



Universidad Autónoma Metropolitana,
Xochimilco
Instituto Nacional de Rehabilitación
“Luis Guillermo Ibarra Ibarra”
(INRLGII)
División de Ciencias Biológicas y de la
Salud
Licenciatura en Enfermería
Título: Aspectos psicosociales en
pacientes amputados de miembro inferior
en el INRLGII

P.S.S. Santa Nava Garibay

Asesora: Dra. Maria Alberta García Jiménez

Asesor clínico: Dr. Martin Pantoja Hernández

Contenido

INTRODUCCIÓN:.....	3
1.- JUSTIFICACIÓN	3
2.- MARCO TEÓRICO	4
2.1.1 Generalidades de las Amputaciones	4
2.1.2 Tipos de Amputación.....	5
2.1.3 Secuelas, complicaciones de las amputaciones	6
2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE AMPUTACIÓN	7
2.2.1 Tumores óseos	8
2.2.2. Diabetes Mellitus	10
2.2.3. Infecciones	11
2.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES	12
2.3.1 Ajuste psicosocial y apoyo social.....	15
2.3.2 Categorías de las Estrategias por amputaciones	15
2.3.3 Calidad de vida de la persona Amputada	16
2.3.4 Manejo del dolor del miembro fantasma.....	19
2.4 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE MIEMBROS INFERIORES.....	21
2.4.1 Osteología del muslo	22
2.4.2 Esqueleto de la pierna: Rótula, Tibia y Peroné.....	23
2.4.3 Tarsos, Metatarsos y Falanges	26
3.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	27
4.- OBJETIVOS.....	28
4.1 Objetivo general	28
6.- METODOLOGÍA	29
6.1 Tipo de investigación: Cualitativo, Transversal. Exploratorio.....	29
6.2 lugar de estudio.....	29
6.3 universo poblacional del estudio:	29
6.3.1 muestra	29
6.3.2 criterios de inclusión y exclusión.....	30
6.4 descripción del instrumento para la recolección de datos.....	30
6.4.1 adaptación del instrumento, prueba piloto y modificaciones.....	33
6.4.2 cronograma de recolección de datos, servicios, horario, número de personas y aplicación de instrumento definitivo.	33
7.- ANALISIS ESTADISTICOS DE DATOS	34
Resultados (Gráficas)	34
8.-Conclusiones	45
9.- Bibliografía	46
10.- ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN:

La pérdida de una extremidad produce muchos cambios en la vida de una persona, esta nueva realidad implica un reto para el individuo, ya que constituye una práctica traumática, debido a que el proceso de recuperación requiere de la capacidad que tenga la persona para rehacer su vida de forma física, psicológica y social.

Este protocolo tiene la intención de conocer cómo es que se enfrenta una persona amputada de miembros inferiores por cualquier causa a los nuevos cambios en su vida, y al reintegro de su nueva condición de vida y por ende a la calidad que presenta mediante la percepción sobre su independencia física. (1)

De modo que algunos de los cambios negativos que viven son dificultades en el funcionamiento físico, pierden habilidades, experimentan cambios a nivel de las relaciones sociales, experimentan sensaciones dolorosas, tienen cambios en el panorama laboral así mismo en el estatus económico. Además, pueden sufrir alteraciones en la autoimagen, el autoconcepto y la autoestima. Todas estas variables afectan la calidad de vida y el equilibrio emocional de esta población. (1)

Por tanto, sería relevante tratar el tema de aspectos psicosociales en pacientes amputados para conocer cómo influyen estos factores en su vida diaria en especial en personas que tienen que empezar a vivir una nueva vida.

1.- JUSTIFICACIÓN

Todos los días en México, 75 personas son amputadas de alguna de sus extremidades; en total más de 25 mil en un año, mismas que se suman a los seis millones de personas con discapacidad en el país. (2)

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2010 habían 2,437, 397 personas con limitación para caminar o moverse, que comprendía el 58.3% de la población total del país, por lo cual de las cuales 785 mil presentaban ausencia de

una o varias extremidades es decir las personas amputadas y en 2014 la cifra aumentó acerca de 935 mil personas amputadas. (2)

Aunque la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) afirma que hay poca información sobre la magnitud del problema de amputaciones en la nación, donde la principal causa de estas escisiones en adultos son las enfermedades crónicas, como la diabetes; en niños, se relacionan con procesos de malformación o cáncer y en ambas poblaciones se llegan a dar por accidentes. (3)

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.1 Generalidades de las Amputaciones

La palabra amputación proviene del latín amputatio y significa la acción y efecto de amputar ,por otro lado, amputar de amputare significa cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro por lo tanto, la amputación es la eliminación de una extremidad del cuerpo a causa de un trauma o cirugía, siendo consecuencia de un acto quirúrgico, ocasionando un cambio irreversible en la vida persona el trauma se entiende una lesión catastrófica provocada por accidentes producidos por lo general como consecuencia de accidentes y enfermedades. (4) (5)

Las amputaciones causan un gran impacto a nivel físico, emocional, familiar y social, ya que la pérdida de una extremidad es similar a la pérdida de un familiar, apareciendo un proceso de duelo. Perder alguna extremidad, implica generar cambios extremos en el estilo de vida y desarrollar buenas estrategias de adaptación que le permitan al sujeto ajustarse en poco tiempo y reaprender a conducirse en el diario vivir teniendo una discapacidad. (1)

Asimismo, la familia, tiene un papel protagónico durante este proceso de ajuste, ya que ellos deben generar cambios que propicien la adaptación de la persona amputada, por lo tanto, es importante fomentar un ambiente en el que se brinde apoyo y que a la vez, permita el desarrollo de independencia funcional en la persona amputada. La presencia de un contexto de apoyo, en el que se respeten

los límites, permitirá mejorar la percepción que tiene el paciente con respecto al procedimiento y la recuperación de las facultades, autonomía e independencia. (1) Las razones para la amputación también son determinantes en cuanto al miembro amputado. La amputación de miembro inferior está relacionada con enfermedades vasculares y de carácter crónico mientras que la amputación de miembro superior se relaciona con causas traumáticas y por tanto con población más joven. La distinción entre miembro inferior y miembro superior es un elemento a tener en cuenta en el análisis de los datos ya que no sólo las causas y el perfil del paciente marcan la diferencia sino que además el grado de exposición y de necesidad para realizar actividades diarias. (1)

2.1.2 Tipos de Amputación

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”. (5)

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:

- 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 de 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 del pie. (6)

2.1.3 Secuelas, complicaciones de las amputaciones

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. (7)

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 encuentran:

- Retracción de los bordes de la herida.
- Dehiscencia de la herida o hematoma.
- Infección.
- Necrosis de la herida.
- Contracturas.
- Dolor a largo plazo.
- Problemas dermatológicos como la dermatitis por contacto o inflamación cutánea.
- Edema del muñón.
- 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 dificultan el uso de la prótesis. (7)

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.

Así también 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.

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 siendo 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 que es muy probable que sufran 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 la de los demás, y en ese intercambio también se percibe falta de aceptación con lo cual surgen problemas interpersonales que es necesario atender. (8)

2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE AMPUTACIÓN

Las amputaciones se dividen en tres grandes categorías etiológicas estas pueden ser congénitas, traumáticas y las asociadas a enfermedades.

- Congénitas: Son las que se producen desde el desarrollo neonatal, por lo tanto el sujeto desde que nace carece de sus extremidades.
- Traumáticas: Son las provocadas en accidentes de tránsito, laborales, campos de guerra, resultado de heridas con armas de fuego, entre otras.

- Asociadas a enfermedades: Las cuales son provocadas como consecuencia de enfermedades tales como diabetes, enfermedades vasculares, tumores óseos, infecciones, pie diabético, cáncer y demás. (1)

2.2.1 Tumores óseos

La amputación de una extremidad suele ser resultado de 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.

Un tumor óseo es una proliferación anormal de células dentro de un hueso. Este tipo de tumor puede ser canceroso (maligno) o no (benigno). (9)

La clasificación de los tumores suele depender de su tipo histológico, es decir, se basa en las características de las células que los componen. En términos generales, la identificación del tipo citológico es más fácil en las masas benignas debido a su alta diferenciación celular. En las neoplasias malignas es más compleja, ya que sus células se diferencian en menor proporción y pueden presentar anomalías importantes. Los tumores óseos se clasifican en ectodérmicos y endodérmicos según su origen embriológico y el tipo de matriz extracelular de tejido conjuntivo que producen, presentándose en hueso, cartílago, tejido fibroso u otros elementos extracelulares del tejido mencionado. Asimismo, con arreglo a su comportamiento biológico pueden dividirse en benignos y malignos. (9)

La causa más frecuente de un tumor en el hueso, es un tumor óseo benigno. Aunque los tumores tanto benignos como malignos, pueden crecer y afectar el tejido sano óseo. Los tumores benignos no se diseminan, no destruyen el tejido sano y rara vez son un riesgo vital para el paciente. Los tumores óseos benignos en general se tratan y se curan con cirugía. (9)

Algunos tumores de partes blandas, aparte de destruir hueso también generan tejido maligno alrededor del hueso. Esto es denominado la “masa de partes blandas” o el “componente de partes blandas” del tumor óseo. Si el tumor ha avanzado mucho, el paciente puede notar hinchazón en la región afectada o detectarse un bulto a consecuencia de esta “masa de partes blandas”. (10)

Otro modo de presentación de los tumores óseos malignos puede ser una fractura. Esto sucede en lesiones muy agresivas y/o avanzadas cuando el tumor ha destruido un segmento importante del hueso debilitándolo. Es así como con un mal gesto, caída leve o esfuerzo, puede suponer una fractura en la zona del tumor. Estas fracturas se denominan fracturas patológicas. (10)

La mayor parte de las amputaciones de las extremidades por tumores malignos se debe a la presencia de osteosarcomas, que comprenden una familia de neoformaciones del tejido conjuntivo con diferentes grados de malignidad. Se caracterizan por producir material osteoide neoplásico, hueso o ambos tejidos. Representan 20% de las neoplasias malignas primarias del hueso y 0.2% de los cánceres en términos generales.

Otro tipo de tumor óseo es el condrosarcoma este es una neoplasia cancerosa de células condrógenas, productoras de cartílago. Ocupa el segundo lugar entre los tumores malignos de hueso. Representa 10 a 20% de todas las neoformaciones óseas. Puede ser primario (80%), o secundario como resultado de la malignización de tumores primarios preexistentes. (11)

Es menos común y menos destructivo que el osteosarcoma. En un inicio, en la mayor parte de los casos, asume la forma de una lesión de baja graduación. Es un tumor que es lento para producir metástasis, y puede crecer y alcanzar grandes dimensiones. Por lo regular destruye el hueso y se extiende a los tejidos blandos. La tasa de supervivencia de los pacientes tratados por condrosarcoma es de 50 a 75%. Afecta con mayor frecuencia a varones entre los 50 y 60 años de edad. La quimioterapia y la radioterapia no son eficaces contra este tipo de tumores. (11)

Por otro lado encontramos también el Fibrosarcoma que se trata de un tumor maligno caracterizado por la presencia de haces entrelazados de fibras de colágeno formado por las células tumorales, y que no producen hueso ni cartílago. Nace de fibroblastos presentes en la cavidad medular y, con menor frecuencia, del periostio o los tejidos blandos paróísticos. De los fibrosarcomas 70% es primario y 30%

restante es secundario a la transformación maligna de lesiones preexistentes como displasia fibrosa, enfermedad de Paget, quistes óseos, osteomielitis o radioterapia del tejido óseo. (10)

La neoplasia en cuestión afecta a pacientes de 30 a 60 años de edad. Constituye 6.2% de los tumores primarios malignos del hueso. Ataca con mayor frecuencia a huesos largos como fémur, tibia y húmero. En 53% de los casos se presenta alrededor de la articulación de la rodilla. Se manifiesta en la clínica por dolor y tumefacción local. En 23% de los casos la existencia del tumor se hace evidente en la forma de una fractura patológica. (10)

Existen otros tumores, a veces también dentro de los denominados cánceres de hueso, que se originan en la médula ósea. La médula ósea está en el interior del hueso y este tipo de tumores no se forman en el hueso en sí.

El más común de ellos es el mieloma múltiple y se origina en la médula ósea.

Otro ejemplos de este tipo de tumores pueden ser algunos tipos de leucemia o linfoma, tumores que se originan en las células de la sangre o en los nódulos linfáticos respectivamente, que pueden afectar el hueso o empezar en el hueso. (13)

2.2.2. Diabetes Mellitus

La diabetes contribuye de forma significativa a la pérdida de las extremidades inferiores. La Asociación Americana de la Diabetes señala que una persona pierde una extremidad debido a complicaciones relacionadas con la diabetes cada 30 segundos. Según un estudio de 2012, entre el 4 y el 10% de las personas con diabetes tienen úlceras en los pies, un riesgo que podría llevar a la amputación de un pie por diabetes o a la amputación de un dedo por diabetes. (14)

Los diabéticos corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud como amputaciones de pies o piernas. Esto implica la intervención quirúrgica para extirpar una extremidad o un dígito, como un dedo de la mano o del pie, lo que conlleva la necesidad de llevar una prótesis de pierna. (14)

La necesidad de amputar el pie diabético se debe al desarrollo de la enfermedad arterial periférica. Ésta es el resultado de la acumulación de placa, o una sustancia grasa y pegajosa, en el interior de las arterias que conducen a las piernas. Esto se llama aterosclerosis, pero un término más común es "endurecimiento de las arterias". (14)

La enfermedad arterial periférica (EAP) también se conoce como mala circulación. Se trata de una afección peligrosa que provoca el estrechamiento de las arterias, restringiendo el flujo sanguíneo a los dedos, las piernas y los pies. Como consecuencia, las extremidades inferiores no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para mantenerse sanas, lo que provoca su deterioro. Los síntomas más comunes de la arteriopatía periférica son las heridas, el dolor de piernas, las llagas diabéticas que no se curan bien y la pérdida de movilidad. (14)

A medida que la arteriopatía periférica progresa, puede alcanzar una fase avanzada que se denomina isquemia crítica de las extremidades. Esto significa que diferentes zonas de los pies han perdido el suministro de sangre debido a obstrucciones en las arterias. Esto da lugar a la gangrena o a la muerte del tejido, que en última instancia pueden conducir a la amputación. (14)

La arteriopatía periférica también puede provocar úlceras o llagas diabéticas en las extremidades inferiores que no se curan por sí solas. Esto se debe a un flujo sanguíneo insuficiente en las extremidades inferiores, lo que dificulta la curación de las heridas en estas zonas. (14)

Las amputaciones debidas a la diabetes no son infrecuentes, pero pueden prevenirse siempre que se conozcan las mejores prácticas. El control de la diabetes es un primer gran paso que puede aplicar para mantener a raya las úlceras de los pies. Esto significa seguir una dieta sana y equilibrada, hacer ejercicio con regularidad, controlar el nivel de azúcar en sangre con frecuencia. (14)

2.2.3. Infecciones

La sepsis grave se conoce como envenenamiento de la sangre y septicemia. Se produce cuando una bacteria resistente a los medicamentos se propaga por el

torrente sanguíneo y provoca la muerte de los tejidos. La bacteria meningocócica es una de las causas. (7)

La amputación de las extremidades inferiores también puede producirse debido a infecciones sistémicas como las infecciones bacterianas. La tasa podría ser mayor en los países en desarrollo y podría atribuirse a la falta de antibióticos, instalaciones médicas adecuadas e higiene.⁽¹²⁾ Las personas previamente sanas, cuando se ven afectadas por este tipo de infecciones, corren el riesgo de sufrir la amputación de las extremidades, no sólo como tratamiento de elección, sino también como medida para salvar sus vidas. Las infecciones incluyen la meningitis meningocócica, la septicemia meningocócica, las infecciones por estafilococos y SARM, y la fascitis necrotizante. Algunas amputaciones de extremidades inferiores se deben a infecciones tras la colocación de una prótesis articular u otra cirugía ortopédica o vascular (7)

Las infecciones muy graves, del tipo fascitis necrotizantes, ponen en serio peligro la vida de los pacientes. Se deben a un germen llamado *Streptococcus Pyogenes*. Este germen puede vivir en la garganta de los pacientes, y se trasmite por contagio por catarros y resfriados. No es un germen muy frecuente, pero después de haber sufrido su infección en los siguientes días puede desarrollar el cuadro de fascitis. (15)

El germen pasa de la garganta a la pierna por la circulación sanguínea, y se disemina rápidamente produciendo una infección que puede ser mortal. Cuando la infección está muy avanzada es posible que haya que amputar la pierna para salvar al paciente (15)

2.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES

Aproximadamente dos tercios de las amputaciones se realizan en una población de sujetos con edades superiores a los 60 años. A pesar de los avances en los tratamientos, se considera que la tasa de personas con amputaciones no ha disminuido en la última década, siendo probable, que esta práctica se vuelva más

común, ya que hay un aumento en el envejecimiento de la población y en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas (como la diabetes) y vasculares.

(1)

Las amputaciones se dan más en hombres que en mujeres, existen muy pocas investigaciones con respecto al ajuste psicosocial en mujeres, la información que proporcionan esas investigaciones es que las mujeres tienden a presentar más síntomas depresivos, dificultad en la adaptación emocional, mayor ansiedad con respecto a la imagen corporal y pobre adaptación a los nuevos roles en comparación con los sujetos de sexo masculino aunque el sexo no representa un factor de riesgo para que una persona sea o no amputada, sin embargo existe relación entre ciertas patologías y un determinado sexo, un ejemplo puede ser la enfermedad vascular periférica que tiene mayor incidencia en varones, al igual que los traumatismos laborales o automovilísticos. (1)

Por otro lado, la edad es un factor de riesgo dependiendo de la causa de la amputación. En mayores de 50 años es más probable padecer enfermedades vasculares por lo que aumenta el riesgo de sufrir amputaciones, mientras que las amputaciones debido a traumas provocados por accidentes de tránsito o labores afectan en mayor medida a los jóvenes. Con respecto a la edad los jóvenes poseen más dificultad en cuanto al ajuste psicosocial ya que les es más difícil adaptarse a la restricción y pérdida de la independencia funcional, también estas personas tienen más vulnerabilidad de mostrar enojo e ira con respecto al cambio en la imagen corporal. (1)

Dentro de esta categoría, es importante reconocer que el acceso que tengan las personas a los centros de salud será un factor de riesgo y prevención, ya que tener facilidad para mantenerse en un constante seguimiento permite la prevención y el tratamiento de muchas de las patologías que pueden tener como consecuencia una amputación, además de poder dar un mejor seguimiento a la herida de la amputación y a los dolores producidos por esta intervención. (1)

La situación económica y educativa previa a la amputación va a influir en la capacidad de retomar la actividad laboral y el estatus económico. Personas con mayor escolaridad pueden regresar a sus trabajos sin ningún problema y continuar

desarrollándose en estos, sin embargo las personas que trabajan en actividades más físicas, tienen mucha dificultad para retomar sus labores, ya que al estar sin una pierna o un brazo tienen dificultad de continuar en sus trabajos, por lo que deben buscar nuevos ingresos económicos, esta situación también les genera ansiedad. La imagen corporal es una de las variables mayormente implicadas en el proceso de ajuste psicosocial. La pérdida de la estructura física causa mucho impacto en la persona que la vive. (1)

Por lo general, las personas tienden a irse adaptando a su imagen corporal conforme pasa el tiempo con la amputación. Estas personas deben adaptarse a un cambio significativo en su aspecto físico y/o funcionamiento.

Sin embargo, la imagen corporal es un factor que genera gran sensación de vulnerabilidad e insatisfacción en los sujetos con amputaciones. Los individuos con amputaciones deben atravesar tres etapas que les permite adaptarse al cambio en la imagen corporal. (1)

El periodo de tiempo que se necesita para atravesar estas etapas es de aproximadamente 18 meses. Estas etapas se definen como: 1) shock, el cual corresponde al impacto que surge luego de la primera observación de su cuerpo mutilado, 2) deseo de restauración, se basa en la utilización de mucha energía para ocultar el cuerpo y el funcionamiento alterado y finalmente, 3) integración de la nueva imagen corporal, esto se logra cuando se implican más en su pérdida, reconocen la alteración de su cuerpo e incorporan los cambios físicos a su vida y logran aceptarse con esa nueva imagen corporal. (1)

El ajuste psicosocial en sujetos que han sufrido amputaciones en sus extremidades superiores es más complicado que en personas con amputaciones en sus extremidades inferiores, se ha identificado que esta dificultad se debe al impacto que hay en la imagen corporal y la participación de estas extremidades en los procesos sociales, afectivos y de comunicación, lo que genera una gran preocupación por la aceptación. (1)

2.3.1 Ajuste psicosocial y apoyo social

Se define ajuste psicosocial como la capacidad de la persona de sobreponerse a la situación de discapacidad que se presenta luego de una amputación, así como la poca presencia de síntomas depresivos y ansiosos, la habilidad para desarrollar y aplicar estrategias de afrontamiento que le permitan ajustarse a la nueva imagen corporal, mantener un funcionamiento social adecuado, disminuir los niveles de malestar social, mantener un adecuado sentido de identidad, autoestima, mantener los niveles de actividad física, capacidad de adaptarse al ambiente social, laboral y familiar, así como aceptar la utilización de la prótesis, asimismo, se espera que la presencia del dolor del miembro fantasma sea manejable y que no interfiera en su diario vivir. (1)

Por esta razón, la mayoría de las investigaciones que hay con respecto al ajuste psicosocial de las personas con discapacidad se enfocan en el estudio de las capacidades de afrontamiento, distorsiones cognitivas, factores sociodemográficos, estilos de personalidad y manejo del dolor del miembro fantasma.

El ajuste psicosocial en personas que han sufrido la pérdida de una extremidad, ya sea inferior o superior, va a depender de la conglomeración de distintas variables implicadas en este proceso, se han encontrado diferencias en cuanto a la recuperación de las amputaciones de extremidades superiores e inferiores. (1)

2.3.2 Categorías de las Estrategias por amputaciones

Estrategias centradas en el problema como la Confrontación, esta es definida como los intentos que realiza el individuo para solucionar el problema de forma directa y que con frecuencia suelen ser arriesgadas y agresivas.

Planificación: Definido por el pensar, evaluar y desarrollar estrategias para afrontar la situación. (10)

De igual manera estrategias centradas en la emoción como:

- Distanciamiento: Son los intentos que realiza el individuo para apartarse del problema, haciéndolo a través del no pensar en la situación o evitando que le afecte.

- Autocontrol: Es el esfuerzo que se realiza para controlar las propias emociones y sentimientos, es decir; la persona no muestra a los otros lo que la situación le produce.
- Aceptación de responsabilidad: Es el conocimiento de la situación en el que se acepta el papel, autocrítica de la situación en la que se tuvo un protagonismo desde el origen del problema o en mantenerlo.
- Escape- evitación: Son aquellos esfuerzos o acciones para intentar escapar del problema, puede presentarse a partir de pensamientos irreales o de acciones que producen más problemas (comer, consumo de sustancias psicoactivas, etc.)
- Reevaluación positiva: Es aquel esfuerzo por encontrar lo positivo del problema, enfatizando en el aprendizaje y la experiencia positiva de la situación.

Por otro lado las Estrategias centradas en el problema y la emoción actúan en la búsqueda de apoyo social como acudir a otras personas para buscar apoyo emocional, comprensión, ayuda o compañía. (10)

2.3.3 Calidad de vida de la persona Amputada

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 esta, 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 la persona, esto provoca estrés, principalmente en personas que eran activas e independientes. (10)

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 emocional

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. (16)

Es por ello que 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 individuo. (16)

Cuando se presentan enfermedades crónicas, el adulto joven tiene que adaptarse a nuevas situaciones, como la 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 emocional. (17)

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. (17)

Al tener las mismas oportunidades dentro de la comunidad se experimenta una mayor calidad de vida. 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 actividad.

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 cognitivas. (18)

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 movimiento. 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. (18)

Es importante involucrar al familiar y la sociedad, una buena recuperación reduce significativamente la ansiedad y depresión. 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, como por ejemplo: actividades expansivo-lúdico-sociales, de convivencia, alcanzar determinado nivel de cultura, autonomía y dependencia. (18)

El bienestar emocional engloba varios aspectos:

- 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 riesgos.
- 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 funcionalidad.

- 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 vida.
- 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 vida.
- El control del medio donde el individuo se desenvuelve y la habilidad que tiene para vincularse con otras personas, favorecen el dominio de su entorno.
- Tener propósitos en la vida, metas que le den un sentido para esforzarse y conseguirlo.
- 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. (18)

2.3.4 Manejo del dolor del miembro fantasma

El fenómeno de dolor del miembro fantasma ha sido ampliamente investigado. Ambroise Paré (1551) comienza a identificar distintos fenómenos relacionados con la percepción sensorial tras la amputación de una extremidad, hasta que en 1871 se acuñó el término “Dolor del miembro fantasma” para describir los síntomas de los soldados de la guerra civil americana que habían sido amputados en una extremidad por lo que se pueden definir estos fenómenos como “Sensación del miembro fantasma (SFM)” que consiste en la percepción no dolorosa de la presencia continuada del miembro amputado y la sensación dolorosa originada en la porción amputada de la extremidad. (19)

Anteriormente este síntoma era considerado un problema psicológico o psicopatológico, sin embargo, actualmente se ha encontrado que es una respuesta fisiológica natural hacia la extremidad que ha sido amputada.

Este avance ha permitido conceptualizar el fenómeno del dolor del miembro fantasma desde un enfoque biopsicosocial, en el cual se integran las variables

biológicas, psicológicas, sociales y ambientales que pueden influenciar en el dolor y el funcionamiento general de las personas, por lo cual se identifican tres características de variables psicosociales, estas son las cogniciones (pensamientos, creencias y evaluaciones), respuestas de afrontamiento y variables socioambientales.

El dolor es considerado como una característica de la persona en su totalidad más que un signo. Diferentes investigaciones han encontrado que este dolor puede presentarse inclusive hasta dos años después de la amputación, provocando un considerable sufrimiento en las personas.

Se pueden encontrar tres distintos tipos de sensaciones con respecto al dolor del miembro fantasma, estas sensaciones son:

- Sensaciones cenestésicas asociadas al tamaño y forma del miembro amputado.
- Sensaciones cinestésicas como por ejemplo percepciones de movimiento.
- Sensaciones exteroceptivas como por ejemplo sentir comezón y adormecimiento, así como percibir que sus extremidades se encuentran en ciertas posiciones que causan dolor o sensaciones desagradables, además se ha reportado que las personas con amputaciones pueden percibir sudoración en la parte del miembro amputado. (20)

Se considera que al menos el 85% de las personas que han tenido una amputación han sufrido este fenómeno. El dolor del miembro fantasma algunas veces es intermitente y puede tener serias consecuencias a nivel de salud y funcionamiento, porque interfiere en el proceso de rehabilitación y en el entrenamiento para la utilización de la prótesis, disminuye la habilidad de caminar, la posibilidad de empleo y la participación en actividades sociales, asimismo su presencia incrementa el riesgo de desarrollar una depresión o síntomas depresivos luego de la amputación y la intensidad en que la persona percibe este dolor está directamente relacionado con el incremento de síntomas depresivos, ansiosos y el estrés, estas reacciones aunadas a la sensación de dolor repercuten de forma negativa en la capacidad de alcanzar una adecuada adaptación a la pérdida de la extremidad. (20)

La sensación de dolor afecta muchas áreas del individuo y repercute de forma negativa en la capacidad de ajuste y adaptación ante la amputación, por lo que la presencia de dolor es la variable que más afecta la capacidad de la persona para retornar a la actividad laboral.

2.4 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE MIEMBROS INFERIORES

El miembro o extremidad inferior presenta muchos parecidos con su homólogo superior. Las extremidades inferiores cumplen Funciones de: Soporte, Locomoción y Marcha. Sin embargo, su función de soporte del peso condiciona que su esqueleto óseo sea más masivo y las articulaciones más voluminosas y estables. La musculatura es más fuerte y las fascias son más densas, lo que asegura no sólo una marcada compartimentación segmentaria que distribuye la tensión muscular periósea durante la contracción y que contribuye al efecto de soporte, sino también el componente pasivo del sostén. De este modo, la cintura presenta una cohesión fuerte, al estar inmersa en una potente musculatura, es estable y constituye un elemento común con el tronco en su parte interior. Este se divide en dos partes, pelvis o cintura pelviana, y extremidad libre, compuesta por el muslo, la pierna y el pie. El muslo es el segmento corporal más fuerte y se encarga del control de la gran articulación de la rodilla. A nivel distal, el tobillo y el pie, que son menos móviles y más potentes que la muñeca y la mano, conjugan con éxito la movilidad de las pequeñas interlíneas necesaria para la adaptación plástica al contacto con el suelo y, al mismo tiempo, afianzan con eficacia el conjunto, lo que confiere su estabilidad a las estructuras corporales suprayacentes. A pesar de su escaso volumen, el pie presenta una serie impresionante de tipos articulares distintos, de ensamblaje de estas distintas interlíneas entre sí y de planos ligamentarios y aponeuróticos muy potentes. Su musculatura se divide en extrínseca e intrínseca. Todo ello está recubierto por una envoltura plantar que proporciona el almohadillado, la protección y la sensibilidad de los apoyos. Este último punto está modulado en el ser humano por el uso frecuente del calzado, que interfiere con las estructuras anatómicas dedicadas a la función. Por último, la inervación procede de dos plexos (lumbar y sacro) y de tres grandes nervios, de los que el ciático es el más grande del cuerpo

humano. La finalidad del miembro inferior es servir de base de sustentación al cuerpo (estática) y permitir su marcha (locomoción) (21)

2.4.1 Osteología del muslo

El esqueleto del muslo sólo consta del fémur. Es un hueso largo, par, oblicuo de arriba hacia abajo y de fuera a adentro, articula con el coxal en la parte superior y con la tibia en la parte inferior. Se compone de un cuerpo o diáfisis y dos extremidades o epífisis.

Es prismático triangular, desciende oblicuamente y hacia adentro. Ligeramente torsionado sobre su eje y arqueado hacia atrás.

Los bordes laterales externo e interno se funden en las caras, el borde posterior es muy saliente y rugoso, línea áspera del fémur. En ella se distingue un labio externo donde se inserta el vasto externo, un labio interno para el vasto interno y un intersticio donde se fijan los abductores del muslo y la porción corta del bíceps.

La extremidad superior consta de: Superficie articular, cabeza de fémur, dos eminencias óseas: trocánter mayor y trocánter menor; y una porción cilíndrica situada entre la cabeza y los trocánteres: el cuello anatómico del fémur.

- Cabeza del fémur. Eminencia lisa, redondeada, orientada hacia arriba, adelante y adentro, se corresponde con la cavidad cotiloidea coxal.
- Trocánter mayor. Eminencia ósea cuadrilátera y aplanada prolongación superior del cuerpo óseo. Su cara externa recibe al glúteo mediano, en la cara interna encontramos la fosa digital que recibe a los dos obturadores, los dos géminos y el obturador externo.
- Trocánter menor. Eminencia ósea entre el cuello y la cara interna del cuerpo. Inserción del psoas ilíaco. Los trocánteres se hallan unidos en la cara anterior y posterior por dos líneas que son las crestas intertrocanterea anterior y posterior.
- Cuello anatómico del fémur. Punto de unión de la cabeza del fémur y los trocánteres. Forma un ángulo de 130° hacia adentro. Es un cilindro aplanado en sentido anteroposterior, se constituye de una cara anterior convexa, la cara posterior donde se inserta la cápsula, borde inferior oblicuo, borde

superior horizontal, el extremo interno se corresponde al contorno de la cabeza femoral, y por último el extremo externo o base, en la región de los trocánteres.

- Epífisis inferior: La extremidad inferior es muy voluminosa. Presenta dos eminencias articulares óseas que son los cóndilos separados por la escotadura intercondílea
- Cóndilos: Cara anterior, inferior y posterior, son un conjunto articular único que se corresponde con la rótula y la tibia. Dividida en la porción anterior o tróclea; la tróclea femoral es anterior y está separada de los cóndilos por las ranuras cóndilo trocleares, está formada por dos vertientes laterales que convergen y se continúan en las superficies condíleas, están separadas por una profunda escotadura que hace de polea llamada fosa intercondílea. En la parte superior encontramos la fosa supratroclear que se corresponde con la parte superior de la rótula. La porción posterior o superficies condíleas, curvadas hacia atrás y arriba siendo el cóndilo interno mayor que el externo. La escotadura intercondílea es muy irregular al estar llena de agujeros vasculares, en sus caras laterales se insertan los ligamentos cruzados de la articulación de la rodilla. (21)

2.4.2 Esqueleto de la pierna: Rótula, Tibia y Peroné

El esqueleto de la pierna se compone de la tibia y el peroné, junto con un hueso sesamoideo que contiene el tendón del cuádriceps.

La Rótula es un hueso triangular, aplanado, compuesto de dos caras, un vértice, una base y dos bordes.

- Caras

Cara anterior, convexa perforada por agujeros vasculares, estriada por los haces tendinales del cuádriceps.

Cara posterior, dos partes, una superior articular y una inferior rugosa. Una cresta obtusa vertical se corresponde con la garganta de la tróclea.

- Base

Triangular con el vértice hacia atrás, se inserta el tendón del cuádriceps.

- Vértice

Dirigido hacia abajo inserta el tendón rotuliano.

- Bordes

Laterales y fuertemente convexos. Sirve de inserción al vasto y a la aleta rotuliana.

La tibia es un hueso largo, se encuentra en la parte interna de la pierna, articula con el fémur arriba y con el astrágalo abajo, es prismático triangular con tres caras y tres bordes.

- Externa: Convexa, recibe al tibial anterior en la mitad superior.
- Interna: Lisa o algo convexa, subcutánea en su parte media inferior.
- Posterior: En su tercio superior presenta una cresta oblicua.

Esta se divide en dos segmentos, el superior alberga el músculo poplíteo el inferior se divide en dos porciones por una cresta, la interna recibe al flexor común de los dedos y la externa al tibial posterior. Finalmente encontramos el agujero nutricio del hueso.

Bordes

- Anterior: Continuo en forma de S , recibe el nombre de cresta de la tibia.
- Externo: Contiene a la membrana interósea.
- Interno: Saliente en su parte inferior.

La Epífisis superior es voluminosa, alargada transversalmente e inclinada hacia atrás. Consta de dos tuberosidades y una superficie para las cavidades glenoideas. Estas tuberosidades se separan atrás por una depresión y delante por la tuberosidad anterior de la tibia.

- Tuberosidad interna: Recibe posteriormente el tendón del semimembranoso mediante un canal transversal.
- Tuberosidad externa: Contiene una superficie articular externa dorsal, es la Carilla articular del peroné externo y anterior encontramos el tubérculo de Gerdy y una cresta oblicua descendente. En esta se inserta el tibial anterior y el tensor de la fascia lata.
- Meseta tibial: Formada por la cara superior de las tuberosidades, distinguimos tres porciones: Las cavidades glenoideas: laterales y

articulares, externa e interna. Se articulan con los cóndilos del fémur, hacia la mitad del hueso se elevan siguiendo la espina de la tibia.

La epífisis inferior es menor que la superior, presenta seis caras.

- Anterior: Convexa y lisa continuación de la cara externa del hueso
- Posterior: Convexa, recibe los tendones del tibial y del flexor propio del dedo grueso.
- Externa: Surcada por un canal contiene la superficie que articula con el borde inferior del peroné.
- Interna: Contiene el maléolo interno, articula con el astrágalo y recibe los ligamentos de la Articulación tibiotalar.
- Inferior: Superficie articular dividida en dos por una cresta que se corresponde con la garganta de la polea astragalina.
- Superior: Continúa el hueso.

El peroné es un hueso largo y delgado. Se articula con la tibia y con el astrágalo, su cuerpo es prismático triangular, y presenta tres caras y tres bordes.

Caras:

- Externa: Recibe los músculos peroneo lateral largo y corto. En el tercio inferior una cresta oblicua genera dos superficies, una anterior subcutánea y otra posterior por donde se deslizan los tendones de los músculos peroneos laterales.
- Interna: Dividida en dos partes por la cresta interósea donde se inserta el ligamento interóseo.
- Posterior: Arriba da inserción al sóleo y abajo al flexor propio del dedo grueso del pie. En el tercio medio se encuentra el agujero nutricio.

Bordes

- Anterior: Saliente de la porción media se continúa en el borde anterior del maléolo externo.
- Interno: Notorio en la porción media se suaviza progresivamente hacia los extremos, en él se inserta el músculo tibial posterior.
- Externo: Es oblicuo en su totalidad. (21)

2.4.3 Tarsos, Metatarsos y Falanges

El esqueleto del pie consta de tres partes: tarso, metatarso y falanges.

El Tarso consta de siete huesos colocados en dos filas: una posterior y otra anterior. En la posterior encontramos: el astrágalo y el calcáneo. En la anterior el cuboides, el escafoides y las tres cuñas.

El Astrágalo es un hueso corto, aplanado de arriba abajo y alargado en sentido Antero posterior. Se articula por arriba, con los huesos de la pierna; por abajo, con el calcáneo; y por delante, con el escafoides. Se aprecian en él tres segmentos: uno posterior voluminoso, el cuerpo; otro anterior redondeado, la cabeza; y uno intermedio estrecho, el cuello.

El Calcaneo forma la eminencia del talón. Aplanado transversalmente y alargado de delante a atrás. Compuesto de seis caras: cara anterior, posterior, externa, interna, superior e inferior.

El cuboides tiene forma triangular prismática en forma de cuña cuya arista situada en el borde externo del pie es roma. Se compone de seis caras, la cara articular tiene forma de silla de montar, con un canal marcado descendente, la cara estrecha que forma un borde romo es externa.

El Escafoides es un hueso de forma oval, articula con las cuñas en su cara anterior y con el astrágalo en la posterior. Sus bordes son anchos y rugosos presentando inserción a diversos ligamentos.

Cuñas

- 1º cuña: La cara posterior se articula con la interna del escafoides. La anterior con el primer Metatarsiano. Una carilla vertical en forma de media luna . La cara externa presenta dos facetas articulares, la posterior a se corresponde con la segunda cuña, la anterior con el segundo metatarsiano.
- 2º cuña: Es la más pequeña de las tres. Se articula con el escafoides posteriormente, anteriormente con el segundo metatarsiano. La cara interna con la primera cuña y la externa con la tercera.
- 3º cuña: Se articula con la cara externa de la superficie anterior del escafoides. Anteriormente con el tercer metatarsiano, interiormente con la

segunda cuña y el segundo metatarsiano, exteriormente con el cuboides y el cuarto metatarsiano.

El Metatarso está constituido por cinco huesos largos articulados con la segunda fila del tarso atrás y adelante con las primeras falanges. Presentan un cuerpo y dos extremos. (21)

El cuerpo prismático triangular, tiene tres caras y tres bordes.

La extremidad posterior que se articula con el tarso y lateralmente con los metatarsianos próximos. La extremidad anterior se articula con la falange correspondiente. Lateralmente aparecen eminencias ligamentosas para los músculos interóseos.

El primer metatarsiano es el más corto y grueso. En la base se inserta el tibial anterior y el peroneo lateral en una apófisis. Se articula con la primera cuña y el segundo metatarsiano. La extremidad anterior es cuadrilátera, grande y con ranuras para los huesos sesamoideos.

El segundo metatarsiano es el más largo. Se articula con la segunda cuña en la cara posterior, con el primer metatarsiano en la anterior, lateralmente con el tercer metatarsiano y la tercera cuña.

El tercer metatarsiano se articula con el segundo, con el cuarto y con la tercera cuña. El cuarto lo hace con el tercero y el quinto, posteriormente con la tercera cuña y el cuboides.

El quinto presenta exteriormente una apófisis estiloides para el peroneo lateral corto. Se articula con el cuarto y el cuboides.

Las Falanges son análogas a las de la mano, sólo que atrofiadas. Se designan con el nombre de primera, segunda y tercera. El dedo grueso carece de segunda falange. (21)

3.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta:

- ¿Cuáles son los aspectos psicosociales en pacientes amputados de miembro inferior a causa de tumores óseos en un instituto de rehabilitación?

Pregunta Científica

- ¿De qué manera repercute una amputación de miembro inferior a una persona a causa de un tumor óseo en sus AVD, afectando su calidad de vida y la problemática hacia su nueva imagen corporal?

4.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Analizar los aspectos psicosociales en pacientes amputados de miembros inferiores

4.2o. específicos

- Evaluar la adaptación que tiene la persona amputada al enfrentarse a su nueva condición de vida para la realización de sus AVD.
- Conocer el nivel de calidad de vida que presenta la persona amputada mediante la percepción que tiene sobre su independencia física.
- Identificar la necesidad de pacientes amputados con su actual condición
- Evaluar la existencia de diferencias significativas entre el motivo y el tipo de amputación respecto a las puntuaciones del cuestionario adaptado de Callista Roy: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

6.- METODOLOGÍA

6.1 Tipo de investigación: Cualitativo, Transversal. Exploratorio.

Cualitativo: Interpretación de la realidad que se expresa en fenómenos, conflictos, problemas e interrogantes en los diferentes ámbitos de la vida del ser humano.

Transversal: Se analizarán los datos de las variables recopiladas en un periodo de tiempo, que ocurren en las personas en el estudio.

Exploratorio: Tipo de investigación utilizada para estudiar un problema que no está claramente definido, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, pero sin proporcionar resultados concluyentes.

6.2 lugar de estudio

El estudio será realizado en un Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” donde el ingreso del paciente sea por alguna situación que estén involucrados los miembros inferiores y que puede causar una amputación, con el objetivo de poder recabar información verídica y real, aplicando un instrumento a conveniencia.

6.3 universo poblacional del estudio:

6.3.1 muestra

El estudio será aplicado a una población adulta que sufre amputación de miembros inferiores a causa de tumores óseos. (población mínima 20)

6.3.2 criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • pacientes amputados a causa de tumores óseos que acepten participar en el estudio. • pacientes amputados de miembros inferiores a causa de tumores óseos. • pacientes amputados a causa de tumores óseos que se encuentren hospitalizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • pacientes amputados de miembros inferiores que no deseen participar en el estudio. • pacientes que son amputados por causas diferentes a tumores. • pacientes amputados que no se encuentren hospitalizados. • pacientes que son amputados de otra extremidad diferente a miembros inferiores. • pacientes que presenten el instrumento adaptado a la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de callista roy incompleto.

6.4 descripción del instrumento para la recolección de datos

Con el propósito de conceptualizar y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación, Roy (2008) construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación – Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), que permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación.

Este instrumento es de medición ordinal, está conformado por 47 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominadas por Roy como factores y con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre =3, siempre =4; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil, por lo cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación parte de uno (1) y no de cero (0). Tomando el

referente teórico de Roy Identificar los estilos, las estrategias y los niveles del proceso cognitivo en cada factor.

- El factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.

Reactivo	Ponderación																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="232 938 802 976"><i>Reactivo</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="232 976 256 1003">1.</td> <td data-bbox="256 976 802 1003">Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1003 256 1031">2.</td> <td data-bbox="256 1003 802 1031">Propongo soluciones para problemas nuevos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1031 256 1058">3.</td> <td data-bbox="256 1031 802 1058">Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1058 256 1085">4.</td> <td data-bbox="256 1058 802 1085">Obtengo información para aumentar mis opciones</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1085 256 1113">5.</td> <td data-bbox="256 1085 802 1113">Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1113 256 1140">6.</td> <td data-bbox="256 1113 802 1140">Trato de recordar soluciones que me han servido antes</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1140 256 1167">7.</td> <td data-bbox="256 1140 802 1167">Trato de que todo funcione a mi favor</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1167 256 1194">8.</td> <td data-bbox="256 1167 802 1194">Solo pienso en lo que me preocupa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1194 256 1222">9.</td> <td data-bbox="256 1194 802 1222">Me siento bien de saber que estoy manejando el problema</td> </tr> <tr> <td data-bbox="232 1222 256 1249">10.</td> <td data-bbox="256 1222 802 1249">Identifico cómo quiero que resulte la situación</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Reactivo</i>		1.	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	2.	Propongo soluciones para problemas nuevos	3.	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo	4.	Obtengo información para aumentar mis opciones	5.	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	6.	Trato de recordar soluciones que me han servido antes	7.	Trato de que todo funcione a mi favor	8.	Solo pienso en lo que me preocupa	9.	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	10.	Identifico cómo quiero que resulte la situación	nunca = 1	rara vez =2	casi siempre =3	siempre =4
<i>Reactivo</i>																										
1.	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo																									
2.	Propongo soluciones para problemas nuevos																									
3.	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo																									
4.	Obtengo información para aumentar mis opciones																									
5.	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas																									
6.	Trato de recordar soluciones que me han servido antes																									
7.	Trato de que todo funcione a mi favor																									
8.	Solo pienso en lo que me preocupa																									
9.	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema																									
10.	Identifico cómo quiero que resulte la situación																									

- El factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento o la actitud.
- El factor 3: proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la

información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.

- El factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento.
- El factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando”.

Reactivo	Ponderación																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Reactivo</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11. Soy menos eficaz bajo estrés</td></tr> <tr><td>12. No actúo hasta que tengo comprensión de la situación</td></tr> <tr><td>13. Encuentro la crisis demasiado complicada</td></tr> <tr><td>14. Pienso en el problema paso a paso</td></tr> <tr><td>15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente</td></tr> <tr><td>16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente</td></tr> <tr><td>17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis</td></tr> <tr><td>18. Soy realista con lo que sucede</td></tr> <tr><td>19. Estoy atento a la situación</td></tr> <tr><td>20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo</td></tr> <tr><td>21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones</td></tr> <tr><td>22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista</td></tr> <tr><td>23. Tiendo a quedarme quieto por un momento</td></tr> <tr><td>24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema</td></tr> <tr><td>25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos</td></tr> <tr><td>26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación</td></tr> <tr><td>27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos</td></tr> <tr><td>28. Utilizo el humor para manejar la situación</td></tr> <tr><td>29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida</td></tr> <tr><td>30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso</td></tr> <tr><td>31. Soy más eficaz bajo estrés</td></tr> <tr><td>32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas</td></tr> <tr><td>33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo</td></tr> <tr><td>34. Trato de ser creativo y propongo soluciones</td></tr> <tr><td>35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas</td></tr> <tr><td>36. Aprendo de las soluciones de otros</td></tr> <tr><td>37. Miro la situación positivamente como un reto</td></tr> <tr><td>38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar</td></tr> <tr><td>39. Experimento cambios en la actividad física</td></tr> <tr><td>40. Analizo los detalles tal como sucedieron</td></tr> <tr><td>41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar</td></tr> <tr><td>42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio</td></tr> <tr><td>43. Me doy cuenta de que me estoy enfermado</td></tr> <tr><td>44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad</td></tr> <tr><td>45. Me rindo fácilmente</td></tr> <tr><td>46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación</td></tr> <tr><td>47. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas</td></tr> </tbody> </table>	<i>Reactivo</i>	11. Soy menos eficaz bajo estrés	12. No actúo hasta que tengo comprensión de la situación	13. Encuentro la crisis demasiado complicada	14. Pienso en el problema paso a paso	15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente	16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	18. Soy realista con lo que sucede	19. Estoy atento a la situación	20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista	23. Tiendo a quedarme quieto por un momento	24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema	25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos	26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	28. Utilizo el humor para manejar la situación	29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	31. Soy más eficaz bajo estrés	32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	34. Trato de ser creativo y propongo soluciones	35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	36. Aprendo de las soluciones de otros	37. Miro la situación positivamente como un reto	38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	39. Experimento cambios en la actividad física	40. Analizo los detalles tal como sucedieron	41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio	43. Me doy cuenta de que me estoy enfermado	44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	45. Me rindo fácilmente	46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación	47. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas	nunca = 1	rara vez =2	casi siempre =3	siempre =4
<i>Reactivo</i>																																										
11. Soy menos eficaz bajo estrés																																										
12. No actúo hasta que tengo comprensión de la situación																																										
13. Encuentro la crisis demasiado complicada																																										
14. Pienso en el problema paso a paso																																										
15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente																																										
16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente																																										
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis																																										
18. Soy realista con lo que sucede																																										
19. Estoy atento a la situación																																										
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo																																										
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones																																										
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista																																										
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento																																										
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema																																										
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos																																										
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación																																										
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos																																										
28. Utilizo el humor para manejar la situación																																										
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida																																										
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso																																										
31. Soy más eficaz bajo estrés																																										
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas																																										
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo																																										
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones																																										
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas																																										
36. Aprendo de las soluciones de otros																																										
37. Miro la situación positivamente como un reto																																										
38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar																																										
39. Experimento cambios en la actividad física																																										
40. Analizo los detalles tal como sucedieron																																										
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar																																										
42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio																																										
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermado																																										
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad																																										
45. Me rindo fácilmente																																										
46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación																																										
47. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas																																										

6.4.1 adaptación del instrumento, prueba piloto y modificaciones

Mediante la escala Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy Con el propósito de conceptualizar y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación, se plantea realizar un instrumento con 18 preguntas adaptándolo al estudio de pacientes amputados a causa de tumores óseos. Con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre =3, siempre =4; de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil, por lo cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación.

6.4.2 cronograma de recolección de datos, servicios, horario, número de personas y aplicación de instrumento definitivo.

	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Búsqueda bibliográfica para elegir el tema a investigar	■											
Elaboración del marco teorico		■	■	■	■							
Elaboración del planteamiento o del problema				■								
Justificación				■								
Pregunta de investigación					■							
Objetivos						■						
Metodología							■					
Busqueda del instrumento para la recolección de datos								■				
Adaptación y modificación								■				

del instrumento												
Aplicación del instrumento								■	■	■		
Análisis estadístico de datos											■	
Resultados												■
Discusión												■
Conclusión												■

7.- ANALISIS ESTADISTICOS DE DATOS

Resultados (Graficas)

Gráficos y Resultados sobre instrumento de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de amputaciones de miembros inferiores.

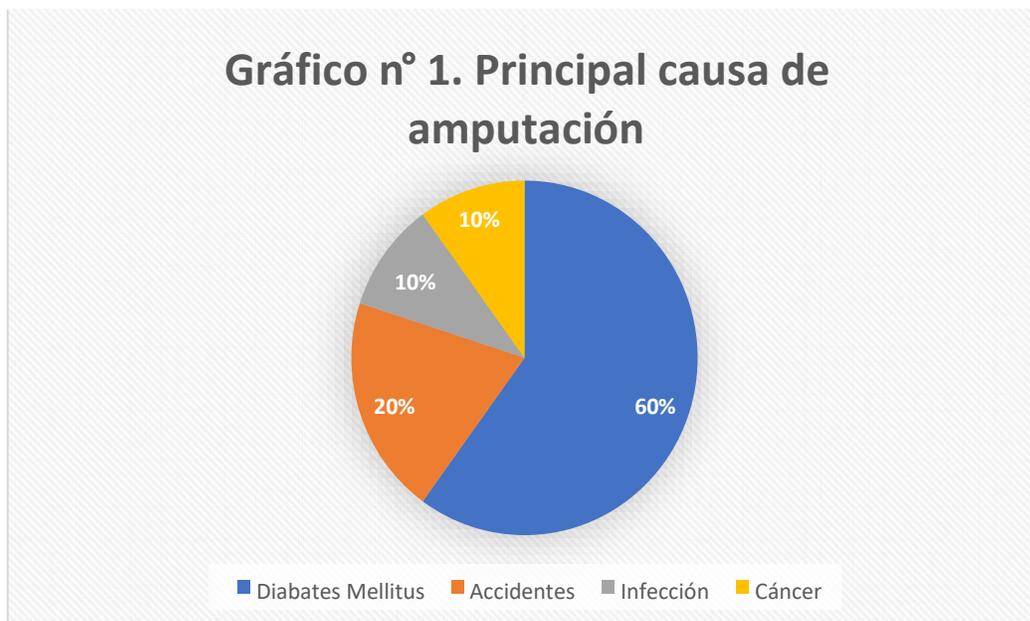


Gráfico n°1 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. La principal causa de amputación de miembros inferiores fue por DM con un 60% del total, seguido de accidentes con un 20%, mientras que las causas de infecciones y cáncer con un 10%.

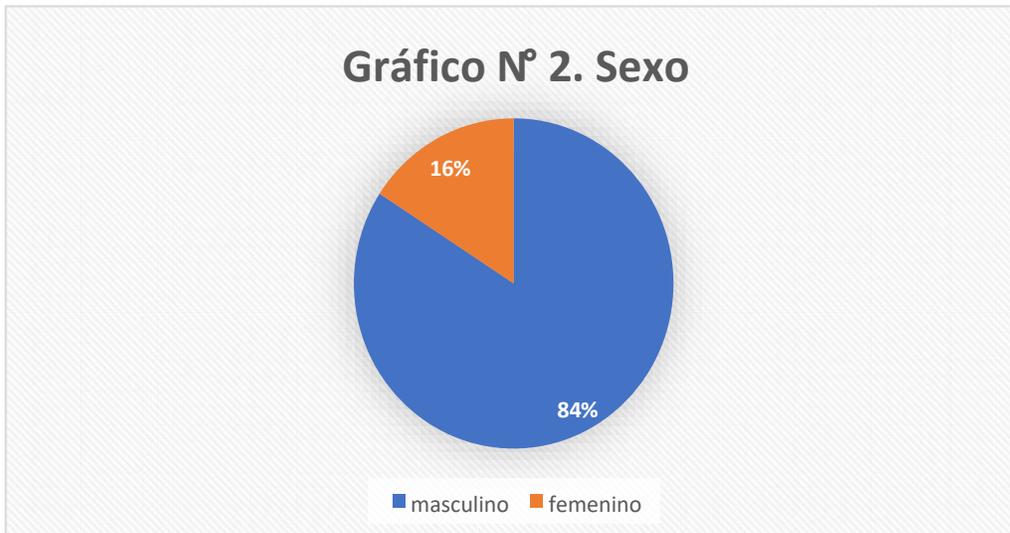


Gráfico n°2 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de la población con una muestra de 20 pacientes, el 84% fue equivalente al sexo masculino con un mayor número de pacientes, 18 pacientes, mientras que el 16% fue equivalente al sexo femenino con solo 2 pacientes.

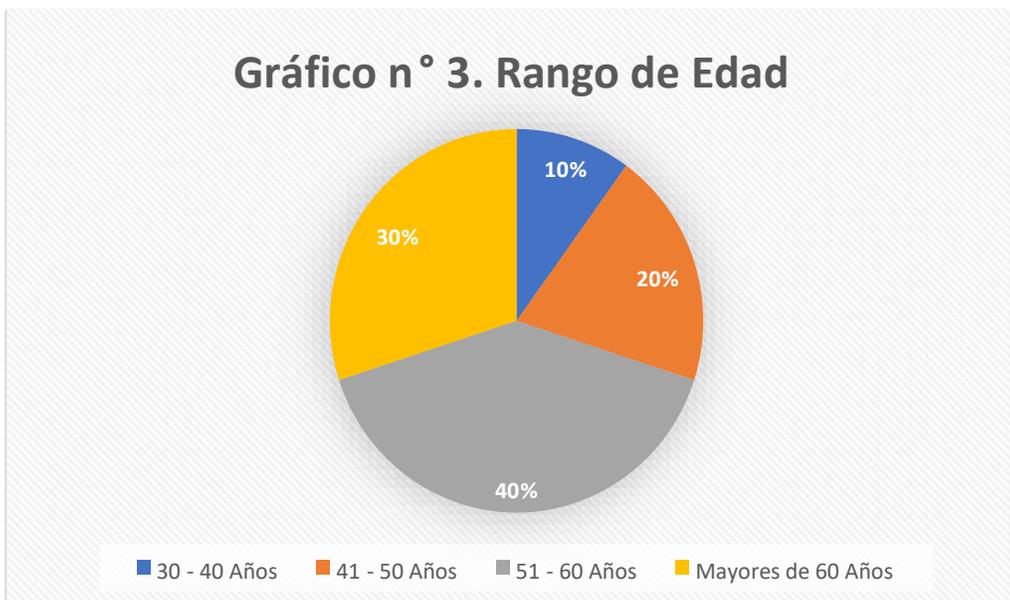


Gráfico n°3 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de los encuestados el 40% equivale al rango de edad entre 51- 60 años, en segundo lugar se encuentran pacientes mayores de 60 años con un 20% mientras que pacientes menores de 50 años están menos expuestos a amputaciones.

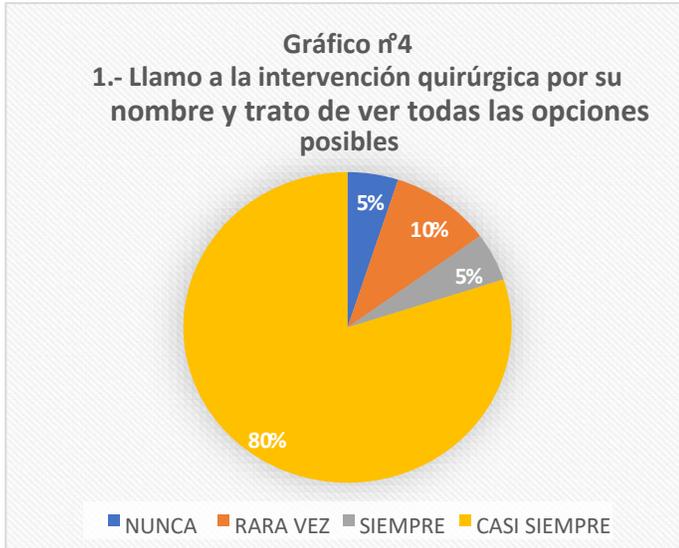


Gráfico nº4 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Del total de los encuestados el 80% casi siempre llama a la intervención quirúrgica por su nombre. Mientras que la minoría usan un nombre diferente.



Gráfico nº5 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Del total de los encuestados el 80% casi siempre llama a la amputación por su nombre.



Gráfico n°6 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de los encuestados el 48% que fue la mayoría coincidieron que nunca piensan en cómo afectará la amputación su imagen corporal, mientras que el 35% rara vez lo hace.

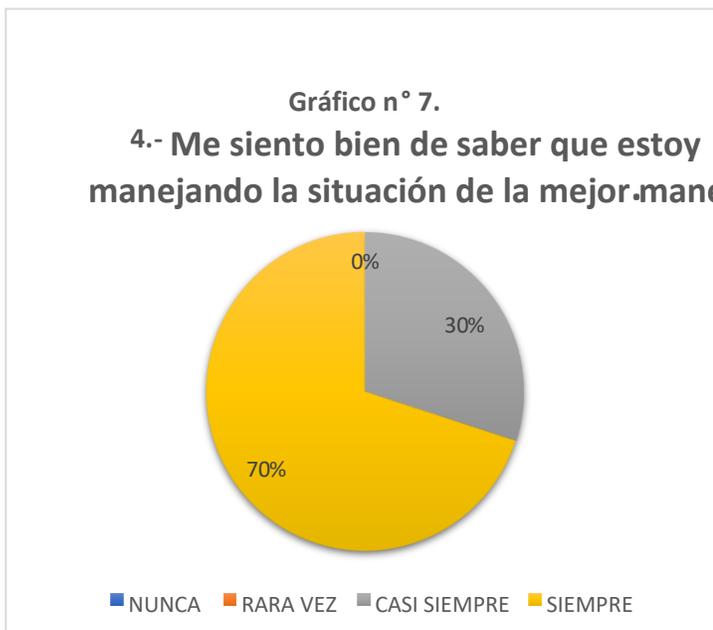


Gráfico n°7 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

El 70 % de los encuestados se sienten bien de saber que están manejando la situación de la mejor manera mientras que el otro 30 % casi siempre.

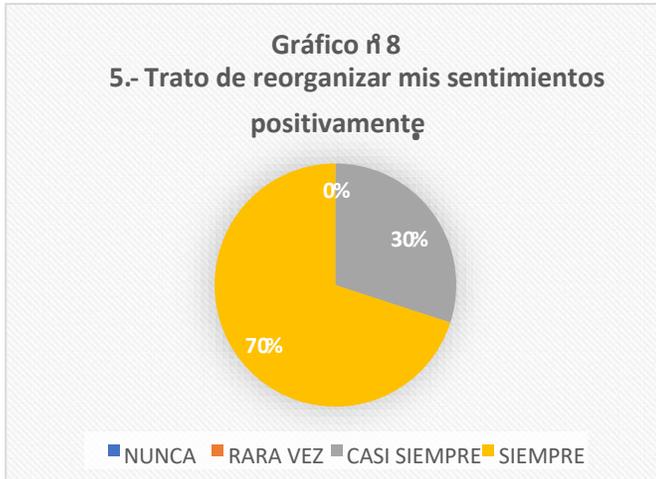


Gráfico n°8 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

El 70 % de los encuestados tratan de reorganizar sus sentimientos positivamente para que no les afecte en su vida diaria mientras que el otro 30% casi siempre lo hace.



Gráfico n°9 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Del total de los encuestados el 55% menciona ser realista y no intentan ocultar lo que sienten, mientras que el otro 35% casi siempre es realista y un 10% rara vez.



Gráfico n°10 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. La mitad de los encuestados miran la situación desde diferentes puntos de vista mientras que el 35% casi siempre lo hace y el 15% rara vez.



Gráfico n°11 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Del total de los encuestados la mayoría coincide en usar sus habilidades para entender por la situación que están pasando, un total de 75%.



Gráfico n°12 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Con un 60% la mayoría de los pacientes están dispuestos a modificar su vida con tal de salir de crisis, mientras que un 35% casi siempre.



Gráfico n°13 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de los encuestados el 65% miran la situación por la que están pasando como un reto para salir adelante, mientras que un 30% casi siempre lo hace.

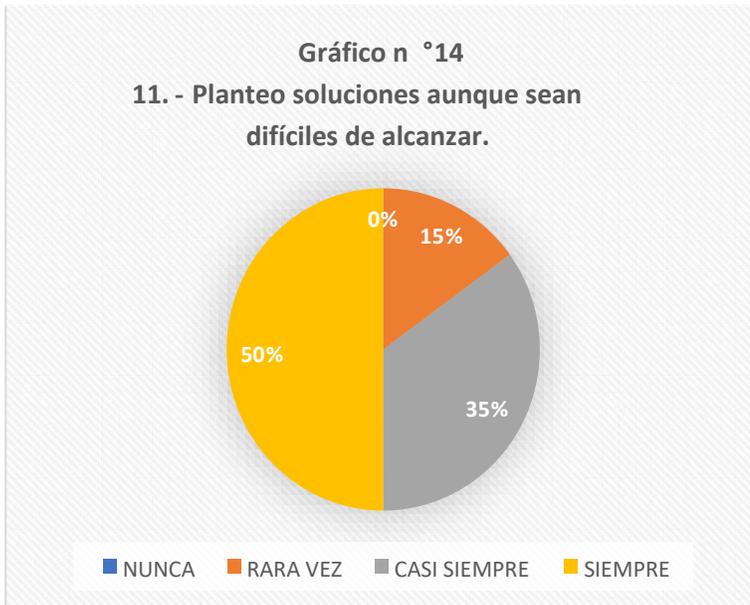


Gráfico n°14 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. La mitad de los encuestados correspondiente al 50% siempre plantean soluciones difíciles de alcanzar, mientras que un 35% de ellos casi siempre lo hace.

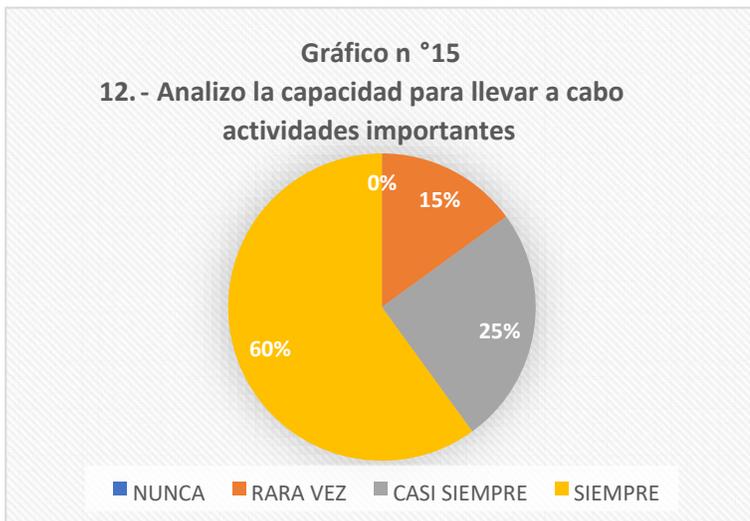


Gráfico n°15 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de los encuestados la mayoría correspondiente al 60% analiza la capacidad para llevar a cabo actividades importantes, mientras que la cuarta parte de los encuestados correspondientes al 25% casi siempre lo hace.

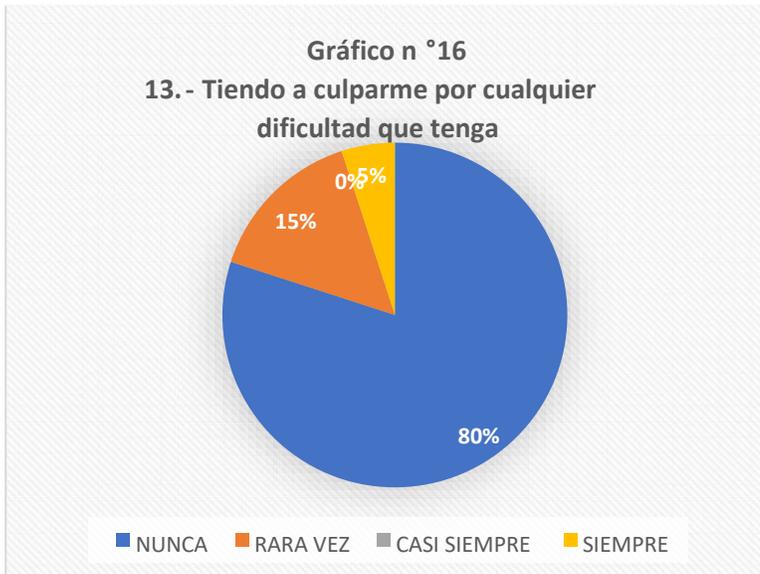


Gráfico n°16 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. El 80% de los encuestados correspondientes a la mayoría de los mismos no se culpan por alguna dificultad que tengan al realizar alguna actividad.

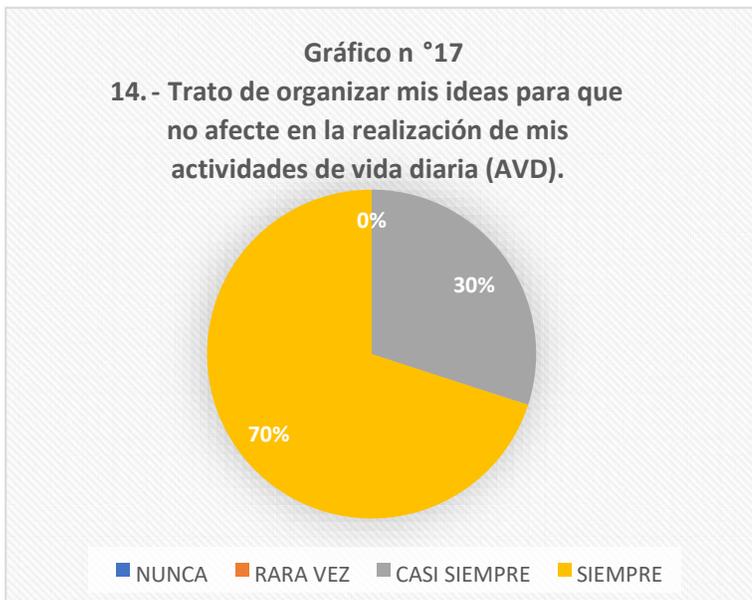


Gráfico n°17 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. Del total de los encuestados el 70% correspondiente a la mayoría de los pacientes afirman organizar sus ideas para que no afecte en la realización de sus AVD, mientras que el 30% casi siempre lo hace.

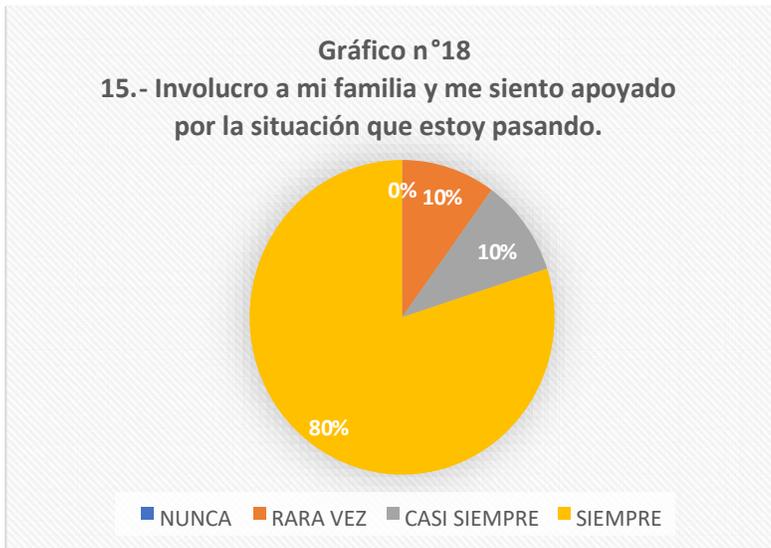


Gráfico n°18 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

El 80% de los encuestados siempre involucra a su familia y se siente apoyado por la situación que están pasando, mientras que un mínimo del 10% rara vez y casi siempre involucran a su familia.



Gráfico n°19 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

Del total de los encuestados el 75% siempre se sienten útil para realizar cualquier actividad sin que afecte su estado físico, mientras que un 25% de los encuestados casi siempre.



Gráfico n°20 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024. La mayoría de los encuestados con un 75% afirman que nunca se rinden fácilmente ante pensamientos que pueda tener su familia sobre la amputación.

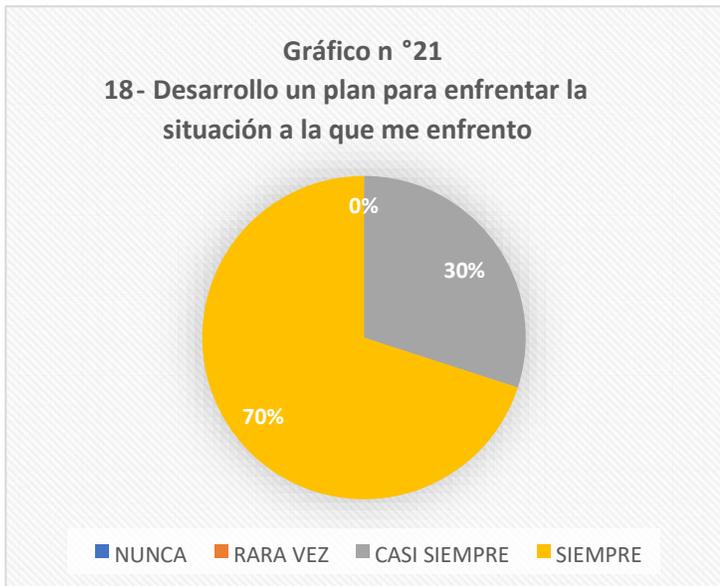


Gráfico n°21 Instrumento: Medición del proceso del afrontamiento y adaptación en pacientes amputados de miembros inferiores. Aplicado por P.S.S. de la Uam Xochimilco. 2024.

La mayoría de los encuestados con un 70% afirman desarrollar un plan para enfrentar la situación a la que se enfrentan.

8.-Conclusiones

- La pérdida de una extremidad produce muchos cambios en la vida de una persona ya que se enfrenta a una nueva realidad que implica un reto para el individuo de modo que pueden sufrir alteraciones en la autoimagen, el autoconcepto y la autoestima, afectando la calidad de vida y el equilibrio emocional de esta población.
- Sin embargo, la familia juega un papel muy importante debido a que es el pilar fundamental para una pronta aceptación y acompañamiento en esta etapa de duelo.
- Por lo general, las personas tienden a irse adaptando a su imagen corporal conforme pasa el tiempo con la amputación. Estas personas deben adaptarse a un cambio significativo en su aspecto físico y/o funcionamiento, por lo que genera gran sensación de vulnerabilidad e insatisfacción, para ello es importante atravesar una serie de etapas que van desde aproximadamente 18 meses, y abarca etapas desde el shock, deseo de restauración y la integración de la nueva imagen corporal.
- Por otro lado, la edad es un factor de riesgo dependiendo de la causa de la amputación. En mayores de 50 años es más probable padecer enfermedades vasculares por lo que aumenta el riesgo de sufrir amputaciones, mientras que las amputaciones debido a traumas provocados por accidentes de tránsito o labores afectan en mayor medida a los jóvenes.
- Es importante involucrar al familiar y la sociedad, una buena recuperación reduce significativamente la ansiedad y depresión. 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.

9.- Bibliografía

1. García LKJ. AJUSTE PSICOSOCIAL EN PACIENTES AMPUTADOS. Revista cupula. 2017; 31(2).
2. Zuri Betzabe Juárez Aguilar DVOA. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO JOVEN. investigación. cdmx: universidad autonoma metropolitana.
3. salgado S. GACETA UNAM. [Online]; 2022. Acceso 28 de JULIO de 202. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/unidad-de-investigacion-en-ortesis-y-protesis-unica-en-mexico-y-al/>.
4. studocu. [Online] Acceso 27 de juliode 2024. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-del-valle-de-mexico/seminario-de-fisioterapia/amputados-apuntes-1/2530582>.
5. M. Suárez Hijarrubia AGVAFSFGdL. Actuación en urgencias ante amputaciones. Revista Española de traumatología laboral. 2024; 7(1).
6. F. del Piñal Motarrasa FHFFJGBEJSJAOM. Reconstrucción de amputaciones digitales distales a la IFP mediante transferencia del segundo dedo de pie: experiencia con 11 casos en adultos. ELSEVIER. 2002; 46(3).
7. physiopedia. [Online] Acceso 27 de juliode 2024. Disponible en: <https://langs.physio-pedia.com/es/complications-post-amputation-es/>.
8. GUAYAQUI SYR. DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE. quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
9. Ana Belén González Gil RLB. CAPÍTULO 57 - CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES ÓSEOS. En Traumatología.: Clínica Universidad de Navarra; 2012. p. 282-286.
10. Sánchez EVV, editor. Los amputados y su rehabilitación un reto para el estado ciudad de mexico: conacyt; 2016.
11. medline plus. [Online]; 2022. Acceso 28 de juliode 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001650.htm>.
12. Delepine F. el Fibrosarcoma que se trata de un tumor maligno caracterizado por la presencia de haces entrelazados de fibras de colágeno formado por las células tumorales, y que no producen hueso ni cartílago. Nace de fibroblastos presentes en la cavidad medular y, co. sciencedirect. 2001; 34(1).
13. Velez dR. oncología ortopedica y traumatologia. [Online] Acceso 26 de juliode 2024. Disponible en: <https://www.drrobertovelez.com/>.

14. Zepeda E. prime care. [Online]; 2022. Acceso 28 de juliode 2024. Disponible en:
<https://primecareprosthetics.com/es/blog/diabetes-and-amputation-why-do-diabetics-lose-limbs>.
15. Jarillo DLL. TOPDOCTORS. [Online]; 2023. Acceso 23 de juliode 2024. Disponible en:
<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/causas-de-la-amputacion-de-pierna>.
16. Silvia Gil López. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS. Grado en Enfermería. valladolid: Facultad de Enfermería de Valladolid.
17. Mario de jesus Meninguer MAAMPea. José Luis Viaña Caballero. Journal of cancerology. 2018; 5(13- 21).
18. ROSALE SMJC.
CALIDADDEVIDAENSALUDENINDIVIDUOSAMPUTADOSDEEXTREMIDADINFERIOR . tesis para optar al grado de magister en salud publica. santiago: UNIVERSIDAD DE CHILE.
19. Pérez AD. LA TERAPIA ESPEJO COMO TRATAMIENTO EN EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS. GRADO EN FISIOTERAPIA. Universidad de Salamanca.
20. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. ELSEVIER. 2014; 4(1).
21. González. PDDRH. MIEMBRO INFERIOR, Osteología, miología y artrología. En ANATOMÍA MORFOLÓGICA APLICADA A LA REPRESENTACIÓN. Facultad de Bellas Artes de San Fernando p. 2-51.
22. 40 ra. servicio integral de ortesis y protesis. [Online]; 2022. Disponible en:
<https://www.adn40.mx/salud/unam-personas-amputadas-unidad-de-ortesis-y-protesis-lhp>.
23. Pérez AD. "LA TERAPIA ESPEJO COMO TRATAMIENTO EN EL DOLOR DE. E. U. DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA, Grado de Fisioterapia. universidad de salamanca.

10.- ANEXOS

Consentimiento informado

Fecha _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO **Carta de consentimiento informado**

Título del proyecto: Aspectos psicosociales en pacientes amputados de miembros inferiores en un instituto de Rehabilitación.

Estimado (a) Has sido seleccionado para participar en el estudio de pacientes amputados de miembros inferiores que se encuentran hospitalizados, por tanto se le invita a participar en dicho estudio el cual será de uso exclusivo y académico, por lo que no será difundido bajo ningún medio si usted acepta participar.

El estudio será desarrollado por la P.S.S. Santa Nava Garibay con el objetivo de analizar los aspectos psicosociales en pacientes amputados y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación.

Ud. podrá retirarse de la Investigación en el momento que lo desee.

Nombre completo y firma del participante

P.S.S. Santa Nava Garibay

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES.

Este instrumento es de medición ordinal, está conformado por 18 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominadas por Roy como factores y con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre =3, siempre =4; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil, por lo cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación

Folio: _____ Edad _____ Fecha: _____
Causa de la Amputación: _____ Sexo _____

ITEMS	nunca =1	rara vez =2	casi siempre =3	siempre =4
1.- Llamo a la intervención quirúrgica por su nombre y trato de ver todas las opciones posibles.				
2.- Trato de recordar soluciones que me han servido antes para salir adelante.				
3.- Solo pienso en como afectara mi imagen corporal.				
4.- Me siento bien de saber que estoy manejando la situación de la mejor manera.				
5.- Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente.				
6.- Soy realista con lo que sucede o intento ocultar lo que siento.				
7.- Miro la situación desde diferentes tipos de vista.				
8.- Trato de usar mis habilidades para entender la situación.				
9.- Con tal de salir de crisis estoy dispuesto a modificar mi vida.				
10.- Miro la situación positivamente como un reto a salir adelante.				
11.- Planteo soluciones aunque sean difíciles de alcanzar.				

12.- Analizo la capacidad para llevar a cabo actividades importantes.				
13.- Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.				
14.- Trato de organizar mis ideas para que no afecte en la realización de mis actividades de vida diaria (AVD).				
15.- Involucro a mi familia y me siento apoyado por la situación que estoy pasando.				
16.- Me siento útil para realizar cualquier actividad.				
17.- Me rindo fácilmente ante pensamientos que puedan tener mi familia sobre lo que pasó.				
18.- Desarrollo un plan para enfrentar la situación a la que me enfrento.				