de jóvenes (15-21 años) con dificultades para caminar, subir o bajar usando sus piernas, sin especificar el tipo de discapacidad, si bien, la población con mayor porcentaje de discapacitados es este rubro son los adultos mayores (60 años o más) con el 81.3%⁹.

La percepción que se tiene de la resiliencia y calidad de vida van de la mano, ya que cuando se es joven comienza la construcción de la identidad, adquisición de destrezas, identificación de la vocación, independencia financiera, desarrollo de la competencia emocional y social, lo que será posible con la experiencia de diferentes conductas del individuo, las cuales, varían de forma significativa entre una persona u otra y la capacidad que tienen de afrontar diferentes situaciones y la superación de eventos traumáticos, si el individuo no es resiliente no podrá adaptarse a los cambios y su calidad de vida será diferente¹⁰, si bien esto ha sido estudiado en diferentes etapas de la vida, el adulto joven se encuentra, por su propia naturaleza en una etapa de constantes cambios, por lo cual surge la necesidad de conocer estos aspectos que afectan ya sea positiva o negativamente a la población en estudio.

8. MARCO REFERENCIAL

8.1 ANTECEDENTES

Actualmente la información de la resiliencia y calidad de vida en el paciente amputado en México es escasa, más aún del paciente joven, si bien existe información, esta se relaciona principalmente con el adulto mayor y con Diabetes Mellitus (DM), la cual por su propia fisiopatología hace de las amputaciones algo frecuente en la etapa adulta del individuo.

Gómez C., y Arévalo F. (2016) realizaron una investigación titulada “Calidad de Vida en los pacientes con Amputación por Diabetes Mellitus” en el Hospital MINSa II en Tarapoto Perú. A una muestra de 100 pacientes se les aplicó el cuestionario Whoqol-Bref, en los resultados se obtuvo un porcentaje de 61% de pacientes varones, 34% de los pacientes tienen una edad entre 49 y 58 años, 40% son casados, 93% tiene hijos, 34% tiene estudios primarios completos y el promedio de años que han padecido DM es de 8,22.

La calidad de vida se midió con las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente obteniendo un resultado de calidad de vida media⁶¹.

Álvarez Morgade C., Simón San Juan M., Corral Bergantiños Y. (2016). El estudio titulado “Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal”, realizado en España tiene como objetivo valorar el proceso de intervención de la Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior basándose en el nivel de independencia y autonomía que el individuo alcanza, esto se realizó mediante 3 fases, pre-protésica, protésica y asesoramiento, donde se obtuvo como resultado que el 91.66% de los casos mejoraron la realización de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria con la intervención de la Terapia Ocupacional, al mejorar estas Actividades mejoró su calidad de vida logrando una mayor independencia y autonomía del paciente⁶².

Jara F. y Once L. (2017) en su investigación “Resiliencia y Calidad de vida de personas con discapacidad física congénita y/o adquirida en el Cantón Cuenca – Ecuador” analizaron la relación entre la resiliencia y la percepción de su calidad de vida de las personas con discapacidad física. La muestra estuvo conformada por 30 adultos de entre 35 y 65 años,

a los cuales se les aplicó la versión Española del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y la Escala Breve sobre Resiliencia (BRS).

Se midieron los dominios físico, psicológico, social y ambiental, el resultado fue una calidad de vida media siendo el dominio físico el más afectado, el 63% de los pacientes también reportaron niveles medios de resiliencia obteniendo una correlación positiva entre este y calidad de vida⁶³.

Rodas P. (2015), realizó una investigación en Guatemala titulada “Autopercepción de la calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior”. Esta investigación tiene por objetivo determinar las características de los pacientes amputados y su nivel de dependencia, se evaluó un total de 52 pacientes (de entre 18 y 80 años) con el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF-26, junto con la escala de Barthel para evaluar el grado de dependencia física. El resultado general fue una calidad de vida aceptable (de una escala con los rubros: deficiente, aceptable y alta) siendo los pacientes jóvenes (18 a 50 años) quienes poseen un valor de índice de calidad de vida del dominio RELACIONES SOCIALES mayor que las personas mayores (51 a 80 años): 18 a 50 años=59.8 puntos y 51 a 80 años=42.4 puntos¹⁶.

Cabrera M. (2016) “Calidad de vida en salud en individuos amputados de extremidad inferior con prótesis del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda”, tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes amputados antes y después del uso de la prótesis. A una muestra de 30 pacientes se les aplicó el instrumento SF-12v2, se obtuvo una edad promedio de 57,8 años, el 56.7% corresponde a una amputación por pie diabético seguido de enfermedad vascular y traumatismos con un 28.6%.

Se concluyó una mejora en la calidad de vida, tanto del componente físico y mental, con el uso de prótesis⁶⁴.

Repetto Cortes MA (2016). En la investigación Los amputados y su rehabilitación, un reto para el Estado. Evaluación y tratamiento psicológico de los amputados. En cuanto a resiliencia en el paciente amputado, se obtuvo que el ajuste psicosocial en personas que han sufrido la pérdida de una extremidad ya sea inferior o superior, va a depender de un conjunto de distintas variables implicadas en este proceso. Encontrándose diferencias en cuanto a la recuperación de las amputaciones de extremidades superiores e inferiores. Las extremidades superiores representan un mayor reto para la adecuada adaptación, las personas que han tenido amputaciones en estas áreas presentan dificultades para lograr una recuperación y adaptarse a la discapacidad física, en los estudios presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como menos niveles de actividad física, mayor molestia y aislamiento social, preocupaciones en cuanto a su situación laboral, familiar y social, sin embargo, los estudios que se han realizado en esta área son muy escasos, ya que las amputaciones de las extremidades superiores no son tan comunes como las de las inferiores²⁰.

9. EPIDEMIOLOGÍA

La etapa del adulto joven es comprendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 21 y 24 años, sin embargo, Schütz y Tavares¹¹ consideran un rango de los 19 a los 24 años, es en esta etapa cuando el individuo, biológicamente se muestra más fuerte, vital, enérgico, y las condiciones de salud son favorables.

El INEGI, reporta que el número de amputados es cerca de 780 mil. Mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, registra que son más de 5 millones de personas las que tienen incapacidad para desplazarse. Por otra parte, la Academia Nacional de Cirugía reporta que se amputan en México 75 personas diarias, y que tan solo en el 2014 fueron cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna incapacidad e incluye personas de todas las edades.

Según la Encuesta Mundial de Salud, se refiere que hay 15.6% de discapacitados entre los mayores de 18 años y el número de amputaciones se ha mantenido más o menos estable, en los últimos años y que afecta a todos los grupos de edad.

Según una investigación realizada por la Academia Nacional de Medicina, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con la diabetes. En México, de acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 70% de las amputaciones de extremidades inferiores ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente en personas que padecen diabetes.

En cuanto a la distribución para 2013 de los casos de amputados registrados en el Sistema automatizado de egresos hospitalarios y procedimientos médicos de la Secretaría de Salud:

CAUSAS	ESPECIFICACIONES	GRUPO DE EDAD CON MAYOR INCIDENCIA	RAZÓN DE SEXO
Vasculares	Son las que generan el mayor número de amputaciones en México.	El patrón observado en este tipo de amputaciones es que, si bien hay un incremento a partir de los 40 años, es en los grupos de entre los 50 y 64 años.	Ocurre el mayor número de casos a una razón de 2:1 entre el sexo masculino y femenino.
Amputaciones traumáticas	Producidas por accidentes	Se observa con claridad que es la población en edad productiva la	El sexo masculino presenta el mayor número de casos con una razón de 5:1, es

		más afectada, con los jóvenes entre 15 y 24 años.	decir por cada cinco casos en el sexo masculino ocurre uno en el femenino.
Problemas degenerativos	Cáncer, DM	Presentan una distribución diferenciada según el grupo de edad y sexo, con un incremento en los grupos de 40 a 64 años.	Predominio del sexo masculino.

Cuadro 1. Realizado por: Juaréz Z, Ordaz V. 2019

Por otra parte, la Academia Nacional de Cirugía⁷ reporta que se amputan en México 75 personas diarias. Los datos a 2014 muestran que hay cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna incapacidad e incluye personas de todas las edades. Las “enfermedades vasculares”, contribuyen el 81% de los casos, así como las amputaciones traumáticas representan el 16%.

Los tumores malignos representan el 3% de los casos. Sólo 1 de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita, sólo el 30% de los rehabilitados saben usar la prótesis.

De 75,000 amputados sólo se rehabilitan 7,500, 67,500 no llegan a utilizar una prótesis y 5,250 no la saben utilizar.

Las causas más frecuentes de amputación traumáticas son:

- Exposición a fuerzas mecánicas
- Otros accidentes
- Transporte motorizado
- Quemaduras
- Contacto con animales.

En cuanto al lugar en el que ocurren estos accidentes se sabe que el:

- 51% no está documentado, 1% ocurre en la escuela; 27% en casa.

- El 75% de los que sufren amputaciones traumáticas son hombres.

En 2014 se registraron 1 347 amputaciones de origen accidental que afectaron sobre todo a hombres, con 75% de todos los casos registrados. En general estas amputaciones de origen accidental afectaron a los adultos jóvenes entre 20 y 39 años, quienes podrían identificarse como el grupo poblacional con mayor afectación.

Cuadro 2. Amputaciones traumáticas accidentales por grupo de edad.

Edad	Amputaciones	Porcentaje
Menores de 10 años	271	20.1
10 a 19 años	260	19.3
20 a 39 años	417	31.0
40 a 59 años	259	19.2
60 años y más	140	10.4

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). Secretaría de Salud; 2014.

En cuanto a la amputación de una extremidad por la presencia de un tumor maligno. Las neoplasias en cuestión se pueden dividir en dos grandes grupos: los tumores óseos y los de tejidos blandos. La incidencia de las neoformaciones óseas malignas primarias es de 1 caso por cada 100 000 habitantes por año de los cuales la edad media en que se realiza la amputación en este caso de mayormente es entre los 50 a 60 años siendo el sexo masculino donde se presenta con mayor frecuencia ¹³.

Según lo expuesto en la Encuesta Mundial de Salud, en la que participaron 59 países, que engloban 64% de la población mundial, hay 15.6% de discapacitados entre los mayores de 18 años mientras que el Programa Sectorial de salud 2013-2018 aclara que la rehabilitación no sólo se compone de técnicas restauradoras de la salud, sino que es una filosofía y responsabilidad médica para la atención integral de los pacientes¹⁴.

La Dra. Irma Guadalupe Espinosa Jove, jefa del Servicio de Atención de Amputados del INR en el Acta de la Sesión del 4 de marzo del 2015, menciona que:

Más de la mitad de los pacientes que atienden en el Servicio de Amputados, se ven por primera vez en el INR.

Las principales causas de la amputación entre los pacientes que se atienden en el INR son la traumática y la DT2, 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.

Según lo expuesto por la Dr. Espinoza, en cuanto avances tecnológicos el INR es la primera institución en implantar una prótesis de manera inmediata a la amputación con lo cual el paciente empezaba a caminar a las 48 horas, además había menos dolor, incluyendo al postraumático y al dolor fantasma; también mejora de la imagen corporal del paciente¹⁵.

En un estudio realizado dentro del INR en 2014 se encontró que en el 2011 se atendieron 166 casos de amputaciones de conformidad con la siguiente distribución: 14 casos de amputación del pie, nivel no especificado, el 8.43%; amputación traumática de la articulación de la cadera, 62 casos, el 37.35 % de total; amputación traumática de la pierna, nivel no especificado, 45 casos, el 27.11% de amputación traumática de la pierna, nivel no especificado; 24 casos, el 14.46 %; de amputación traumática del antebrazo, nivel no especificado; 19 casos, el 11.45% amputación traumática de otro dedo único. Observándose frecuencias mayores al 10% en los grupos de 45-49, 50-54 y 60-64, los que tuvieron el mayor número de amputaciones. En los 166 pacientes con amputaciones, 112 de 166, el 67.5%. El

promedio de edad fue de 47.88 años en un rango de edad de 1 a 95 años, con un predominio del sexo masculino en las amputaciones en todos los casos.

A pesar de que el porcentaje en el adulto joven fue menor, se encontró que está se eleva en el grupo de edad de 15 a 19 años (6.02%) y de 25 a 29 años (7.23%)¹⁶.

Mientras que en los años 2013 y 2014 en las estadísticas resultantes arrojaron que 200 pacientes fueron atendidos en forma hospitalaria. El promedio de edad del grupo fue de 46 años, con límites de 15 a 83 años. En ese conjunto 75% (149) fue de sexo masculino, y la causa más frecuente de amputación fue la traumática (50%). Se practicaron 230 amputaciones en los pacientes, y los niveles de amputación más frecuentes fueron transfemoral (50%) y transtibial (30%).

10. MARCO TEORICO

10.1 RESILIENCIA

Etimológicamente el término resiliencia proviene del latín “Resiliens” y es utilizada por primera vez en el año 1626 como resiliere; término compuesto que significa “re”: atrás, y “salire”: saltar; es decir, “saltar hacia atrás” o rebotar, aludiendo con ello a la flexibilidad de los objetos. Sin embargo, sus acepciones han sido asociadas al área de la salud y de la educación, desde donde la psicología la ha adaptado para hacerla parte de su quehacer, pero en cada una de ellas conserva su esencia¹⁷.

Según la American Psychological Association, resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones

estresantes del trabajo o financieras. Significa "rebotar" de una experiencia difícil, como si uno fuera una bola o un resorte¹⁸.

Dagoberto Flores Olvera 2014, define la entereza con el término “resiliencia”, que se refiere a la capacidad que tiene un individuo para generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse ante un medio riesgoso y, con ello, obtener buen éxito individual, social y moral. Como es sabido, algunos individuos no se adaptan de manera ventajosa a su estado de minusvalía física, lo cual les acarrea una serie de consecuencias psicológicas como alcoholismo, adicciones a las drogas, depresiones psíquicas, mecanismos excesivos de defensa, fantasías o suicidio (o todo lo anterior), que sin duda no llevan a una adaptación productiva.

Fue en la década de 1990 que el psicólogo Martin Seligman planteó jerarquizar y organizar seriamente los aspectos más saludables de los individuos, creando una nueva corriente dentro de la psicología a la cual llamó psicología positiva, la cual considera a la resiliencia como la capacidad de un individuo, un grupo o sociedad de proyectarse hacia el futuro a pesar de las situaciones traumáticas, condiciones de vida adversas y hechos puntuales que provoquen cambios bruscos.

Esta se desarrolla a partir de la configuración de factores constitutivos biopsicológicos del individuo, como son el temperamento y la capacidad intelectual. Otros elementos se adquieren y estructuran a partir de experiencias que fomentan familiaridad con las dificultades. Son importantes las vinculaciones positivas consigo mismo, las vinculaciones afiliativas con los demás y las posibilidades de avance en el reconocimiento de la realidad y el manejo de soluciones. Entre los factores que incrementan la resiliencia, se

destaca la exposición previa a la adversidad psicosocial en un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro¹⁹.

Existen dos aproximaciones teóricas, por un lado, la resiliencia como resultado, que muestra una persona después de haber estado sometida a situaciones de amenaza o adversidad otro lado, como proceso, en este caso se explora la relación entre los factores de riesgo y de protección, estudiando así el desarrollo de la resiliencia a lo largo del ciclo vital como un mecanismo de respuesta ante los diferentes sucesos evolutivos a los que se enfrenta el sujeto²⁰.

Esta capacidad resiliente se ve altamente influenciada por una serie de variables que están íntimamente relacionadas con la misma. Cabe señalar que también existen una serie de recursos que la potencian y hacen que esta adaptabilidad a los cambios se vea reforzada e impulsada por ellos a la hora de enfrentarse a una situación adversa; algunos de estos recursos pueden ser la autoestima, la psicología positiva con un enfoque optimista de la realidad, que no condena al sujeto que ha sufrido una situación traumática, etc.; recursos que pueden ser tanto características personales de los individuos como características adquiridas como antes se mencionó, a lo largo de su desarrollo evolutivo.

10.1.1 Factores resilientes del individuo.

Es sabido que la resiliencia no es una cualidad especial de algunos individuos, sino que cada persona cuenta con el potencial de ser resiliente, lo que ha motivado a realizar investigación para conocer los factores de protección interna y externa que la favorecen, en las que se encontró que los niños y jóvenes en riesgo, pero resilientes muestran características internas específicas como:

- Competencia social (flexibilidad, empatía, cuidado, habilidades de comunicación, sentido del humor).
- Capacidades de resolución de problemas (planificación, búsqueda de ayuda, pensamiento crítico y creativo).
- Autonomía (sentido de identidad, autoeficacia, autoconsciencia, sentido de dominio y alejamiento de los mensajes y condiciones negativas).
- Sentido de propósito y la creencia en un futuro positivo (aspiraciones educativas, optimismo, fe y conexión espiritual).

Como factores de protección externa²¹:

- Cuidado e implicación afectiva.
- Altas expectativas y participación
- Contribución a la comunidad.

Uno de los primeros contextos en los que se puede aplicar la resiliencia es en la escuela ya que este centro educativo es una fuente que proveerá a su población de factores resilientes, de ahí la importancia de que estas instituciones cuenten con espacios que generan resiliencia mediante la creación y aplicación de programas recreativos²².

Diversos estudios abordan esta temática desde la perspectiva psicológica individual, sin embargo, es necesario ampliar la concepción de este, a nuevas perspectivas que diversifiquen la visión del mundo, de realidad, de sociedad y de sujeto, proporcionando con ello elementos de equilibrio entre las responsabilidades grupales e individuales, del mismo modo en que se agudizan las complejas relaciones que entrelazan las influencias sociales en las condiciones personales y viceversa²³.

A estos factores resilientes se oponen precisamente los factores de riesgo, los cuales se definen como el conjunto de características de una persona que están unidas a una alta probabilidad de dañar su salud²⁴.

Según conceptos revisados, se puede definir una resiliencia psicosocial en una persona que sufrió una amputación como la capacidad que se tiene a sobreponerse de una situación discapacitante que se presenta debido a una amputación, logrando evitar consecuencias negativas para ella²⁵, así como evitar la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, mostrando la capacidad de desarrollar habilidades y ayudarle a desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan ajustarse a la nueva imagen corporal, mantener un funcionamiento social adecuado, disminuir los niveles de malestar social, conservar un adecuado sentido de identidad y autoestima, persistir en cuanto a los niveles de actividad física, capacidad de adaptarse al ambiente social, laboral y familiar, como también aceptar la utilización de una prótesis, asimismo, se espera que la presencia del dolor del miembro fantasma sea manejable y que no interfiera en su diario vivir²⁶.

10.1.2 Fomento de la resiliencia

Es de gran importancia promover la resiliencia para superar traumas que den como resultado que la persona logre liberar del estrés, para ello es primordial la labor de la familia, la escuela, y los programas de acción social, el idear la manera de fomentar la resiliencia a partir de un entrenamiento de habilidades y capacidades propias que faciliten los modos de actuar frente a las eventualidades, prestando el apoyo necesario, creyendo y potenciando las fortalezas individuales en función de promover la resiliencia apuntando a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de su propio significado, del modo como ellas perciben y enfrentan el mundo en un determinado tiempo y contexto⁶.

10.1.3 Estrategias de afrontamiento

Coping y resiliencia se han utilizado de forma intercambiable, aunque en situaciones diferentes. La resiliencia se refiere a los resultados positivos en respuesta a una situación estresante mientras que coping alude a las estrategias empleadas para manejar los efectos de la situación de estrés²⁷.

Las respuestas de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que los individuos emplean para dominar, tolerar o reducir los efectos de los sucesos vitales estresantes. En la literatura se distinguen dos tipos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción, aunque se cuestiona esta delimitación²⁸.

En el afrontamiento centrado en el problema (o activo), que puede ser cognitivo o conductual, los intentos de los individuos se dirigen a manejar o alterar las fuentes Perfiles de resiliencia y estrategias de afrontamiento de estrés e incluye establecer un plan de acción, buscar nuevos recursos, buscar ayuda, reinterpretar el significado de un fracaso, entre otros.

En el afrontamiento centrado en la emoción, el individuo emplea estrategias para manejar o reducir su malestar (distress) emocional asociado con la situación estresante²⁹. Las personas tienden a utilizar más las estrategias centradas en el problema cuando la situación se percibe alterable y más las centradas en la emoción cuando se percibe inalterable sin embargo estudios encuentran diferencias indicando que las chicas tienden a usar más la búsqueda de apoyo social y las estrategias centradas en la emoción como comunicar los sentimientos y que las mujeres muestran más altos niveles de estrés y más bajos niveles de resiliencia que los hombres³⁰.

10.2 CALIDAD DE VIDA

A finales de la década de los 60, el concepto de calidad de vida se definió como: una correlación existente entre un nivel de vida determinado (objetivo) y la percepción de satisfacción o bienestar (subjctiva). Posteriormente se utilizó en diversos aspectos de la vida, estado de salud, capacidad física, presencia o ausencia de síntomas, adaptación psicosocial, satisfacción y bienestar general³¹.

Hablando estrictamente de funcionalidad física, puede decirse que la calidad de vida se determina dependiendo la habilidad para realizar actividades diarias y la satisfacción sobre este funcionamiento y los síntomas que pudieran originarse durante el control de la enfermedad o del tratamiento³¹. Sin embargo, es aquí donde radica la complejidad de la definición de calidad de vida, en su concepto multidimensional (físico, psicológico y social) que, a su vez, es influenciado por las experiencias, creencias y percepciones individuales, dificulta una homogeneidad para la construcción de dicho concepto. Al relacionarse con la salud, se debe tomar en cuenta un análisis objetivo del estado de salud y la percepción subjetiva de cada individuo sobre esta, es decir, dos personas que tienen el mismo estado de salud pueden tener diferentes perspectivas sobre su calidad de vida.

La calidad de vida en el paciente amputado se ve afectada, no solo por una percepción negativa de esta, sino que, a su vez, se desarrollan problemas psicosociales de adaptación, esto va a depender en gran medida de la edad, tipo de amputación y causa de esta³, sin tomar en cuenta los cambios en la salud, ya que el paciente experimenta una abrupta disminución de los estímulos sensoriales y sociales que conlleva a una disociación emocional con su entorno. El tipo de amputación influye en el nivel de dependencia que va a desarrollar el sujeto, esto provoca estrés, principalmente en personas que eran activas e independiente¹⁶.

10.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud hace referencia a la percepción que tiene el individuo de su capacidad para llevar a cabo actividades importantes para él y que, además, le permitan lograr y conservar cierto nivel de funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional³².

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el documento Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)³³ define los siguientes conceptos acerca de la salud y sus estados, con el propósito de unificar y estandarizar el lenguaje desde una perspectiva biológica, individual y social:

- a) Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- b) Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- c) Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
- d) Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- e) Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.
- f) Limitaciones en la Actividad: son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- g) Restricciones en la Participación: son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

h) Factores Ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

10.2.2 Funcionamiento social, físico y cognitivo

El estado funcional hace referencia a la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) así como las instrumentales. Las ABVD como la movilidad o trasladarse resulta indispensable en términos de independencia funcional, porque su ejecución independiente, permite el desarrollo e integración a otras actividades como la visita a familiares, amigos y compañeros o el desarrollo de alguna actividad como el baile o la actividad física; además se hacen otras ABVD como la alimentación tan importante como lo son: bañarse, vestirse, comer, ir al baño y la ejecución de la continencia. Mediante lo anterior podemos observar como las ABVD y su ejecución independiente son necesarias no sólo a nivel individual sino también a nivel familiar, social, psicológico, espiritual y cultural que dará como resultado la autonomía, independencia y competencia, mientras que el funcionamiento social se enfoca en los problemas que se presentan en la ejecución de actividades sociales y como la limitación del desarrollo del rol social afecta al individuo³⁴.

Cuando se presentan enfermedades crónicas, el adulto joven tiene que adaptarse a nuevas situaciones, ejemplo: medicación, consultas médicas constantes, limitación de actividades deportivas, presencia de dolor o malestar; cuando se encuentra en esta situación, es muy probable que se desarrolle una actitud o pensamientos negativos asociados a la pérdida de independencia, al deterioro y una mayor necesidad de ayuda física y emocional⁶.

La autonomía personal permite al individuo desarrollarse y adquirir habilidades básicas de la vida diaria, alimentarse, vestirse, bañarse, aseo del hogar y desplazarse, al igual que el resto de las personas, los individuos que presentan algún tipo de discapacidad, la

calidad de vida se compone de los mismos factores, participación de decisiones, aceptación y plena integración en la sociedad. Al tener las mismas oportunidades dentro de la comunidad se experimenta una mayor calidad de vida³⁵.

Las funciones cognitivas son las encargadas de la adquisición de conocimientos, destrezas y procesos (percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje y aprendizaje) son habilidades que se aprenden al realizar alguna actividad³⁶.

En relación con el paciente amputado, se ha identificado que el deterioro cognitivo se da con mayor frecuencia en amputaciones de miembros inferiores, además la movilidad, el uso de la prótesis y la dependencia afecta de manera desfavorable las habilidades cognitivas³⁷.

10.2.3 Movilidad y cuidado personal

La movilidad hace referencia a las actividades que se realizan en relación con el cuerpo, cambiar de posición, lugar, agarrar, mover o manejar objetos, agacharse, caminar, correr, patear, etc. Un procedimiento quirúrgico como es la amputación trae consigo en primera instancia discapacidad y limitación de movimiento³⁸. Tras la amputación de algún miembro (inferior o superior), se inicia un tratamiento o rehabilitación para intentar lograr una mayor independencia y autonomía del individuo, mientras más pronto se inicie mayor será el éxito, ya que cualquier amputación conlleva a pérdida de movilidad, dificultad de realización de las ABVD y posteriormente dependencia. Es importante involucrar al familiar y la sociedad, una buena recuperación reduce significativamente la ansiedad y depresión³⁹.

10.2.4 Bienestar emocional

El bienestar es un sentimiento relativo muy parecido a la calidad de vida, ya que se basa en la percepción individual que se tiene de los recursos materiales, la sociedad, la cultura en la que se vive, etc. Es el resultado de la realización de actividades que causan satisfacción, ejemplo: actividades expansivo-lúdico-sociales, de convivencia, alcanzar determinado nivel de cultura, autonomía y dependencia⁴⁰.

El bienestar emocional engloba varios aspectos:

a) La autonomía se entiende como la capacidad de tomar decisiones personales relacionadas con la forma de vida en relación con las normas y preferencias propias, así como la capacidad de controlar y afrontar con iniciativa los riesgos⁴¹.

b) La imagen corporal, es una de las variables más frecuentes y de gran peso en el reajuste psicosocial debido a la pérdida de la estructura física, hace que el individuo se sienta vulnerable e insatisfecho con su cuerpo y su funcionalidad⁴².

c) La autoaceptación va de la mano con la imagen corporal, aceptar y reconocer sus capacidades y limitaciones, les permitirá tener una visión favorable de su vida⁴³.

d) El mantenimiento de las relaciones sociales trae consigo salud mental y genera empatía, de lo contrario favorece la soledad, el aislamiento social y como consecuencia aumenta el riesgo de padecer enfermedades y una mala calidad de vida²³.

e) El control del medio donde el individuo se desenvuelve y la habilidad que tiene para vincularse con otras personas, favorecen el dominio de su entorno⁴⁴.

f) Tener propósitos en la vida, metas que le den un sentido para esforzarse y conseguirlo.

g) El crecimiento personal es impulsado por el conocimiento del individuo acerca de sus capacidades, habilidades y fortalezas, que le permitirán desarrollarse personalmente en una búsqueda constante de mejorar y crecer ²⁴.

10.3 FAMILIA NUCLEAR

A lo largo del tiempo, el concepto de familia se ha ido transformando, desde un enfoque genético, hasta el conjunto de dimensiones con relaciones internas, es decir, anteriormente se consideraba familia a aquel conjunto de personas que compartían genes, sin embargo, en la actualidad no se puede limitar el concepto a estas características ya que influyen diferentes factores para la construcción de dichas relaciones, uno de estos factores son las personas que cohabitan en la misma casa, la amplitud y su composición. A su vez, dentro de este grupo de personas intervienen las relaciones de autoridad y el afecto entre ellos, como interactúan y se tratan las emociones y sentimientos, como tercer factor influyente se encuentran las relaciones existentes dentro de este grupo de personas, ya sean lazos de parentescos, frecuencia con la que conviven, se ayudan, elaboran y persiguen estrategias comunes para conservar sus recursos económicos, poder y prestigio⁴⁵.

La familia nuclear o tradicional es aquella que hace referencia a un grupo formado por un hombre, una mujer y sus hijos socialmente aceptados y reconocidos, en otras palabras es una institución de origen natural basada en lazos de relación derivados del matrimonio, de la descendencia o de la adopción, y constituida por los padres, no necesariamente casados y los hijos⁴⁶.

Como características generales se tiene que la familia representa lo siguiente⁴⁵:

- Es la célula básica de la sociedad
- Es una institución permanente con una gran capacidad de adaptación al cambio.
- Cumplen funciones biológicas, económicas, afectiva, educativa, protectora y recreativa.
- Es un grupo social.
- En su papel mediador, es la sociedad más cercana al individuo, sociedad-familia-individuo.
- Es la primera escuela: lenguaje, comunicación, valores, normas de conducta, derechos y deberes como persona humana.
- Espacio de apoyo al sostén social.

Para todo individuo la familia tiene un valor con significado personal y social, es una unidad de la que se recibe amor, satisfacción, bienestar y apoyo, sin embargo, si esta familia no es funcional puede representar lo contrario, malestar, insatisfacción, estrés y enfermedad, tanto un descontrol como un inicio de esta. La vivencia de problemas tiene estas repercusiones ya que la familia representa la primera red de apoyo social que posee el individuo a lo largo de toda su vida, ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, el apoyo que puede ofrecer es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁴⁷.

La funcionalidad de la familia depende de la estrecha relación que hay entre los integrantes de esta y dependiendo de esto, la modificación que pudiera presentar alguno de ellos va a modificar en los otros y por consiguiente en toda la familia, es por eso que conviene

ver a la familia como un sistema compuesto por subsistemas (miembros) y que a su vez forma parte de un sistema más grande (sociedad)⁴⁵.

10.4 FAMILIA EXTENSA

Por otro lado, la familia extensa es considerada aquella familia nuclear que mantiene contacto con familiares más lejanos y recibe asistencia práctica en diversas tareas desde la crianza de los hijos hasta la compra de una casa⁴⁸, se compone de más de una unidad nuclear y los vínculos de sangre incluyen a una gran cantidad de personas, a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos⁴⁹.

En este tipo de familia, la cooperación económica es muy importante y las funciones de los miembros pueden estar compartidas y caracterizadas por compañerismo y múltiples fuentes de ayuda y apoyo. Un ejemplo de lo anterior es la organización de actividades, uno o ambos abuelos suelen cuidar a los nietos mientras los hijos salen a trabajar para solventar los gastos de la familia. La funcionalidad de la este tipo de familias presenta cierto riesgo cuando no se delimitan las funciones de los integrantes, por ejemplo, el cuidado de los hijos queda implícita o explícitamente a cargo de los abuelos y esto puede resultar en caos y confusión, cuando no se establece si la madre o la abuela cumple el rol, en estos casos puede existir una mezcla de funciones que genera problemas principalmente a los menores quienes pueden presentar ansiedad, inseguridad, problemas de rendimiento escolar entre otros⁵⁰.

El apoyo social en este tipo de familias juega un papel muy importante ya que según los estudios revisados el adulto joven tiene mayor capacidad de resiliencia que en etapas más tempranas o más adultas o en la vejez, lo mismo sucede con las mujeres, quienes desarrollan en mayor medida la resiliencia y esta se aumenta con el apoyo familiar. En el mantenimiento de la salud, tanto de los individuos que necesitan de cuidados específicos como de los

cuidadores, ya que facilitan conductas adaptativas al estrés que genera la posibilidad de un cambio en la rutina⁵¹.

Muchos estudios demuestran que un factor primario para en la resiliencia es tener relaciones que ofrezcan cuidados y apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean apoyo y confianza proveen modelaje y ofrecen estímulo y reafirmación además contribuyen a afirmar la resiliencia en una persona. Para esclarecer el fenómeno de la resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas. Ciertas condiciones influyen negativamente en el desarrollo de esta como: carencia de redes de apoyo social para enfrentar las dificultades, incorporación prematura al empleo, desempeño de trabajos marginales o contractualmente precarios, falta de protección de su salud y derechos laborales, desocupación prolongada, fracaso y abandono escolar, adicción a las drogas y al alcohol etc.

Todo esto se traduce en una baja autoestima, ausencia de un proyecto y dificultad para darle sentido al presente.

Se hace mención en cuanto a las características que las personas resilientes presentaron en su infancia:

- a) Nivel socioeconómico más alto.
- b) Ausencia de déficit orgánico.
- d) Temperamento fácil.

Como características del medio social inmediato señalan las siguientes:

- a) Padres percibidos como competentes.
- b) Mejor red informal de apoyo (amigos, familiares, compañeros).

La presencia de relaciones afectuosas es vital para fortalecer la resiliencia a través del ejemplo común como, “hechos y no palabras”. Las oportunidades de participación son significativas para poder sentirse importante y querido. La resiliencia es una característica que se puede aprender como producto de una interacción positiva entre el componente personal y ambiental de un individuo. El vínculo afectivo que se establece en los primeros años de vida es vital para el desarrollo de un individuo capaz y seguro en una entidad⁶⁴.

10.5 EL ADULTO JOVEN COMO SER BIOPSIICOSOCIAL Y ESPIRITUAL

La etapa del adulto joven es comprendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 21 y 24 años, sin embargo, Schütz y Tavares¹¹ consideran un rango de los 19 a los 24 años, es en esta etapa cuando el individuo, biológicamente se muestra más fuerte, vital, enérgico, y las condiciones de salud son favorables.

En el área de Psicología, algunos especialistas consideran a la “población joven” o “gente joven” a aquellos individuos de entre 10 y 24 años, aunque el proceso puberal termina en diferentes edades según el contexto social en el que se desarrolla cada individuo, la pubertad comienza con la aparición de fenómenos biológicos (cerebrales y hormonales) y termina cuando el individuo adquiere roles psicosociales (incorporación a un trabajo estable, independencia personal y económica, roles propios de la adultez)⁸. Para que esto sea favorable, el adulto joven debe construir un autoconcepto positivo, el cual es definido como un constructo multidimensional, una percepción de sí mismo relativa a diversas categorías, tanto de roles, entidades étnicas, como académicas. Esta construcción sucede a partir de la

categorización del “yo”, del proceso de socialización con la familia, amigos, medios de comunicación e instituciones educativas y religiosas, a su vez, estas imponen al individuo desde niño, un estilo de vida, un conjunto de valores y un sistema de creencias e ideales que proporcionan bases para la autoevaluación, la formación de la identidad y su lugar en la sociedad.

La espiritualidad y la religión también son considerados factores protectores que alivian y mitigan el sufrimiento, permiten superar la adversidad, aumentando el bienestar y la calidad de vida, sin embargo, la espiritualidad no es exclusiva de la religión, es un medio de desarrollo humano que permite tener una visión distinta de la vida, más positiva, es por esto que a medida que crece el espíritu crece el individuo de manera personal, emocional, racional y profesional. También es considerada como una de las dimensiones del concepto de salud, es un estado de completo bienestar, integrándose a la esfera física y psicológica, que complementa el paradigma biomédico con una visión holística del paciente y su entorno, permitiendo estudiar la respuesta del individuo ante una situación estresante como es la enfermedad.

10.6 IMPACTO INDIVIDUAL, SOCIAL, FAMILIAR Y ECONÓMICO DEL JOVEN AMPUTADO

El sufrir una amputación conlleva a un impacto significativo tanto individual, familiar, social, así como económico que implica relegar a los amputados de las actividades laborales y sociales. Gran número de pacientes amputados se alejan, por temor o incapacidad física, de la actividad productiva que desarrollaban antes de sufrir la pérdida de una o varias extremidades, aunado a esto con frecuencia se crea una dependencia total o parcial que evita llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Como resultado de esto se obliga a la familia

a disponer de una persona, sea pariente o no, a asistir al discapacitado para realizar las ABVD amén de que el amputado deja de ser productivo y generar ingresos para su manutención.

En primer lugar, cabe plantear que la pérdida económica que representa para el Estado una persona discapacitada por una o varias amputaciones equivale a dos salarios mínimos (2014) por día (promedio de \$65), y ello en el supuesto, poco frecuente en la realidad, de que las personas sólo reciban dicho estipendio y nada más. En segundo lugar, esa cantidad multiplicada por más de 1 800 000 individuos (el amputado y la persona que lo atiende) equivaldría a una pérdida diaria de \$231 112 050. La insuficiencia de información confiable no impide mencionar la pérdida que le significa al Estado la falta de pago de impuestos por parte de los discapacitados improductivos y las personas que los atienden. La información disponible tampoco permite analizar el gasto que significa el tratamiento médico que requiere toda esa población de pacientes por parte de los servicios de salud públicos o privados. Los factores mencionados hacen que se torne una tarea descomunal y difícil calcular la carga que la enfermedad impone a la economía del país y para los servicios de salud de México, y al no ser evidente a simple vista se le reste la importancia que tiene⁷.

10.7 CUIDADOS A LARGO PLAZO

El tratamiento del paciente amputado abarca no sólo la cirugía, sino también la restauración de la función y el ajuste de un miembro artificial. Mediante un tratamiento global dirigido al paciente amputado que se debe considerarse como un proceso dinámico continuo se llevara a cabo la rehabilitación la cual comenzara en el momento de la lesión y continuar hasta que el paciente ha alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria y este sea capaz de ocupar un empleo,

utilizando todas las técnicas que se extienden a las áreas del componente social y que conlleven al desarrollo global del sujeto discapacitado.

El proceso de rehabilitación protésica puede ser organizado en 4 fases o procesos:

- Manejo pre protésico
- Cuidado postoperatorio
- Adaptación
- Adiestramiento protésico y cuidados de seguimiento a largo plazo.

El tratamiento pre protésico empieza cuando se decide amputar o cuando un paciente es evaluado después de una amputación traumática. Educación del paciente y su familia sobre las consecuencias funcionales de la rehabilitación y un programa de terapia debe realizarse apropiadamente.

La fase pre protésica puede durar de 6-10 semanas en pacientes con enfermedad vascular. Un examen sistemático del muñón tras una amputación permite que algunas características importantes sean identificadas, así como las probabilidades de detectar problemas y corregir el mal funcionamiento. El fortalecimiento muscular, la amplitud de movimiento, la mejora de la forma física, la desensibilización del miembro residual de la extremidad es crítico para preparar la deambulacion con o sin prótesis. La respuesta a la amputación ha sido comparada con un proceso de duelo, que incluye la negación, enojo, depresión, adaptación y aceptación a su nueva condición, por lo que su manejo por psicología es fundamental.

En el proceso de adaptación y adiestramiento se evalúa si las condiciones físicas del paciente y del muñón son las adecuadas para lograr protetizarlo. La capacitación en la marcha incluye

la enseñanza del uso de la prótesis, así como la independencia en las actividades de la vida diaria humana.

La rehabilitación es un proceso en el cual se incluye manejo físico, psicológico, ocupacional y no una simple restitución del miembro amputado. La calidad de la atención médica se define como otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución. Ésta puede valorarse mediante la evaluación que es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, de los logros alcanzados y de los problemas que es necesario resolver para iniciar la etapa de reconversión.

Es importante la evaluación del paciente amputado en una fase posterior a la cirugía, educación del paciente, familiares y cuidador primario de un programa de terapia pre protésica, cuidado de las heridas, manejo del dolor, valoración del miembro remanente, tiempo de inicio de la rehabilitación, requerimientos de energía, nivel funcional y componente protésico, diseño de la prótesis y componentes, formación protésica y complicaciones, debido a los cuidados a largo plazo que requiere un paciente amputado⁵².

10.8 PACIENTE AMPUTADO

Una amputación es un desmembramiento (adquirido o congénito), cuyo resultado es la pérdida de alguna extremidad torácica o pélvica, que puede ser causado por una lesión, una enfermedad, una intervención quirúrgica para extirpar tumores de los huesos o los

músculos, o en el caso de las pérdidas congénitas por algún mecanismo intrínseco. La amputación es una discapacidad permanente que puede afectar a niños, jóvenes, adultos y ancianos, ya que ocurre en cualquier etapa de la vida y los factores que influyen en el cuidado y tratamiento para cada caso son muy diferentes. Puede constituirse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, considerándose una acción destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad.

La amputación o separación de una parte del cuerpo, por lo general de un miembro inferior o superior, va a provocar en el paciente, y por supuesto en su entorno familiar, problemas de toda índole y que se deben detectar de forma rápida para así planificar los cuidados que más se adapten a sus necesidades. Cuando la amputación es irremediable es fundamental iniciar con una terapia psicológica y un entrenamiento previo a la colocación de la prótesis. Si bien son importantes mantener las condiciones adecuadas del muñón, el acondicionamiento físico para el gasto de energía que implica el uso de la prótesis, así como el equilibrio y desplazamiento de locomoción en todo terreno.

La amputación es un problema que tiene que ser abordado de manera diferente según la causa

- Es de la mayor importancia el dar una prótesis a los amputados y capacitarlos para su uso.
- Las personas con pocos recursos deben tener accesibilidad a una prótesis.

- Es importante mejorar la información sobre el problema de los amputados, en tanto su afección a la salud dando especial importancia a la salud mental, así como el impacto que tiene desde el punto de vista económico, social, laboral.

- Es necesario realizar una estimación de los costos de la amputación, la discapacidad y la rehabilitación de los pacientes.

- Se deben establecer programas preventivos en el caso de las amputaciones traumáticas.

De acuerdo con lo mencionado con anterioridad un rubro importante es el cuidado de la salud mental del individuo el cual requiere el mismo cuidado e importancia que los aspectos físicos del procedimiento de amputación. El proceso de adaptación a su nueva situación empieza por saber que el propio muñón es un nuevo órgano al que se unirá un aditamento externo protésico con objeto de recuperar al máximo las capacidades perdidas, lograr reincorporarse a las actividades diarias con la mayor independencia posible a través de la fisioterapia, y de esta manera recomponer la simetría corporal y mejorar la calidad de vida.

10.8.1 Tipos de amputaciones

Las amputaciones se pueden dar en diversas partes del cuerpo, las más habituales se presentan en extremidades inferiores (dedos de los pies, pies y piernas) y superiores (dedos de la mano, mano y brazos), también se dan amputaciones en áreas más pequeñas del cuerpo, a este tipo de amputaciones se les denomina “amputaciones digitales”. Las amputaciones digitales son procesos en los que se extirpan partes como orejas, nariz, pene, testículos y mamas, dependiendo el nivel se clasifican de la siguiente manera:

10.8.2 Niveles de amputación de la extremidad pélvica⁵³

- Hemipelvectomía: extirpación de la pierna y parte de la pelvis.
- Desarticulación de cadera: extirpación de toda la pierna a nivel de la cadera.
- Transfemoral: extirpación unos 7-8 cm por encima de la rodilla.
- Desarticulación de rodilla: extirpación de pie, tibia y peroné a nivel de la rótula.
- Transtibial: extirpación de unos 13-18 cm por debajo de la rodilla.
- Tobillo (de Syme): extirpación de pie a nivel de la articulación del tobillo.
- Total del pie: extirpación del pie por debajo de la articulación del tobillo.
- Parcial del pie: extirpación de uno o más dedos o parte de pie.

10.8.3 Niveles de amputación de la extremidad torácica⁶

Son las menos comunes (3-15% de todas las amputaciones), sin embargo, la pérdida de una extremidad torácica representa 50% de discapacidad, una mano 45% de disfunción, y un pulgar el 23 % de discapacidad de la mano.

- Amputaciones de la muñeca (desarticulación)
- Amputaciones del antebrazo (transradiales)
- Desarticulación del codo
- Amputaciones del brazo (transhumerales)

- Amputaciones del hombro y la cintura escapular.

10.8.4 Prótesis

La prótesis es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte faltante del cuerpo teniendo como principal objetivo sustituir dicha parte y que además se puede utilizar para fines estéticos⁵⁴.

10.8.5 Fases de la Rehabilitación^{55,56}

- Prequirúrgica: se brinda información realista al paciente, se pretende aclarar dudas acerca de las expectativas, consejos posturales, información acerca del dolor y sensaciones que pudiera experimentar con y sin prótesis.
- Postquirúrgica: comprende un tiempo de entre 3-4 semanas al día siguiente de la operación de acuerdo con el proceso de curación de la herida y la remodelación del muñón (vendaje, tratamiento postural, cuidado de la piel, cicatrización).
- Protetización provisional: proceso de adaptación y remodelación de la prótesis, comienza aproximadamente 1-3 meses después de la cirugía dependiendo de cada paciente. Se educa al paciente acerca de la colocación correcta de la prótesis, levantarse y deambular, aplicación de vendajes remodelación del muñón, tonificación muscular, reeducación de las ABVD.
- Protetización definitiva: sucede aproximadamente 6-7 meses después de la operación y de haber ajustado la prótesis provisional correctamente, aunque dependiendo de la estabilidad del volumen del muñón puede colocarse a partir de los

3 meses⁵⁷. La educación al paciente es similar a la fase anterior y se lleva a cabo un seguimiento aún después del alta de fisioterapia.

10.8.6 Secuelas, complicaciones de la amputación

Las complicaciones de una amputación suelen presentarse con frecuencia, es importante identificarlas ya que, el impacto que estas tienen en el individuo dificulta en gran medida la recuperación, tanto física como emocional, y por consiguiente la reintegración social, así como la realización de las ABVD y el progreso en la independencia del paciente.

Las complicaciones pueden ocurrir durante el periodo operatorio como cualquier otra cirugía o postoperatorio, las cuales pueden seguir presentándose a largo plazo. Entre las más comunes se encuentran⁵⁸:

- Retracción de los bordes de la herida
- Dehiscencia de la herida o hematoma
- Infección
- Necrosis de la herida
- Contracturas
- Dolor

A largo plazo (asociadas con el uso de la prótesis):

- Problemas dermatológicos como la dermatitis por contacto o inflamación cutánea.

- Edema del muñón, mejora con el aumento del diámetro de la cazoleta.
- Ampollas y úlceras por presión.
- Osteofitos, formación de callos óseos, suelen deformar el muñón.
- Neuromas, las fibras nerviosas seccionadas se vuelven sensibles a la palpación, provocan dolor y dificulta el uso de la prótesis.

Al considerar los estímulos que experimenta el amputado es necesario examinar los problemas reales que ocasiona la propia incapacidad, y así entender la conducta de los sujetos afectados, que son producto de la permanencia e irrevocabilidad de la pérdida producida por la amputación y diversos problemas físicos, psicológicos y sociales muy específicos y de naturaleza única. Como paso siguiente habrá que considerar tales problemas físicos y psicológicos en relación mutua por sus interacciones íntimas y complejas. Otro aspecto importante de los problemas que ocasiona la amputación será el uso de una prótesis y el logro de un reajuste personal; es precisamente en este rubro en donde intervienen la ayuda psicológica y la fisiátrica. Sufrir es una experiencia subjetiva, y por tanto es universal e indefinible.

Existe en el humano el potencial innato para usar los recursos físicos propios, ventaja que se manifiesta desde el comienzo en la determinación de los niños para andar, gatear y manipular objetos sin aprendizaje. La participación espontánea de niños y adultos en muy diversas actividades físicas es el ejemplo claro de que esa necesidad psicológica lleva consigo satisfacciones que quedan limitadas con la amputación. Además de los placeres que están relacionados de manera directa con el uso de las facultades físicas propias, como caminar, bailar o nadar, hay otras satisfacciones a través del uso de la función ambulatoria o prensil,

que es muy probable que sufran menoscabo en los pacientes amputados. Con respecto al ámbito laboral, el uso de una prótesis entraña mayor dificultad para el amputado. Por lo regular la sociedad adopta actitudes relativamente negativas hacia las personas que muestran limitaciones en sus funciones físicas y las vuelve objeto de críticas e intolerancia por parte de los demás. Cuando se sufre una amputación la imagen corporal cambia a los ojos de la propia persona y los de los demás, y en ese intercambio también se percibe falta de aceptación con lo cual surgen problemas interpersonales que es necesario atender.

En el área de psicología y psicoterapia la intervención con el amputado se realiza por medio de diferentes técnicas de abordaje con arreglo a las necesidades de cada paciente, y van desde la entrevista, cuando él es atendido por primera vez por el personal asistencial, hasta la terapéutica familiar en caso de ser necesaria. En la entrevista inicial se tomará en cuenta el estado psicológico que presenta el paciente, y con base en ello se podrá brindar atención personalizada, optimizar resultados a corto plazo, y así mejorar no solo su situación individual, sino también su entorno familiar, laboral y social.

Tal vez un requisito primordial para la vida productiva y bien adaptada es el respeto y el estatus que conceden a una persona sus iguales. Por encima de las satisfacciones físicas de la vida es básica la satisfacción que dan el cuidado y el afecto de la gente que rodea al individuo, como familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., y si él no está en medio de un ambiente amable existe la posibilidad de que perciba pérdida de aceptación por parte de los demás, lo cual ahonda aún más su dolor. El objetivo de la rehabilitación después de la amputación es ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida en términos generales, tanto en el aspecto físico

como en los aspectos psicológico y social. En este proceso de recuperación un factor decisivo es centrarse en potenciar en el mayor grado posible las capacidades del paciente. El refuerzo positivo le ayudará a recuperarse, mejorar su autoestima y fomentar su autonomía. El programa de apoyo psicológico se diseña para atender las necesidades del paciente, las cuales son únicas y propias de cada caso, con base en su sistema personal de valores, como instrucción, cultura, creencias, etc.

El proceso de rehabilitación lleva consigo una serie de compromisos por parte del paciente, el psicólogo y el fisiatra, y aunque el tratamiento sirve para mitigar varios de los problemas de los amputados no los resuelve por completo. Con la reducción de algunos problemas no es raro que surjan otros nuevos o se agraven varios de los antiguos. En el tratamiento del amputado se pueden valorar las interacciones entre todos los factores intercurrentes y así proceder al tratamiento.

Dentro del tema de la valoración del paciente que se lleva a cabo en las primeras entrevistas es de gran importancia tomar en cuenta los factores que pueden influir en la adaptación de la prótesis. En otras palabras: ¿cuál es el modelo del proceso de adaptación de la persona? ¿Cómo ha recibido y resuelto las dificultades, incluso desastres que son parte de la existencia de los humanos? ¿Cuál fue su habilidad para enfrentarse a crisis diversas y superarlas? ¿Cuáles fueron sus necesidades para ser productivo o pasivo de cara a las adversidades? ¿Qué grado de independencia ha demostrado en diferentes situaciones? ¿Qué grado de flexibilidad o rigidez ha tenido en su conducta?

Si se hace una estimación de la importancia que estas características tienen en la personalidad del amputado se habrá obtenido un indicador que permitirá evaluar y saber si el paciente es un buen prospecto para usar el aparato protésico. Un hecho al parecer difícil de entender es que no todos los pacientes amputados son capaces de esforzarse para lograr su restauración funcional. La primera señal que indica el deseo del individuo de llevar una vida diferente es el uso de la prótesis, lo cual es un signo de buen pronóstico de lo que podrá obtener del esfuerzo que realizará en la rehabilitación física y psicológica por igual. Respecto a todo lo expuesto, un factor importante por detectar es la capacidad de entereza para afrontar las adversidades en la vida.^{59,60}

11. METODOLOGÍA

11.1 DISEÑO

Se plantea realizar un estudio de tipo:

Cuantitativo, descriptivo, transversal observacional.

Cuantitativo:

Ya que, hay una relación numérica entre las variables del problema de investigación, los datos cuantificables analizados.

Descriptivo:

Sus datos serán presentados meramente descriptivos, generando hipótesis etiológicas.

Transversal observacional:

Solo se observarán y analizarán los datos de las variables recopiladas en el periodo de tiempo antes mencionado, que ocurren en los sujetos a estudio sin experimentar o intervenir.

11.2 MÉTODO

Se plantean los siguientes instrumentos para la valoración de Resiliencia y Calidad de Vida:

A través de los instrumentos Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) se medirá el nivel de resiliencia y calidad de vida mediante la percepción que tienen los jóvenes amputados sobre sus capacidades físicas y emocionales, su entorno y las redes de apoyo con las que cuenta. Se medirá la frecuencia de las variables sociodemográficas de la población (edad, sexo, escolaridad, ocupación y motivo de la amputación) para fines estadísticos. La aplicación de instrumentos se realizará durante un periodo de conveniencia según la institución donde se aplicarán los instrumentos. El procesamiento de datos será a través del programa de software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

11.3 LUGAR DE ESTUDIO

Se sugiere realizar el estudio en lugares como Hospitales de 2do Nivel donde el ingreso para el tratamiento de amputaciones sea mayor que en Instituciones de Especialidad, el periodo de la aplicación de los instrumentos será a conveniencia.

11.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Paciente Adulto Joven (Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación), resiliencia.

Variables intervinientes: Familia (Nuclear y Extensa).

Variable dependiente: Calidad de vida.

Variables Contextuales: Sociedad, Familia nuclear, Cuidador primario, Cuidados a largo plazo, Recursos económicos, Espiritualidad, Voluntariado.

11.6 CRITERIOS

Inclusión:

- Adulto joven de entre 19 y 24 años que haya presentado algún tipo de amputación de miembro inferior o superior que acepte participar en el estudio.
- Paciente amputado candidato a prótesis hospitalizado en el INR en los servicios de Rehabilitación.
- Paciente amputado candidato a prótesis que asista a terapias de rehabilitación física.

*La etapa del adulto joven es comprendida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 21 y 24 años, sin embargo, por conveniencia para la investigación se considerará un rango de los 19 a los 24 años de acuerdo con la investigación realizada por Schütz y Tavares⁴².

Exclusión:

- Pacientes que no cumplan con el rango de edad.
- Pacientes amputados que no sean candidatos a prótesis
- Pacientes amputados que no se encuentren hospitalizados
- Pacientes amputados que no acudan a terapias de Rehabilitación física.
- Instrumentos incompletos

11.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, animal o vegetal	Tiempo de vida del personal entrevistado	Escalar	Numérica	Medidas de tendencia central: media, mediana y moda Análisis descriptivo: frecuencia y porcentaje
Sexo	Conjunto de características que diferencian entre masculino y femenino	Características del encuestado: masculino o femenino	Nominal	Femenino Masculino	Análisis descriptivo: frecuencia y porcentaje
Último grado de estudios	Niveles de preparación profesional con el que cuenta una persona	Último nivel académico cursado con el que cuenta el personal encuestado.	Ordinal	Catagórica Auxiliar Técnico Licenciatura Posgrado Maestría	Análisis descriptivo: frecuencia y porcentaje
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición actual respecto a su relación amorosa personal.	Ordinal	Soltero Separado Casado Divorciado En pareja Viudo	Análisis descriptivo: frecuencia y porcentaje

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA
Resiliencia	Fortaleza y confianza en sí mismo	Capacidad moral de una persona para resistir o sobrellevar sufrimientos o penalidades. Esperanza firme que una persona tiene en que algo suceda, sea o funcione de una forma determinada, o en que otra persona actúe como ella desea	Conjunto de capacidades y expectativas que tiene la persona de sí mismo.	Ordinal	Siempre Casi siempre Regularmente Algunas veces Nunca
	Competencia social	La competencia	Capacidad de una	Ordinal	Siempre

		social es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades sociales básicas, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes prosociales, asertividad, etc.	persona de interactuar correctamente en su contexto.		Casi siempre Regularmente Algunas veces Nunca
	Apoyo familiar	Presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.	Fortaleza de los lazos familiares	Ordinales	Siempre Casi siempre Regularmente Algunas veces Nunca
	Apoyo social	Recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.	Vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos.	Ordinales	Siempre Casi siempre Regularmente Algunas veces Nunca
	Estructura personal		Conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático	Ordinal	Siempre Frecuentemente Medianamente Raramente Nunca
P l i a C	Salud física	Bienestar del cuerpo y el óptimo	Bienestar del cuerpo y capacidad de	Ordinal	Nada Un poco

		funcionamiento del organismo de los individuos	realización de ABVD		Lo normal Bastante Extremadamente
	Salud psicológica	Bienestar subjetivo que incluye dimensiones sociales, así como comportamientos relacionados con la salud en general que lleva a las personas a funcionar de manera positiva.	Sensación de bienestar emocional, espiritual e imagen corporal.	Ordinal	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente
	Relaciones sociales	Interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desplegando un papel social	Capacidad para interactuar social y sexualmente, formación de redes de apoyo.	Ordinal	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho
	Medio ambiente	Espacio en el que se desarrolla la vida de los seres vivos y que permite la interacción de estos.	Espacio físico en el que se desarrolla el joven amputado, recursos económicos y de información con los que cuenta, actividades de ocio que realiza.	Ordinal	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho

12. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS

12.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se sugiere acudir a lugares donde puedan albergar pacientes con características antes descritas en donde se identificará a adultos jóvenes con algún tipo de amputación y posterior a firmar la carta de consentimiento informado se procederá a realizar los cuestionarios, los cuales serán aplicados por pasantes del servicio social de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Se entregará la cédula de datos

sociodemográficos y a su vez, se proporcionarán los instrumentos de Resiliencia y Calidad de vida.

12.2 INSTRUMENTACIÓN Y EQUIPOS DE MEDICIÓN

Se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22, para obtener el análisis de resultados de los instrumentos aplicados.

12.3 TÉCNICA DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se generará una base de datos con relación al total de los ítems contenidos en el instrumento de valoración, capturando las respuestas obtenidas del total de instrumentos aplicados. Posteriormente se realizará un procesamiento de la información mediante un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables.

12.4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, se evaluarán los datos obtenidos en el procesamiento de la información resultante de los instrumentos de valoración refiriendo medidas de tendencia central y dispersiones. La discusión se realizará contrastando los resultados del estudio con la información presentada en el marco teórico con el propósito de identificar coincidencias y diferencias, así como explicaciones de las mismas.

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Debido a que la práctica profesional de enfermería y de salud en general enfrenta diversos dilemas éticos y legales, la presente investigación se sujeta a las disposiciones de la SSA con base en el reglamento de la ley general de salud, en materia de investigación para la salud, México 1987, que en su título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación

en seres humanos capítulo 1, artículo 13 establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Así como en el Artículo 14 menciona que toda investigación que se realice en seres humanos deberá contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que el reglamento señala.

14. RECOMENDACIONES

Después de haberse aplicado dos instrumentos piloto (Anexo 5) y por conveniencia para la investigación, se recomienda para su posterior aplicación considerar la incorporación de Items en el Instrumento de Valoración con referencia a la participación familiar para la resiliencia del paciente, formación académica, solvencia económica, vida sexual, así como ítems que evalúen específicamente qué posibilidades tiene el paciente de seguir con su vida posterior a la amputación.

También se encuentra relevante ampliar el rango de edad, puesto que los pacientes atendidos por amputación dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación con las características de resiliencia que se pretenden analizar fluctúan en cuanto a las edades y es solo una minoría la que conforma al paciente adulto joven.

15. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	1° SEMESTRE 2020						2° SEMESTRE 2021					
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Recopilación de información para la propuesta de investigación												
Construcción de planteamiento del problema objetivos y justificación												
Revisión de bibliografía. Construcción del marco conceptual.												
Diseño y aplicación de metodología												
Sustentación de la propuesta de investigación												
Aplicación de encuestas												
Análisis e interpretación de resultados.												

16. COSTOS

COSTOS (12 MESES)			
CONCEPTO	PRECIO POR MES		TOTAL 12 MESES
GASTOS FIJOS			
ALQUILER DE COMPUTADOR	\$300		3,600
MATERIAL DE OFICINA	\$100		1000
TRANSPORTE	\$200		2400
REFRIGERIOS	\$100		1000
GASTOS VARIABLES			
IMPRESIONES DE HOJAS	UNITARIO	POR VOLUMEN	200
	\$50 CENTAVOS	\$200 PESOS	
			TOTAL \$8200

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud, 2014
2. De la Rosa-Galván E., Nava-Zavala A., Robles-Espinoza A., Rubio-Jurado B. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente [internet]. 2016. Consultado el 19 Agosto 2019: 11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
3. Celemin, JP, Mikkelsen, CA, Velázquez, GÁ. La calidad de vida desde una perspectiva geográfica: integración de indicadores objetivos y subjetivos. Revista Universitaria de Geografía [Internet]. 2015;24(1):63-84. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=383241100004>
4. Jiménez, D., Ramírez, A., Rueda, J.C. y Díaz J.L. Análisis de la Calidad de Vida y el Dolor en Pacientes Amputados, Revista de Psicología de la Salud (New Age) Vol. 5, n°1, 2017.
5. Cabrera Rosales M, J. Calidad de vida en salud en individuos amputados de extremidad inferior con prótesis del instituto nacional de rehabilitación pedro aguirre cerda, universidad de chile facultad de medicina escuela de salud pública. 2016, (Consultado el 06 Marzo 2019) Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/509/Tesis_Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9%20Cabrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. INEGI, Discapacidad; 2010. Consultado el: 22 de Marzo 2019, Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/discapacidad/>
7. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el Estado, 1ª Ed., Edit. Intersistemas; 2016.
8. INEGI, La discapacidad en México, datos al 2014. Consultado el 26 marzo 2019, Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf
9. Gaete V. Adolescent psychosocial development. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Mar 26] ; 86(6): 436-443. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
10. Híjar Medina M. Los amputados y su rehabilitación, un reto para el Estado. Academia Nacional de Medicina. 2016.[citado 23 Abril 2019] 30-35. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
11. Schütz Balistieri, A., Mara de Melo Tavares C. La importancia del apoyo socioemocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: una revisión de literatura. Reviste electrónica trimestral de Enfermería, Enfermería Global 2013; (30) 388-309
12. Vazquez E. Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el estado. Academia Nacional de Medicina. CONACYT.2015-2016. [Citado 31 Mayo 2009. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

13. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud. 2017 [consultado 31 Mayo 19) Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuestas-nacionales-de-salud-resultados>
14. Acta de la Sesión del 4 de marzo del 2015. Academia Nacional de Medicina. Los amputados, un reto para el estado. [consultado el 22 Abril 2019]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/actas2015/Acta_SO04032015.pdf
15. Instituto Nacional de Rehabilitación INR. Las enfermedades y traumatismos del sistema músculo esquelético. un análisis del instituto nacional de rehabilitación de México, como base para su clasificación y prevención. 2014. [consultado 22 Abril 2019] Disponible en: <http://www.inr.gob.mx/Descargas/ops-oms/lasEnfermedadesTraumatismosSistemaMusculoEsqueletico.pdf>
16. Tarazona, M. A. K., Bowem, M. L. E., & Suarez, C. C. W. Resilient Support in Cancer Patients: Post-Earthquake Trauma. International Journal of Research in Social Sciences. [internet] 2018 [citado 2019 Mar 20] 8 (2). Disponible en: http://www.ijmra.us/project%20doc/2018/IJRSS_FEBRUARY2018/IJMRA-13311.pdf
17. American Psychological Association. 2019. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>
18. Cruz C, Feuerhake S, Grez M, Piñera C, Recart C. RESILIENCIA.[Internet]. 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Cruz37/publication/281716793_RESILIENCIA/links/55f60bad08ae7a10cf8b800f/RESILIENCIA.pdf?origin=publication_detail
19. Dominguez Bolaños ER, Ibarra Cruz E. LA PSICOLOGÍA POSITIVA: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. Razón y Palabra. [Internet] 2017; 21 (1) 660-679. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=resiliencia+y+psicologia+positiva+pdf&og=resiliencia+y+psico&aqs=chrome.3.69i57j69i60j0l4.7495j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
20. Gonzales Torres MC, Artuch Garde R. Perfiles de resiliencia y Estrategias de afrontamiento escolares, Variables contextuales y demográficas. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [internet] 2014 [citado 2019 Mar 20] 12(3), 621-648. Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/34/espanol/Art_34_978.pdf
21. Romero, C. & Saavedra, E. .Actividades recreativas para el fomento de la resiliencia: Una experiencia más allá del aula. Realitas, revista de ciencias sociales, humanas y artes, [Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 20]; 3 (1), 9-15. Disponible en: https://www.academia.edu/14112890/Actividades_recreativas_para_el_fomento_de_la_resiliencia_Una_experiencia_m%C3%A1s_all%C3%A1_del_aula
22. Pinargote Macías EI, Cedeño Cedeño AH, Romero Chávez GM: “Importancia del fomento de la resiliencia en el proceso de la enseñanza aprendizaje con estudiantes con discapacidad”, Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo. [Internet]. Marzo 2018 [citado 2019 Mar 20]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/03/fomento-resiliencia.html>
[//hdl.handle.net/20.500.11763/atlante1803fomento-resiliencia](https://hdl.handle.net/20.500.11763/atlante1803fomento-resiliencia)

23. Turcaz Romero M, Rubio de la Iglesia Y. Intento suicida en adolescentes: factores resilientes y de riesgo. Rev. inf. cient. [Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 20];93(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/181>
24. García del Castillo, JA, García del Castillo-López, Á, López-Sánchez, C, Dias, PC. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA DE LA RESILIENCIA PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD. Salud y drogas [Internet]. 2016;16(1):59-68. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611006>
25. Jiménez, García K. AJUSTE PSICOSOCIAL EN PACIENTES AMPUTADOS: LA PSICOLOGÍA EN EL CONTEXTO SANITARIO. Revista Cúpula 2017; 31 (2): 8-43. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
26. De la Fuente, J. Competencia para aprender, estudiar y rendir bajo estrés. Guía de auto-ayuda para universitarios, estudiantes y opositores. Almería: Education & Psychology [Internet]2014[citado 2019 Mar 20]Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/319998462_competencia_para_aprender_estudiar_y_rendir_bajo_estres_guia_de_auto-ayuda_para_universitarios_estudiantes_y_opositores
27. Artuch, R. Resiliencia y autorregulación de la conducta en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social, que acuden a Programas de Cualificación Profesional Inicial. Tesis Doctoral Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Navarra Pamplona[Internet] 2014[citado 2019 Mar 20]. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/36188>
28. Salmerón JL. Estilo de acción-emoción, estrategias de afrontamiento y resiliencia, en contextos estresantes universitarios. Tesis Doctoral sin publicar. Almería: Universidad de Almería. [Internet] 2014[citado 2019 Mar 21] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=136537>
29. Sagone, E. y De Caroli. M.E. (2014). A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Well-being, and Coping Strategies in University Students. American Journal of Educational Research 2(7), 463-471. DOI: 10.12691/education-2-7-5.
30. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Cieza Alarcos. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2010 Abr [citado 2019 Mar 05] ; 84(2): 169-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es.
31. Pacheco Rodríguez, M., Michelena González M., Mora González R., Miranda Gómez O. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios Revista Cubana de Medicina Militar; 2014; 43(2):157-168 (Consultado el 07 Marzo 2019) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n2/mil04214.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, España; 2001. Consultado el 17 Marzo 2019. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
33. Vinaccia S., Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. psychol av. discip; 2012; 6(1) 123-136.

34. Liesa Orús M., Vived Conte E. discapacidad, edad adulta y vida independiente. un estudio de casos, Educación y Diversidad, 2010; 4 (1) 101-124 Consultado el 08 Marzo 2019, Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/63140523.pdf>
35. Teulé Melero J. Procesos Cognitivos Relacionados con el aprendizaje de la lectura del alumnado de Educación Primaria. Universidad Internacional de la Rioja. 2015; Consultado el 10 Marzo 2019, Disponible en: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3268/TEULE%20MELERO%20C%20JUDITH.pdf?sequence=1>
36. Coffey L., O'Keeffe F., Gallagher P., Desmond D., y Lombard-Vance R. Funcionamiento cognitivo en personas con amputaciones de miembros inferiores: revisión, Discapacidad y rehabilitación, 2012; 34:23, 1950-1964
37. Arguello V. Evaluación de la calidad de vida relacionada con el uso protésico mediante la aplicación del prosthesis evaluation questionnaire (PEQ) en pacientes amputados de miembro inferior que acuden al área de rehabilitación física de la fundación hermano miguel. Plan de disertación para optar por el título de licenciado/a en Terapia Física, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de enfermería, 2018.
38. Álvarez Morgade C., Simón San Juan M., Corral Bergantiños Y. Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal. TOG (A Coruña) Revista en Internet; 13 (24) 20p; 2016. Consultado el: 14 Marzo 2019, Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original3.pdf>
39. Hué García C., Inteligencia Emocional y Bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones, 1.^a ed., Ediciones Universidad San Jorge, 2016.
40. Pérez L., Caceres W., Minnaard V., Evolución según etiología de los pacientes amputados de mmii entre 40 y 60 años, y grado de adaptación y adherencia a la prótesis según índice de Barthel, universidad fasta; 2015. consultado el 16 Marzo 2019. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/891/Perez%20Luciana%20Haydee.pdf?sequence=1>
41. Jiménez García K., Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario, revista cúpula 2017; 31 (2): 8-43 Consultado el: 15 Marzo 2019, Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
42. Coronel Cáceres G., Fiallos Iglesias V. Bienestar de personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media. Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título de Psicóloga Clínica, Ecuador: Universidad De Cuenca; 2016.
43. Sandoval Barrientos Sandra, Dorner París Anita, Véliz Burgos Alex. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Mar 17]; 6(24): 260-266. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000400260&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>
44. Gutiérrez R., Díaz K., Román R., El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia e r g o -s u m. 2016; 23 (3): 219-228. Consultado el 21 Julio 2019.
45. Benítez Ma. Elena, La familia: Desde lo tradicional a lo discutible, CEDEM / Novedades en población. 2017; 26: 58-68

46. González N. Funcionalidad familiar en familias exTensas, significado para el adulto mayor de vivir en familia extensa, tesis de grado, universidad de alicante, 2016.
47. Flores E., Nuevos modelos de familia y léxico español actual, Universidad Pablo de Olavide. Facultad de Humanidades. Departamento de Filología y Traducción. Sevilla, España. Consultado el 21 Julio 2019, Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51762/1/Nuevos%20modelos%20de%20familia.pdf>
48. Martínez H., La familia: una visión interdisciplinaria. Universidad de Matanzas. Matanzas, Cuba. Consultado el 21 Julio 2019, Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2015/me155k.pdf>
49. García M., Rivera S., Díaz R. Continuidad y cambio en la familia: Factores intervinientes. Edit El Manual Moderno, 2015.
50. Martín Carbonell Marta, Cantera Ocegüera Dolores, Schuman Betancourt Daymaris. Estructura familiar, dolor y capacidad funcional en adolescentes con enfermedades reumáticas. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Jul 22]; 89(1): 30-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000100005&lng=es.
51. Fernández C. Implicaciones anatomofuncionales de la amputación del miembro inferior: cuidados del muñón y consecuencias en el sistema locomotor del uso prolongado de prótesis. (tesis de grado), yucatán: universidad de valladolid de enfermería; 2014.
52. Varela G., Prieto L. Programa de atención integral de pacientes amputados de miembros pélvicos para la mejora de la calidad de la atención. Rev Mex Med Fis Rehab 2011;23(1):13-19 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2011/mf1111d.pdf>
53. Pérez L., Evolución según etiología de los pacientes amputados de mmii entre 40 y 60 años, y grado de adaptación y adherencia a la prótesis según índice de Barthel evolución según etiología de los pacientes amputados de mmii entre 40 y 60 años, y grado de adaptación y adherencia a la prótesis según índice de Barthel. Universidad fasta [internet], 2015. disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/891/Perez%20Luciana%20Haydee.pdf?sequence=1>
54. Gázquez J., Pérez M., Molero M., Barragán A., Martos A., Cardila F. (Comps.). Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. (En línea) Edit. ASUNIVEP, Consultado el 27 Abril 2019, Disponible en: <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/cuidados-aspectos-psicol%C3%B3gicos-actividad-f%C3%ADsica-salud-mayor-voli.pdf>
55. Institut desvern. Manual para amputados de extremidad inferior. Consultado el 27 Abril 2019, Disponible en: <http://www.desvern.cat/manual-cast.pdf>
56. Guirao L., López A. Rehabilitación y protetización (en línea). Consultado el 01 Mayo 2019, Disponible en: https://hospitaligualada.csa.cat/documents/rehabilitacin_y_protetizacin.pdf
57. Rodas P. Auto-percepción de la calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. (Tesis de Grado). Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Licenciatura en Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.

58. Flores D. Resiliencia nómica: una nueva realidad para personas que logran un mejor desempeño para una vida cada vez más exigente. 2014. ISBN 978-607-00- 7771-5.
59. Repetto Cortes MA. Los amputados y su rehabilitación, un reto para el Estado .Evaluación y tratamiento psicológico de los amputados. Academia Nacional de Medicina. 2016.[citado 23 Abril 2019] 130-135. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
60. Gómez C., Arévalo F., Calidad de Vida en los pacientes con Amputación por Diabetes Mellitus, Hospital MINSA II Tarapoto (Tesis de Grado). Perú: Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
61. Álvarez Morgade C., Simón San Juan M., Corral Bergantiños Y. Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal. TOG (A Coruña) Revista en Internet; 13 (24) 20p; 2016. Consultado el: 14 Marzo 2019, Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original3.pdf>
62. Jara F., Once L. resiliencia y calidad de vida de personas con discapacidad física congénita y/o adquirida en el cantón cuenca – ecuador. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología, carrera de Psicología Clínica; 2017.
63. Cabrera M. Calidad de vida en salud en individuos amputados de extremidad inferior con prótesis del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. (Tesis de Grado), Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública; 2016.
64. Sánchez, S. Resiliencia. Como generar un escudo contra la adversidad. Diario El Mercurio.2003 En red www.resiliencia.cl/investig/ . Recuperado 12 de octubre de 2005.

18. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de valoración “Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)”

Los niveles de Resiliencia fueron evaluados por la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010), que 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 items 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): Que 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.

La confiabilidad de los factores de esta escala oscila entre .79 y .92 y la escala total tiene una confiabilidad de .93, con un 43.60% de varianza; por lo que fue 72 adecuada para ser utilizada en la investigación y aplicada a los adultos jóvenes amputados.

Anexo 2. Instrumento de valoración “WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group , 1993)”

En la década de 1990-99 la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente. El primero de estos fue el WHOQOL-100, que proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de las áreas y de las facetas que lo componen. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL-BREF.

Consta de 26 ítems, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones:

- Salud física
- Psicológica
- Relaciones sociales
- Medio ambiente.

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert. Evalúa las percepciones del individuo con un tiempo de referencia de dos semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para

establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones. El WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica.

Para demostrar la validez en la población adulta mexicana se obtuvo una muestra de 491 estudiantes de pregrado, 87 operadores de transporte público y 100 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica. El rango de edad de los participantes fue de 17 a 72 años ($M=26$; $DE=12.5$). Del total de la muestra el 35.8% son hombres con un promedio de edad de 29.75 años y una $DE=13.81$ y, el 64.2% mujeres con un promedio de edad de 23.95 años y una $DE=11.26$.

La confiabilidad del WHOQOL-BREF se estableció mediante el coeficiente alpha de Cronbach. Se obtuvieron valores α mayores a 0.70 para todas las dimensiones y un $\alpha=.895$ global, lo que indica una consistencia alta del instrumento.

Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Anexo 3. 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 los 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

Anexo 4. 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.

Anexo 5. Relatoría de prueba de instrumento

A partir de dos instrumentos aplicados, se logró recabar información de dos experiencias de jóvenes amputados y la percepción que tienen de su calidad de vida de acuerdo con sus relaciones sociales y su funcionalidad.

Los instrumentos fueron aplicados en el periodo del 1 de Agosto al 20 de Octubre del 2019, las principales limitantes fue el rango de edad, ya que las amputaciones más frecuentes suceden en mayores de 40 años y el 85% están relacionadas con la diabetes.

Instrumento 1

Paciente masculino de 21 años con estudios universitarios incompletos, soltero, vive con su familia en zona urbana. Refiere insuficientes sus ingresos para cubrir la demanda de atención en salud. Niega patologías. El motivo de la amputación fue enfermedad.

El lapso que transcurrió entre la amputación y en que recibió rehabilitación física fue de dos semanas.

En cuanto al cuestionario WHOQOL-BREF, respondió personalmente a las preguntas y únicamente le tomó 2 minutos, en los cuales se obtuvo la siguiente información:

Califica su calidad de vida como normal refiriéndose bastante satisfecho con su salud, sin embargo, el dolor físico limita un poco lo que necesita hacer. Refiere bastante seguridad, concentración, sentido, energía y aceptación física.

En las últimas dos semanas:

El desplazamiento de un lugar a otro lo realiza extremadamente bien, se encuentra muy satisfecho consigo mismo y sus relaciones personales, raramente tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión.

Ya que la mayoría de las respuestas fueron positivas, se obtuvo una muy buena calidad de vida.

En la escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M):

Refiere tener fortaleza y confianza en sí mismo siempre o casi siempre, se considera fuerte, con seguridad sobre lo que quiere, tiene control sobre su vida, así como metas y retos realistas establecidos.

En cuanto a competencia social casi siempre se siente cómodo con otras personas, hacer amigos, tener tema de conversación, regularmente hace reír a otras personas y disfruta estas con ellas.

Siempre o casi siempre tiene apoyo familiar, una buena relación con ella, considera a su familia leal, con actitud positiva y tienen las mismas prioridades.

Siempre o casi siempre percibe apoyo social, sus amigos y familia lo apoyan, se preocupan por él, lo alientan y valoran sus habilidades.

En su estructura personal refiere tener una mediana capacidad para mantener su rutina y seguir con sus actividades en momentos difíciles, frecuentemente trabaja mejor cuando tiene metas.

Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz): Independiente en todas sus funciones.

Escala de Actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton): Autónomo.

Instrumento 2.

Paciente Femenino de 23 años, estudios universitarios incompletos, soltera. Refiere como cuidador primario a su mamá, con la que vive junto a su familia en zona urbana. Niega patologías. Refiere tener los ingresos necesarios para cubrir la demanda de atención en salud. El motivo de la amputación fue accidente automovilístico.

El lapso que transcurrió entre la amputación y en que recibió rehabilitación física fue de un mes.

En cuanto al cuestionario WHOQOL-BREF, respondió personalmente a las preguntas y únicamente le tomó 10 minutos, en los cuales se obtuvo la siguiente información:

La paciente refiere percibir poca calidad de vida, la satisfacción con su salud es normal.

En las últimas dos semanas:

El dolor le impide un poco hacer lo que necesita. Considera como “normal” cuanto disfruta su vida, su capacidad de concentración y lo saludable de su ambiente, así como su energía diaria, la realización de actividades de ocio y la capacidad para desplazarse de un lugar a otro.

Se encuentra poco satisfecha con la calidad de su sueño, con su habilidad de realizar ABVD, consigo misma, con su vida sexual y con las condiciones del lugar donde vive. Raramente tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión.

Ya que la mayoría de las respuestas fueron “lo normal”, se obtuvo una mediana calidad de vida.

En la escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M):

Casi siempre tiene confianza en sí misma para enfrentar nuevos retos, para considerarse como una persona fuerte, aceptar nuevos retos y encontrar soluciones a problemas personales.

Regularmente sabe lo que quiere y está satisfecha consigo misma.

En competencia social siempre o casi siempre se siente cómoda con otras personas, tiene tema de conversación, se adapta a nuevas situaciones.

Casi siempre percibe apoyo familiar, lealtad y actitud positiva ante situaciones difíciles, regularmente disfruta realizar actividades con ellos y regularmente coinciden en lo que consideran importante en la vida.

Siempre tiene apoyo social de amigos y familiares, así como ayuda y aliento.

En cuanto a la estructura personal, medianamente mantiene su rutina en momentos difíciles y organiza su tiempo. Frecuentemente las reglas hacen su vida más fácil, así como planear sus actividades y establecer metas.

Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz): Independiente en todas sus funciones.

Escala de Actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton): Autónomo.