



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS-IZTACALA

400282



61060

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL
PACIENTE AMPUTADO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
LUCIA EDITH PANTALEON GARCIA

ASESORES: LIC. SERGIO LOPEZ RAMOS
LIC. JORGE GUERRERO BARRIOS
LIC. MARGARITA RIVERA MENDOZA



LOS REYES IZTACALA

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MEXICO

U N A M
UNIVERSITY OF MEXICO
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MEXICO

A mi P. C.

*Por su compañía, paciencia . . . hasta esta fase de mi
vida.*

A L^{ra} C. Marcela Fernandez Violante.

Por su ejemplo . . .

Al DR. Alfonso Segura Vergara.

Por su ejemplo . . .

A mis Padres...

A mi abuelo...

A mis hermanos...

*A todas las personas que han experimentado el dolor de
perder una extremidad de su cuerpo . . .*

INDICE

	PAG.
RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
Capítulo I. HISTORIA DE LA AMPUTACION.	8
A. Antecedentes Históricos	11
1. Deducciones Sociales	13
2. Deducciones Naturales	16
3. Índice de personas amputadas	20
4. Tipo de amputaciones	24
5. Prótesis	29
Capítulo II. LA AMPUTACION EN MEXICO.	33
A. Móvil de la Amputación	35
1. Estudios realizados en México	35
1. Centro de Rehabilitación del S.M.E. de la S.S.A.	36
2. Hospital General de México	37
3. Hospital de Urgencias Médico- Quirúrgicas Traumatológicas de Balbuena	40
4. Hospital Gea González	43
5. Hospital Rubén Leñero	45
6. Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social	46
Capítulo III. PERCEPCION DEL CUERPO HUMANO INTEGRO.	56
1. El cuerpo	57
2. Imagen y estructura corporal	62
3. Concepción del cuerpo en la sociedad	65
4. Efectos psicológicos del amputado	67
5. Amputación congénita	69

6. Amputación traumática.....	70
7. Amputación generada por una enfermedad.....	71
Capítulo IV. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA AMPUTACION DE EXTREMIDADES.....	78
1. La familia G: El dolor de uno se convierte en el dolor de todos.....	79
2. Rol familiar.....	83
3. Consecuencias de la amputación referente al comportamiento.....	85
4. Atención de los hijos.....	87
5. Economía familiar.....	88
6. Proyecto de investigación.....	91
Capítulo V. AYUDA AL AMPUTADO: UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL.....	92
1. El papel del psicólogo.....	94
2. Estrategias en el apoyo emocional.....	95
3. Otros tratamientos.....	100
Capítulo VI. HALLAZGOS DE LA POBLACION AMPUTADA.....	102
1. Resultados.....	103
- Análisis de resultados por áreas evaluadas.....	107
2. Análisis de resultados.....	115
3. Conclusiones.....	157
Capítulo VII. CONCLUSIONES GENERALES.....	162
BIBLIOGRAFÍA.....	167
ANEXOS.....	177

RESUMEN

El presente trabajo describe las conductas, las destrezas y percepción del cuerpo de personas que perdieron una extremidad de su cuerpo: miembro superior e inferior por afecciones biológicas y accidentes inesperados, entrevistados en el exterior de instituciones de salud. Asimismo, se reseñan los antecedentes de la amputación, autores que han abordado el tema en México, el concepto del organismo íntegro a nivel individual y social, el papel de la familia ante cercenamiento de extremidades, el papel del psicólogo en estos casos clínicos, entre otros. El estudio se llevó a cabo con 152 personas que experimentaron la pérdida de una extremidad de su cuerpo en un tiempo variable de menos de un año a tres años. Los hallazgos muestran, que el impacto psicológico en una persona que le amputan una parte de su sistema óseo, genera como consecuencia las siguientes conductas: se deprime, se desvaloriza, experimenta aturdimiento, se intensifica la percepción de vínculos, se incrementan las actitudes de dependencia, la autoestima es cambiante y delicada, por citar algunas de las actitudes que subrayó la población. Otro dato interesante es que el gremio se encuentra en edad productiva y pertenecen al sexo masculino en un 80.3%.

INTRODUCCION

La mayoría de los seres humanos no piensan que pueden enfermarse o tener accidentes que modifiquen su vida, lo más común es imaginar una vida longeva y saludable. Sin embargo, cuando una persona vive un cambio físico y orgánico como consecuencia de una enfermedad o traumatismo, sufre un impacto psicológico individual y familiar. Por ejemplo, el caso de una persona que vive una amputación de alguna parte de su cuerpo.

En consecuencia, el resultado de la mutilación transforma al individuo; sea infante, adolescente, edad productiva o tercera edad, tomando en cuenta que cada uno adopta cambios que no se había imaginado realizar, además de una reeducación e integración a lo familiar y social. El presente trabajo se deriva, de una experiencia profesional de seis años de elaborar en una institución de salud que atiende diversos padecimientos del Sistema Músculo Esquelético, en el cual se realizan tratamientos y cuidados asistenciales a pacientes amputados de extremidades corporales. Las observaciones y experiencias que he vivido en la institución, me llevaron a preguntarme más sobre este tipo de padecimientos y sus efectos en los individuos.

El proyecto se llevó a cabo con 152 personas que tienen una amputación de miembro torácico y extremidades inferiores, las entrevistas se realizaron en el exterior

de instituciones de salud: Hospital de Medicina física Región Norte del I.M.S.S., Hospital de Ortopedia y Hospital de traumatología de Magdalena de las Salinas del I.M.S.S., Hospital General de México, todos los entrevistados tenían un tiempo variable de haber perdido su extremidad que oscila entre menos de un año a tres años.

El estudio tiene la intención de investigar , en un campo poco explorado sobre la amputación en México en lo que concierne a los efectos psicológicos de una persona que pierde una extremidad de su cuerpo, y para tales fines se dividió en 7 capítulos. En el primero se describe la historia general de la amputación. En el segundo se relata la amputación en México y la población que año con año se suma al gremio de la población sin extremidades, así como las causas que generaron la pérdida de determinadas partes del cuerpo, abordado por diferentes profesionales en instituciones de salud.

El tercer capítulo hace referencia sobre la percepción del cuerpo humano íntegro y la trascendencia de una transformación orgánica al sufrir una amputación en el individuo mismo, familia y sociedad. El cuarto al capítulo trata, el impacto de la familia y los procesos que vive cada integrante, como consecuencia de la amputación de una extremidad. El quinto capítulo, se describe la percepción que se tiene del psicólogo en la intervención psicológica que se le proporciona a las personas que les amputan una extremidad, asimismo se mencionan las estrategias que se utilizan.

El sexto capítulo trata sobre los factores relacionados con la amputación y el impacto como consecuencia de la pérdida en las siguientes áreas: somática, conductual, afectiva, interpersonal y cognoscitiva evaluadas en la población.

Finalmente se puntualizan las conclusiones sobre las condiciones y circunstancias de la amputación, asimismo se hacen unas propuestas para reestructurar formas de servicio y apoyo al interior y exterior de la institución.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA AMPUTACIÓN

La amputación es un hecho real que ha predominado en el hombre, desde su génesis misma, las cuales han existido y existen hasta la actualidad desde un ojo, mano brazo completo, pierna, pie, por mencionar algunas partes del cuerpo humano, indudablemente esto es respecto a la apariencia externa; en la cual, además de la recuperación orgánica, lamentablemente, también genera conmociones psicológicas.

Cabe mencionar qué, también prevalecen amputaciones internas que obviamente no son muy apreciadas exteriormente, pero donde los efectos psicológicos persisten, por ejemplo; en las mujeres que les realizan la salpingoclasia, la dama manifiesta diferentes fantasías, así mismo otros mitos que se dicen sobre la vasectomía para el sexo masculino, en la extirpación de la matriz en que la mujer cree y exterioriza que su funcionamiento como tal no será igual, en la pérdida de un riñón, diente o muela por citar las más conocidas en cuanto a los cercenamientos internos del cuerpo.

Como puede apreciarse existen diversos tipos de amputaciones que una persona afronta, en la cual engloba al individuo mismo en conjunto con su familia en los efectos psicológicos y sociales que trae consigo tales acontecimientos, además de las etapas del tratamiento médico.

Ahora bien, ¿ Qué es una amputación ?, se puede decir que es un procedimiento quirúrgico a través del cual un ser humano pierde una extremidad de su cuerpo (generado por causas diversas), sea por una enfermedad o accidente inesperado prolongando su vida y generando reducción en la capacidad del individuo para realizar de manera eficaz e independiente sus actividades cotidianas, modificación física y transformación de su estado psicológico en general.

Bruner en 1989, señaló que ante la ausencia de una extremidad irreparable de un cuerpo, cada persona manifiesta cambios psicológicos que afectan la estabilidad emocional , autoestima, confianza, seguridad, imagen corporal, su núcleo familiar y social de manera diferente, así como en su tratamiento y rehabilitación. Aunado a ello, cabe resaltar que se presentan diferentes actitudes según el suceso que genero la pérdida de la extremidad y nivel de amputación.

Por ejemplo, en los primeros tratamientos quirúrgicos el hombre que recibía un tratamiento radical de una extremidad de su cuerpo, era sometido a una diversidad de cambios psicológicos empezando por él mismo que debía aceptarse con su nueva personalidad, subsiguendo con sus familiares que en conjunto con el enfrentaban nuevos estilos de vida y reorganización, y lo más difícil era desafiar a la sociedad de esa época que era el juez más severo para con el amputado.

Asimismo, Ramos V. en 1985 señala que, estas personas fueron rechazadas, segregadas y tratadas de manera diferente a las que poseían un cuerpo íntegro en su propia familia, el medio que les rodeaba y la sociedad misma. Estas actitudes no cambiaron mucho con los infantes, pues los padres sintiendo remordimiento por tener un integrante lisiado asumieron un sentimiento de culpa y optaron por ocultar a los niños en cuartos alejados del resto de la casa, fuera de toda interacción con vecinos, amigos e integrantes de la familia.

Tomando en cuenta el trato que recibía el individuo no sólo debía hacer frente a la limitación social, sino asumir y combatir con los cambios físicos y psicológicos que día tras día le recordaban su imagen corporal y limitaciones que poseía, y sin embargo actualmente continúa subsistiendo una población que sobrelleva tal semejanza.

Dado que es una situación que continúa vigente, hoy en día, consideramos de suma importancia abordar este dilema social, sobre todo en lo que corresponde a los aspectos psicológicos que incluye al paciente y su familia, en las amputaciones de miembros superiores e inferiores. En este capítulo se describen algunas estadísticas que nos revelan el número de personas amputadas que existen en otros lugares, así como lo que generó la pérdida de las extremidades.

A. ANTECEDENTES DE LA AMPUTACION.

Los primeros tratamientos radicales fueron realizados sin anestesia, pues la extremidad era sancionada rápidamente y en seguida el muñón se sumergía en aceite hirviendo o se aplastaba con el fin de hacer la hemostasia. Obviamente los muñones eran inadecuados, ya que no permitía el uso de una prótesis elaborada rudimentariamente de esos tiempos, aunado a la pérdida de la parte de su cuerpo, poseían el riesgo de adquirir una infección y obtener una recuperación más lenta o incluso la muerte.

Posteriormente fue mejorando el tratamiento, recuperación y rehabilitación con el surgimiento de la anestesia (1800 - 1844), y antibióticos (1922), y como resultado el índice de mortalidad disminuyó, obteniéndose muñones adecuados para el uso de una prótesis.

Posteriormente, a través de varios estudios experimentales, y aunado a ello la expansión demográfica, tecnológica y Primera Guerra Mundial se fueron desarrollando nuevas ideas y formas de mejorar el tratamiento, rehabilitación y adaptación del paciente. Por ejemplo; el Reino Unido en 1914 a 1918 fue evidente el incremento de accidentes y enfermedades que trajo como secuelas un alto índice de amputaciones y con esto fue más el interés en elaborar tratamientos sofisticados, diseños prótesis

más refinados y sobre todo rehabilitación física y psicológica a la población minusválida.

Esto conllevó a la construcción de nosocomios especializados para brindar atención a pacientes mutilados, así surgió el primer hospital llamado «El Queen Mary's de Roehampton en Londres en 1915», en donde únicamente recibieron atención la milicia de la Primera Guerra Mundial. Y en 1932 se construyó el Centro de Prótesis, recibiendo atención la milicia, ambos nosocomios desde su génesis desempeñan un papel internacional en la cirugía de la amputación y en la actualidad atiende aproximadamente a 15 000 amputados.

En las últimas décadas se cree que no hay un número significativo de población amputada, considerando que existe un menor número de mutilaciones militares, en cambio los traumatismos de la vida civil se estima que es mayor, debido al incremento de accidentes en la vía pública, carretera, accidentes de trabajo y enfermedades (vasculares, diabetes, infecciones, neoplasias, secuelas de accidentes etc.), u otras causas.

1. DEDUCCIONES SOCIALES.

La incidencia total de las amputaciones se eleva de forma constante debido a los mayores índices de accidentación y a la prolongación media de la vida que permite la supervivencia de personas con secuelas de accidentes inesperados, trastornos generales de salud predisponentes a la amputación (diabetes, isquemias periféricas, arteriosclerosis, infecciones, osteosarcomas por citar algunas causas). Kessler (s/a) subraya que, la Segunda Guerra Mundial generó 18.000 soldados americanos que perdieron extremidades como resultado de las lesiones bélicas, pero en el mismo periodo de cuatro años, 120.000 americanos civiles resultaron amputados por lesiones accidentales. En Inglaterra y Gales existen más de 80.000 personas que han perdido uno o más miembros: 27.000 por efecto de las guerras y 60.000 por traumatismos o enfermedades, además cada año envían a los 21 centros nacionales protésicos aproximadamente a 3.500 nuevos casos. Asimismo, la proporción de amputaciones en hombres es de 2.5 veces más elevada que en mujeres, siendo la número uno en amputación de extremidad superior por cada 7-8 de miembro inferior. De los nuevos casos generados, el 27 % son por accidente, el 67 % por enfermedad y el 6 % restante por deformidades congénitas.¹

¹ .González Mas R. Tratado de rehabilitación medica. España. pp.2

Por ejemplo, en Japón (1976), la frecuencia de amputaciones industriales era de 3-4 veces más alta que en los Estados Unidos, y la proporción de amputados de extremidad superior de 14 a 10 en relación con las extremidades inferiores.

De igual forma, en otros estudios realizados hace más de una década no describen el total de contingentes amputados de cada país, sin embargo se citan por el número de personas estudiadas, los cuales nos muestran que existen seres humanos que experimentaron una pérdida de alguna parte de sus extremidades.

En 1983, se realizó un estudio con 100 jordanos, de los cuales 32 personas recibieron rehabilitación física, 56 de ellos fueron candidatos para uso de prótesis y solo 9 del total de la población se les proporcionó rehabilitación vocacional. Aquí, se percataron que el nivel de estudios influye en la recuperación del paciente, así como el uso de aparatos auxiliares, puesto que los pacientes con estudios le dieron uso a las prótesis, en cambio los que carecían de nivel académico (analfabetas) emplearon menos los aparatos auxiliares, y esto trajo consigo otras alteraciones en su reivindicación, además de su persona.²

Al siguiente año, al oeste de Alemania estudiaron a 178 personas del sexo masculino, con edad promedio de 52 años, con amputaciones por arriba de la rodilla,

² .Khoury Sami A. Evaluación of amputees. U Jordan. Vol. 6 (4) 449-454.

en donde el objetivo de la investigación fue conocer la influencia de las relaciones entre las variables predictoras médicas, educacionales y psicológicas que influyen en la rehabilitación del paciente.³

Asimismo, en otra investigación realizada por Sherman R. y Sherman C., en 1985 manifestaron que 436 personas (amputadas) experimentaron dolor fantasma en la extremidad ausente, tanto en pacientes civiles como exmilitares americanos, encontrándose que las sensaciones fantasmas son análogas en los dos grupos.

Otro estudio, realizado en Canadá en 1986 por Buchanan, manifestó que a través de la revisión de 716 expedientes clínicos de pacientes amputados, revelaron que prevaleció el dolor fantasma en la extremidad sancionada antes de 1960, los cuales presentaron más dolor que los pacientes que fueron amputados después de 1976.

Con base a las descripciones de los estudios antes descritos, se puede decir que cada uno de los países muestra que la población discapacitante se encuentra en varias partes del globo y que cada uno arroja consecuencias comportamentales, psicológicas, sociales, vocacionales y económicamente en la comunidad donde se desarrollan.

³ Gerhards F., Florin I., Knapp T. The impact of medical reeducation. ... vol. 7 (4) 379-388

De igual forma, se aprecia que las deducciones sociales suelen ser diferentes que dejan un sinnúmero de personas amputadas (en diversas etapas de vida), rompiendo metas y logros en cada sujeto, alteración en la organización familiar, desorganización en la sociedad y quebrantando su integridad. Aunado a las deducciones sociales, cabe hacer notar que también existe otra forma que participa en el incremento del gremio de amputados, las enfermedades (la diabetes, padecimientos vasculares, infecciones), tumores neoplásicos (osteosarcomas) por citar algunos padecimientos.

2. DEDUCCIONES NATURALES.

Desde hace varias décadas o siglos ha existido otro adversario del hombre, la enfermedad, tumores neoplásicos (sistema óseo), y las malformaciones congénitas, generando en su mayoría trastornos que dejan huella, tanto física como psicológicamente en el ser humano y en su entorno familiar. Pues las enfermedades constituyen una de las segundas grandes causas de mortalidad y minusvalía en la población humana. En algunos países en que la vida es de 50 y 75 años de edad, determinados padecimientos como la diabetes, las vasculopatías periféricas, las infecciones y neoplasias originan la primera causa de la amputación de extremidades y actualmente están participando en el incremento de dicha población.

Del mismo modo, desempeñan diferentes tipos de sentimientos y reacciones estresantes. Entre los cuales se pueden destacar la frustración, ansiedad, ira, negación, vergüenza, pesar e incertidumbre, apatía, depresión, desesperanza, retraimiento, llanto, etc.. Tanto al afectado como a familiares que se adaptan a cada fase que acompañan en las diferentes etapas de una enfermedad.⁴

De igual forma, una enfermedad aguda que termina en un cercenamiento trae consigo algo más que molestias, desequilibrio y dolor físico. Puesto que las metas de la vida de un ser humano, su familia, trabajo e ingresos, inmovilidad, imagen corporal y de sí mismo, estilo de vida, autoestima y eficacia son modificados de manera contundente. Esta transformación crea en el sujeto una crisis que afecta a los familiares y entorno en general.

La enfermedad, es un proceso limitante que transforma el equilibrio y tranquilidad de una persona, en su imagen corporal, el concepto de sí mismo e interacciones con otras personas, en su medio ambiente laboral, en el cual realiza un reajuste realista al cambio que impone el padecimiento diagnosticado.

Como es el caso de la diabetes, éste trastorno es uno de los que genera la pérdida de extremidades inferiores en humanos en el mundo occidental y en otros países.

⁴. Bruner L.S., Suddarth N. S. Enfermería médico quirúrgica. pp. 173

En Estados Unidos, datos estadísticos señalan que la incidencia de pérdidas de extremidades del cuerpo humano, oscila entre los 50 y 75 años originado por la diabetes y vasculopatías periféricas. en cambio, en la población infantil, la amputación de extremidades corporales es por causas congénitas en un 60 %.

Tooms Robert s/a manifestó, que otra de las incidencias del tratamiento radical (amputación) se debe a tumores malignos, los cuales representan la mitad de las amputaciones y el resto corresponde a malformaciones congénitas del sistema músculo esquelético u otros agentes causales.

También señala, que otro de los padecimientos que produce minusválidos es la arteriosclerosis, en donde el paciente tiene un promedio de vida equilibrada, después de su tratamiento, de tres a cinco años aproximadamente, ya que pasado el tiempo señalado existen probabilidades de realizar una segunda amputación.

Asimismo, hace referencia en cuanto a las neoplasias, otro de los padecimientos que a incrementado gradualmente y que predomina en la alteración de la salud e imagen corporal en algunos individuos, pues es una enfermedad que prevalece en huesos largos y otras partes del organismo en diferentes décadas de vida de una persona, y que genera más población minusválida. No obstante, se ignora el dato fidedigno de la población existente por ésta afección.

Por otra parte, al igual que en las deducciones sociales no existe un promedio exacto que indique el total de incidencia en personas amputadas originadas por una enfermedad específica de una población. Empero, existe en particular un alto índice de mortalidad y otras alteraciones orgánicas en el ser humano por diferentes enfermedades, a esto González M⁵, señala algunas de ellas;

1. Enfermedad vascular o circulatoria, como la arteriosclerosis y el padecimiento de Buerger, que afectan a extremidades inferiores.
2. Cáncer. Tumores malignos, generan cercenamiento de huesos largos.
3. infección. La tuberculosis, gangrena por arteriosclerosis o diabética y osteomielitis, constituyen un número considerable de pérdida de extremidades.

Por su parte, Cordies J. N. (et alii), señalan que la incidencia de tumores malignos primarios del hueso se considera baja si se compara con otras neoplasias. En Estados Unidos se dice que es de 3 casos por cada 100 000 habitantes, lo que representa el 3.2% de las enfermedades malignas en menores de 15 años y el 0,2 por 100 000 habitantes entre las edades de 30 y 35 años. En cambio en Cuba, los tumores óseos malignos ocupan el lugar 16 en la clasificación general. Con una tasa de 1,2 por 100 000 habitantes y un tanto por ciento de incidencias de 0,7 mientras que la tasa de

⁵ *Ibid.*, p. 3.

fallecidos representa el 11,2%. En donde se presentan los tumores más frecuentes como; el osteosarcoma, el condrosarcoma, el tumor de Ewing y el de células gigantes.⁶

Asimismo, Valdespino G. (et alii), manifiestan que 1351 pacientes presentaron tumores óseos primarios benignos y malignos, metastásicos, tumores malignos de tejidos blandos que invadieron sistema óseo y lesiones seudotumorales atendidos en un periodo de 8 años (1982-1989) en el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas del IMSS. Encontrándose 775 personas del sexo masculino y 572 del sexo femenino, siendo un total de 929 adultos y 422 infantes. Descubriendo 702 tumores benignos (no registrados 386), 227 malignos (no registrados 36).

Como puede apreciarse, en las deducciones naturales nos indica que la problemática ésta presente, aún de no contar con una relación de población auténtica actualizada. Y lo interesante es conocer que ocurre con dicha población que vive una transformación corporal.

3. ÍNDICE DE PERSONAS AMPUTADAS.

A continuación se describen algunos datos aproximados de Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, cuya población fluctuaba poco más o menos de 50 millones de

⁶ Noel Codíes J. et al.. Tumores óseos malignos ... p.564.

habitantes (dato de 1973), entre los cuales existían cerca de 70 000 amputados, de éstos, 15 485 eran mutilados de guerra y el resto de la población civiles, con amputaciones tanto recientes como de larga perennidad. En se mismo año, se realizo un estudio en Reino Unido, en el cual encontraron que de 4,665 personas, se encontraban pacientes que habían sido amputados de una extremidad o ambas extremidades de su cuerpo; De miembro torácico fueron un total de 303 de un brazo y de ambos brazos fueron únicamente 4, en miembros inferiores fueron 3,867 de una pierna, ambas extremidades 475 individuos, y de otras extremidades 16. Prevalciendo en su mayoría en hombres en edad productiva en un 57% y en un 48% en personas de la tercera edad.⁷

Por su parte, Hamilton (s/a) manifestó que en Reino Unido anualmente se originan aproximadamente 4 500 casos de amputación de extremidades inferiores; en donde el 65% de las víctimas oscilan en la sexta década de su vida y tales hechos se deben a trastornos de vasos periféricos. Así mismo señala, que análisis posteriores revelan que el 50% de esta población mueren poco más o menos dos años después de su amputación.

En cambio, Robert E. T., expresa que no es fácil obtener un censo exacto sobre la población y prevalencia actual de pérdidas de extremidades en Estados Unidos.

⁷ Vitali M., et alli. Amputaciones y prótesis. p.11

Pero, en algunas publicaciones señalan que existen aproximadamente 350, 000 hasta más de un millón de amputados y una incidencia de 20, 000 a 30,000 amputados nuevos por año. Así mismo, coinciden en su mayoría que la pérdida de extremidades aumentan año tras año. Los cuales son producto de la diabetes y de vasculopatías periféricas, siendo personas de 50 y 75 años de edad. En cambio en adultos más jóvenes se deben en su mayoría a traumatismos ó secuelas de los mismos. En el gremio infantil la pérdida de extremidades es debida a malformaciones congénitas en un 60% de los casos y las amputaciones adquiridas son producto de traumatismos o por neoplasias malignas.

También, exterioriza que el 75% de todos los amputados nuevos son del sexo masculino; dado que los peligros vocacionales y de otra índole son más considerables en hombres que en las mujeres y las amputaciones producto de enfermedades son más comunes en hombres. Incluso el 85% de los cercenamientos son de extremidades inferiores, siendo más o menos igual del lado derecho como del izquierdo.⁸

En Japón, por ejemplo la frecuencia de amputaciones industriales es de 3-4 veces más alta que en Estados Unidos, y la proporción de amputados de extremidad superior es de aproximadamente de 14 a10 en relación con las extremidades inferiores.⁹

⁸ Grenshaw, A.H. "Campell" Cirugía Ortopédica. p. 376.

⁹ Ibid., p. 2.

En cambio, en España se calculaban hasta 1976 a unos 50,000 personas con pérdidas de extremidades generadas por diversas causas no especificadas.

Y en estudios estadísticos realizados por GLATTLY, en Estados Unidos les permiten concluir en lo siguiente:

1. Las amputaciones por accidentes en el sexo masculino son nueve veces más numerosas que en el sexo femenino, debido a las actividades de mayor riesgo que desarrolla el hombre.

2. Las amputaciones en hombres generadas por enfermedad son 2- 6 veces más frecuentes que en las mujeres.

3. La frecuencia de amputaciones producto de tumores es similar en ambos sexos.

4. Las deformidades congénitas de extremidades son de frecuencia parecida en ambos sexos.

5. No hay una diferencia de incidencia en miembros derecho o izquierdo.

6. La mayor frecuencia de amputaciones por traumatismos se encuentra entre los 41 y 50 años; la debida a enfermedad, entre los 61 y 70 años, y la generada por tumores, de los 11 a 20 años.

B. TIPO DE AMPUTACIONES:

El tipo de amputación y efectos psicológicos, suelen variar, pues influye el diagnóstico y móvil que conlleva a un tratamiento definitivo, sea por un traumatismo inesperado, secuela del mismo traumatismo, o producto de una enfermedad ó tumor maligno. Así como, la extremidad afectada del cuerpo y limite a sancionar considerada por el equipo de salud. Es por ello que a continuación se describen las partes del cuerpo humano y sus extremidades que son sancionadas. Cabe aclarar que aunque el tema del estudio que nos ocupa son los efectos psicológicos, consideramos de suma importancia exponer los estilos de amputación que actualmente continúan prevaleciendo de manera general.

La amputación de extremidades se divide de la siguiente manera: miembro torácico, cadera y pelvis, miembros inferiores. En la primera se considera la parte superior del cuerpo humano que comprende los brazos derecho y izquierdo, en donde la amputación puede ser desde una desarticulación total o parcial del brazo (por arriba del codo, por abajo del codo, muñeca, dedos entre otras partes), figura 1.

En el segundo plano se encuentran las amputaciones de cadera y pelvis, la cual abarca la parte que pasa el fémur desde cinco centímetros debajo del trocánter menor

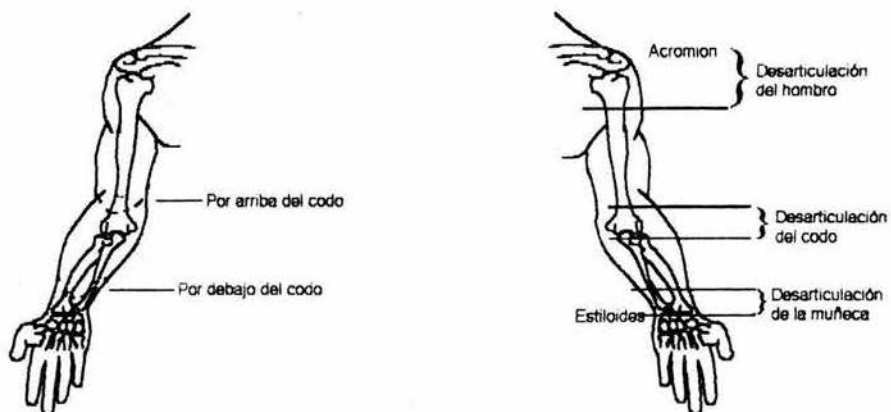


Fig. 1 Clasificación de acuerdo con el nivel de amputación de Miembros Superiores. A-Amputación completa, B-Desarticulación del hombro, C-Amputación por arriba del codo, D-Amputación por debajo del codo.

hacia arriba, las desarticulaciones de la cadera y las amputaciones del cuarto trasero, figura 2.

En cuanto a la tercera parte, se refiere a las extremidades inferiores, en las que se encuentran el fémur, tibia y peroné, pie, dedos etc., En donde puede presentarse una desarticulación total o parcial de las extremidades del cuerpo humano, figura 3.

Como puede apreciarse, existen diversas partes de la estructura ósea que puede sufrir un hecho de esta magnitud, y continuar una restauración orgánica maravillosa, en conjunto con una restauración emocional del ser humano.

Dado éste panorama, los estilos de amputación se clasifican de dos maneras, según la proporción del segmento del miembro amputado:

- a) Menores. Se consideran las porciones distales de los miembros como; los metatarcianos, dedos etc..
- b) Mayores. Son las restantes, desde desarticulaciones totales o parciales.

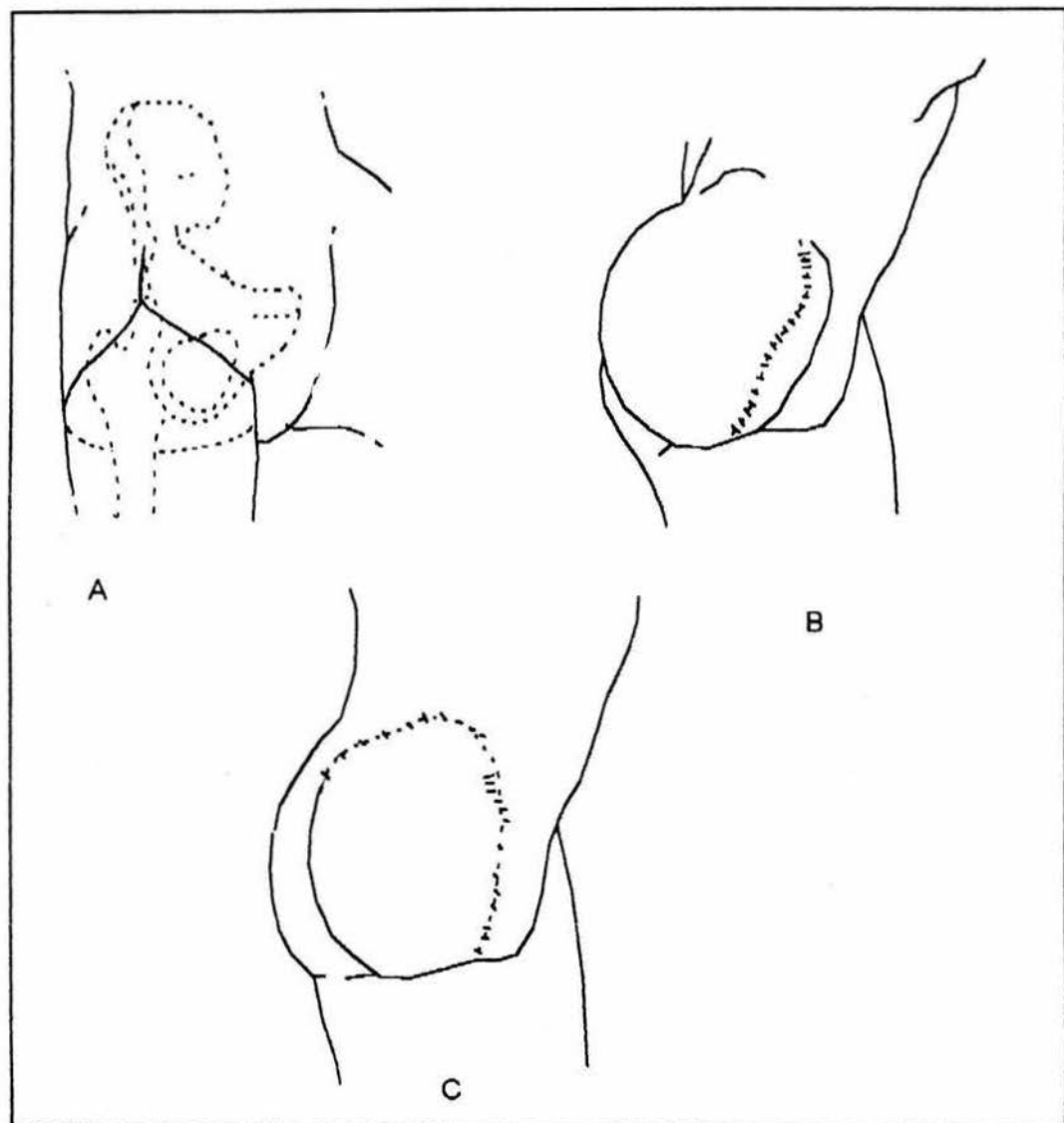


FIG. 2 Clasificación de amputaciones de cadera y pelvis. A-nivel anatómico, B- desarticulación total de cadera, C-amputación del cuarto trasero.

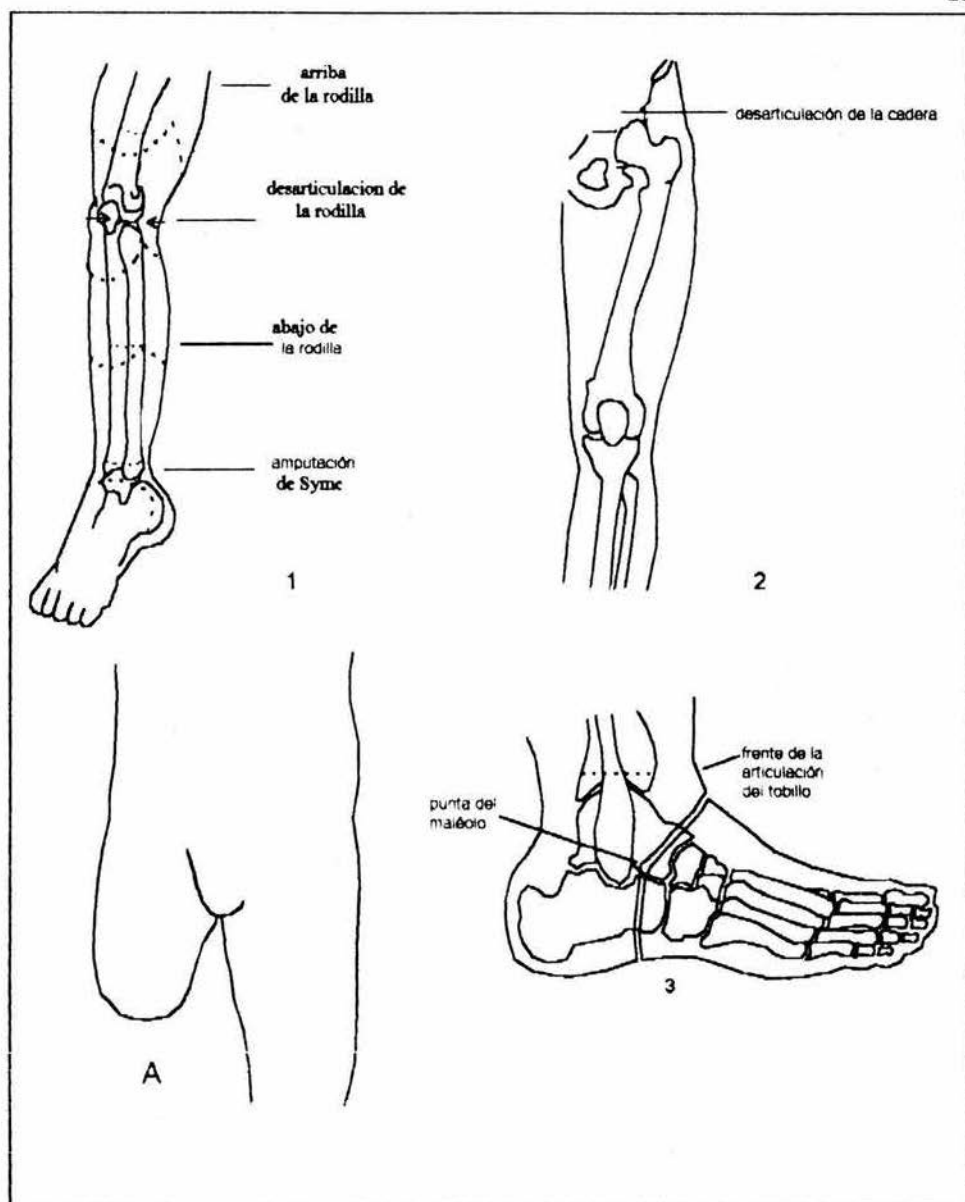


Fig. 3 1,2,3 -Clasificación de acuerdo con el nivel de amputación de miembros inferiores. A-amputación por arriba de la rodilla.

C. PROTESIS.

Las prótesis, se consideran como dispositivos ortopédicos que sirven para suplir la falta de una extremidad. Estas pueden ser tanto para extremidades superiores como inferiores, y tienen en común cumplir una función dinámica funcional y otra estética.

Estos aparatos auxiliares, que son compañeros inseparables de una persona que antes no tenía conocimiento de ellas, tienen una historia tan arcaica como la pérdida de una extremidad, y un efecto psicológico importante para la población discapacitante.

Por ejemplo, Herodoto relata la historia de Hegistratus quien se autoamputó una extremidad inferior al escapar de ser ejecutado por los espartanos, posteriormente fue encontrado y registraron que se había provisto de una prótesis de madera. Pero quizá la prótesis más antigua fue la elaborada por romanos aproximadamente 300 a. C., construida de bronce y madera, considerada una de las más sofisticadas por los movimientos que podía realizar en la extremidad sustituida de esa época.

Cabe resaltar, que las prótesis de palo fueron usadas por los campesinos y pobres durante varios años. En cambio a los caballeros, les elaboraban los armeros y herreros sus prótesis de acuerdo a su armadura que portaban. Estos aparatos

ortopédicos eran funcionales, y decorativas , pero el material de hierro y por lo tanto muy pesadas. Gotz Von Berlichingen fue el portador más famoso por su mano de hierro en 1509.¹⁰

Verduin en 1696, elaboró la primera prótesis artificial para personas amputadas por abajo de la rodilla con protecciones adecuadas para adaptarse al muñón. En 1750 posiblemente Grossmith fue el que introdujo las prótesis de madera según el miembro amputado. Y 1880, James Potts construyó la primera prótesis de madera más creativa y funcional similar a los movimientos de la extremidad cercenada, el modelo más famoso elaborada por el es la llamada "Anglesey", y actualmente se utiliza el modelo para su elaboración de los nuevos gremios.

Como puede apreciarse, las amputaciones y las prótesis forman parte de la antigua herencia de las artes creativas de los diferentes profesionales, y continúan siendo en la actualidad de suma importancia para la sustitución de extremidades cercenadas en conjunto con las personas que viven una amputación.

En cuanto a estos aparatos ortopédicos, Rainey, en 1985 señala lo siguiente; la prótesis no se debe únicamente al nivel de amputación o al tipo de prótesis que debe conllevar, sino considera que esta de terminado por el estado físico de cada persona

¹⁰ Vitali M., op. cit., p. 6.

desde el inicio del tratamiento prótesis, y para lograr resultados óptimos se requiere de tres factores:

1. La fuerza de voluntad del paciente para triunfar.
2. El conocimiento del terapeuta sobre los requerimientos físicos y prótesis del paciente.
3. El tiempo y el espacio para alcanzar estos requerimientos.

Por su parte Hamilton, manifiesta que el paciente no sólo tiene que vencer los obstáculos de usar una prótesis, sino también el adquirir la máxima habilidad en la extremidad amputada y para ello se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Nivel de amputación.
2. Condición del muñón.
3. Ocupación y motivación.
4. Circunstancias económicas y familiares.
5. Tipo, ajuste y eficacia de las prótesis.
6. Estado emocional del paciente.

Como puede notarse, el paciente se somete a una evaluación para el uso de un aparato auxiliar para recuperar su autonomía y desplazarse, así mismo de que se debe

adaptar a el según la actividad que desempeñaba o adquirir otras habilidades para continuar subsistiendo e integrarse a su núcleo familiar, laboral y social.

Estos sustitutos, acrecientan la autoimagen y autoestima y en algunos casos aceptación social, en otros es totalmente opuesta la reacción en su estado anímico y entorno en general, pues deben llevar cuidados de higiene y protección para evitar lesiones en donde se incrusta el muñón y generar otra laceración en su extremidad.

Con base a lo antes expuesto, sobre los sustitutos de las extremidades del preciado cuerpo humano, se puede sumar que son segmentos que proporcionan a la población discapacitante una alternativa e ilusión de poder ser independientes, además de mantener una apariencia física adecuada y realizar sino todas sus funciones y eficacia que antes llevaba a cabo, por lo menos la mayoría que le permite sentirse aceptado, respetado como lo que sigue siendo, una persona con sentimientos, afectos, ilusiones, confianza que todo ser humano necesita.

El panorama anterior es el contexto general del tema de la amputación, en el capítulo dos se abordara el tema en México.

CAPITULO II

LA AMPUTACIÓN EN MÉXICO

La amputación es un dilema que padece el ser humano en diferentes partes del mundo, y obviamente en la sociedad mexicana existen personas que conllevan tal imagen física desde hace varias décadas. sin embargo, en la actualidad continúan persistiendo conciudadanos mexicanos que viven la pena de perder una de sus extremidades corporales.

En correlación, con la enfermedad, tumores neoplásicos malignos y accidentes inesperados que vive la congregación mexicana, es preocupante pues estos sucesos se presentan en personas que se encuentran en diferentes etapas de vida, y sobre todo en personas en edad productiva, aunado a ello no solo enfrentan el duelo de la extremidad amputada, sino los efectos que dicha adversidad trae consigo en el aspecto bio-psic-social, y familiar donde reside.

Incluso, según el censo general de 1990 existen aproximadamente 81 249 649 habitantes, de los cuales existen 39 893 949 personas del sexo masculino y 41 355 676 del sexo femenino. Dentro del total del número estipulado de habitantes se encuentran poco más o menos 30 816 069 personas inactivas clasificadas en cinco categorías(Estudiantes, personas dedicadas al hogar, jubilados y pensionados, incapacitados y

otros), en el interior de éste género, se encuentran calculados 415 229 incapacitados. En ésta categoría sólo se especifica el total de la población discapacitante existente en el país, empero no especifica cuales son los tipos de incapacidad vigentes que conllevan los conciudadanos mexicanos y mucho menos cual fue el móvil de tal limitación. No obstante, nos proporciona un panorama de la población mexicana a través de su estadística y de la imagen física de las personas que se nota en hospitales, y en la vía pública. Asimismo, cabe mencionar que, únicamente, en el área metropolitana existen 32 194 personas incapacitadas y en el Estado de México un promedio de 32 079.

Las causas de la incapacidad, no se sabe con exactitud cuales son, sin embargo existen y puede ser que sea una enfermedad, accidentes en la vía pública, accidentes de trabajo, accidentes en el hogar etc., que generan diversas afecciones en el organismo y sistema óseo, como es el caso de la amputación de extremidades.

Tomando en cuenta el número de personas que existen en México con incapacidad en la actualidad según el censo, más la experiencia de ver de cerca durante 15 años en instituciones de salud, a pacientes que son sometidos a cercenamiento de extremidades; en la infancia, adolescencia, adultos y personas de la tercera ^{edad}, es de suma importancia conocer cual es el móvil que produce que ciertos ciudadanos mexicanos conlleven tal lesión, en este apartado únicamente se describe a la población que ha

sufrido amputaciones de miembro torácico y miembros inferiores del área metropolitana y Estado de México, para ello, a continuación se exponen diferentes estudios realizados en varios hospitales del Distrito Federal por profesionales de la salud (Médicos, trabajador social, psicólogos, Rehabilitadores físicos), abordando a pacientes que han perdido una de sus extremidades en fechas y espacios diversos, que nos permiten conocer las causas que generan el dilema antes mencionado.

A. MOVIL DE LA AMPUTACION.

En México, se realizan varios estilos de abordar la atención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de los enfermos que padecen algún padecimiento, en el campo de la salud integrado por un equipo multidisciplinario como, médicos según su especialidad (cardiólogos, nefrólogos, neurólogos, anestesiólogos, pediatras, oncólogos, ortopedistas, protistas, psiquiatras, etc.), enfermeras, trabajador social, dietólogos, psicólogos por mencionar algunos.

Así, a lo largo de la historia en México, han existido diversas formas de aproximarse a la susceptibilidad del enfermo con la finalidad de mejorar los tratamientos, recuperación y rehabilitación que coadyuven al individuo, acorde con los avances científicos y resultados del crecimiento poblacional e industrial que vive la comunidad. Tal es el estudio realizado por Badillo López en 1968 en el Centro de

Rehabilitación del Sistema Músculo-Esquelético de la S.S.A., quien señala que dada la demanda de pacientes que acudían a tratamientos, de diferentes partes de la república, era de suma importancia realizar un proyecto de rehabilitación en sus lugares de origen, pues el traslado representaba pérdida de tiempo para inicio de su rehabilitación, incrementar gastos económicos por el desplazamiento, hospedaje, alimentos etc. tanto para el paciente como para el acompañante. La autora, realizó un estudio con una población de 1 000 pacientes con lesiones del sistema músculo esquelético clasificados en tres tipos de afecciones. Cuadro No. I:

CUADRO No. I. TIPOS DE AFECCIONES EN EL CUERPO HUMANO.

GRUPO 1 SIST. MUSCULO ESQUELETICO	GRUPO 2 INV. DEL SISTEMA NERVIOSO	GRUPO 3 INV. OTROS SISTEMAS Y APARATOS
SECUELAS DE FRACTURAS 185	SECUELA DE POLIO 293	CARDIO VASCULAR 36
AMPUTADOS 158	HEMIPLEJICOS 111	QUEMADOS 5
PIE BO TT 10	P. C. I. 58	ESTUDIOS INCOMPLETOS 99
LUXACIONES CONGÉNITAS 3	PARAPLEJICOS 17	
LUXACIONES ADQUIRIDAS 7	MONOPLEJICOS 9	
ARTRITIS NO REUMATOIDE 5	MAL DE PARKINSON 4	
TOTAL 368	TOTAL 492	TOTAL 140

Como puede apreciarse el móvil que generó invalidez de la estructura corporal de este grupo fueron diferentes causas adquiridas y congénitas. Cabe resaltar que de la población que nos ocupa existieron un total de 158 personas amputadas de extremidades superiores e inferiores, ocupando el segundo lugar del primer grupo. Asimismo, que de los 1 000 casos revisados se encontró que poco más o menos existían en cada familia seis personas amputadas de alguna extremidad de su cuerpo.

En 1972, Bravo B., Chapa R., y Hernandez C. Realizaron un análisis sobre la amputación en el Hospital General de México, del área metropolitana. Dicho nosocomio presta servicios asistenciales al público que carece de los servicios médicos prestados por el Seguro Social Mexicano, en el hallaron un 0.7% de pacientes tratados radicalmente (amputados) durante una década. O sea de un total de 62 922 operaciones practicadas durante diez años, de diferente especialidad y servicios, 437 cirugías correspondieron ha amputaciones de miembro torácico (11 de lado derecho y 17 del izquierdo), y de extremidades inferiores (188 del derecho y 212 del izquierdo y de ambas extremidades 9), originados por diferentes causas; edades y el total de personas amputadas por año. Cuadro No. II, III, y IV.

**Cuadro No. II CAUSAS QUE GENERARON AMPUTACIONES DE
EXTREMIDADES.**

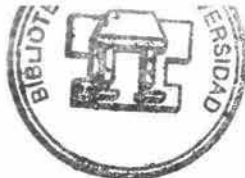
PADECIMIENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CIRCULATORIO	324	75%
TUMORES	60	13%
INFECCIONES	32	7.3%
TRAUMATISMOS	13	3.0%
CONGENITOS	6	1.3%
NEUROLOGICOS	2	0.4%
TOTAL	437	100 %

Cuadro No. III EDAD DE LA POBLACIÓN.

EDAD	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	TOTAL
FEM.	0	10	7	10	28	30	32	21	11	0	149
MASC.	1	18	30	43	47	64	51	23	9	2	288
TOTAL	1	28	37	53	75	94	83	44	20	2	437

Cuadro No. IV AMPUTACIONES POR AÑO.

AÑO	NO. DE AMPUTACIONES
1961	17
1962	36
1963	69
1964	56
1965	44
1966	71
1967	40
1968	43
1969	29
1970	20
1971	12
TOTAL	437



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

39

Como puede apreciarse las causas que originaron la pérdida de extremidades son diferentes, en ésta población predominaron las del aparato circulatorio, tumores, infecciones y traumatismos. En cuanto a la edad de los distinguidos estuvo comprendida entre los seis años mínimo y 99 años máximo existiendo una edad promedio de 52 años de los pacientes, siendo un total de 149 personas del sexo femenino y 288 del sexo masculino como se presenta en el cuadro correspondiente. Asimismo, cabe resaltar el promedio de amputaciones que existieron por año, en el Hospital General de México.

IZT.

Otro estudio realizado por Lozano T., en 1981 en Centro Médico Nacional del IMSS, muestra que 30 personas perdieron extremidades originados por accidentes de trabajo, siendo la mayoría de ellos obreros y contaban con un nivel de escolaridad primaria, con edades que oscilaban entre los 20 y 40 años de edad. A continuación se describen las partes del cuerpo amputadas. Cuadro No. V:

Cuadro No. V EXTREMIDADES AMPUTADAS.

MIEMBRO TORACICO	NO. DE PACIENTES	MIEMBROS INFERIORES	NO. DE PACIENTES
ANTEBRAZO	5	PIE DERECHO	2
BRAZO	5	PIE IZQUIERDO	3
MANO	12		
AMBOS BRAZOS	2	AMBAS PIERNAS	1
TOTAL	24		6



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

Por su parte García R. en 1984, averiguo en el hospital de Urgencias Médico Quirúrgicas Traumatológicas de Balbuena, que existen diferentes causas que generan lesiones a un ser humano en donde no únicamente los abdican físicamente, sino también generan daño físico y emocional. Además, repercutiendo e interrumpiendo bruscamente sus actividades cotidianas, laborales y familiares, pues la mayoría de la población que recibe atención carece de recursos. Otra característica que es sobresaliente en éstas víctimas, es la trascendencia en el estado físico, psicológico y social, ya que en diversas ocasiones el individuo no recuerda su identidad. Asimismo, encontró que existe un promedio considerable de accidentes que ocurren durante cada mes, de índole diversos. Cuadro No. VI:

Cuadro No. VI SUCESOS Y EFECTOS EN LA POBLACION.

ACONTECIMIENTO	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJE	DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES
- ATROPELLO VÍA PÚBLICA.	2 361	28%	-CONMOCION CEREBRAL. 669
- CHOQUES AUTOMOVILÍSTICOS.		19%	CAS.
- ACCIDENTES VIALES.	1883	13%	-TRAUMATISMOS
- HERIDOS POR ARMA DE FUEGO	1241		CRANEOENCEFALICO 363
Y PUNZOCORTANTES.	1228	12%	CASOS.
- MENORES MALTRATADOS.	993	10%	-DIFERENTES TIPOS DE
- ACCIDENTES DE TRABAJO.	826	8%	FRACTURAS 233.
- ASALTOS.	742	7%	<u>AMPUTACIONES 46.</u>
- NO IDENTIFICADOS.	—	8%	
TOTAL	9 274	100%	

A éste respecto, cabe mencionar que el autor señala que del total de la población que sufrió lesiones en su organismo por accidentes, descritos en el cuadro anterior, encontró que coexistieron aproximadamente 5 334 personas del sexo masculino correspondiendo un 55 %, en cambio para la femineidad fue de aproximadamente de un 30% siendo un total de 2 805 personas y el resto del porcentaje corresponde a los menores de edad con 1 164 casos, estos sucesos se presentaron durante un solo mes.

Otro estudio realizado por Valor Garduño en 1988, explica que de 28 pacientes amputados de miembro pélvico inferior en una unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, identifico que 17 de los seleccionados presentaron problemas emocionales y desintegración familiar durante un programa establecido. Dicho trabajo de investigación fue evaluado a través de 28 expedientes clínicos, de pacientes que habían recibido tratamiento en la unidad, de los cuales 11 fueron excluidos debido a que 5 fallecieron y 6 cambiaron de residencia. La edad de los integrantes fueron las siguientes. Cuadro No. VII

Cuadro No. VII. EDAD DE LA POBLACION.

AÑOS	40-55	56-70	71-90
No. de personas.	3	19	6

La autora no especifica la causa que genero el tratamiento, sin embargo señala que el servicio de cirugía realiza aproximadamente 5 amputaciones mensuales de extremidades inferiores en donde prevalecen los siguientes diagnósticos:

- Necrobiosis diabética.
- Gangrena.
- Insuficiencia Arterial.
- linfadesma.

De igual forma, señala que en dicha unidad se llevan a la práctica poco más o menos 37 cirugías por año de éste estilo (amputación de miembros inferiores), asimismo relata el número de personas que suman a la congregación de los cercenados por año en esta dependencia de salud, que atiende únicamente a usuarios asegurados de los siguientes años. Cuadro No. VII:

Cadro No. VIII. POBLACION AMPUTADA POR AÑO.

AÑO	NO. DE PACIENTES
1981	32
1982	29
1983	35
1984	35
1985	36
1986	58
1987	15
1988	13
TOTAL	254

Con base a lo que manifiesta Valor G, en cuanto al número de personas que atiende por año un solo hospital general de zona, si prevalecen aproximadamente 87 nosocomios (entre esta cantidad existen unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona en diferentes puntos del área metropolitana y Estado de México), además de los centros de tercer nivel (especializados) como; Centro Médico Nacional siglo XXI, Centro Médico la Raza, Hospital Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, Hospital Traumatología de Magdalena de las Salinas y Hospital Ortopedia de Magdalena de las Salinas, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social que únicamente atiende a asegurados y familiares de los mismos. Dado este panorama, lo cual nos permite hacer una interrogante ¿Cuántos pacientes son amputados en cada nosocomio que se integran al gremio? con las características de la población que nos ocupa.

Por otra parte, Aburto Trejo en 1989 realizó un estudio con pacientes amputados por necrobiosis diabética de los servicios de Cirugía General, cirugía Vascular periférica y Ortopedia, del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Para ello, revisó 79 expedientes clínicos de pacientes que habían recibido tratamiento en los servicios antes mencionados, de los cuales 40 personas correspondieron al sexo femenino y 39 al masculino. La edad de los pacientes fluctuaba entre los 26 y 90 años con un promedio de 32 años, la población que con mayor frecuencia presentó más afección fueron los de 47 años a los 70 años. De esta revisión se encontró que 12

personas con padecimientos de diabetes, habían llevado un control adecuado de su enfermedad, en cambio el resto de la población llevaron un control inadecuado. Del total de la población estudiada, identifico que 15 de ellos sufrieron amputaciones de extremidades previas, desarticulación de 1 hasta más dedos.

Las amputaciones del sistema músculo esquelético que les practicaron, en el Hospital Gea González, predominaron en su mayoría en miembros inferiores. El autor, señala que no existe diferencias en cuanto al sexo, puesto que la necrobiosis se presenta en ambos sexos en edad productiva, por lo que las repercusiones económicas, sociales y familiares son de suma importancia. Así también, que en nuestro medio el control de la diabetes no es adecuado en la mayoría de las personas que sobrellevan tal padecimiento, ya que no asisten oportunamente a un centro hospitalario para su tratamiento y control. Concluye que dicha enfermedad es una de las que produce pérdidas de extremidades, y sobre todo de miembros inferiores, además de que afecta tanto a hombres como a mujeres sin distinción, presentándose con mayor frecuencia en la quinta y séptima década de la vida.

Asimismo, exteriorizo que la necrobiosis se presenta con mayor riesgo en la diabetes tipo II de larga evolución, sobre todo que no está bajo control. Sugiere que debe promoverse difusión sobre tal padecimiento que altera la salud y equilibrio en un individuo, en el que la sufre la familia y subrayar la importancia de como prevenir la

diabetes, o en su defecto del porque se debe estar bajo control médico, pues ello evita riesgos ó consecuencias de un tratamiento tardío y mal controlado.

También, en el Hospital Ruben Leñero, Avilés Rodríguez en 1989 efectuó un estudio de abril a diciembre del mismo año, con el objeto de mostrar la utilidad practica de un nuevo procedimiento Exo-Endoprotésico en pacientes que requirieron de una amputación como única alternativa para prolongar su vida.

Durante la revisión estadística, encontró que durante 1988 se realizaron 32 amputaciones de extremidades, en tanto en el lapso del estudio fue de 30 pacientes aproximadamente. De está población se sometieron a dicho tratamiento 17 pacientes, siendo 14 personas de miembros pélvicos y tres de miembro torácico, de ellos existieron 10 individuos del sexo masculino y 7 del femenino. Las causas que originaron el tratamiento fueron de origen traumático y patologías sistémicas (insuficiencia vascular periférica, trastorno metabólico). En cuanto a la edad de los pacientes estudiados, 11 de los seleccionados tenían de 18 a 60 años de edad, 4 cursando su sexta década y 2 menores de 18 años. De esta población 10 fueron originados por traumatismos y el resto por patologías sistémicas. Otra característica que se halló durante el estudio fue que los pacientes de la tercera edad, existe menos disposición al tratamiento rehabilitatorio en general, en cambio en los pacientes más

jóvenes son los candidatos ideales para el tratamiento Exo-Endoprotésico así como para su readaptación.

El mismo autor expresó, que el costo de una prótesis convencional oscila aproximadamente en unos 2 ó 6 mil nuevos pesos, en cambio con la Exo- Endoprótesis resulta más económica, un promedio de 750 nuevos pesos. Dada la situación económica que conlleva cada persona, en la población estudiada sólo 3 pacientes de 10 adquirieron una prótesis convencional. Esto implica que al perder una extremidad, no sólo existe el duelo por ello, sino que en la mayoría de los casos no cuenta con recursos para adquirir un suplemento de la parte amputada, aunado a ello son personas que se encuentran en etapa productiva con diferentes repercusiones como integrantes de una sociedad.

Igualmente en 1989, Mancera Celio llevó a cabo un estudio experimental sobre las amputaciones digitales, en 40 pacientes en edad productiva en el Hospital de Traumatología de Magdalena de las Salinas del I.M.S.S., bajo dos tipos de tratamiento: Quirúrgico con 25 pacientes y 15 con tratamiento conservador. La población seleccionada fue de 38 pacientes del sexo masculino y 12 del sexo femenino con un nivel escolar de primaria en un 50 % y un 38.5% con secundaria. El objetivo del estudio fue para determinar la existencia de diferencias en relación a la sensibilidad en los dos tipos de tratamiento de manera comparativa. Cabe resaltar que en esta

población predominó la lesión en la mano derecha en un 66 % en diferentes dedos que componen la destreza.

Otro estudio similar realizado en el mismo año por Valencia Carvajal, sobre amputaciones digitales en el Hospital del Departamento, se estudió un grupo de 58 pacientes, de los cuales 28 pertenecieron al grupo experimental y 30 en el grupo control. Siendo la mayoría del sexo masculino en ambos grupos, en un 85.7% en el primero y en el segundo en un 90 %, con edades de 15 a 19 años. Con respecto al grado escolar, la mayoría contaba con estudios a nivel primaria en un 36.2%, analfabeta un 13.8%, secundaria 32.8%, preparatoria 10.3% y profesional un 6.9%. En cuanto a la ocupación encontró que el 27.6% eran técnicos en automotriz, 13.8 % obreros, estudiantes un 10.13%, radiotécnicos el 8.6% y el resto del porcentaje de un 22.4% no clasificado en registros. El autor señala, que además de las secuelas que predominan en el individuo, la funcionalidad de esta parte del cuerpo es vital, por sus diversas funciones que realiza en cada ser humano, y por otro es una de las partes visibles y estéticas que comprende la apariencia física.

La mano genera trastornos económicos al incapacitarse ya que sus actividades laborales en cada lesionado prevalece principalmente en hombres en edad productiva y en la mano derecha. Al igual que en el estudio anterior, puede distinguirse que el daño

predomino en la mano derecha y sobre todo en el sexo masculino en diversas ocupaciones en donde es muy usual los dedos de ambas manos.

En distinto tiempo, Valdespino G., Cintra Mc. G. y Rodríguez I., describen en 1990 que 1351 personas presentaron diferentes tipos de tumores en el sistema músculo esquelético clasificados en benignos y malignos, los cuales fueron tratados en el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas de 1982 a 1989. Del total de la población, se distinguieron 929 pacientes del sexo masculino y femenino en edad productiva, y 422 menores de edad, en donde el 95.5% correspondió a las lesiones benignas y un 8.5% a las malignas. En los adultos afectados, fue de un 75.6% de neoplasias benignas y el 24.4% a las neoplasias malignas. El resumen de la estadística de dicha investigación señala que 775 pacientes fueron del sexo masculino, 572 del sexo femenino, no registrados 4, siendo 561 hombres y 368 mujeres adultos, en los menores de edad fueron 241 niños y 181 niñas. La parte corporal más afectada, se localizó en la extremidad pélvica con 754 casos, miembro torácico 301, cadera 124, columna 60, pelvis 36 otros segmentos anatómicos 53 y no registrados 23. Los padecimientos que más prevalecieron en la población son los siguientes. Cuadro No. IX:

Cuadro No. IX PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION

TIPO DE TUMOR	No. DE PERSONAS
1.- OSTEOCONDROMA	640
2.- ENCONDROMA	118
3.- TUMORES OSEOS METASTÁSICOS	117
4.- TUMOR DE CELULAS GIGANTES	67
5.- OSTEOSARCOMA	67
6.- DEFECTO FIBROSO MATAFISSARIO	62
7.- QUISTE OSEO SOLITARIO	55
8.- DISPLACÍA FIBROSA	50
9.- MIELOMA MULTIPLE	39
10.- CONDRIOBLASTOMA	32
11.- QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO	30
12.- CONDRIOBLASTOMA	18
13.- OSTEOMA OSTOIDE	12
14.- SARCOMA DE EWING	11
15.- HEMANGIOMA	8
16.- FIBROHISTIOCIOMA MALIGNO	7
17.- OSTEOMA	5
18.- TUMORES MALIGNOS DE PARTES BLANDAS INVASORES DE HUESO.	5
19.- OSTEOBLASTOMA	4
20.- GRANULOMA EOSINOFILO	4
21.- NEOPLASIA MALIGNA MESENQUIMATOSA	2
22.- FIBROMA DESMOPLÁSTICO	2
23.- FIBROMA NO OSIFICANTE	2
24.- CORDOMA	1
25.- FIBROSARCOMA	1
26.- FIBROMA CONDROMIXOIDE	1
27.- HISTIOCIOMA FIBROSO BENIGNO	1
28.- HEMANGIOENDOTELIOMA	1
TOTAL DE POBLACIÓN	1352

Asimismo, en 1993 Morales Luna realizó un estudio con pacientes que sufrieron amputación de extremidades inferiores en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas de enero de 1989 a junio de 1992. El autor señala las

siguientes características más frecuentes que presentó la población. Cuadro No. X, XI y XII;

Cuadro No. X EDAD DE LA POBLACIÓN.

EDAD	15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	TOTAL
NO. PACIENTES	13	30	17	9	4	73
SEXO	FEM.	12	MASC.	61	-----	73
EDAD PROMEDIO	FEM.	34.9	MASC.	29.5	-----	-----

Cuadro No. XI PARTES DEL CUERPO AMPUTADAS.

EXTREMIDADES AMPUTADAS	SUCESOS QUE GENERAN LA AMP.	OCUPACION DE LA POBLACION
ARRIBA DE RODILLA 52	ATROPELLADO 42	OBRERO 24
ABAJO DE RODILLA 21	ACCIDENTE AUTOMV. 15	ESTUDIANTE 11
	CAIDA DE ALTURA 6	CHOFER 6
	ACCIDENTE FERROV. 3	EMPLEADO 6
	DERRUMBE 3	HOGAR 5
IZQUIERDO 38	MACHACAMIENTO 2	COSTURERA 3
DERECHO 25	H.P.A.F. 2	CARNICERO 2
BILATERAL 10		MECANICO 2
		JOYERO 2
		COBRADOR 2
		VENDEDOR 2
		COMERCIANTE 2
		OFICINISTA 2
		REPARTIDOR 2
		INGENIERO 1
		MEDICO 1
TOTAL 73	TOTAL 73	TOTAL 73

Cuadro No. XII FASES QUE VIVIÓ LA POBLACIÓN.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA LESION Y LA AMPUTACION		TIEMPO DE HOSPITALIZACION		INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS PARA SALVAR EXTREMIDAD	
MINIMO	3 HORAS	MINIMO	14 DIAS	-DESBRIDAMIENTO	159
				-CURA DESCONTAMINADORA	73
PROMEDIO	132 DIAS	PROMEDIO	156 DIAS	- FIJADORES EXTERNOS	60
				- EXPLORACION VASCULAR	59
MÁXIMO	810 DIAS	MÁXIMO	486 DIAS	- INJERTO OSEO	48
				- FASCIOTOMIAS	41
				- ANASTOMOSIS TER./ TERMIN.	37
				- INJERTO OSEO	34
				- PLASTIA VASCULAR	31
				- CLAVO CENTRO MED.	22
				- COLGAJO CUTANEO	9
				- DISTRACTOR WAGNER	5
				- SIMPATECTOMIA	4
				- FIJADOR ILIZAROV	1
				- PLACA A.O.	1
				TOTAL	584
				MINIMO	1
				PROMEDIO	8
				MÁXIMO	31

Como puede apreciarse los factores que se contemplan en éste estudio nos permiten conocer las fases que un paciente pasa hasta concluir en una amputación, en estos casos por una causa traumática que genero la perdida de una de sus extremidades inferiores. Así mismo, cabe subrayar que tal evento genera un gasto social considerable y emocional en el paciente manifestó el autor.

Con relación a los estudios antes descritos, en los cuales se subraya la población que nos ocupa, así como el índice de personas amputadas en cada uno en diferentes espacios hospitalarios y tiempos, a continuación se describen otros datos estadísticos que nos relatan el número de personas amputadas de alguna de sus extremidades que acudieron a rehabilitación física u otros después de haber recibido tratamiento radical del área Metropolitana y Estado de México pertenecientes a pacientes que cuentan con atención médica del seguro social.

Davies G, De La Torre R., Bieser L., y Rivera. Se preocuparon en conocer la prevalencia de los diagnósticos de discapacidad de los usuarios que atendieron de 1987 a 1990 en la Unidad de Medicina Física de la región Norte del I.M.S.S. Durante esta evaluación, encontraron que existen 25 diagnósticos diferentes que sobrelleva cierta población mexicana que proporciona atención por año, el paradigma de 1987 nos muestra que atendió a 11 931 pacientes de éste número 589 fueron personas amputadas de alguna extremidad por ejemplo: de miembro torácico, miembros

inferiores y de mano. Para el siguiente año 1988, atendieron a 14 071 enfermos, de la población que nos ocupa fueron 785 personas; siendo 410 de miembros superiores e inferiores, y parciales de mano 375.

Para 1989 la atención a usuarios sumo un total de 17 522 pacientes, en donde prevalecieron 748 amputados de extremidades; 294 fueron de rodilla, codo, cadera, muñeca y 454 correspondieron a parciales de mano. En el subsiguiente año, 1990 incremento la población considerablemente a 23 776 derechohabientes, de este número de personas 1 076 fueron amputados de las siguientes extremidades; 385 amputaciones mayores y parciales de mano poco más o menos 691 individuos.

Cabe resaltar, que durante los años considerados por los autores en dicha unidad para asegurados proporcionaron atención de especialidad a 90 066 personas, ocupando el primer lugar los padecimientos de columna lumbar, segundo lugar las lesiones de mano con un total de 4 694 casos, predominando las fracturas de mano, y el décimo lugar lo ocupa la población de mayor y menor grado (miembro torácico e inferiores y desarticulaciones de muñeca, pie y parciales). El total de los pacientes que se suman al gremio de amputados por año se describen en el siguiente cuadro No.

XIII:

Cuadro No. XIII POBLACIÓN AMPUTADA POR AÑO.

SEGMENTO	1987	1988	1989	1990	TOTAL DE EXT.
M. TORÁCICO	96	164	68	126	454
M. INFERIORES	196	244	214	252	907
DESARTICULACION DE MUÑECA Y CADERA	2	2	12	7	29
TOTAL	295	410	294	385	1390
PARCIALES DE MANO	294	375	454	691	1 824
TOTAL DE POBLACION	489	785	748	1 076	3 214

Como puede apreciarse, del total de la población que fue amputada de sus extremidades durante estos años sobresalen las de mano, continuando con miembros inferiores, miembro torácico y finalmente las desarticulaciones. Los autores no especificaron la clasificación en cuanto al sexo y edad de la población en la cual predomina, sin embargo nos permite conocer que existe una población considerable de perdida de extremidades en un individuo por año. También es interesante y preocupante, dado que el número de personas incrementa año con año.

Cabe subrayar que existen otras unidades que proporcionan atención rehabilitatoria como; la Unidad de Medicina Física de la Región Centro, Unidad de Medicina Física Región Sur del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base a la

existencia de dichos nosocomios únicamente de población asegurada cabe preguntarse ¿ Cuantos pacientes amputados de alguna extremidad acuden a rehabilitación física ? ¿ Si una sola institución atendió a 3 214 humanos en cuatro años?, cabe describir que existen otras instituciones de salud que proporcionan servicio a la población no asegurada tanto de hospitalización como de rehabilitación física, algunas se describen en los estudios antes mencionados.

Con base, a los números de personas amputadas abordadas en los estudios realizados por varios profesionistas, en diferentes tiempos y espacios, se puede apreciar que en México existe tal gremio y que además día con día incrementa por diversos factores.

Cabe destacar que un aspecto importante en esto de las cifras, es el proceso emocional que viven los individuos afectados. Esto significa que la percepción corporal es un elemento importante en los efectos pos operatorios o pérdidas de una extremidad, En el capítulo tres se abordan la percepción del cuerpo humano.

CAPITULO III

PERCEPCIÓN DEL CUERPO HUMANO

El cuerpo humano completo de una persona, es la fuente que le permite desplazarse, ser autónomo, le proporciona integridad, seguridad y confianza, originando un aspecto totalmente opuesto cuando éste padece una enfermedad o es cercenado sea cual sea su génesis del estrago. Asimismo, cuenta con una funcionalidad sorprendente en su conjunto de órganos que posee cada individuo.

La estructura ósea, por ejemplo es una de las maravillas que componen el cuerpo humano, en el cual los huesos sostienen la masa muscular que proporciona forma, y posee una diversidad de funciones como, desplazarse, caminar erecto, correr y permite realizar diferentes movimientos y acciones por mencionar algunas funciones.¹¹

Asimismo, cabe mencionar que la vida cotidiana impone descubrirlo, ya que en él y por él se percibe, se desea, se actúa, se expresa y se crea. En este sentido, vivir es para ciertos individuos asumir la condición de un organismo cuyas estructuras, funciones y facultades dan acceso al mundo, a través de la presencia corporal íntegra.

¹¹ Enciclopedia. Maravillas del cuerpo humano. vol. IV. p. 350.

Pues la actitud frente al cuerpo refleja la actitud que elige una persona, explícitamente o no, respecto de su realidad.

En el presente capítulo se tratan algunos puntos relevantes del preciado cuerpo humano como una de las estructuras creada finamente e insustituible, no únicamente, para funciones específicas que se desarrolla en el ser humano, sino en la sociedad en donde la percepción del cuerpo es diferente y sólo algunos son capaces de percibir, valorarlo, cuidarlo y describirlo. De igual forma, se describen los cambios que éste vive al sufrir una mutilación de ciertas extremidades.

EL CUERPO.

El cuerpo, es una palabra que posee una diversidad de significaciones, según la disciplina que lo aborde, por ejemplo: la química, la física, la medicina: patología, forense, R. X., medicina del trabajo etc., en el trabajo, en los deportes, en las competencias de belleza por mencionar algunas.

También, el cuerpo proporciona figura, personalidad a una persona que le permite realizar una diversidad de actividades y funciones, percibe emociones de placer y dolor, inspiraciones de diversos sentimientos, objeto de exhibición y placer, instrumento de trabajo en la sociedad.

Es la forma o una parte de una persona que le proporciona vida, alegría, dolor, confianza, se puede decir que es el vivir en cada uno, a través del conjunto de órganos y sentidos que lo componen que permite interactuar en el mundo apreciando el cuerpo de los demás.¹²

El poseer un cuerpo íntegro, no sólo proporciona seguridad y dominio o afinar su potencia sino se descubre su servicio y se aprecia su debilidad. Por ejemplo; la piel, que lo cubre, se percata del placer de la caricia, otras el dolor de una agresión o quemadura y finalmente el duelo de perder una extremidad.

El organismo, está formado de una manera admirable y perfecta, ya que permite toda una gama de percepciones, expresiones, transmite emociones, conmociones etc., es el espejo en el que cada persona se puede ver, apreciar y valorar de lo que cada uno puede ser capaz de hacer, por ejemplo; los brazos y manos, piernas y pies los cuales se distinguen durante diferentes acciones como, el desplazamiento, marcha, correr, diversos tipos de danza, trabajos, conducir vehículos, por mencionar algunas. Asimismo, son objeto de otras maniobras como saludar, elaborar diferentes trabajos manuales, tocar instrumentos musicales, son la herramienta de trabajo del ser humano en sus diferentes profesiones que desempeñan en la sociedad.

¹² Bernal M. El cuerpo. p. 173.

En cuanto a las piernas y pies, al igual que en los componentes que integran el miembro torácico, son un complemento creados de manera perfecta en combinación con varios fines, en primera estéticamente proporcionan la imagen y personalidad del hombre, permiten el acercamiento con el mundo a través de tener contacto con la tierra pues son el sostén del cuerpo humano, y en segundo los brazos y manos realizan diversas actividades que recrean la visión humana en los varios deportes que existen, en el arte, en la danza, en la música, en las grandes obras arquitectónicas que existen, en las modas, en los comerciales, en el cine etc., en donde es indiscutible la gama de acciones que conjuntamente realiza un cuerpo íntegro.

Ahora, en las operaciones laborales en las que participan son innumerables, ya que en la sociedad subsisten un grupo de personas que desempeñan diferentes actividades que requieren para prevalecer como: obreros, técnicos, arquitectos, biólogos, psicólogos, abogados, artesanos, entre otras personas y cada uno de ellos requiere de un equipo corporal íntegro.¹³

Considerando, que el cuerpo íntegro es la base de todo ser viviente que le permite confeccionar una infinidad de maniobras en diversos campos que se encuentran dentro de la misma sociedad. Cabe resaltar que también es un objeto de belleza que permite la rivalidad y competencia entre unos y otros que conllevan a tan

¹³ Blum M. y Naylor J. *Psicología industrial*. p. 42.

preciada obra en eventos como; los concursos de belleza nacionales e internacionales en donde califican y evalúan las piezas que exhiben a través de varias normas establecidas por los comités organizadores, económicos, políticos y sociales que rige según la sede.

En tales acontecimientos, el cuerpo de la mujer es la que resalta como objeto admirable y codiciado, único capaz de despertar sentimientos, emociones, envidias y valores culturales.

Así también, el cuerpo ha sido el factor de inspiraciones de grandes maestros de la escultura y pintura como: Berni en su obra "Apolo y Dafne y el famoso David, Giambologna en Apolo y el Rapto de las Sabinas"; Mirón en su escultura con fauno Danzante y Discóbolo; Praxíteles con la obra Hermas y Dionisio niño, Radin con el beso, el Pensador, Eva, el Hombre que marcha; Thorvaldsen en las Tres Gracias, en cada una de estas esculturas se puede apreciar la belleza del cuerpo humano en todo su esplendor y creatividad de los autores.¹⁴

En la pintura se citan a Botticelli en su trabajo "La primavera"; Granach en la "Ninfa de la fuente"; Goya en la "Meja desnuda"; Renoir en la "Bañista sentada", las "Grandes bañistas"; Rivera en la "Tierra fecunda"; Rubens en la "Educación de marie

¹⁴ Enciclopedia Biog. Universal. Vol 7.

de Médiris”, “El rapto de las hijas de Leucipo”; Tiziano en “Bacanal”, la “Venus de Urbino”, “El amor sagrado y El amor profano”, en cada una de estas pinturas muestra un cuerpo sorprendente que el ser humano posee desde diferentes épocas y tiempos que ha sido expuesto, admirado, apreciado por ser el espejo por el cual todo individuo ó la mayoría se ve. Asimismo, se nota que los autores de todas las obras realizadas contaban también con un cuerpo íntegro que les permitió practicar y mostrar sus talentos en sus maravillosas obras de arte.¹⁵

En el campo de los dramaturgos también ha infundido, a través de sus obras (poemas, cuentos), géneros musicales desde su muy particular punto de vista sobre la escultura corporal en diferentes épocas y espacios.

Con base a lo antes descrito, se puede decir que , el cuerpo ha sido y es un instrumento tanto en el arte del vivir como en el desarrollo de la sociedad originando grandiosas obras desde hace tiempo y en la actualidad, en la pintura, escultura, música, literatura, mecánicas, fuentes de trabajo, en el culto a la belleza, personalidad, en el campo de la experimentación de diferentes disciplinas y en la comunidad misma. Empero cabe interrogarnos ¿ Qué sucede cuando el cuerpo de una persona sufre vulnerabilidad y sugestibilidad?, el panorama cambia de una manera tan insólita,

¹⁵ *Ibidem* vol. 1.

empezando por el individuo mismo que percibe y lleva otra imagen, en el núcleo familiar y sociedad.

IMAGEN Y ESTRUCTURA CORPORAL.

El término imagen fue introducido en el campo de la psicología por Hume en 1749. Apartir de esta fecha ha sido abordado por varios teóricos de dicha disciplina y definiéndola según su punto de vista, empero cada uno aportando una idea de lo que representa la imagen.

Por ejemplo, Titchener señala que es un elemento que difiere de las sensaciones, en donde algunas veces no son muy claras, en donde el grado de intensidad es menor, dando como resultado una duración limitada. Jones, por su parte explica que una imagen que se conserva indefinidamente en el inconsciente y que a menudo se identifica con personas distintas de la original. Helmholtz manifiesta que la experiencia de ciertos objetos o eventos que ocurren en el mundo exterior, son esquemas que se relacionan tanto del pasado como del presente de una persona. Skinner, exterioriza que el medio ambiente es quien provoca los cambios conductuales en el individuo.¹⁶

¹⁶ Keller F.S. La definición de la psicología. cap. 7.

Cada una de las definiciones antes mencionadas, expresan que la imagen es un fenómeno que se presenta de manera diferente, tomando en cuenta, que una persona responde de varias formas ante ciertos acontecimientos y asimilaciones y obviamente la respuesta se exterioriza según la magnitud del daño psicológico, en cual el medio ambiente donde se desarrolla el individuo es quien determina la actitud que la persona manifiesta aunado a ello su historia personal. Tal es el caso que nos ocupa donde se puede apreciar, que un paciente amputado suele presentar una diversidad de reacciones e imaginaciones durante el transcurso de su padecimiento, tratamiento y rehabilitación, considerando el suceso que provocó la pérdida de la extremidad sancionada.

Por ejemplo; en los pacientes con amputaciones mayores(desarticulación de un extremidad completa ,brazo, pierna ó mano, parcial arriba del codo o por abajo del mismo, arriba de la rodilla o abajo de la rodilla y pie), perciben de manera diferente a las personas con amputaciones menores como; un dedo, dos dedos (de mano o pie), huella digital y obviamente las respuestas, pensamientos, imaginaciones y reacciones varían. Pues la diferencia entre una pérdida mayor y menor de su cuerpo no es la misma ya que el duelo es más severo y la aceptación es más prolongada por los cambios que debe enfrentar el sujeto individualmente. Sin embargo, el no poseer una fisionomía completa trae consigo cambios en el individuo, en la familia y socialmente por leve que esta sea.

Cabe subrayar que, las imaginaciones, percepciones y otras conductas varían según la edad, sexo, nivel cultural, profesión, labores que desempeña, en el núcleo familiar y social del sujeto, pues la concepción del cuerpo de cada uno la considera según la etapa de vida en la que se encuentra, y se refleja al abandonar temporalmente o definitivamente sus actividades que desarrolla. Por ejemplo, los que practican un deporte, en donde el cuerpo íntegro se exhibe con todo su esplendor, fuerza y creatividad, (natación, caminata, acróbatas, gimnastas, ciclistas, fútbol, frontón entre otros deportes), en la danza (clásica, tradicional, y otros tipos de baile), en el arte (obras de teatro), en la música (tocar instrumentos musicales), en los profesionales (dibujantes, arquitectos, ingenieros, médicos, por citar algunos), en los obreros y artesanos. En la mayoría de ellos su herramienta fundamental son los brazos completos en combinación con sus miembros inferiores, los cuales les permite a cada uno realizar una diversidad de funciones laborales según su especialidad en la comunidad, y cada uno de ellos se ve en la pena de someterse a un cambio gradual que debe ajustar, aceptar y vivir.

De esta manera, se puede decir que la personalidad del cuerpo es un sistema de acciones y tendencias según la acción que ejecuta. En la cual, el cuerpo humano proporciona intensas emociones con respecto su propio yo, en donde la topografía del modelo postural íntegro es la base de la mayoría de las percepciones y conductas que refleja en la sociedad.

CONCEPCION DEL CUERPO EN LA SOCIEDAD.

El individuo define y valora su cuerpo según el servicio, cuidado y satisfacciones que le proporciona. De igual forma, valora su estructura corporal conforme obtiene de el la actividad que realiza como ente social, por ejemplo; un deportista, un bailarín, un gimnasta proporcionan un mantenimiento adecuado a su cuerpo porque es la base de su trabajo a través del cual expresa y trasmite emociones, en cambio, un campesino o un obrero provee un sustentamiento distinto a uno de los personajes antes mencionados. A pesar de las diferencias de actividades, su concepción corporal se puede decir que es análoga, pues la vida tónico-motriz de ambos interpreta, la forma visible del cuerpo, así como la manera de actuar en los campos distintos en la sociedad.

Por ejemplo, en el culto a la belleza se transforma la imagen en un objeto de exhibición, de consumo, placer e intercambio cultural, en donde el dilema esta ligado a una concepción de un cuerpo integro y sin defectos, además de la actividad que desarrolla en la comunidad de origen cada sujeto.

En el trabajo laboral se produce un enaltecimiento distinto en la medida, en que el cuerpo, ya no se considera una esfera de placer autónomo, sino un instrumento o

una herramienta para producir. De tal manera, que el cuerpo queda deserotizado, enfilado al servicio del rendimiento industrial.¹⁷

En la concepción del cuerpo integro con todo su conjunto de maravillas y funciones y ostentaciones que engrandecen la vida de un ser humano, en el cual se distingue desde su génesis y desarrollo en la sociedad a través de su crecimiento, en diferentes acciones industriales, comportamientos en donde intercala, trabajos en el hogar, deportes, disputas de belleza, objeto de estudio en los equipos multidisciplinarios que existen en la sociedad para conservar el cuerpo en acción ó según actividad específica que desempeña.

Esta normalización no es uniforme ya que depende de los valores que cada persona tiene como individuo, pero es importante porque se aprecian las actitudes y percepciones de los jueces que califican y dan origen a una aceptación o desvalorización de la estructura corporal integra o mutilada.

Es por ello que la minuciosidad y la belleza dinámica del valioso cuerpo hacen de él, con toda facilidad ídolos del público y de sí mismos, en donde los individuos permanecen vigentes durante algún tiempo hasta que sufren alguna lesión,

¹⁷ Bernard M. El cuerpo. p. 18.

transformando cierta parte del tronco o cuando un enigma natural se apodera de ellos, generando consecuencias graves, modificaciones del cuerpo y psicológicos.

EFECTO PSICOLOGICOS DEL AMPUTADO.

Los problemas psicológicos que se presentan en la amputación de una o más partes del cuerpo, pueden ocultar o manifestar sentimientos de verdadera gravedad. Por ejemplo; El daño psicológico es más insondable si la amputación fue originada por un accidente inesperado, y sobre todo si perdió una mano, una extremidad inferior ó ambas extremidades. La ansiedad, depresión, frustración, hostilidad, egocentrismo exagerado en ocasiones, dependencia e irrealidad y pérdida de autoestima son fenómenos que pueden desenvolverse muy intensamente en la persona, y los cuales, si no son abordados, arruinan no sólo al individuo sino el tratamiento médico, rehabilitación física, relaciones familiares y sociales.¹⁸

En el caso de una enfermedad o tumor maligno los efectos psicológicos se manifiestan menos impactantes, en estos casos el paciente tiene la oportunidad de meditar, y en ocasiones hasta de no permitirlo ó buscar otras alternativas de cura. Sin embargo, también presenta una efusión de emociones que los manifiesta más abiertamente mientras se llega el día y fecha elegida, para consumir el tratamiento

¹⁸ Gonzales ... *ibidem* p. 20.

radical, cabe subrayar que la etapa de vida en la que se encuentra la persona, la edad, sexo, religión, nivel cultural, profesión laboral, por citar algunas características, más su historia familiar tienen mucho que ver en los tipos de expresión que manifiesta el paciente.

En el infante, en ocasiones, suele afectarse más por su incapacidad de no realizar sus juegos y travesuras, empero, las reacciones de los demás respecto a su estado físico, sobreprotección, comentarios que se propician entre familiares, amigos, personal de salud que esta bajo su responsabilidad, vecinos y otros; generan incertidumbre, angustia, temor, inseguridad respecto a su persona. Asimismo, algunas veces, se desea que se comporte, reaccione y actúe como otros niños.

A este respecto, González M. manifiesta que las actitudes no realistas, la falta de motivación más una moral depresiva son factores que afectan la recuperación y rehabilitación de una persona que ha perdido una extremidad, y subraya que la extremidad inferior produce mayor impacto que la de un brazo, sin embargo, al estar listo el muñón y colocada la prótesis, los problemas de la extremidad superior incrementan por el aspecto estético, pues la extremidad que más se aprecia socialmente. También, señala que si la invalidez se presenta precozmente el niño pierde la oportunidad de interactuar en los juegos, socialmente y esto conlleva a disminuir sus destrezas motoras y actitudes sociales propias de los infantes, de igual manera pueden

presentarse y persistir sentimientos de inferioridad, pérdida de iniciativa, confianza, seguridad y timidez. En cambio, el impacto psicológico en el adulto se presenta ante la pérdida de un miembro superior, que en la extremidad inferior, esto se debe a que **la mano estética carece de toda utilidad funcional para sus actividades elementales diarias.**

Por su parte, Sybil J. Kohl señala que a falta de una o varios miembros representa la pérdida del cuerpo normal y perfecto al que todos nos consideramos con derecho, y las respuestas emocionales a falta de perfección corporal varían de cierta manera según la etiología de la extremidad amputada, por ejemplo en las:

AMPUTACIONES CONGENITAS.

Cuando un infante nace con la ausencia de uno o más extremidades, sus padres se enfrentan a la pérdida de un hijo perfecto, y por consiguiente sufren un choque psicológico, pues la procreación de un niño imperfecto supone un ataque al «yo» de los padres, que les causa gran culpabilidad, ira, desesperación y desilusión, en la cual las respuestas están influidas por la manera en que se procreó y se esperaba el nacimiento.

En cambio el niño, como tal, no percibe la pérdida de su cuerpo perfecto como el que los padres aprecian y les causa sufrimiento, pues él aún no conoce identidad física que posee.

AMPUTACION TRAUMÁTICA.

El niño o un adulto que sufre la pérdida traumática de una extremidad se encuentra ante una realidad totalmente nueva que exige una oportuna redefinición de sí mismo. Pues no sólo manifiesta un duelo por la pérdida de su cuerpo anterior, sino una sensación de haber «vuelto a nacer» que amerita ubicarse de nuevo frente al mundo y establecer su relación con él otra vez, tanto física como emocional y socialmente (Kohl). Asimismo, las manifestaciones emocionales que presentan según su cronología de cada uno de los afectados, resulta imprescindible un ambiente educativo que aporte seguridad, que haya comodidad física y emocional, aliento para explorar los alrededores, motivación de las tareas que inicie, apoyo psicológico en relación con las ansiedades, temores y presiones, tanto internas como externas. Ya que, el individuo percibe, que su cuerpo ha sufrido un cercenamiento y se da cuenta que no es lo que antes era, se sumerge en un cambio violento, donde, se percata que su apariencia cambio de aspecto, de forma, postura, equilibrio y fuerza.

Aunado a lo anterior, al presentarse una lesión traumática, el adulto suele encontrarse ante abrumadores sentimientos de dependencia y pérdida de control, para él han cambiado las reglas, y responde a la tensión de lo desconocido con grandes esfuerzos para adquirir control sobre su situación, o bien se sumerge en una indiferencia o abandono completo. Algunos pacientes describen una sensación de que la realidad ha cambiado y ahora es diferente, a causa de la falta de una función motora voluntaria, una alteración sensorial, falta de comprensión de la terminología y los tratamientos médicos y la desorientación generada por el dolor. Cabe subrayar que la mayoría son hombres jóvenes que luchan arduamente por su propia confianza e independencia. Y estar en una situación en la que tienen que depender de los demás (personal de salud y familiares) para los cuidados propios más sencillos, genera miedo e ira, debido al sentido de pérdida del «yo».¹⁹

AMPUTACION GENERADA POR UNA ENFERMEDAD.

El paciente al que es necesario practicarle una amputación generada por una enfermedad ha tenido que responder a la pérdida de un cuerpo perfecto desde antes, a diferencia de los casos antes mencionados, en esta situación, la amputación puede aportar un alivio al sufrimiento y devolverle a un nivel más normal su funcionamiento físico, o tal vez sea considerada como una aproximación a la muerte que la ciencia

¹⁹ Krueger *ibidem* p.323

médica no puede mantener alejada (las patologías que pueden generar la pérdida de una extremidad se han mencionado en los capítulos anteriores). Sin embargo, esta lesión que puede variar en tiempo hasta concluir en la pérdida de X extremidad, así como el duelo de no poseer un cuerpo íntegro en donde las manifestaciones psicológicas se presentan un poco menos impactantes según la percepción de cada persona respecto a su padecimiento, tratamientos recibidos, comunicación del tratamiento definitivo y apoyo familiar con que cuenta.

Por ejemplo, en los siguientes casos se describen la manera de como tres infantes perciben la pérdida de sus extremidades generados por una enfermedad, y finalmente se cita la experiencia de un adulto que le amputaron una extremidad inferior:

Roberto de 9 años de edad, tenía un tumor llamado osteosarcoma en el brazo derecho, había pasado poco más o menos cuatro meses de su descubrimiento y la única alternativa de tratamiento debido al avance de su padecimiento era desarticular su extremidad. Cuando los padres del menor fueron enterados del tratamiento a seguir, su reacción fue de incredulidad y no aceptación de lo que les estaban notificando, rompieron en llanto, angustia, depresión, impotencia, duelo, desesperanza, sentimiento de culpa por no tratar al hijo después de la caída, permanecían con él las 24 horas. Cuando le notificaron a Roberto de su tratamiento su reacción fue de una

aparente indiferencia, tristeza de ver a sus padres que rompían en llanto con facilidad, cambio el trato hacia él. Sin embargo, después de su amputación al ver su cuerpo incompleto su actitud fue de mucho duelo, manifestó tener mucho dolor, insomnio, coraje con los padres porque lo habían llevado al hospital, pensamientos de suicidio, irritabilidad, aislamiento, miedo, anorexia, y expreso ¿Porqué yo? ¿Me quiero morir? ¿Quiero irme de aquí?, aunado al duelo que el menor vivía, se le sugería que iniciara el uso de la mano izquierda, que tomara sus alimentos, que debía salir de su cuarto, que tenía que poner de su parte para salir adelante, apartir de este suceso él no deseaba estar sólo y caminaba cabizbajo.

Ahí no terminaba todo, pues a su egreso del hospital , fue enviado a continuar otro tratamiento de quimioterapia, allí el niño vivió otras experiencias como; ver otros niños con reacciones más extremosas por los efectos de la quimioterapia, diferentes aparatos para nuevos para él, apariencia física de los niños(caída del cabello), comentarios de los niños y familiares, instalaciones de vías intravenosas (suero), toma de muestras para laboratorio, toma de R.X., hospitalizaciones cada mes o 20 días, etc.. Así, transcurrieron algunos meses para prolongar la vida de Roberto, pero el niño fue presentando depresiones muy severas llegando a pedir a los padres que no lo llevaran más, que lo dejaran en paz, y al año de la pérdida de su extremidad murió.

Alberto de 13 años de edad, tenía un tumor maligno en fémur derecho, durante el tiempo que le realizaban los estudios para determinar su tratamiento, presento estados depresivos considerables que reportaron las enfermeras, debido al estado emocional del adolescente fue necesario la intervención del psicólogo dos días antes de su cirugía programada. Un día antes de su cirugía se veía aparentemente tranquilo, preguntaba la hora de su intervención, participo en la preparación de la zona a intervenir, permaneció en reposo absoluto, veía su pierna, y exclamo ¿mañana no la tendré?. Horas después de su amputación presento mucho dolor, llanto, miedo (pidió que le tomaran la mano, que no lo dejaran sólo, que sentía su pierna), gritaba y llego ; un empleado de salud le dijo que no debía gritar porque le iba a incrementar el dolor y asustaría a los demás niños!, comía poco. Durante el transcurso de los días fue disminuyendo su aprensión y tristeza, se mostró más cooperador en su tratamiento y rehabilitación, más optimista, conversaba con los niños de su cubiculo, se movía un poco más, llego usar sus muletas, jugaba juegos de mesa, toleraba más los alimentos.

En este caso la mamá no aceptaba que su hijo no fuera el mismo, cuando le comunicaron la fecha de egreso argumento que debería de quedarse más tiempo porque no tenía arreglado el espacio por donde se desplazaría, tomaba en cuenta lo que otras madres le comentaban respecto de su hijo, le comentaba sus preocupaciones al infante, le recordaba que debía bañarse diario.

A su egreso se fue a su casa, pero debía continuar con otros estudios para verificar que no existieran otras partes de su cuerpo afectadas. También fue enviado a quimioterapia, y cuando se le comunico que se tendría que hospitalizarse nuevamente no lo aceptaba, lloro, no quería que le pusieran el suero, pregunto ¿cuántos días voy estar aquí?, ¿no me quiero quedar sólo!, ¿Sólo vendré a tres tratamientos?. A un año de su amputación el continuaba con la quimioterapia, y estudios recientes revelan que no hay otras zonas afectadas, pero él manifiesta actitudes de rebeldía, irritabilidad y ocio.

Ali contaba con 16 años, estudiaba para técnico electricista, y su diagnóstico era similar a los casos anteriores, su extremidad lesionada era el fémur derecho, desde que fue sometido a reposo absoluto no fue muy de su agrado, para esto preguntaba con frecuencia, ¿Cuál es mi diagnóstico? ¿Es delicado lo que tengo? ¿ya me aburrí? ¿Porque no me dicen lo que tengo? ¿Es curable?. Así continuo hasta que le confirmaron que tenia un tumor maligno y el único tratamiento que se le ofrecía era amputarle su extremidad corporal, y expreso; ¿No puedo creerlo? ¿Necesito mis dos piernas para arreglar la luz de alta tensión? ¿Cómo voy a caminar por las montañas?, se mantuvo irritable, deprimido, mostraba mucho coraje, tenia mucho dolor fisico, anorexia, agresión hacia su madre, algunas veces lloro. Después de su amputación no cambio mucho su actitud incluso se agudizaron más sus conductas.

Rodrigo de 32 años de edad, sufrió un accidente en la vía pública al dirigirse a su trabajo, esto le origino una lesión en fémur derecho y fue tratado durante dos años, tiempo en el cual fue sometido a diversas cirugías, tratamientos rehabilitatorios e ingresando al hospital por más de 30 días, es padre de tres menores de edad, los cuales dejaba de ver y convivir con ellos durante su estancia hospitalaria, su padecimiento no solo fue largo y tórpido, ya que durante estas fases de resistencia y lucha para sanar presento estados depresivos, desesperanza, llanto o una aparente tranquilidad. Debido a la evolución fue necesario una revalorización de su caso y concluyeron sus especialistas que el último tratamiento a seguir era amputar su extremidad. Rodrigo y su esposa comentaron que fue un gasto emocional y económico innecesario, al comunicarles tal pronóstico (trabajador social), ellos expresaron su desilusión, duelo porque no salió como se esperaban su cura, consideraron el tiempo dedicado para salvar su extremidad, el alejamiento de su familia, finalmente ambos lloraron y compartieron su duelo que les embargaba. Después de su amputación, se mostró tranquilo, presento mucho dolor y posteriormente euforia.

Hemos comentado cuatro casos de personas, en diferente fase de su vida que les fueron amputados una extremidad de su cuerpo, en los cuales lo más sobresaliente es la reacción emocional de ellos resulto ser la depresión, inseguridad, pérdida de autoconfianza, el concepto de sí mismo y la incertidumbre.

Se destaca también la actitud y reacciones de los familiares(se puede apreciar que en todos los casos la mujer siempre estuvo presente), en los cuales la aceptación de un cambio físico genero sentimientos de culpa, incredulidad, y no aceptación de lo que estaban viviendo. Debido a lo importante que es la familia y el dilema que vive en conjunto con su familiar que experimenta la amputación de una extremidad, a continuación se describe el papel de la familia y los cambio psicológicos que enfrenta.

CAPITULO IV

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES

Desde tiempos remotos la familia ha representado un rango y función muy importante, incluso hoy en día continua ocupando un lugar básico, debido a que es la que rige, forma, cuida, protege, educa, proporciona afecto, organiza a sus integrantes a través de sus diversas tradiciones, estilos de vida y cultura en la sociedad.

A este respecto, De La Fuente (1987), señala que la familia, vive un proceso continuo de cambios, en el que provoca una crisis en la corporación de sus tradiciones, organizaciones, convivencias familiares, conmociones generadas por los estados de salud de un integrante. También, es una de las instituciones más afectadas cuando un familiar del grupo sufre una enfermedad o un accidente inesperado y sus secuelas, alterando su equilibrio emocional, económico, armonía y actividades programadas.

Por ejemplo, en el caso de Roberto, los padres se percataron que él niño no solo sufría el resultado de una caída común, sino que a partir de ahí se genero un diagnóstico de tal magnitud que la familia interrumpió de manera brusca sus actividades del hogar, trabajo e hijos, en donde no solo la pareja enfrentaban las desavenencias sino todo el conjunto familiar que lo integra; la abuela materna y sus

tres hijos, dado que ellos permanecieron durante varios días las 24 horas en el hospital y los menores pasaron a ser asistidos por la abuelita y otros familiares.

Cabe interrogarnos ¿ Cuantas familias existen con tales experiencias? ¿Que ocurre con los hijos sanos físicamente?, si hoy en día existen una gran variedad de padecimientos tan complejos que contribuyen en el rompimiento de los roles y funciones familiares, y aunado a las enfermedades agregamos los traumatismos y sus secuelas que se presentan frecuentemente tanto en población infantil como adultos, dejando además del dolor físico, moral, interrupciones de logros, metas, transformación del cuerpo humano, y cambios psicológicos. A continuación, describimos los cambios que desafía la familia de un integrante que ha perdido una extremidad.

IZT.

LA FAMILIA G: EL DOLOR DE UNO SE CONVIERTE EN EL DOLOR DE TODOS.

La señora G. padecía una enfermedad (infección ósea) desde los 12 años, esto en la mayoría de las veces le provocaba mucho dolor en su extremidad, al mismo tiempo le acompañaba un dolor de cabeza que le hacía retorcerse, quejarse y llorar. En varias ocasiones había tenido que ser hospitalizada, para realizarle limpieza de su fémur y aplicarle antibióticos, aunque el alivio que esto le proporcionaba duraba poco.

Su angustia y dolor en ocasiones era tan grande que le pedía a Dios una prórroga y se encontraba a sí misma pensando en la muerte como una liberación. Cuando Carmen (una de sus Hijas), de 7 años de edad, regresó de la escuela a casa, la encontró recostada en su cama con el pie elevado, con su cara entre las manos bañada en lagrimas. A pesar de su dolor, ella abrió los ojos por un momento y le sonrió débilmente. Luego volvió a su sufrimiento. Aunque Carmen quería mostrarle lo que había realizado en la escuela, sabía que no debía molestarle cuando estaba enferma. Salió de puntillas del cuarto y lentamente bajó las escaleras.

Carmen había visto antes la agonía de su madre, y sabía que lo mejor en esos casos era dejarla sola. Por tanto, tomó a su perro "pulgoso" y salió a sentarse en las escaleras del frente de su casa, donde podía apreciar una colonia de hormigas que subían y bajaban de su colina. Se sentía muy mal. No estaba segura por qué, pero en ocasiones se preguntaba si era la forma en que Dios le decía que el padecimiento de su madre era realmente su culpa. Esa mañana, por ejemplo, había derramado por accidente la mitad de su licuado al piso. Su madre se enojó muchísimo (¡ yo no puedo limpiar!, ¡ ten más cuidado!, ¡ La leche esta muy cara!), pero en ese momento llegó el autobús de la escuela y Carmen salió apresuradamente. Se preguntaba si había lastimado a su madre al tirar la leche; tenía que ser más cuidadosa de ahora en adelante. Las hormigas subían y bajaban de su pequeña colina y Carmen estaba

sentada, pensando en Dios y se preguntaba por qué la gente tenía que enfermarse, especialmente la gente agradable y preciosa como su madre.

Esa noche, ella no bajó a cenar. Antes de que ella y sus hermanos tomaran la cena, Carmen oyó las voces - altas y otras palabras- de sus padres en su cuarto. Luego, su padre se integro y arrojó la comida en el piso. Por lo general Carmen y sus hermanos hablaban bastante: sobre la escuela y otros juegos, así como sobre la idea de ir al parque y cosas como esas. La señora G. en ocasiones podía reír con ellos y llamarlos parlanchines. Pero eso era cuando no estaba enferma; cuando lo estaba, ellos a duras penas hablaban de algo.

Su padre con frecuencia se volvía irritable e impaciente cuando su madre tenía las molestias de su enfermedad. En una ocasión en que Carmen despertó temprano y bajó para ver la televisión, su padre entró al cuarto corriendo, de una sacudida la levantó del piso y la abofeteó gritándole, ¡ Te he dicho que apagues esa endemoniada televisión! ¡Estas provocando que se enferme tu madre con el ruido!. Carmen corrió a su cuarto y cerró la puerta. Se acurrucó en la esquina, sollozó sobre su perro "pulgoso" por mucho tiempo, hasta que su padre fue y se disculpó. Le explicó lo impotente que se sentía en ocasiones debido a la enfermedad de su madre; pero era difícil que una niña de 7 años lo comprendiera. Un beso y una rebanada de pastel ayudaban un poco, pero

Carmen aún recordaba las palabras de su padre que le decía que era la que le provocaba la enfermedad de su madre.

A pesar del padecimiento de la señora G. y de los efectos que esto causaba en su esposo e hijos, desde varios puntos de vista, eran una familia feliz. Ellos se casaron muy jóvenes. La estabilidad y felicidad de la familia era algo muy diferente de lo que la señora G. había conocido, ella fue huérfana su madre murió cuando tenía tres años su padre no lo conoció, ella fue una niña tímida, que jugaba sola y que nunca hablaba de si misma. Posteriormente, en su temprana adolescencia sufrió un caída y a partir de ahí inicio su suplicio.

Con frecuencia se preocupaba al pensar si su padecimiento no le afectaba a su familia. Y comenta que, su esposo, que generalmente era compasivo acerca de sus molestias, en ocasiones explotaba y le decía que era parte de su imaginación. Incluso le sugería que ella estaba utilizando su enfermedad como excusa para evitar tener relaciones sexuales con él. Ella nunca disfruto de las relaciones con su esposo, incluso evita hablar de ello, y admitía en ocasiones que le resultaba una fácil excusa decir que se lo prohibía su especialista. En cuanto al trastorno que les causaba a sus hijos le molestaba mucho, especialmente cuando Carmen lloraba en silencio o durante el sueño. En ocasiones, la señora G. se daba cuenta de que ^{eⁿ} realidad su agonía había llegado a ser el dolor de toda su familia.

Después de algunos años, falleció su esposo y los hijos se dedicaron a cuidarla y proporcionarle lo necesario. Sin embargo, su padecimiento no cedía y los ingresos al hospital eran más frecuentes y prolongados, esto generó más angustia, desesperanza, dolor y estrés, tanto para ella como para los hijos que ahora estaban casados. Debido a la evolución de su padecimiento, se le pronosticó que era candidata a una amputación de su extremidad. Días antes de su tratamiento definitivo estuvo muy deprimida, y horas después de su cirugía presentó mucho dolor e inquietud por varios días. Carmen al ver a su madre sin su extremidad rompió a llorar y abrazó a su madre.²⁰

ROL FAMILIAR.

Los sistemas familiares funcionan con grados variables de interdependencia en el desempeño de las tareas necesarias para mantener la supervivencia y las actividades en el hogar de cada una. Por ejemplo, cuando surge una enfermedad o accidente catastrófico y por consiguiente una visita a una institución hospitalaria o ingreso a la misma sea corta o prolongada, genera un abrumador cambio de actividades, responsabilidades, lo que se está realizando en el momento del suceso, tanto del cónyuge, de los hijos, otros familiares y vecinos.²¹

²⁰ Entrevista con paciente y familia. 1995

²¹ Krueger D: Psicología de la rehabilitación p. 45.

Asimismo, la cultura, costumbres, tradiciones respecto al rol familiar que desempeña el paciente, sea el padre o la madre, se transforma en una preocupación para los integrantes de la familia, pues uno de ellos adquiere las responsabilidades mientras regresa la persona (por ejemplo la familia de Rodrigo). En cambio cuando es un hijo, el enfermo, uno de los cónyuges comparte su tiempo durante las consultas y tratamientos , en su hogar y trabajo (caso de la familia de Alberto).

Por ejemplo, cuando es el padre el que permanece en tratamiento, rehabilitación o asiste a una consulta de especialidad, la esposa asume el rol de padre y madre ante sus hijos, en la cual no sólo los provee de alimentación, vestuario, sino proporciona atención, afecto, ver las tareas escolares, dedica tiempo, protección, cuidado y surte lo necesario. Se puede decir que pasa a ejercer dos actividades sociales; 1) la de ser responsable de su familia y 2) ejercer labores sociales; trabajar, atender al familiar enfermo, entrevistarse con los profesionales de salud y hacer tramites de él.

En ambos lugares, sus responsabilidades son análogas, por qué interactúa en dos actividades diferentes, el bienestar familiar y tramites sociales . En cambio, la enfermedad de la madre puede privar de apoyo al marido y a los hijos e imponerles a todos cargas especiales, y generar lesiones emocionales severas. En la enfermedad de

un hijo aumente la tensión familiar y la dinámica familiar se perturba.

CONSECUENCIAS DE LA AMPUTACIÓN REFERENTE AL COMPORTAMIENTO.

Una amputación mayor afecta muchas actividades de la vida del paciente: trabajo, recreo y relaciones sociales; también ejerce un efecto dramático en la familia. Por ejemplo, una amputación de una extremidad (brazo o desarticulación de una extremidad inferior) en un individuo que tiene esposa e hijos, quizás obligue a que su mujer tenga que asumir una mayor responsabilidad en las obligaciones del hogar y buscar un empleo; los niños tendrán que desempeñar más actividades domésticas y tal vez terminar su instrucción escolar antes de lo previsto (o no terminar sus estudios), además de todas las preocupaciones que suponen tener un ingreso más reducido (peor vivienda, alimentos, ropa, irse a vivir con otros familiares, etc.).

El paciente también habrá de enfrentarse con la actitud negativa de la mayoría de las personas que se ponen en contacto con él. En público se expresan diversas actitudes positivas hacia el imposibilitado, pero contrarrestadas por un punto de vista negativos en general. Paul M. (s/a), expuso lo siguiente; los inconvenientes que presenta la mayoría de las formas de incapacidad física son evidentes, aunque a veces están exageradas; el conocimiento de todos estos inconvenientes crea una fuerte actitud

negativa, aunque se acompañe de expresiones de tolerancia, condolencia y comprensión. Es patente, por ejemplo, en la reacción que muestran los amigos y los miembros de la familia de una dama cuando comunica que tiene intenciones de casarse con un hombre físicamente imposibilitado, o con un cuerpo incompleto, que quizás está confinado en una silla de ruedas, muchos padres que comprenden esta actitud hacia los discapacitados, no la admiten cuando se trata de su hija o hijo.

En los casos de amputaciones mayores al principio, y quizás por mucho tiempo, estos factores combinados producen una crisis emocional. El paciente experimenta temores y dudas acerca de la sobrevivencia y sobre la aptitud de aquellos que tienen que solucionar el problema. El paciente desconoce las posibilidades respecto a las alternativas de conseguir una prótesis, muletas u otros aparatos auxiliares que la familia se encarga de proporcionárselas, de manera que tiende a subestimar lo que será capaz de lograr. Por otra parte, piensa que los demás tendrán sobre su nuevo aspecto físico la misma actitud negativa que ha tenido él mismo. La confusión y la desorganización se acompañan de pesadumbre y depresión. Las reacciones depresivas en algunos casos suelen ser transitorias en ciertos pacientes con amputaciones menores, pero en otros pueden persistir varios años. El suicidio, descuido en su persona, alejamiento de su pareja y otras actitudes autodestructivas parece que son más frecuentes entre las personas que perdieron ambas extremidades.²²

²² Nichols P. *Rehabilitación en medicina. tratamiento de la incapacidad física.* p. 316.

Como puede apreciarse, hay una gran variedad de consecuencias y comportamientos que un paciente amputado puede sentir, sea cual sea la fase de vida en la que se encuentre y con ellos la familia que vive de cerca el cambio corporal, puede distinguir tales efectos en su paciente, en sus hijos, en su hogar y en ella misma. A esto Bruner señala que no importa si los cambios son transitorios o permanentes, esta situación puede transformarse en una crisis para el enfermo, crisis que afecta a la familia, amigos y personal asistencial que atiende al enfermo.²³

ATENCIÓN DE LOS HIJOS

La atención hacia los hijos se ve sumamente afectada, empezando desde el momento que se presenta el caso, debido a que los adultos se dedican a atender al enfermo, llevarlo a la institución de salud, abandonando sus interacciones normales con los infantes.

Las múltiples y diversas actividades que la persona (madre o Padre) pasa a asumir no le permiten proporcionar una atención adecuada y oportuna y esto genera un desequilibrio emocional en el niño a través del tiempo puede llegar a afectarle de una manera irreversible. Si está en la adolescencia, cruza una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos que lo definen en su carácter, personalidad como ente social, si

²³ Bruner *ibid.* p. 173.

es menor de edad se encuentra en una etapa de descubrimientos e interrogaciones que no tiene a quien exponerlos o respuesta adecuada ha sus preguntas. Esto puede deberse a que en ocasiones los infantes son encargos con familiares que nos los conocen o no conviven con niños y el trato de los cuidadores no es el mismos que el de padres.

ECONOMÍA FAMILIAR

La economía familiar, en el caso que nos ocupa, proporciona la estabilidad de los integrantes de la familia en los siguientes aspecto; biológico, psicológico y social.

En lo biológico, se refiere a que la familia necesita de una alimentación adecuada y de calidad para su desarrollo físico y psicológico, aseo personal, cuidado a su organismo, pues el cuerpo, suele sufrir en la mayoría de las veces, las consecuencias a lo que esta aconteciendo en cada uno de los integrantes de la familia del enfermo.

En cuanto a lo psicológico, su estado emocional vive toda una serie de actitudes impactantes que transforman su mundo como; incertidumbre, angustia, estrés, dolor y desesperanza que manifiestan de diferentes maneras, aunado a sus vivencias, la situación económica se ve vulnerada en varios aspectos; gastos de transporte para visitas hospitalarias, arreglos de documentos en la empresa de labores, alimentos fuera del hogar, etc., reducción en los gastos del hogar, pago de servicios

públicos, pago de renta, pagos de gastos escolares, por mencionar algunos gastos básicos.

En lo que respecta a lo social, es un verdadero dilema, por qué, la economía se ve afectada ya que la mayoría de las personas que pierden una extremidad son obreros y en edad productiva, y a causa del aumento de los gastos en un momento en que puede que hayan descendido los ingresos, las tensiones financieras puede limitar la capacidad para solventar los demás problemas.. Por otra parte, para muchas familias, negociar los sistemas sociales que les permitan obtener ayuda oficial constituye un desgaste más de la dignidad personal y la paciencia.²⁴

La persona que le cercenan una extremidad, sea cual sea su génesis, en conjunto con su familia necesita disponer de una experiencia profesional humana, ayuda inmediata y una intervención para salvar su vida, y autoestima. Debido a que el enfoque se concentra en la urgencia del caso y los cuidados críticos pueden oscurecer con frecuencia la necesidad, más amplia, de tratar a la persona concebida como un todo e ignorar lo que la familia vive fuera del quirófano. Pues, las estrategias de intervención que apoyan el ajuste emocional en el ámbito de los cuidados intensivos

²⁴ Krueger. *ibid.* p. 46.

influyen fuertemente a la larga sobre los resultados positivos de la rehabilitación del afectado como de su familia.

Trieschmann en 1980, manifestó “ El proceso de aprender a vivir con una incapacidad se inicia en el momento de producirse la lesión y continua durante toda la vida”. Por tanto, una persona que le fue amputada una extremidad de su cuerpo y su familia exigen cuidados individualizados y completos que respondan tanto a sus necesidades físicas como emocionales. Sin embargo, a pesar de la importancia del apoyo emocional aún existen problemas sociales para proporcionar dicha atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ La amputación de extremidades superior e inferior afecta el estado emocional de una persona ?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las causas emocionales que manifiesta una persona, al amputarle una extremidad de miembro torácico o miembros inferiores.

HIPÓTESIS:

- 1.- Todos los pacientes que les realizan una amputación de extremidades superiores o inferiores, presentan conductas emocionales.

CAPITULO V

AYUDA PSICOLOGICA AL AMPUTADO; UNA PROBLEMATICA SOCIAL

Hablar del tratamiento psicológico actualmente, parece la cosa más sencilla para personas ajenas a esta disciplina. Incluso entre los mismos familiares lo toman a broma, por ejemplo, cuando un integrante de la familia requiere de atención psicológica suelen hacer los siguientes comentarios: "Está acomplejado", " Sufre complejo de inferioridad" "Acude al psicólogo porque esta loco" etc.. Por otra parte, en las instituciones de salud, la parte emocional de un individuo pasa a segundo plano, y la prioridad se le da al cuerpo y sus demás patologías, incluso se trata de curar primero el daño orgánico. Tal es el caso de las personas que pierden una extremidad de su cuerpo.

En el caso de la población que nos ocupa, la minoría recibió apoyo psicológico, por profesionales de esta área, inclusive sólo cuando el paciente manifestaba más abiertamente ciertas actitudes alarmantes (agresión verbal, apatía, irritabilidad, etc.) se le pidió interconsulta con el psiquiatra, o en su defecto se enviaron con el trabajador social. Otra característica importante, y alarmante, es que la atención emocional se indica días después de amputarles su extremidad (En el capítulo siguiente se muestran los porcentajes) o 24 horas antes de su amputación, o nunca la recibieron.

Cabe subrayar, a que se debe tal actitud, es un problema social de las divisiones de trabajo de profesionales, en las instituciones de salud en donde desde hace décadas la responsabilidad las absorbió el área de la medicina, o es un problema social en donde la comunidad aún no conoce que es un psicólogo y su profesión, o es una función fácil que otros profesionales que no es su área lo pueden realizar ?

Fahrsthal M. (1961-62) expreso lo siguiente, "No importa que todavía piensen que el neurótico, es un enfermo de los nervios o un loco y que aún no tiene trascendencia o que no sepan diferenciar "Neurosis de Psicosis", lo interesante es que se empiece a conocer en los ámbitos sociales y distingan que, para esos raros fenómenos que se producen en la vida de un paciente, hay una ciencia que estudia las siguientes conductas: angustia, depresión, desesperanza, autoestima por citar algunas, tanto como en ocasiones, la úlcera o la impotencia y esa es el área de psicología y quienes la aplican son los especialistas en dicho espacio".

También señala, que el diagnóstico del psicólogo como parte del equipo de salud, es indispensable tanto como la del ortopedista, oftalmólogo, cardiólogo o neurólogo debido a que el candidato a rehabilitarse puede tener recuperación física, pero existiendo una serie de alteraciones de su intelecto o distorsión de la personalidad, es inútil emprender un tratamiento.

El propósito del presente capítulo es describir la participación profesional del psicólogo en la atención a los problemas emocionales de un paciente que pierde una extremidad, aunque la participación de dicho profesionista es limitada en este campo.

EL PAPEL DEL PSICOLOGO

El trabajo del psicólogo en el campo de las instituciones de salud es un factor básico, como parte del equipo multidisciplinario que se encarga del cuidado y tratamiento emocional del individuo para recuperar su seguridad, autonomía, autoestima y prepararlo para el regreso a su hogar y labores sociales.

Se puede decir, que la intervención psicológica, es una de las partes importantes en la rehabilitación del individuo mismo y de su familia, con el objetivo de prepararlos adecuadamente para lo que les espera en su vida futura, después del cambio que generó una enfermedad o accidente inesperado. Por su parte Vales A., expuso lo siguiente "La rehabilitación no significa dar al amputado una prótesis, es un concepto más amplio, implica varios aspectos, todo un tratamiento, que debe realizarse a través de un trabajo de equipo integrado por especialistas como son: el médico, técnicos en la fabricación de prótesis, técnicos en fisioterapia, trabajador social, terapeuta físico, psicólogo, que inicia desde preparar el muñón para estar en condiciones de adaptarse a una prótesis, para posteriormente fabricar ésta con las medidas y

características siempre individuales de cada paciente, y hacer una adaptación en las mejores condiciones posibles; posteriormente tratar de resolver el siempre presente trastorno psico-social y tratando de solucionar el aspecto vocacional o económico alterado por la propia invalidez".²⁵

ESTRATEGIAS EN EL APOYO EMOCIONAL

Existen diferentes formas de proporcionar, la ayuda emocional, en la cual no es prestar una simple ayuda, o consejo es un fenómeno de sentido común enraizado en las buenas intenciones de quien proporciona la terapia. Se trata pues de una compleja relación interpersonal que tiene múltiples significados, en donde es necesario comprender los diferentes aspectos y analizarlos de manera profesional. . Debido ha que la ayuda y el propósito de la rehabilitación emocional no es otro que permitir que el paciente que sufre una incapacidad se motive de nuevo para alcanzar las metas que ella misma se fije, y lo consiga de manera afectiva.

Una vez que se tiene el conocimiento de que el individuo, hospitalizado es candidato a una amputación, se observa que áreas de su personalidad han sido afectadas y se procede a evaluarlas y tener un diagnóstico preciso para brindar la ayuda emocional oportuna. Los siguientes parámetros fueron tomados de los cinco

²⁵ Vales A. L. La rehabilitación integral del amputado en el instituto mexicano de rehabilitación. p.143.

subsistemas de la persona: un perfil CASIC. los cuales son el centro de la terapia en casos como; Muerte de un ser querido, pérdida de un miembro del cuerpo o otro tipo de crisis circunstancial o del desarrollo.

El funcionamiento CASIC: se ocupa principalmente en determinar el impacto del suceso en las siguientes áreas; Conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva. Dichos parámetros fueron utilizados también para evaluar a 152 personas que sufrieron pérdida de una extremidad de su cuerpo, los cuales se adaptaron a la población mexicana entrevistada.²⁶

Conductual: se observan y se evalúan las siguientes características:

1. ¿Actividades afectadas por el suceso?

- Ir al trabajo.
- Dormir.
- Comer.
- anorexia.
- Etc.

2. ¿Cuáles áreas no se han afectado?

3. ¿Qué conductas se incrementaron o posiblemente reforzaron?

²⁶ Karl A. S. Intervención en crisis. Cap. 8.

Afectiva: Se observan y evalúan las siguientes manifestaciones:

1. ¿Cómo se siente el paciente por las consecuencias de su amputación?
 - Enojado.
 - Triste.
 - Deprimido.
 - Irritable.
 - Aturdido.
 - Etc.
2. ¿Se expresan los sentimientos o se ocultan?
3. ¿Su estado afectivo no ha sido afectado?

Somática: Se observan y se consideran para la evaluación y tratamiento a seguir con el paciente.

1. ¿Qué trastornos físicos se relacionan con la sintomatología del padecimiento o accidente?
2. ¿Son éstos una reactivación de trastornos anteriores o surgieron después del padecimiento o traumatismo?
3. Si la crisis emocional se deriva de una pérdida física (extremidad amputada), ¿Cuál es la génesis de la pérdida y cuales son sus efectos sobre otras partes de su organismo?

Interpersonal: Se observan y se toman ^{en} cuenta para la evaluación y tratamiento a seguir con el paciente.

1. Impacto de la pérdida de su extremidad respecto a su mundo social inmediato.
 - Familiares.
 - Amigos.
 - Personal que lo asiste.
2. Sistema social actual y apoyos con los que cuenta.
3. ¿Cuánto le favorece la ayuda de la familia y amigos que están disponibles?
4. Actitud interpersonal que adoptan durante el momento de comunicación respecto al tratamiento y después del mismo.

Cognoscitiva: Se realiza el mismo procedimiento que en las áreas antes descritas.

1. Expectativas o propósitos de la vida afectados por la pérdida de su extremidad.
2. Reflexiones actuales o pensamientos autodestructivos.
3. Significado del suceso que cambia su vida de manera gradual.
4. Imágenes de su cambio de personalidad.
5. Fantasías destructivas.
6. Patrones de diálogos internos.

Una vez que se han evaluado minuciosamente las áreas antes descritas y obtenido un diagnóstico, se elabora un programa, con la finalidad de analizar los aspectos que se relacionan con la conducta que interviene en el proceso rehabilitador, a fin de establecer un fundamento que permita desarrollar los programas adecuados cuando el paciente exterioriza los problemas psicológicos o de motivación.

Tomando en cuenta, que subsisten diferentes maneras de manifestar el duelo de una pérdida, además de la etapa en que se encuentra la persona y su condición orgánica. Por otra parte, valorar que miembro corporal es el afectado y en que condiciones emocionales se encuentra. Por principio de cuentas, se debe abordar primero los aspectos emocionales del sujeto, una vez que se hayan estabilizado, esta parte tan importante el individuo pasa a capacitación en donde lo instruyen de como realizar las habilidades básicas y de independencia.

A éste respecto, Rial señala, que se debe tomar en cuenta que el bienestar psicológico del amputado, ya que es transcendental el mantenimiento de una esperanza en el futuro, además no se debe dar una concepción irrealista de su potencial funcional, pues ello puede generar confusión, alentando una ilusión falsa que posteriormente le trae consecuencias más graves. Asimismo, el programa debe estar dirigido a que el capacitado acepte la parte pérdida y aceptación de su minusvalía, y aumentando su tolerancia a las demandas de la vida diaria y motivar a que puede usar recursos

residuales que le quedan, tanto como le sea posible en el hogar y en el trabajo; de la misma forma ensayar nuevos estilos de vida y sustituir más que sus metas, otras vías para su logro. Igualmente se debe centrar atención en que recupere la autoconfianza e independencia para que puedan llegar a ser ciudadanos activos en la sociedad. ²⁷

OTROS TRATAMIENTOS EN EL PACIENTE

En el área de psicología existen diferentes ramas que se ocupan de la rehabilitación del ser humano en las diversas afecciones que genera la pérdida de una extremidad, que concierne al hombre en el medio ambiente. Regidas por varias teorías que prevalecen en el campo de la psicología. Con base a su idiosincrasia abordan los diagnósticos, empero, aquí no se desarrollan específicamente cada una, sino se describen de manera general cual es el objetivo en la mismusvalía. Por mencionar algunas.

Por ejemplo; 1) La Psicoterapia, la cual requiere de procedimientos terapéuticos con los cuales se realizan cambios en la conducta, ya sea manifiesta o encubierta. 2) Orientación vocacional, es el proceso por el cual el sujeto es orientado para desarrollar sus capacidades residuales que posee después de su cercenamiento de su cuerpo. 3) Terapia ocupacional, es el conjunto de procedimientos que se realizan para que el

²⁷ Rial B. N. Algunos aspectos psicológicos y sociales en la rehabilitación del amputado. P.

paciente alinie sus creaciones y satisfacciones artisticas de las que dispone. 4) Terapia de grupo, Son diferentes técnicas que se realizan con un grupo homogéneo con un fin. 5) Orientación sexual, es la reorganización que se le proporciona al paciente en el cual se le hace ver que él continua siendo una persona normal en sus funciones sexuales. Pues en la pérdida de una parte del cuerpo, no sólo implica un cambio físico y personalidad, sino que en algunos pacientes existe represión de sentimientos, afectos y sexualidad.²⁸ 5) Terapia familiar, es un conjunto de acciones que se ejercen en una familia con el fin de aminorar los cambios emocionales que genero la pérdida de una extremidad del cuerpo de un familiar. Así también, instruirla de como debe participar en la capacitación de su familiar para que pueda valerse por él mismo y disminuyan sus múltiples responsabilidades.

Debido a que, la familia juega un papel elemental, tomando en cuenta que es el grupo que aprecia que su paciente realice los ejercicios y los lleve a la práctica en su hogar, así como la evolución del mismo para contribuir a formar una persona independiente y recupere su integridad.

²⁸ Masters y J. La sexualidad humana. Vol. 1.

CAPITULO VI

HALLAZGOS DE LA POBLACIÓN AMPUTADA

El presente proyecto se llevó a cabo a través de una investigación Empírica - Teórica, en vista de que está regida bajo hipótesis de apoyo, aceptación o rechazo y aportar, en base a resultados y hallazgos, alternativas de coadyuvar a los sujetos que sufren amputación de alguna extremidad de su organismo, concerniente al área psicológica, como parte del quehacer profesional del psicólogo en el campo de la salud.

En este capítulo, con base a la revisión teórica, más otras técnicas utilizadas se describen los hallazgos, resultados y análisis de la investigación realizada con 152 personas que sufrieron una amputación de una extremidad; miembro torácico y miembros inferiores, en diferentes tiempos y espacios entrevistados en el exterior de instituciones de salud; Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas y Medicina Física de la Región Norte del I.M.S.S., Hospital General de México.

Tal evaluación, se llevó a cabo a través de cinco subsistemas o modalidades CASIC (Terapia Multimodal en la Crisis), adaptados a la población seleccionada de la comunidad mexicana en 1993. Dicho tratamiento esta contemplado bajo las siguientes áreas como; la psicología clínica, medicina y enfoques holísticos. Se consideró debido

a que se aborda el entorno del individuo, tanto el contexto familiar, grupo social, comunidad y cultural.²⁹ Para ello, se utilizaron entrevistas, aplicación de cuestionarios y observaciones en 1994. A continuación se puntualizan, cada uno de los áreas evaluadas, iniciando con los factores que generaron la pérdida de extremidades y trascendencia, posteriormente, se describe las siguientes áreas, somática, conductual, afectiva, interpersonal y cognoscitiva.

RESULTADOS

Se entrevistaron 152 personas amputadas de un brazo, una mano, desarticulación de cadera, arriba de la rodilla o por abajo de la misma, un pie, ó ambas extremidades, de los cuales 122 fueron del sexo masculino (80.3%) y 30 femeninos (19.7%). El rango de edad fue de 10 a 90 años con una media de 30 años (Gráf. 1.). Con respecto a la ocupación hubo 59 obreros (38.2%) y en segundo lugar 37 con otros tipos de ocupaciones (agricultores, carpinteros, mecánicos, albañiles, chofer...) (24.3%), 22 empleados (14.5%) , 19 dedicadas al hogar (12.5%), y 15 estudiantes (10.5%). Gráf. 1

²⁹ Karl. Ibid. p. 120.

En cuanto al grado de estudios: 82 personas con nivel primaria (53.9%), 29 con secundaria (19.1%), 18 con preparatoria (11.8%), 9 con carrera técnica (6.0%), 7 analfabetas (4.6%), 7 profesionales (4.6%). Gráf. 1

Concerniente al número de hijos que tiene la población, se considero la siguiente escala de 1 a 11 descendientes, se encontró lo siguiente: un hijo 9 (6.0%), 2 hijos 28 (18.4%), 3 hijos 21 (13.8%), 4 hijos 17 (11.0%), 5 hijos 10 (10.0%), 6 hijos 9 (6.0%), de 7 a 11 hijos 10 (6.5%), o hijos 43 (28.3%). En cuanto al estado civil predomino en que la mayoría eran casados, seguido por personas solteras. Gráf. 1.1

Referente a la residencia de la población, 92 personas viven en el D.F. (60.5%), 57 en el estado de México (37.5%), 2 en el estado de Veracruz (1.3%), 1 en Guerrero (0.7%). Gráf. 1.1

Las causas que generaron la pérdida de las extremidades de la población: 46 por accidente de trabajo (30.3%), 36 por enfermedad (23.7%), 31 por tumores malignos (20.4%), 22 por accidentes en la vía pública (14.5%), 15 por secuelas de un traumatismo (9.9%), 2 por malformación congénita (1.3%). Gráf. 2

El tiempo determinado para el tratamiento radical fueron los siguientes; horas 35 (23.0%), un año 34 (22.4%), una semana 25 (16.4%), tres meses 21 (13.5%), seis

meses 21 (13.8%), un mes 16 (10.5%). Tiempo de hospitalización; 10 días 53 (34.9%), 20 días (35.5%), más de 30 días 24 (15.8%), 30 días 21 (13.8%). Gráf. 2

Personas que reingresaron a una institución para modificación de su muñón; 2 veces 40 (26.4%), 4 veces 8 (5.3%), 10 veces 3 (2.0%), no fue necesario 101 individuos (66.3%). Gráf. 2

Extremidades amputadas que predominaron en la población; 79 de miembros inferiores (52.0%), 24 desarticulados desde cadera (15.8%), 16 de mano (10.5%), 15 de ambas extremidades (9.9%), 11 de brazo completo (7.2%), 7 de brazo derecho (4.6%). Nivel de amputación ; 12 arriba del codo (7.9%), 15 desarticulación de mano (9.9%), 87 arriba de la rodilla (57.2%), 32 desarticulación de extremidades superiores e inferiores (21.1%), y 6 de pie (3.9%). Gráf. 2.1

Tocante al tiempo que llevan de haber sufrido la amputación de sus extremidades: menos de un año 29 (19.1%), 1 año 26 (17.1%), 2 años 29 (19.1%), 3 años 36 (23.7%), más de tres años 32 (29.1). Gráf. 2.1

Consecuencias generadas después de una amputación: 14 alteración de estado emocional (9.2%), 5 alteración de estado de salud en general (3.3%), 11 truncamiento de planes (7.2%), 122 todas las particularidades antes citadas (80.3%). Gráf. 2.1

En relación a la atención psicológica recibida; predominó la rehabilitación física en 117 personas (77.0%). Atención psicológica antes de su tratamiento radical 8 personas (5.3%), después de su amputación 43 (28.3%), el resto de la población no recibieron atención psicológica. Gráf. 2.2

Las personas con las que compartió sus sentimientos durante su duelo: 83 personas con nadie ((54.6%), 46 con enfermería (30.3%), 9 con trabajador social (5.9%), 8 con médico tratante (5.3%), 4 con todos (2.6%), 2 con médico de guardia (1.3%). Gráf. 2.2

Actitud de la población ante tratamiento radical: 70 incredulidad (46.5%), 57 aparente aceptación (37.5%), 16 desilusionados (10.5%), 5 busco otras alternativas de tratamiento (3.3%), 4 otra opinión profesional (2.6%). En cuanto a la autorización para que tal tratamiento se realizara: un 50% por el afectado (77 personas), 46.2% por familiares (71 personas) , y el 2.6 % por el médico (4 personas). gráf. 2.2

La comunicación con los integrantes de la familia: con la esposa 13.2% (20 personas) , con los hijos un 9.9% (15 personas), con toda la familia un 17.1 % (26 personas), mejor identificación 17.1% (26 personas), con todos los antes citados 21.1% (32 personas), con ninguno de los anteriores 26.3% (40 personas). En lo que se refiere al trato familiar : 38 continúan igual ((25.0%), 98 motivan (64.5%), 7 abandono

familiar (4.6%), 5 sobreprotección (3.3%), 4 se avergüenzan (2.6%). Familiares que los asisten: 125 toda la familia (82.2%), 13 nadie (8.6%), 6 hermanos (3.9%), 5 madre (3.3%), 3 abuelos (2.0%). Gráf. 2.4

Apesar de la ayuda familiar que los pacientes reciben, ellos manifestaron sentir lo siguiente: 8 muy agradable (5.2%), 50 les agrada (32.9%), 9 nada agradable (6.0%), 85 sentirse inútil (55.9%). Personas que compartieron su duelo con la familia: 42. 8% si (65 personas), el 57.2 % no (87 personas).

Referente a las actividades familiares la población expreso lo siguiente, 148 señalaron que tal suceso modifico la mayoría y el resto de la población no.

Respecto sus relaciones maritales: 93 les afecto (61.2%), 33 no les afecto (21.7%), 26 no contestaron (17.1%).

AREA SOMATICA:

Concerniente a la conducta y su correlación con los procesos fisiológicos, la tabla número V, resume los trastornos que presento la población. Las características más sobresalientes fueron: insomnio, interrupción del sueño malestar general,

cefalea, manos sudorosas, hipertensión, taquicardia. Asimismo se aprecian los porcentajes en la gráfica número 3.

AREA CONDUCTUAL:

La crisis de las personas que les amputaron una extremidad tuvo efectos claros en determinadas conductas, los cuales se describen en la tabla número 6 siendo las más relevantes: 151 interrupción de labores (99.3%), 146 su eficacia (96.1%), 136 interrupción de su trabajo (89.5%), 115 disminución de sus ingresos (75.7%). Gráf. No. 4

146 Visitar más hospitales (96.1%), 64 no acompañar a sus hijos a determinadas actividades (42.1%), 91 desplazarse con seguridad (69.1%). Gráf. No. 4

143 Modificación de su vestuario (94.0%), 112 interrupción de sus deportes favoritos (73.7%), 77 actividades culturales (50.6%), 71 interrupción de sus estudios (46.7). Gráf. No. 4

131 uso de aparatos auxiliares (86.1), 144 truncamiento de proyectos planeados (94.8%). Gráf. No. 4

Conductas que incrementaron: permanecer más tiempo en casa 148 (97.4%), ver más televisión 130 (85.5%), anorexia 113 (74.3%), dormir menos 106 (69.7%). Enfado 113 (74.3%), llorar con facilidad 103 (67.7%), estar solo 88 (57.9%). Gráf. 4.1

Efectos claros afectados en la familia: rol familiar 104(69.3%), participación en el hogar 112 (73.7%), convivencias familiares 135 (88.8%), dinámica familiar 143 (94.0%). Gráf. 4. 1

AREA AFECTIVA:

El impacto del suceso y sus consecuencias en la población de este apartado, se especifican las características evaluadas en la tabla No. VII y VIII, siendo las más sobresalientes: tristeza (97.4%), inquietud (96.1%), preocupación (94.8%), deseos de llorar (87.5%), angustia (83.3%), desilusión (89.2%), temor (79.6%), inseguridad (78.3%). Gráf. 5

Alejamiento de su pareja (55.3%), abandono familiar (48.0%), aflicción por el futuro que les esperaba (94.1%), aflicción por nueva imagen física (94.1%). Gráf. 5

Percepción de vínculos en la población: el afecto vital en la recuperación (77.0%), transformación de relaciones afectivas (66.5%), importancia de las relaciones afectivas en el cambio radical (80.3%). Presencia de sentimientos respecto a familiares reacción familiar (67.8%), aceptación con nueva imagen (78.3%), preocupación por la reacción de los hijos (64.5%). Gráf. 5.1

Presencia de pérdida de valores como personas: tramite de pensión (55.3%), modificación de actividades (95.4%), inactividad (94.8%). Percepción de su seguridad en la comunidad y futuro: diagnóstico para la vida (83.6%), incertidumbre ante capacitación (72.5%), etiquetación en comunidad (56.7%). Gráf. 5.1

Percepción de sí mismo: compasión (57.4%), temor a ser rechazado (55.%), nostalgia por no ser el mismo (96.1%). Ama su cuerpo como tal (84.2%), cree en el y su familia (88.1%), nueva imagen no es obstáculo (73.6%), seguridad para continuar (86.1%). Aceptación de y optimismo: aceptación de cuerpo modificado (82. 9%), fortaleza para continuar (86.1). Gráf. 5.2

AREA INTERPERSONAL:

Naturaleza de las relaciones interpersonales y conflicto individual se muestran en la tabla VIII, las más sobresalientes son: estar sólo (56. 8%), irritable (44.0%),

altercados con su pareja (16.2%), desacuerdos (22.5%). Gráf. 6

Dificultades que genero la perdida de una extremidad: desarrollar actividades (90.1%), continuar una vida social como antes (84.8%), que lo miren con compasión (55.2%), recibir un trato humano (77.6%). Gráf. 6

Interrelación con amigos: cambio de amigos (48.7%), no tienen más amigos (13.2%), tienen más amigos (9.2%), apoyo de amistades (94.1%), no visita de amistades (77.5%). Gráf. 6

Fuerzas interpersonales y percepción actual de sí mismo: valora el cuerpo humano (98.6%), aprecia más su cuerpo (84.2%), puede desplazarse (79.0%). Gráf.6

Interrelación y dificultades en la comunidad: nueva imagen produce inseguridad (82.2%), modificación de trato (74.9%), experiencias de rechazo (44.8%), apoyo social (28.2%). Gráf. 6.1

Obstáculo para tener amistades (52.0%), impide desplazarse con seguridad (68.6%), le desagrada que lo protejan (55.2%), le agrada que los protejan (23.0%). Gráf. 6.1

Conflicto interpersonal: vergüenza por nueva imagen (55.2%), confusión por expresiones en comunidad (67.8%), expresión de sentimientos (60.0%), cortejar (45.4%). Gráf. 6.1

Adaptaciones interpersonales: limita funciones (79.9%), modificaciones (96.1%), cambio de carácter (92.8%), ser más reservado (73.6%). Gráf. 6.1

Fuerzas interpersonales: apoyo familiar (94.7%), atención adecuada (100%), determina el estado de animo (95.3%), capacitación y ser autónomo (81.0%). Gráf. 6.2

Percepción interpersonal: asustar por cambio físico (86.2%), engañar a los demás (9.8%), justificarse por nueva imagen (23.0%), crea predilección (27.8%). Gráf. 6.2

Conflicto interpersonal: experiencias que laceran (96.1%), instrucción para desarrollar otras habilidades (74.0%), se consideran personas valiosas (69.7%). Gráf. 6.2

Percepción real de sí mismo: el cuerpo íntegro es vital (97.4%), respeto y mismas oportunidades (100%). Gráf. 6.2

AREA COGNOSCITIVA:

Los efectos de la población en esta área fueron las siguientes: imágenes y pensamientos; futuro incierto 139 (91.4%), deseos de llorar 130 (93.1%), era injusto lo ocurrido 62 (40.0%), indignación 47 (31.0%), intentos de suicidio 30 (20.0%). Gráf. 7

Imágenes e incertidumbre: impide realizar lo que agrada como persona 148 (97.4%), modificación del cuerpo 144 (94.8%), trato que recibiría 128 (84.2%), pensar que lo mirarían con lastima 93 (62.2%). Gráf. 7

Imágenes del pasado y futuro: extremidad amputada 150 (91.6%), importancia del cuerpo integro 148 (97.4%), causas que produjeron el cambio 147 (96.7%), cambios que debían enfrentar 139 (91.4%). Gráf. 7

Propósito de la vida después de la amputación: meditaba en los cambios 144 (94.8%), observaba más lo que le rodeaba 130 (93.1%), pensaba en sus proyectos y logros como persona 128 (84.2%), conocimiento de si mismo 101 (66.5%). Gráf. 7

Imágenes y pensamientos respecto a su familia: rol familiar 101 (66.5%), trato de los hijos 94 (63.0%), regreso a su hogar 150 (98.6%), futuro de la familia 134 (88.0%). Gráf. 7.1

Expresión de sentimientos: juzgaba lo ocurrido a su persona 57 (37.5%), pensaba que nadie lo entendía 122 (80.0%), recordaba lo que genero el suceso 140 (93.1%), pensamientos de angustia 121 (79.0%). Gráf. 7.1

Imagen y sentimientos: percibía su extremidad 134 (88.0%), el cuerpo integro es vital 151 (99.3%), que su pareja cambiara 63 (41.5%), expresar sentimientos 79 (52.0%). Gráf. 7.1

Imágenes del pasado y futuro: persiste la idea de un suicidio 9 (5.9%), personas que presentaron pesadillas antes de su amputación 100 (65.8%), pensar que era un castigo 61 (40.0%), coraje con lo que genero la amputación 51 (33.5%). Gráf. 7.1

Percepción de autoimagen: depende de la extremidad amputada 100 (65.8 %), el tiempo transcurrido de la pérdida cambia a la persona 95 (62.3%). Gráf. 7.2

Percepción y confianza: posee reservas habilitatorias 132 (87.0%), formas de realizar lo que le agrada 138 (90.7%), la experiencia es un aprendizaje individual 149 (98.0%). Gráf. 7.2

Propósito de la vida y valores: tiene una familia que lo quiere y necesita 146 (96.1%), importancia del apoyo familiar en la pérdida de una extremidad 151 (99.3%), el trato familiar es vital 115 (75.6 %). Gráf. 7.2

Propósito de la vida y autoimagen: familiares 92 (60.4%), comunidad 133 (87.5%). Gráf. 7.2

ANALISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación el análisis de resultados que se encontraron sobre la pregunta ¿ Como influye la amputación de una extremidad del cuerpo, de miembro superior o inferior en una persona?, se encontró que el efecto de la pérdida de una extremidad superior e inferior tiene una repercusión diversa y compleja a tres niveles; individual, familiar y social, aquí encontramos que existe una correspondencia entre el planteamiento y los hallazgos encontrados en cada área.

Por ejemplo, una característica fundamental de la población es, que la mayoría son del sexo masculino, esto significa que tienen una relación estrecha con la condición laboral y la pérdida de una extremidad, es un indicador que la persona abandonara su trabajo por tiempo indefinido. Esto necesariamente tiene otras consecuencias es desplazado de sus labores, esto quiere decir que tiene relación con los niveles de escolaridad debido a que la población contaba con primaria en un 53.9%, significa bajo nivel de escolaridad, educación, salud y cuidado para su cuerpo. Tiene relación estrecha con la edad como se aprecia en gráfica 1, pues tiene que ver con su etapa productiva, menor porcentaje a menores de edad y de tercera edad como se aprecia en tabla número I.

Otro aspecto importante en la población estudiada se encontró que hay dos elementos relevantes en términos de hospitalización, la estancia y reincidencia que se prolongo tabla número dos, esto necesariamente tiene la calidad del servicio prestado como se puede ver en la tabla II que la atención psicológica se dio en un 5.3 % antes de la amputación y después en un 28.%, esto implica que el servicio médico no ha sido el optimo en términos de recuperación del usuario. El tratamiento que se da a los pacientes conlleva a una diversidad de factores que involucran al personal de la institución y en ese sentido encontramos aspectos que se relacionan con la calidad de las personas y no con la política de la institución eso lo vemos con los pacientes que compartieron su duelo con; enfermeras 30.3%, trabajador social 5.9%, médico tratante

5.3%, con todos un 2.6%, médico de guardia 1.3%, y con nadie un 54.6%, esto significa que la mayoría de las personas tanto del sexo femenino y masculino están en abandono emotivo Gráf. 2.2, y esto afecta a la institución en gastos de hospitalización y medicamentación y consecuentemente conlleva a un deterioro de vida del usuario, esto revela que hay un proceso de desintegración familiar Gráf. 2.5, debido al periodo de internamiento Gráf. 2, esto evidencia el alejamiento de su núcleo familiar y repercusiones en ; convivencias, rol, atención, cuidado a sus descendientes, en actividades usuales y en su pareja. Esto genera aflicción en sus integrantes, altera su estilo de vida y por lo tanto perjudica cada uno de sus integrantes en los aspectos: emocional, sintomáticamente y socialmente.

En cuanto a las ocupaciones, predomino en los obreros Gráf. 1, esto constituye un ajuste económico, esto esencialmente tiene otros resultados familiares y socialmente: la familia vive las consecuencias en la alimentación, vivienda, educación; no todos los hijos pueden continuar estudiando, uno de los integrantes debe trabajar, cuidar a los hermanos, esto se puede apreciar en la Gráf. 1.1 la cual describe el promedio de hijos con que cuenta la población. Además implica que un familiar debe realizar tramites de consultas médicas, tramites de incapacidad y cobro de salario. Esto incrementa gastos adicionales, transportes, comer fuera de casa, tiempo, postergar interacciones con hijos entre otras actividades que afecta. Concerniente a lo social, significa que tiene correlación con las instituciones que proporcionan atención médica

Gráf. 1.1, esto nos permite apreciar que la mayoría de la población entrevistada cuenta con servicios médicos asegurados, esto quiere decir que genero un incremento financiero en las instituciones de atención al usuario, tomando en cuenta que el porcentaje más alto que genero la perdida de extremidades fueron accidentes de trabajo. Gráf. 2. Esto es un indicador que el derechohabiente vive otras consecuencias emocionales por su cambio físico inesperado. Esto obviamente tiene otros efectos individuales en su familia y en la comunidad.

Tocante a las partes del cuerpo amputadas prevalecieron: miembros inferiores, mano, ambas extremidades, brazo izquierdo (Gráf. 2.1), esto revela que tiene que adaptarse a otras costumbres. Lo cual necesariamente genera otras actitudes, inseguridad, confusión, cambia su autestima, truncamiento de planes y alteración de su estado psicológico (Gráf. 2.1), esto significa que tiene relación con el nivel de amputación, debido a que una mano o una extremidad inferior tienen una función y valor diferente en el quehacer de una persona en la vida cotidiana y en la sociedad, de este modo se puede ver el costo del cuerpo en partes. No obstante en una persona el valor de su cuerpo es fundamental pues son las herramientas de trabajo básicas con que cuenta y al no contar con alguna de ella cambia su entorno social por no ser el mismo. Esto revela que el individuo pasa por diversas fases para aceptar, adaptarse a inéditos hábitos y reglas, aunado a todo ello como consecuencia de la modificación corporal tiene otra percepción de su persona, y entorno. Esto tiene correlación con los

efectos que manifestaron las 152 personas que experimentaron un cercenamiento de una extremidad en diferentes tiempos, espacios en las siguientes áreas.

Respecto al área somática, las respuestas fisiológicas como consecuencia de la amputación se encontró que la mayoría de la población presento; interrupción del sueño, cefalea, manos sudorosas, malestar general e insomnio (Gráf. 3). Esto esencialmente tiene otras consecuencias que agrava los problemas físicos existentes, y como resultado genera otras lesiones a órganos no afectados, esto implica que puede tener otros efectos nocivos para la salud, tratamiento, recuperación y rehabilitación del individuo.

Relacionado con las respuestas conductuales, se encontraron una variedad de actitudes que se modificaron, otras que se reforzaron e incrementaron (Tabla número VI). Por ejemplo, la interrupción del trabajo súbitamente, esto significa que se ha afectado por el suceso, es un indicador que el individuo merma su eficacia por un tiempo variable. Esto implica que no realizara sus labores, quiere decir que su economía será afectada debido a que no percibe sus ingresos íntegros. Tiene relación con otras rutinas que incrementan; visitar más hospitales, incrementa el ocio, esto inevitablemente tiene otras consecuencias interrumpir sus interacciones con sus hijos y desplazarse con seguridad Gráf. 4

En este apartado se encontraron dos actitudes relevantes en términos de modificación, limitación irreversibles (Gráf. 4), el vestuario y el uso de aparatos auxiliares. Esto inevitablemente afecta directamente al individuo en su autoestima y personalidad a mediano y largo plazo, esto se correlaciona con los deportes favoritos que no los realizara por un tiempo o tal vez ya no los realice como antes de perder su extremidad y como consecuencia su programa de actividades también es modificado (Tabla VI). Esto implica que el discapacitado inicie una aceptación de su cambio físico y personalidad, es un indicador que la persona requiere de ayuda psicológica para la aceptación de su cambio, implica prepararlo para su regreso a su núcleo familiar, comunidad y reservas habilitatorias que puede desarrollar en la sociedad para obtener una autonomía que lo motive a recuperar su deteriorada autoestima (Gráf. 4).

Sin embargo, se encontró que otras conductas se incrementaron o que posiblemente se reforzaron; permanecer más tiempo en casa, esto se correlaciona con el tiempo que permanecen viendo programas de televisión, dormir menos. Esta actitud tiene estrecha relación con otros comportamiento relevantes como el enfado, llorar con facilidad y estar solo. Lo cual quiere decir que la persona se encuentra en un estado emocional vulnerable, y como resultado busca otras actitudes que le permiten olvidarse de su realidad que enfrenta, considerando que la mayoría de la población tiene un nivel escolar de primaria y secundaria, se evidencia en la respuesta que presenta el ser humano, por ejemplo se aprecia que a pesar de que existe lesión emocional severa y

que no cuentan con atención psicológica por profesionales del área, la población se acostumbra a vivir con sus cambios emocionales y cree que nadie se percata de ello, esto como consecuencia lastima más su persona y su cuerpo, aun más de lo que le afecto la pérdida de su extremidad. Cabría preguntarse, ¿ A quién de los especialistas que intervienen los órganos únicamente consideran tales efectos?, ó ¿ Sólo importa dejar un muñón excelente?, ¿ Quién más de la sociedad ve tal problema que viven estos ciudadanos ?

Otras de las modificaciones conductuales, que vive la población por el suceso, se reflejan en las relaciones familiares, esto significa que la dinámica familiar, también debe realizar cambios y adaptarse a nuevas actividades, alejarse, aparentar una aceptación por compasión ó obligación moral (Tabla número VI). Esto obviamente tiene otras consecuencias desintegración familiar, comunicación, gasto emocional, angustia, confusión, estrés, cuidado e interrelaciones afectivas e incluso rompimiento de vínculos. Esto tiene estrecha relación con los efectos psicológicos que vive la esposa y percepción modificada de su pareja, los hijos y otros familiares cercanos al individuo.

En la modalidad afectiva, los hallazgos que se encontraron son relevantes debido a que la población expreso y acepto que experimento los siguientes sentimientos, como consecuencia de la pérdida de una extremidad de su cuerpo (Tabla

número VII), esto es un indicador de que las personas padecieron estados depresivos, como se puede ver en la Gráf. 5, en donde la aflicción se presentó en un 97.4% antes y después de su amputación, no obstante manifestaron otras características con un alto porcentaje, esto se correlaciona con otras actitudes que embargaron a los individuos; confusión, enfado, temor, inquietud, insomnio e incertidumbre de vínculos, Gráf. 5.

Por ejemplo, otra característica esencial que manifestó la población entrevistada, es respecto a los vínculos familiares, esto revela que las relaciones afectivas de la familia se ven afectadas, significa que genera inestabilidad y transformación de sentimientos, los cuales se correlacionan con el aturdimiento del individuo sobre la reacción familiar al regreso a su hogar, Gráf. 5.1. Es un indicador de la transformación que percibe de su nueva imagen y personalidad, se percata que es desplazado de su rol, que necesita ayuda para desplazarse y realizar determinadas actividades básicas de una persona; vestirse, realizar ejercicios, acercar aparatos auxiliares, etc.. Tiene relación estrecha con la pérdida de valores como ente social, se relaciona con la modificación de actividades 96.4% e inactividades 98.8% (Tabla VII. D). En ese sentido encontramos otros aspectos que se correlacionan con la percepción de su cuerpo, familia y comunidad después de la amputación. Graf. 5.2

Concerniente al área interpersonal. Las actitudes asumidas durante la pérdida de extremidades en el mundo social del individuo, se encontró que hay tres elementos

relevantes en términos de vínculos; interpersonal, amigos (Tabla. No. VIII), y familia Graf. 6.2, esto significa que tiene relación directa con obstáculos para una nueva integración en el desarrollo de actividades y continuar una vida social como todas las personas, es un indicador que la persona algunas veces se aísla Graf 6. Estas conductas necesariamente tiene otra percepción y efectos interpersonales a mediano y largo plazo; incrementa la necesidad de vínculos amistosos en los momentos de duelo, recuperación de identidad, motivación y autoestima.

Otro aspecto de suma importancia que se distingue, son las dificultades con que se encuentra la persona en la comunidad y la percepción actual que tiene de sí mismo, al no contar con un cuerpo íntegro Graf. 6.1 y 6.2, esto indiscutiblemente e inevitablemente tiene otras consecuencias relacionado con los vínculos familiares, lo cual quiere decir que los integrantes también viven los efectos.

Con referencia a la modalidad cognoscitiva, los hallazgos más sobresalientes sobre las expectativas es que la mayoría pensó en un futuro incierto y tuvo deseos de llorar, Graf. 7. , esto evidencia el impacto del suceso en la población entrevistada. Evidentemente quiere decir que generó aturdimiento en la vida total del individuo, tabla No. IX. y IX.I, y necesariamente tiene otras consecuencias; pensamientos ilógicos e imágenes de ruina, Graf. 7., tales efectos se correlacionan con imágenes del futuro y presente, como fue el temor de regresar a su hogar e iniciar sus

interacciones después de su modificación corporal, esto se relaciona con los pensamientos respecto al futuro de la familia, Graf 7.1. y la importancia de poseer un cuerpo íntegro.

Otro aspecto importante en las personas entrevistadas se encontró que en la pérdida de una extremidad corporal originó un aprendizaje de su entorno, el valor de si mismo y de su familia, Graf. 7.2.

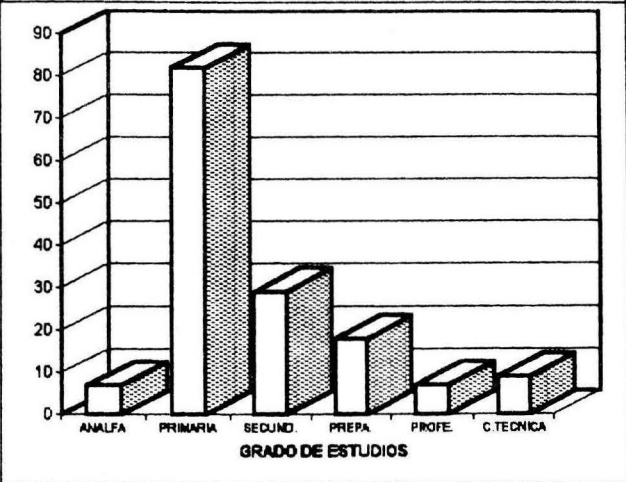
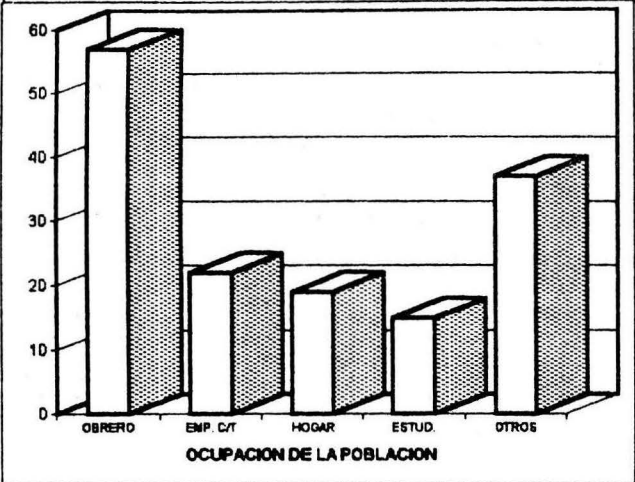
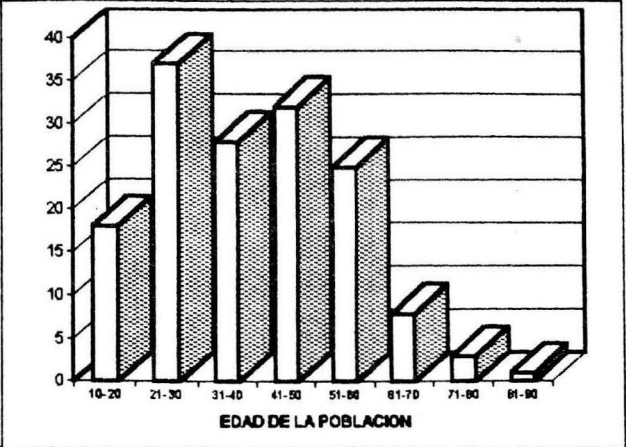
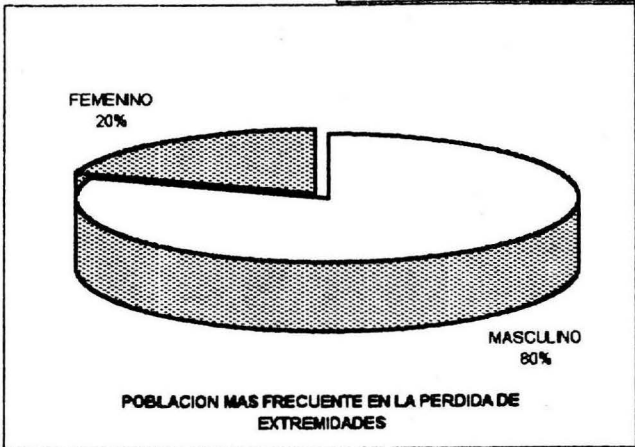
TABLA No. I**DATOS PERSONALES DE LA POBLACIÓN**

CARACTERÍSTICAS	DATOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SEXO	- MASCULINO	122	80.3
	- FEMENINO	30	19.7
TOTAL		152	100%
EDAD	10-20	18	11.8
	21-30	37	24.3
	31-40	28	18.4
	41-50	32	21.1
	51-60	25	16.4
	61-70	8	5.3
	71-90	4	2.7
TOTAL		152	100%
OCUPACIÓN	- OBRERO	59	38.2
	- EMPLEADO	22	14.5
	- HOGAR	19	12.5
	- ESTUDIANTE	15	10.5
	- OTROS	37	24.3
TOTAL		152	100%
GRADO DE ESTUDIOS	- ANALFABETA	7	4.6
	- PRIMARIA	82	53.9
	- SECUNDARIA	29	19.1
	- PREPARATORIA	18	11.8
	- PROFESIONAL	7	4.6
	- CARRERA TEC,	9	6.0
TOTAL		152	100%
NUMERO DE HIJOS	0	43	28.3
	1	9	6.0
	2	28	18.4
	3	21	13.8
	4	17	11.0
	5	15	10.0
	6	9	6.0
	7-11	10	6.5
	TOTAL		152
RESIDENCIA	- D. F.	92	60.5
	- EDO. MEX.	67	37.5
	- VERACRUZ	2	1.3
	- GUERRERO	1	0.7
TOTAL		152	100%

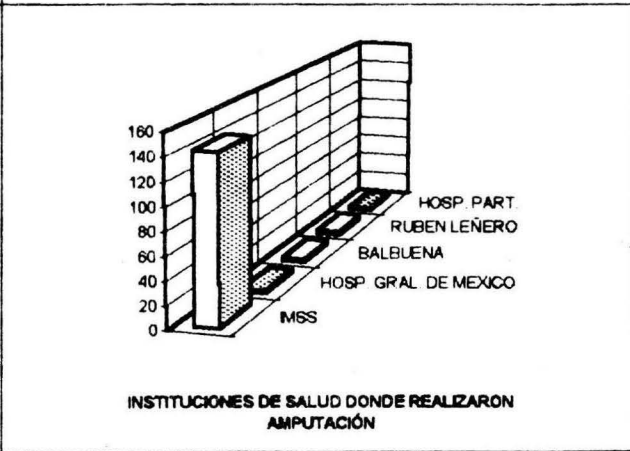
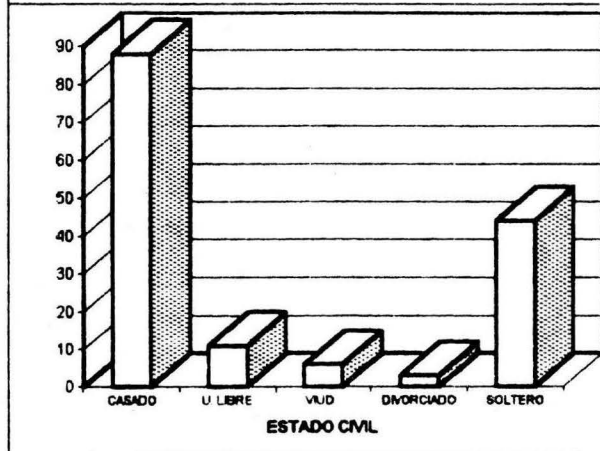
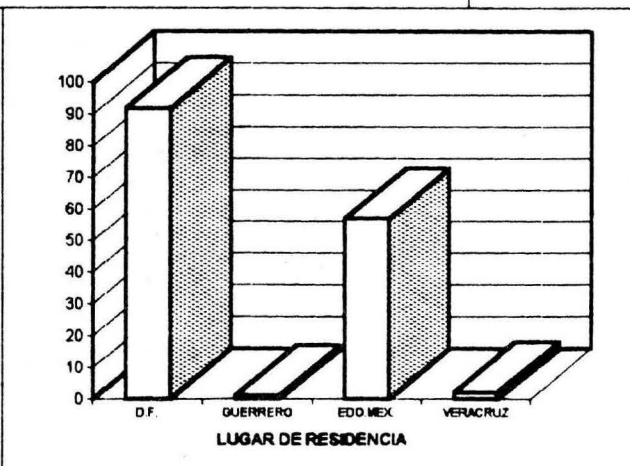
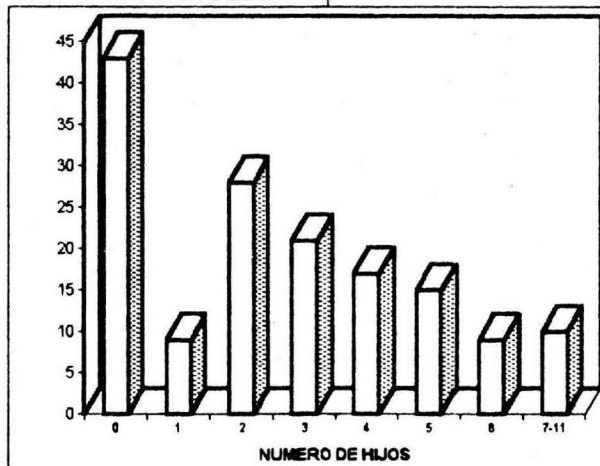
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 1

DATOS PERSONALES DE LOS PACIENTES



FUENTE: 182 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 1.1**DATOS PERSONALES DE LOS PACIENTES**

FUENTE: 182 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. II

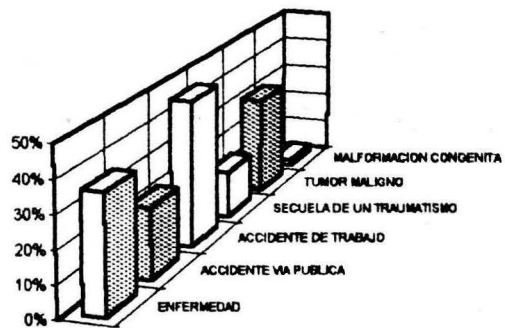
PACIENTES QUE MANIFIESTAN SOBRE SU TRATAMIENTO RADICAL

CARACTERÍSTICAS	DATOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CAUSAS	- ENFERMEDAD	36	23.7
	- ACCIDENTE V. PÚBLICA	22	14.6
	- ACCIDENTE TRABAJO	46	30.3
	- SECUE. TRAUMATISMO	16	9.9
	- TUMORES	31	20.4
	- MAL FORMACION CONGÉNITA.	2	1.3
TOTAL		162	100%
TIEMPO PARA TRATAMIENTO	- HORAS	36	23.0
	- UNA SEMANA	26	16.4
	- UN MES	16	10.8
	- TRES MESES	21	13.8
	- SEIS MESES	21	13.8
	- UN AÑO	34	22.4
TOTAL		162	100%
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	- 10 DÍAS	63	34.9
	- 20 DÍAS	64	36.6
	- 30 DÍAS	21	13.8
	- MAS DE 30 DÍAS	24	16.8
TOTAL		162	100%
REINGRESO	- 2 VECES	40	26.4
	- 4 VECES	8	5.3
	- 10 VECES	3	2
	- NO FUE NECESARIO	101	66.3
TOTAL		162	100%
EXTREMIDADES AMPUTADAS	- BRAZO DER. COMPLE.	7	4.6
	- BRAZO IZQ. COMPLE.	11	7.2
	- MANO DER / IZQ	16	10.6
	- DESA. DE CADERA	24	16.8
	- MIEMBRO INFERIORES	79	62.0
	- AMBAS EXTREMIDA.	15	9.9
TOTAL		162	100%
NIVEL DE AMPUTACIÓN	- ARRIBA DEL CODO	12	7.9
	- DESA. DE MANO	16	9.9
	- ARRIBA DE RODILLA	87	67.2
	- PIE	6	3.9
	- DESA. EXT. SUP. E INF.	32	21.1
TOTAL		162	100%
TIEMPO DE AMPUTADOS	- 1 AÑO	26	17.1
	- 2 AÑOS	29	19.1
	- 3 AÑOS	36	23.7
	- MENOS DE 1 AÑO	29	19.0
	- MAS DE TRES AÑOS	32	20.1
TOTAL		162	100%

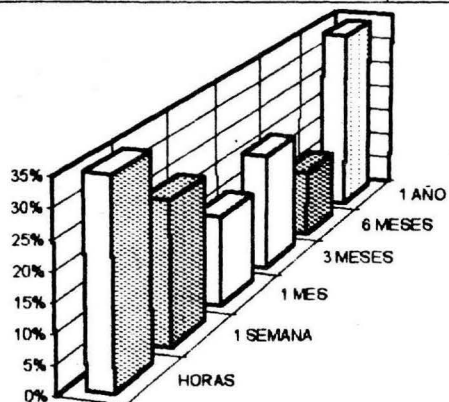
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2

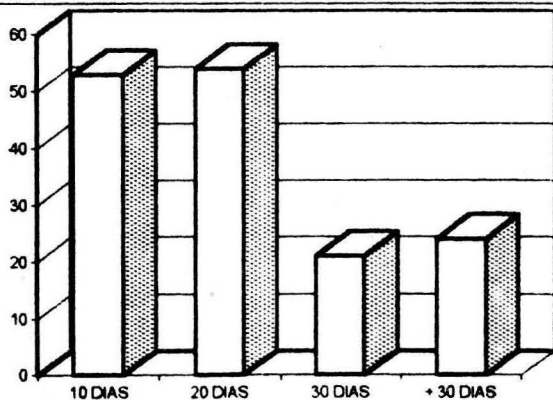
FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



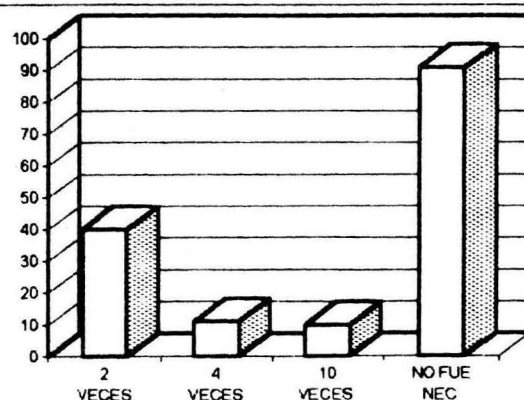
CAUSAS QUE GENERARON LA PERDIDA DE EXTREMIDADES



TIEMPO TRANCURRIDO PARA TRATAMIENTO RADICAL



TIEMPO DE HOSPITALIZACION

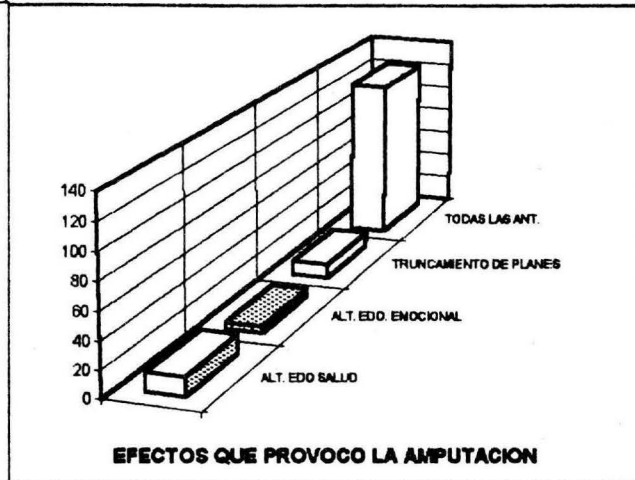
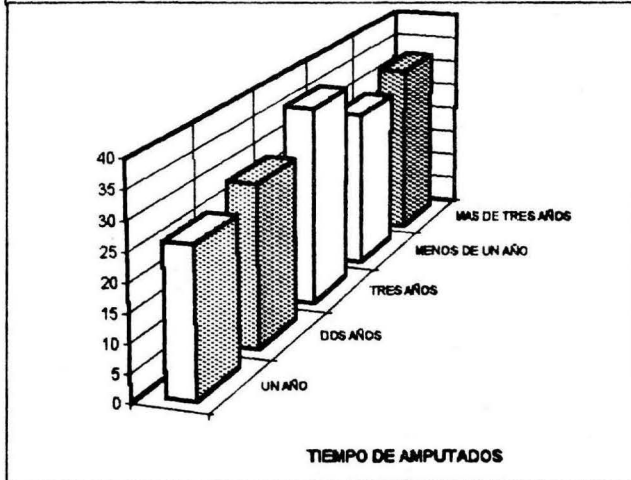
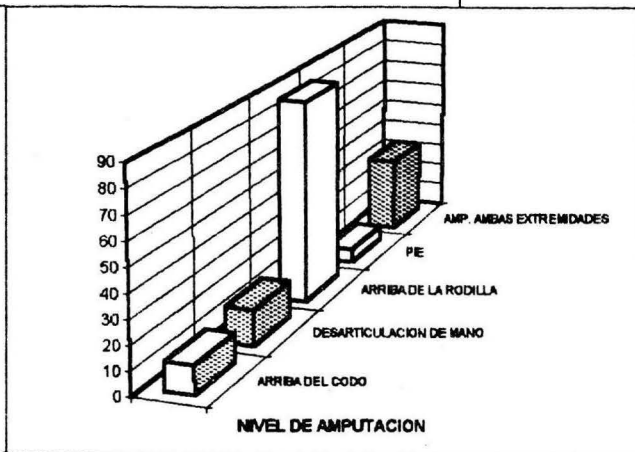
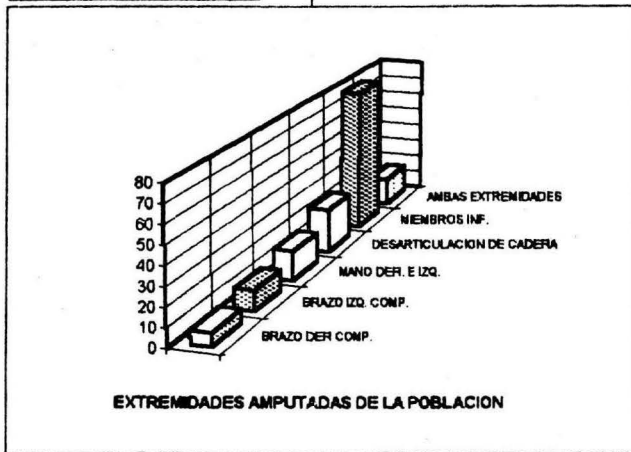


REINGRESO A INSTITUCION DE SALUD

FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2.1

FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. III

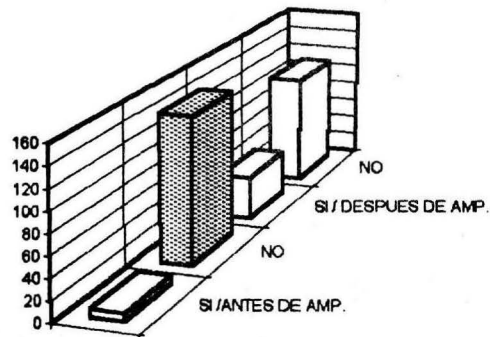
**PACIENTES QUE MANIFESTARON LOS SIGUIENTES FACTORES POR SU
AMPUTACIÓN**

CARACTERÍSTICAS	DATOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE	
EFECTOS	- ALT. ESTADO. EMOC.	14	9.2	
	- ALT. ESTADO GRAL	5	3.3	
	- TRUNC. DE PLANES	11	7.2	
	- TODO LO ANTERIOR.	122	80.3	
	TOTAL	152	100%	
ATENCIÓN RECIBIDA	- REHA. FÍSICA	117	77.0	
	- PSIC. Y CAPACITACIÓN	21	13.8	
	- NINGUNA ANTERIOR	14	9.2	
	TOTAL	152	100%	
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	- ANTES DE AMP.	SI 8 NO 144	5.3 94.7	
	- DESPUÉS DE AMP.	SI 43 NO 109	28.3 71.7	
	COMPARTIÓ SENTIMIENTOS	- ENFERMERA	46	30.3
		- MEDICO DE GUARDIA	2	1.3
- TRABAJADOR SOCIAL		9	5.9	
- MEDICO TRATANTE		8	5.3	
- CON NADIE	83	54.6		
- CON TODOS	4	2.6		
TOTAL	152	100%		
ACTITUD ANTE TRATAMIENTO	- OTRAS ALT. TRATAMI.	5	3.3	
	- OTRA OPINIÓN PROF.	4	2.6	
	- DESILUSIONADO	16	10.5	
	- INCREDULIDAD	70	46.5	
	- APARENTE ACEPTAC.	57	37.5	
TOTAL	152	100%		
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO	- PACIENTE	77	50.7	
	- FAMILIAR	71	46.2	
	- MEDICO	4	2.6	
TOTAL	152	100%		

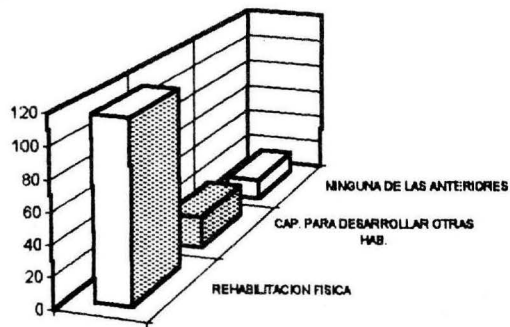
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2.2

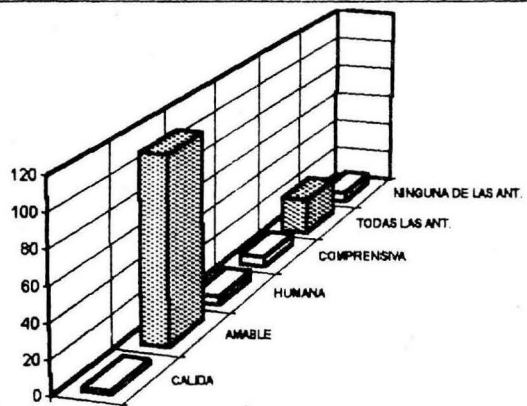
FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



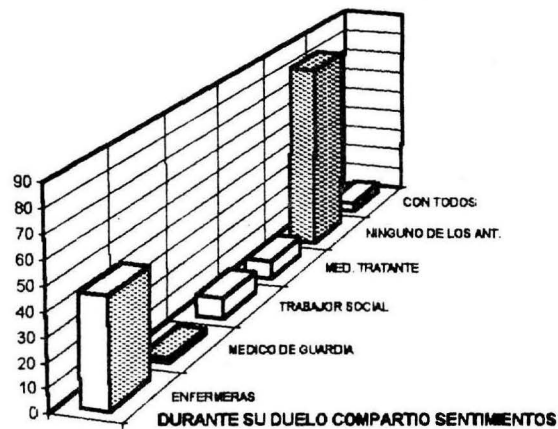
ATENCIÓN PSICOLÓGICA PROPORCIONADA



ATENCIÓN RECIBIDA



PERCEPCIÓN DEL TRATO DURANTE TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN

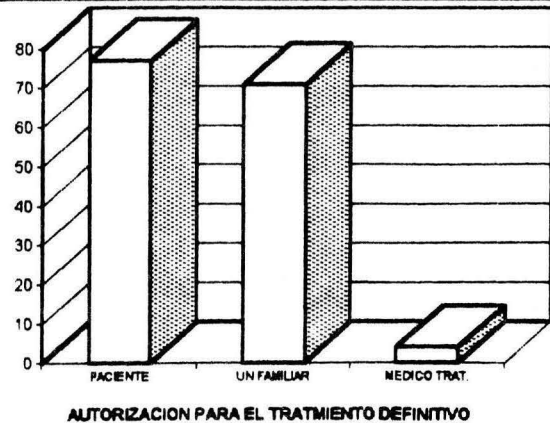
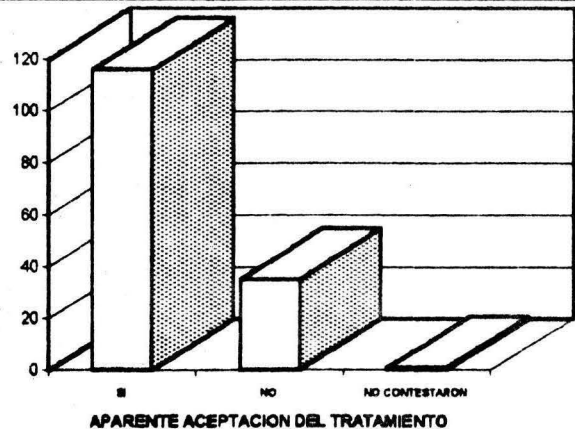
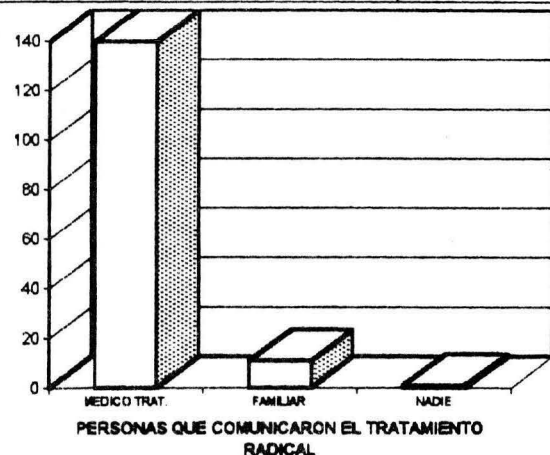
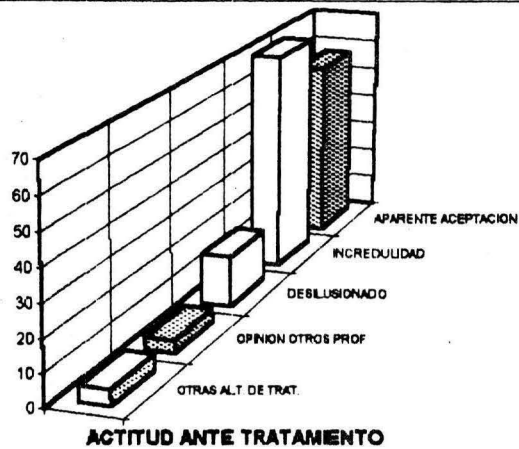


DURANTE SU DUELO COMPARTIO SENTIMIENTOS

FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2.3

FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. IV

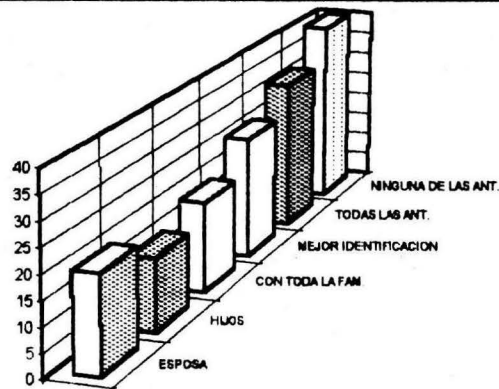
**MANIFESTACIÓN DE PACIENTES RESPECTO A LOS FACTORES QUE PRODUCE
UNA AMPUTACIÓN**

CARACTERÍSTICAS	DATOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
COMUNICACIÓN	- ESPOSA	20	13.2
	- HIJOS	15	10.0
	- TODA LA FAMILIA	19	12.5
	- MEJOR IDENT.	28	17.1
	- TODO LO ANTERIOR	32	21.1
	- NA DA ANTERIOR	40	26.4
	TOTAL	152	100%
TRATO FAMILIAR	- CONTINUA IGUAL	38	25.0
	- SOBREPOTECCION	5	3.3
	- MOTIVACIÓN	98	64.5
	- SE AVERGÜENZAN	4	2.6
	- ABANDONO	7	4.6
TOTAL	152	100%	
ASISTENCIA	- MADRE	5	3.3
	- HERMANOS	6	3.9
	- TODA LA FAMILIA	125	82.2
	- ABUELOS	3	2.0
	- NADIE	13	8.6
TOTAL	152	100%	
PERCEPCIÓN DE AYUDA	- NADA AGRADABLE	9	6.0
	- ME AGRADA	50	32.9
	- MUY AGRADABLE	8	5.2
	- ME SIENTO INÚTIL	85	55.9
TOTAL	152	100%	
PERSONAS QUE COMPARTIERON SU DUELO CON FAM.	- SI	65	42.8
	- NO	87	57.2
TOTAL	152	100%	
MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES FAM.	- SI	148	97.4
	- NO	4	2.6
TOTAL	152	100%	
AFECTO EN RELACIONES MARITALES	- SI	93	61.2
	- NO	33	21.7
	- NO CONTESTARON	26	17.1
TOTAL	152	100%	

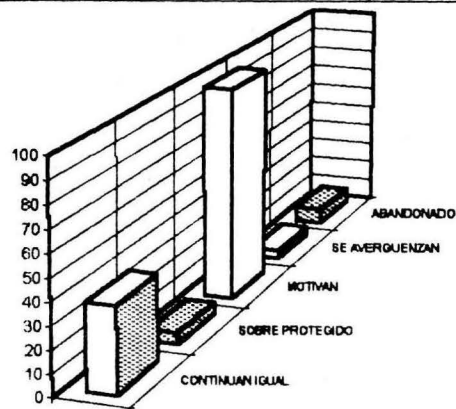
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2.4

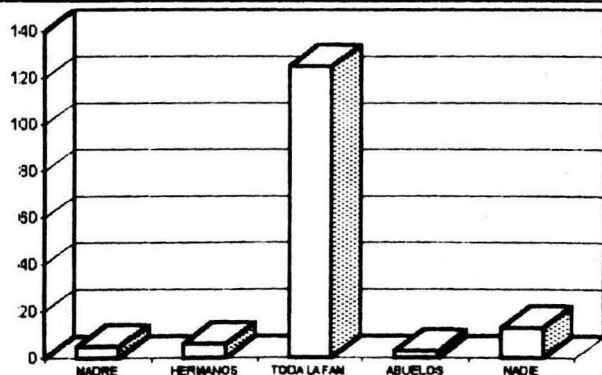
FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



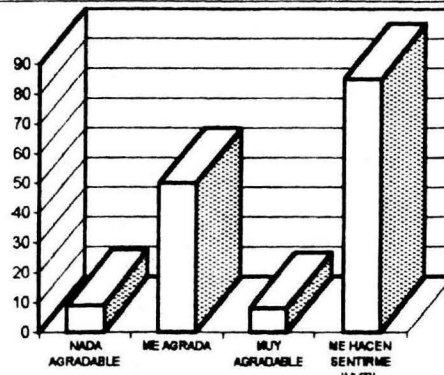
COMUNICACION CON LA FAMILIA DESPUES DEL CERCENAMIENTO



TRATO FAMILIAR DESPUES DE LA AMPUTACION



FAMILIARES QUE LOS ASISTEN DESPUES DEL TRATAMIENTO RADICAL

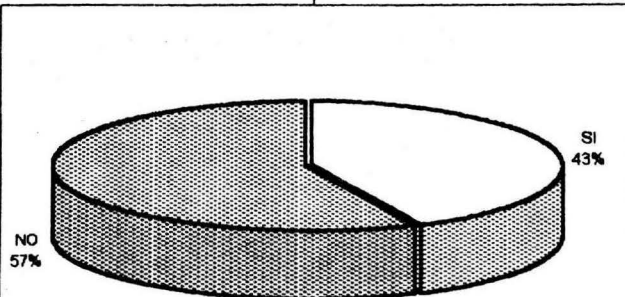


PERCEPCION DE AYUDA EN ALGUNAS ACTIVIDADES

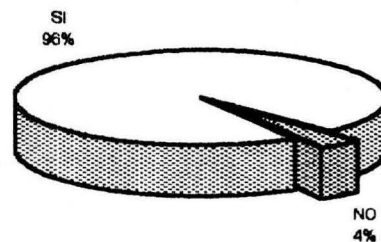
FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 2.5

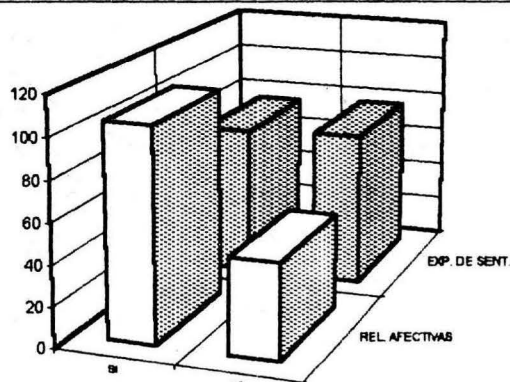
FACTORES RELACIONADOS CON LA AMPUTACION



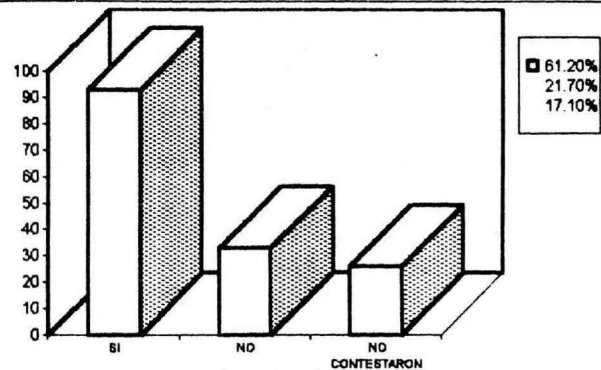
PACIENTES QUE COMPARTIERON SU DUELO CON SUS FAMILIARES AL CON FIRMAR DIAGNOSTICO.



PACIENTES QUE CONSIDERAN QUE LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD MODIFICO LA MAYORIA DE SUS ACTIVIDADES FAM.



CONDUCTAS AFECTADAS POR LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



PACIENTES QUE MANIFESTARON QUE LA AMPUTACION LES AFECTO EN SUS RELACIONES MARITALES

FUENTE: 182 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1984.

TABLA No. V

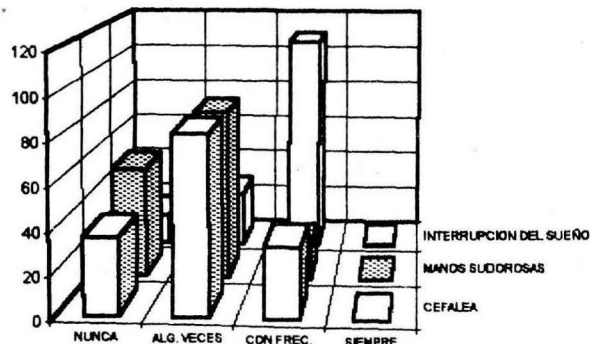
SINTOMAS QUE PRESENTO LA POBLACIÓN

ÁREA SOMÁTICA	PRESENTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL PACIENTES
INTERRUPCIÓN DE SUEÑO	137	90.1	15	9.9	152
MANOS SUDOROSAS	99	65.1	53	34.9	152
CEFALEA	116	76.3	36	23.7	152
HIPOTENSIÓN	15	9.9	137	90.1	152
HIPERTENSIÓN	52	34.2	100	65.8	152
TAQUICARDIA	46	30.3	106	69.7	152
MALESTAR GENERAL	122	80.3	30	19.7	152
RONCHITAS EN LA PIEL	4	2.6	148	97.4	152
INSOMNIO	138	90.8	14	9.2	152
DOLOR MUSCULAR	44	28.9	108	71.1	152
NAUSEAS	32	21.1	120	78.9	152
ALOPESIA	21	13.9	131	86.1	152

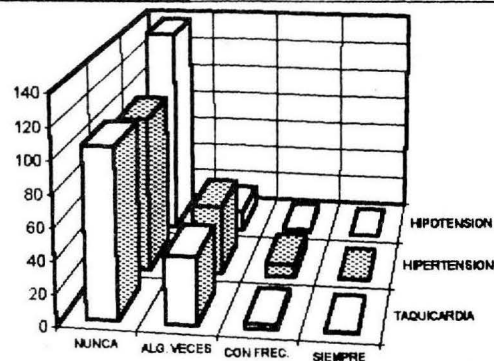
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD.

GRAFICA 3

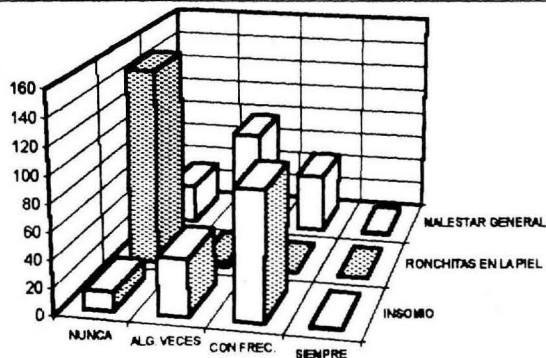
AREA SOMATICA



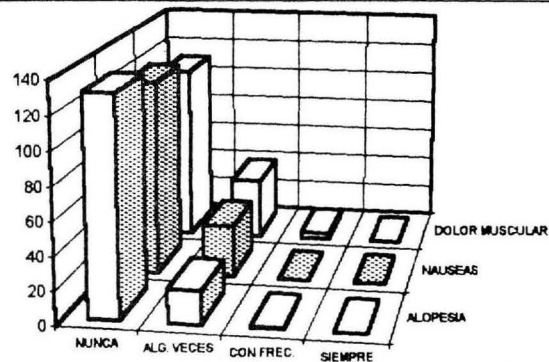
SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES



SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES



SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES



SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES

FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. VI

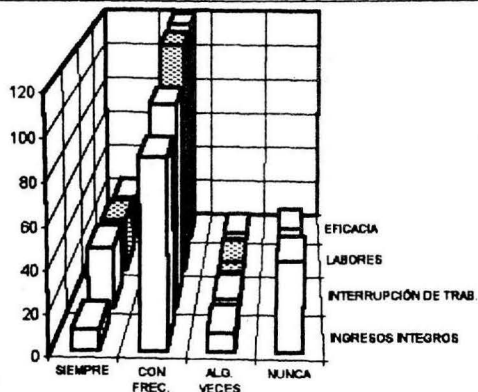
ACTITUDES QUE MANIFESTÓ LA POBLACIÓN

ÁREA CONDUCTUAL	PRESENTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL
RUTINAS ALTERADAS					
- EFICACIA	146	96.1	6	3.9	152
- LABORES	151	99.3	1	0.7	152
- INTER. DE TRAB.	136	89.5	16	10.5	152
- INGRESOS INTEG.	115	76.7	37	24.3	152
RUTINAS QUE INCREMENTARON					
- VISITAR + HOSP.	148	98.1	6	3.9	152
- ACOMP. HIJOS	54	42.1	98	67.9	152
- DESPLAZARSE	91	59.1	61	40.1	152
MODIFICACIÓN DE RUTINAS					
- CULTURALES	77	50.8	75	49.4	152
- DEPORTES	112	73.7	40	26.3	152
- ESTUDIOS	71	46.7	81	53.9	152
- VESTUARIO	143	94.0	9	6.0	152
TRANSFORMACIÓN DE REGLAS					
- USO DE APARATOS ORT.	131	86.1	21	13.9	152
- PROYECTOS PLANEADOS.	144	94.9	8	5.2	152
HABITOS QUE INCREMENTARON					
- VER MAS TV.	130	86.6	22	14.6	152
- DORMIR MENOS	106	69.7	46	30.3	152
- MAS TIEMPO EN CASA	148	97.4	4	2.6	152
- ANOREXIA					
- MODIF. DE ALIMN.	113	74.3	39	25.7	152
	84	55.3	68	44.7	152
COMPORTAMIENTO QUE GENERO					
- ESTAR SOLO	88	57.9	64	42.1	152
- LLORAR CON FACILIDAD.	103	67.7	49	32.3	152
- ENFADO	113	74.3	39	25.7	152
- DECAIMIENTO	45	29.6	107	70.4	152
MODIFICACIONES					
- ROL FAMILIAR	104	68.3	48	31.7	152
- PARTICIPACIÓN EN EL HOGAR.	112	73.7	40	26.3	152
- CONV. FAMILIAR	136	89.9	17	11.2	152
- DINAM. FAMILIAR	143	94.0	9	6.0	152

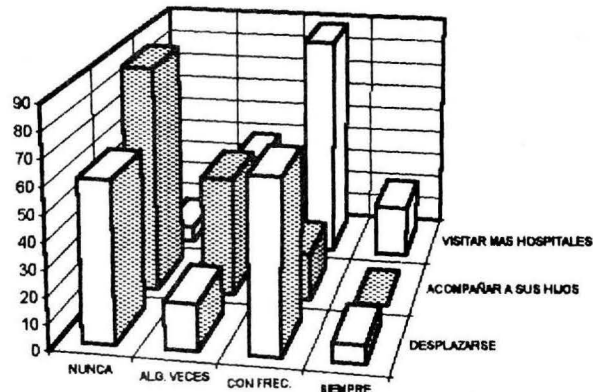
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 4

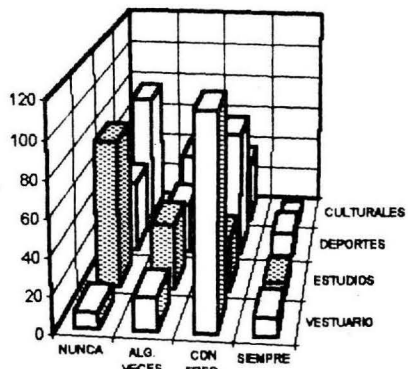
AREA CONDUCTUAL



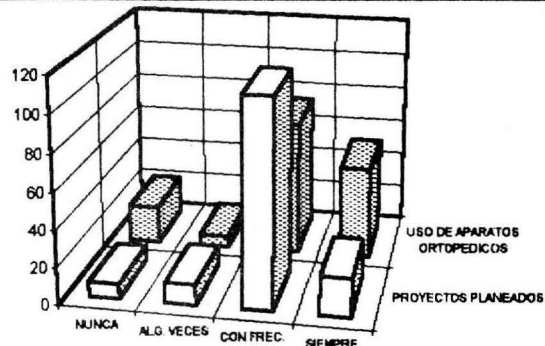
RUTINAS QUE SE ALTERARON CON LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



RUTINAS QUE SE ACENTUARON CON LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



RUTINAS QUE SE MODIFICARON CON LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

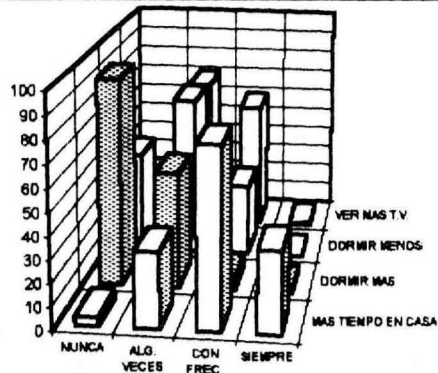


REGLAS QUE SE TRANSFORMARON CON LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

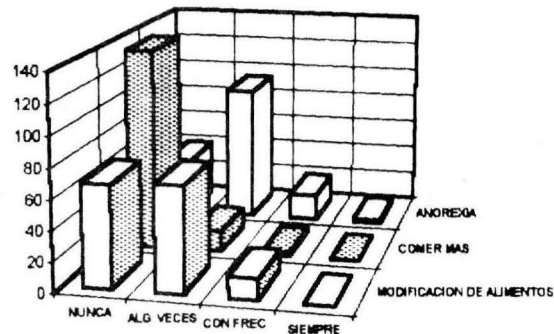
FUENTE: 182 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 4.1

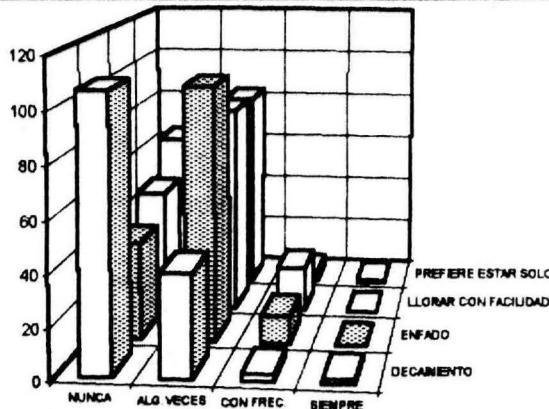
AREA CONDUCTUAL



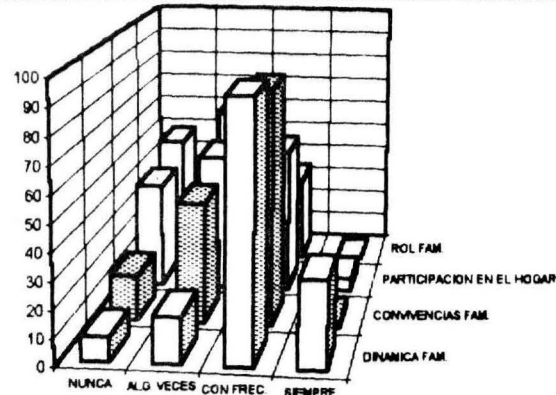
HABITOS QUE SE PRESENTAN EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



HABITOS QUE SE PRESENTAN EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



COMPORTAMIENTOS QUE SE MODIFICAN CON LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

FUENTE: 182 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. VI

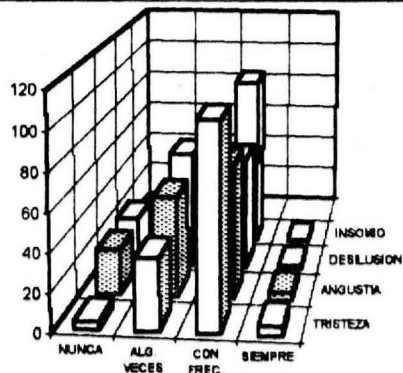
ACTITUDES QUE SE PRESENTAN EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

ÁREA AFECTIVA	PRESENTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS					
- DESILUSION	126	82.9	26	17.1	162
- ANGUSTIA	128	83.3	24	16.7	162
- TRISTEZA	148	97.4	4	2.6	162
- INSEGURIDAD	119	78.3	33	21.7	162
- TEMOR	121	79.6	31	20.4	162
- CORAJE	100	68.8	62	34.2	162
- IMPOTENCIA	92	60.8	60	39.6	162
- PREOCUPACIÓN	144	94.8	8	6.2	162
- INQUIETUD	146	96.1	6	3.9	162
- DESEOS DE LLORAR	133	87.6	19	12.6	162
PERCEPCION DE VINCULOS					
- ALEJAMIENTO DE PAREJA	84	66.3	68	44.7	162
- ABANDONO FAMILIAR	73	48.0	79	62.0	162
- AFLICCIÓN POR EL FUT.	143	94.1	9	6.9	162
- NUEVA IMAGEN	143	94.1	9	6.9	162
VINCULOS ADECUADOS					
- AFECTO VITAL EN RECUPERACIÓN.	117	77.0	36	23.0	162
- TRANSFOR. DE RELACIONES AFECTIVAS.	101	66.8	61	36.8	162
- IMPORT. DE RELACIONES AFECTIVAS.	122	80.3	30	19.7	162
PERCEPCION DE VINCULOS					
- REACCIÓN FAMILIAR	103	67.8	49	32.2	162
- ACEPTACIÓN CON NUEVA IMAGEN.	119	78.3	33	21.7	162
- REACCIÓN DE HIJOS	96	64.6	64	32.6	162
PERCEPCION DE VINCULOS					
- VISITA/ESTANCIA	30	19.7	122	80.3	162
- COMPRENSIÓN Y MOTIVACIÓN.	144	94.8	8	6.2	162
- TRATAMIENTO	147	96.8	6	3.2	162

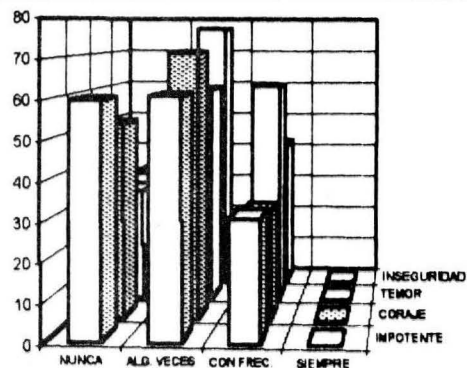
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 5

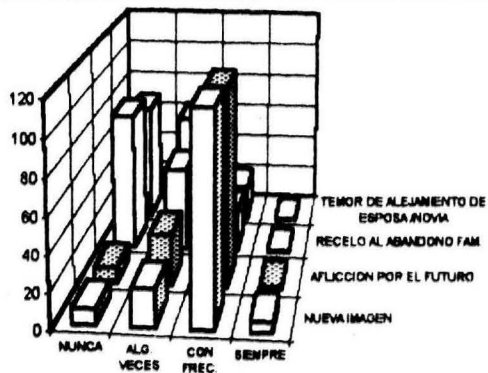
AREA AFECTIVA



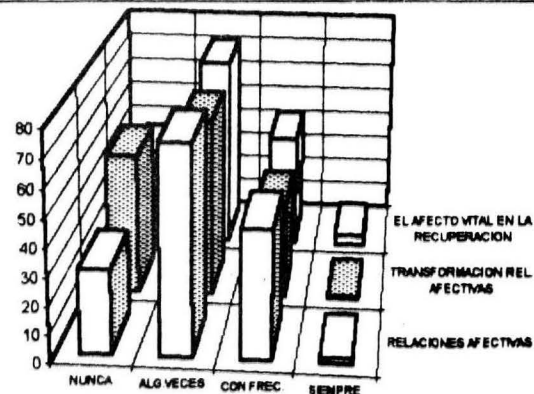
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



PRESENCIA DE SENTIMIENTOS EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



PRESENCIA DE SENTIMIENTOS EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

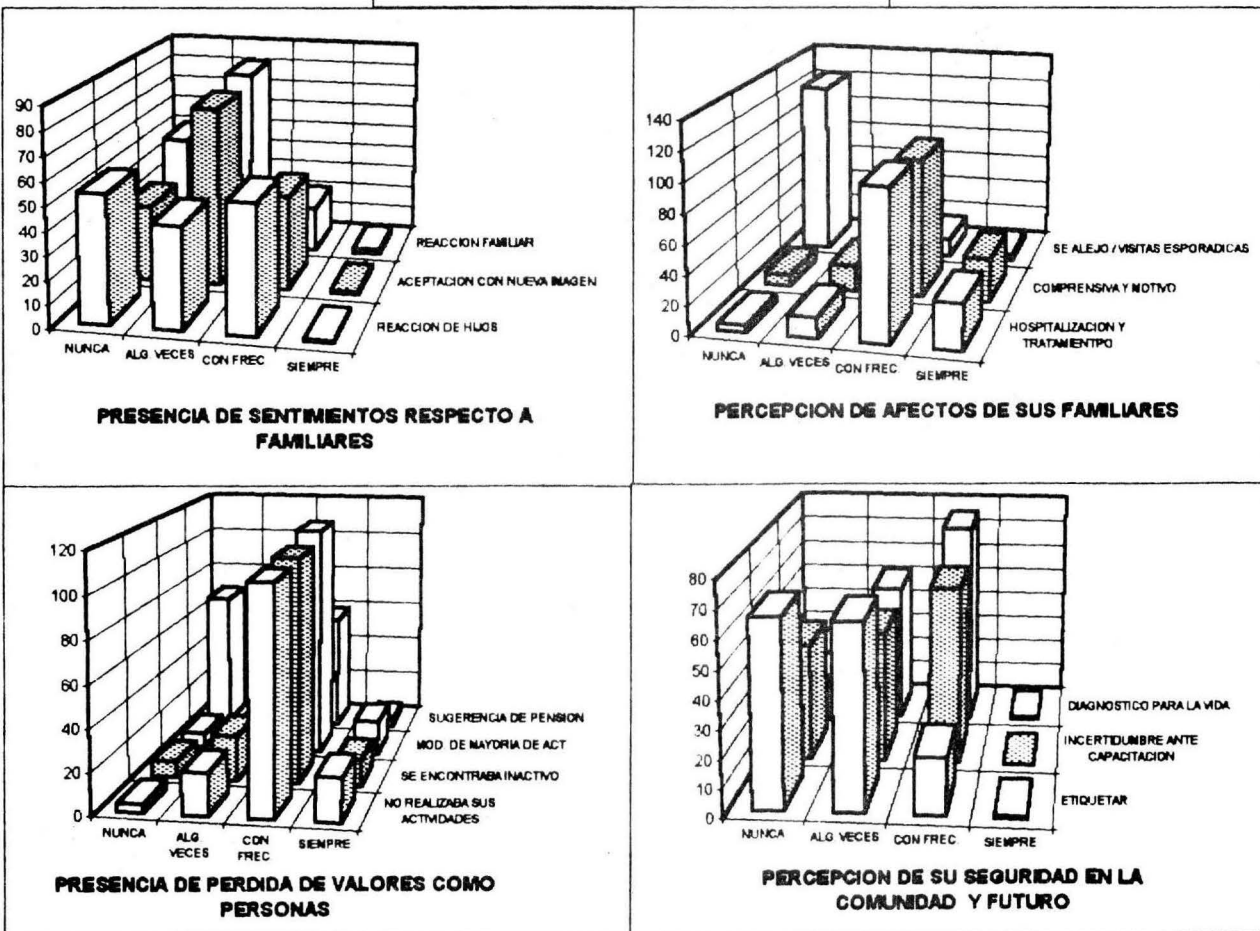


PERCEPCION DE LAZOS AFECTIVOS EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 5.1

AREA AFECTIVA



FUENTE: 162 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994

TABLA No. VII

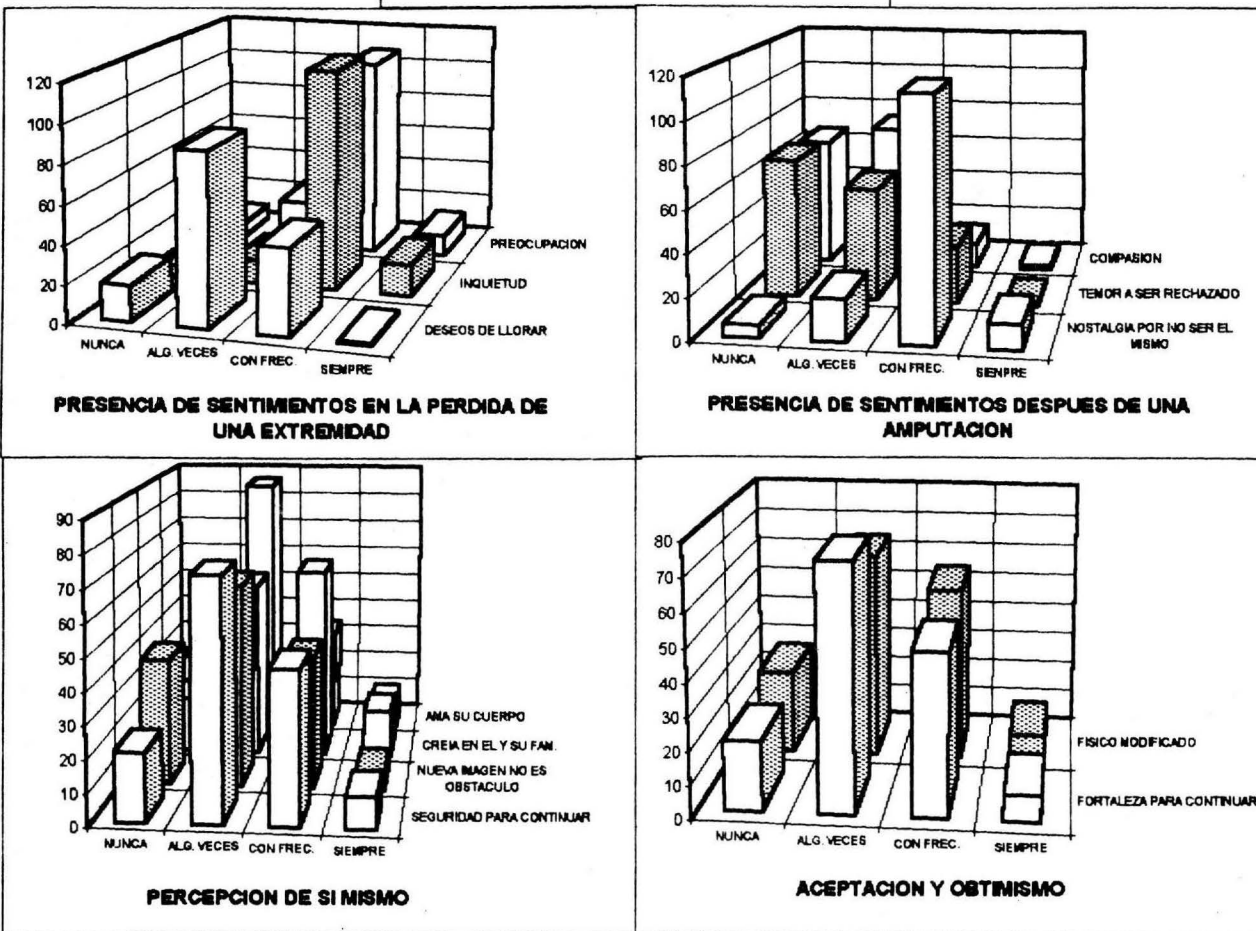
VÍNCULOS QUE SE PRESENTARON EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

ÁREA AFECTIVA	MANIFESTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL
PERDIDA DE VALORES					
- PENSIÓN					
- MODI. DE ACTIVIDADES.	84	55.3	68	44.7	152
- INACTIVIDAD	145	95.4	7	4.6	152
	144	94.8	8	5.2	152
PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD					
- DIAGNOSTICO PARA LA VIDA.	127	83.6	25	16.4	152
- INCERTIDUMBRE PARA CAP.	110	72.5	42	27.5	152
- ETIQUETARON EN COMUNIDAD.	86	56.7	66	43.3	152
PERCEPCIÓN DE SI MISMO					
- COMPASIÓN	87	57.4	65	42.6	152
- TEMOR A SER RECHAZADO.	84	55.3	68	44.7	152
- NOSTALGIA POR NO SER EL MISMO.	146	96.1	6	3.9	152
PERCEPCIÓN DE SI MISMO					
- AMA SU CUERPO	128	84.2	24	15.8	152
- CREE EN EL Y SU FAMILIA.	134	88.1	18	11.9	152
- NUEVA IMAGEN	112	73.6	40	26.4	152
- SEGURIDAD PARA SOBREVIVIR.	131	86.1	21	13.9	152
ACEPTACIÓN Y OPTIMISMO					
- FÍSICO MODIFICADO	126	82.9	26	17.1	152
- FORTALEZA PARA CONTINUAR.	132	86.1	21	13.9	152

FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 5.2

AREA AFECTIVA



FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. VIII

NATURALEZA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y DIFICULTADES DE LA POBLACION QUE LE AMPUTARON UNA EXTREMIDAD

ÁREA INTERPERSONAL	MANIFESTARON	PORCENTAJE	NO MANIFESTARON	PORCENTAJE	TOTAL
CONFLICTOS INTERPERSONALES					
- ESTAR SOLO	86	66.8	87	43.2	162
- IRRITABLE	87	44.0	86	66.0	162
- ALTERCADOS CON PAREJA	28	16.2	126	83.8	162
- DESACUERDOS	34	22.6	118	67.6	162
CONTACTO HUMANO					
- DESARROLLAR ACTIVIDADES.					
- VIDA SOCIAL	137	90.1	16	9.9	162
- COMPASIÓN	129	84.8	23	16.2	162
- TRATO HUMANO	84	65.2	68	44.8	162
	118	77.6	34	22.4	162
FUERZAS INTERPERSONALES					
- CAMBIO DE AMIGOS	74	48.7	78	61.3	162
- NO TIENE AMIGOS	20	13.2	132	86.8	162
- MAS AMIGOS	14	9.2	138	90.8	162
- APOYO DE AMIGOS	143	94.1	9	6.9	162
- VISITA DE AMIGOS	118	77.6	34	22.6	162
FUERZAS INTERPERSONALES					
- VALORA EL CUERPO HUMANO.	160	98.6	2	1.4	162
- APRECIA MAS SU C.	128	84.2	24	16.8	162
- VALORA LA VIDA	133	87.4	19	12.6	162
- TRASLADARSE	119	79.0	33	21.0	162
CONTACTO HUMANO:					
- NUEV. PERS. PROD. INSEGURIDAD.	126	82.2	27	17.8	162
- MOD. DE TRATO	84	74.9	38	26.1	162
- EXPERIENCIAS DE RECHAZO.	68	44.8	84	66.2	162
- APOYO SOCIAL	43	28.2	109	71.8	162
DEPENDENCIA:					
- OBSTÁCULO PARA TENER AMISTADES.	79	62.0	73	48.0	162
- IMPIDE DESPLAZARSE.	89	68.8	63	41.4	162
- SOB. PROTECCIÓN.	84	66.2	68	44.8	162
- AGRADO DE PROTECCIÓN.	36	23.0	117	77.0	162

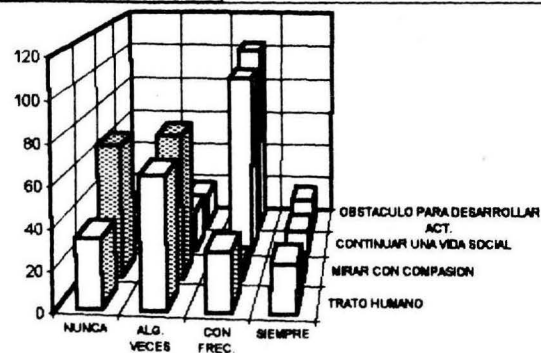
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 6

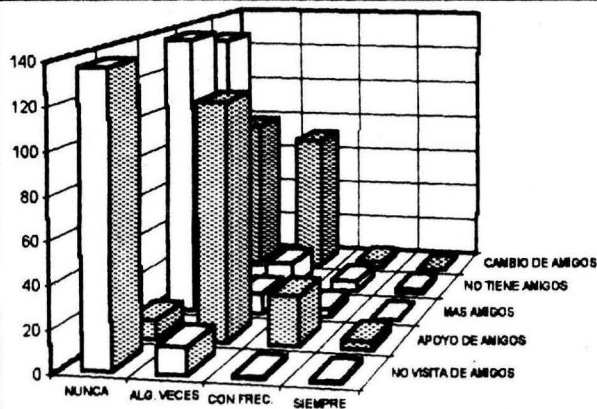
AREA INTERPERSONAL



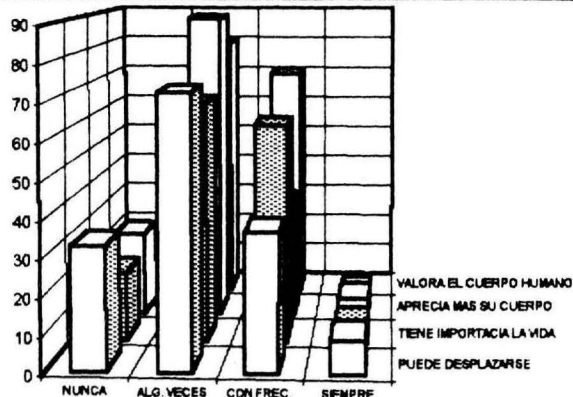
FURZAS INTERPERSONALES Y DIFICULTADES EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



FUERZAS INTERPERSONALES Y DIFICULTADES EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



FURZAS INTERPERSONALES CON AMISTADES

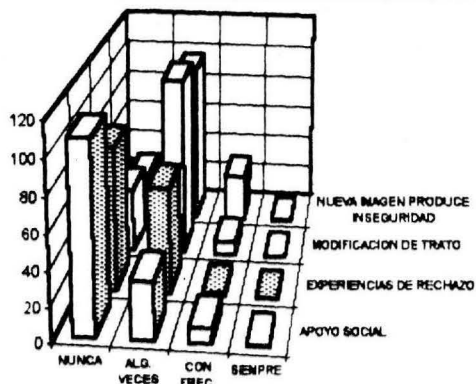


FUERZAS INTERPERSONALES Y PERCEPCION ACTUAL

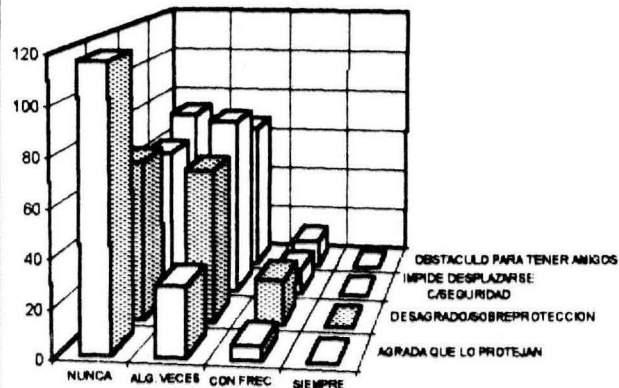
FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 6.1

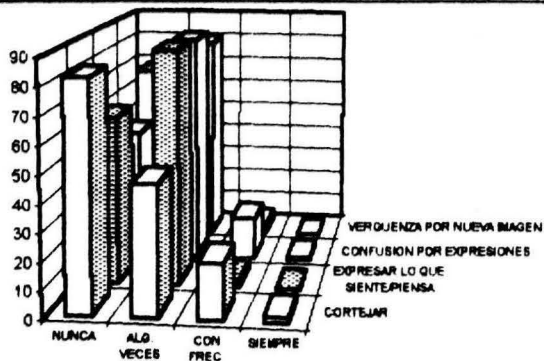
AREA INTERPERSONAL



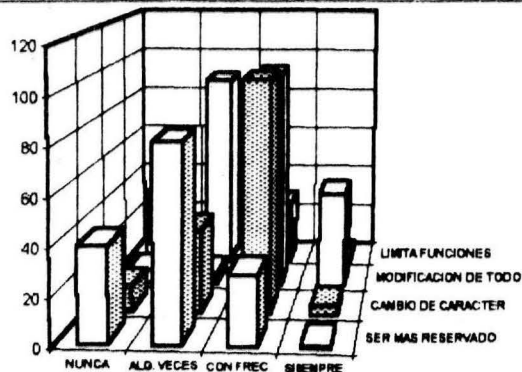
FUERZAS INTERPERSONALES Y DIFICULTADES EN LA COMUNIDAD



FORMAS INTERPERSONALES DE SOMETERSE



FUERZAS INTERPERSONALES Y DIFICULTADES EN LA COMUNIDAD



PAPEL ASUMIDO Y FUERZAS INTERPERSONALES

FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. VII.I

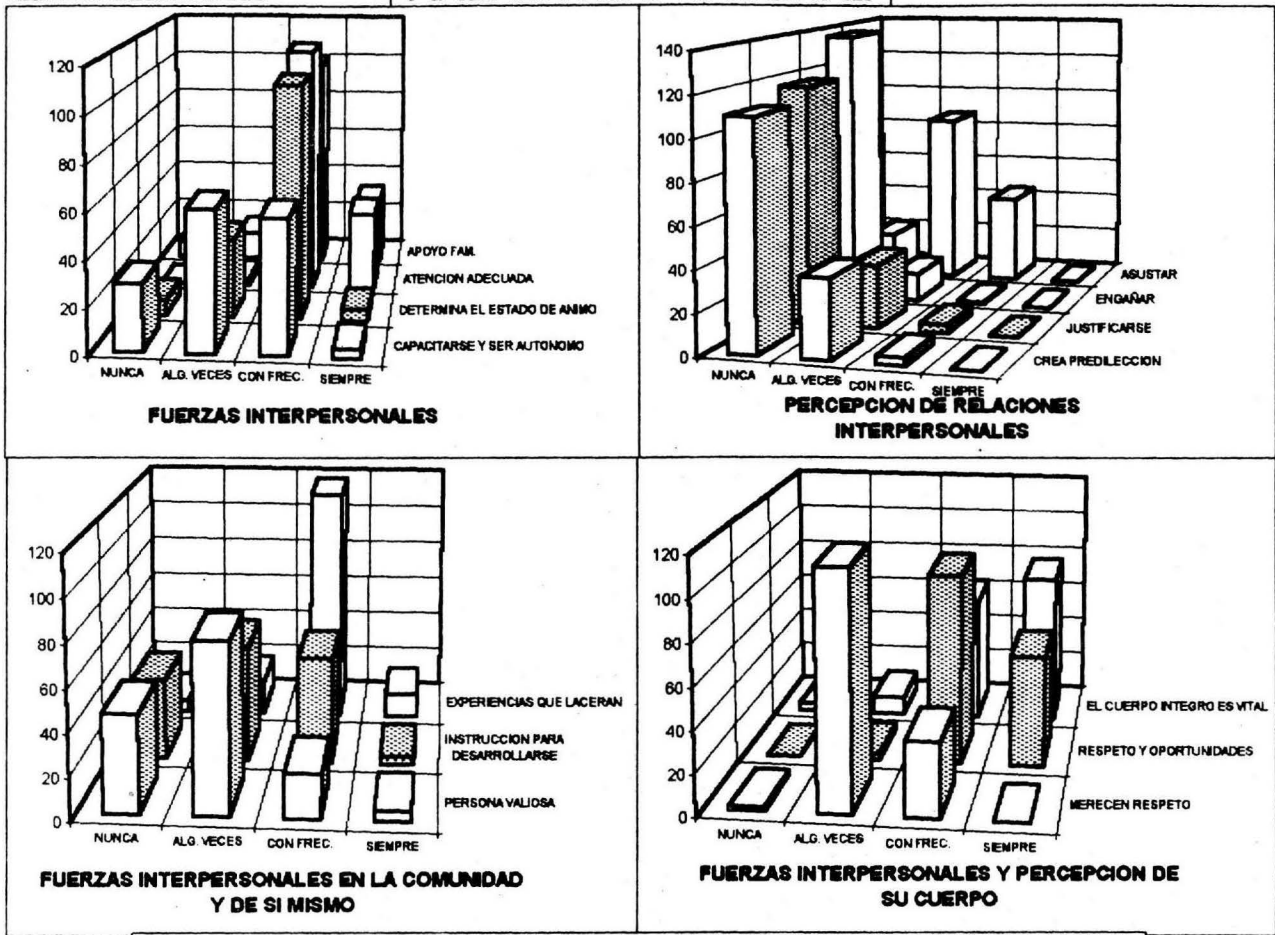
NATURALEZA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y DIFICULTADES DE LAS PERSONAS QUE LES AMPUTARON UNA EXTREMIDAD

ÁREA INTERPERSONAL	MANIFESTARON	PORCENTAJE	NO MANIFESTARON	PORCENTAJE	TOTAL
<u>CONFLICTO INTERPERSONAL:</u>					
- VERGÜENZA POR CAMB. DE IMAGEN	84	55.2	68	44.8	152
- CONFUSIÓN EN EXPRESIONES	103	67.8	49	32.2	152
- EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	90	60.0	62	40.0	152
- CORTEJAR	69	45.4	83	54.6	152
<u>ADAPTACIONES INTERPERSONALES</u>					
- LIMITACIÓN DE FUNCIONES	120	79.9	32	20.1	152
- MODIFICACIONES	146	96.1	6	3.9	152
- CAMBIO DE CARÁCTER	141	92.8	11	7.2	152
- MAS RESERVADO	112	73.6	40	26.4	152
<u>VÍNCULOS FAMILIARES</u>					
- APOYO FAMILIAR	144	94.7	8	5.3	152
- ATENCIÓN HUMANA	152	100 %	0	0	152
- DETERMINA EL ESTADO DE ANIMO.	145	95.3	7	4.7	152
-CAPACITACIÓN Y AUTONOMÍA.	123	81.0	29	19.0	152
<u>PERCEPCIÓN INTERPERSONAL</u>					
- ASUSTAR	131	86.2	21	13.8	152
- ENGAÑAR	15	9.8	137	90.2	152
- JUSTIFICARSE	35	23.0	117	77.0	152
-CREA PREDILECCIÓN.	42	27.8	110	72.2	152
<u>CONFLICTO INTERPERSONAL</u>					
- EXPERIENCIAS QUE LACERAN.	146	96.1	6	3.9	152
- CAPACITACIÓN	113	74.0	39	26.0	152
- PERSONA VALIOSA	106	69.7	46	30.3	152
<u>PERCEPCIÓN REAL</u>					
- CUERPO INTEGRO VITAL.	148	97.4	4	2.6	152
- RESPETO Y OPORT.	152	100 %	0	0	152

FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 6.2

AREA INTERPERSONAL



FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. IX

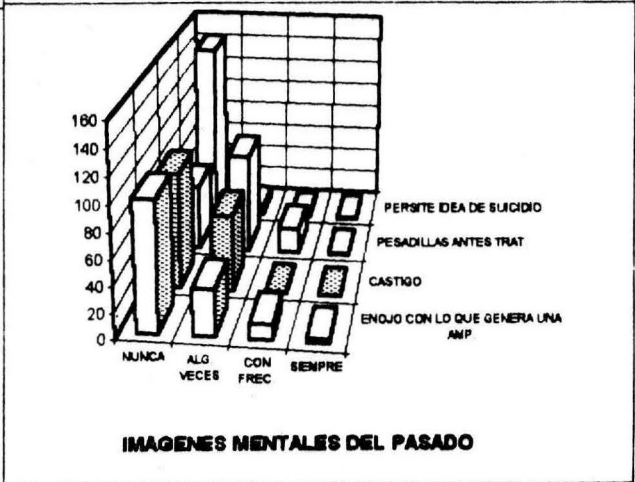
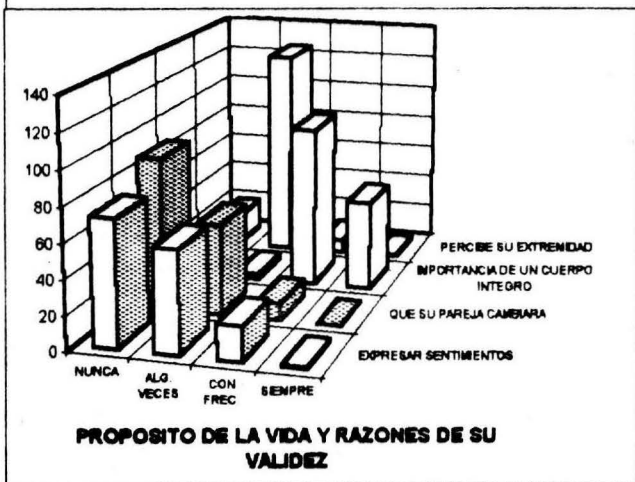
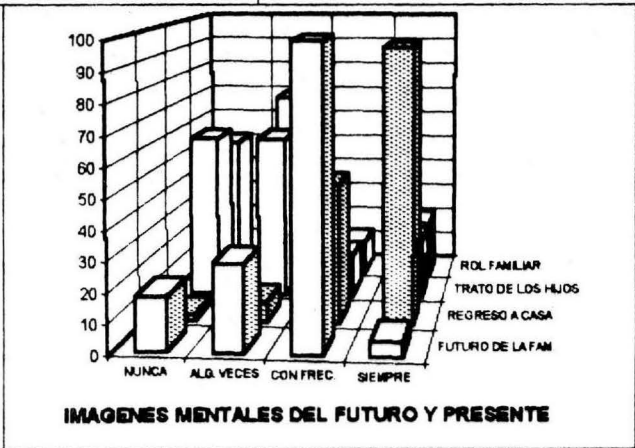
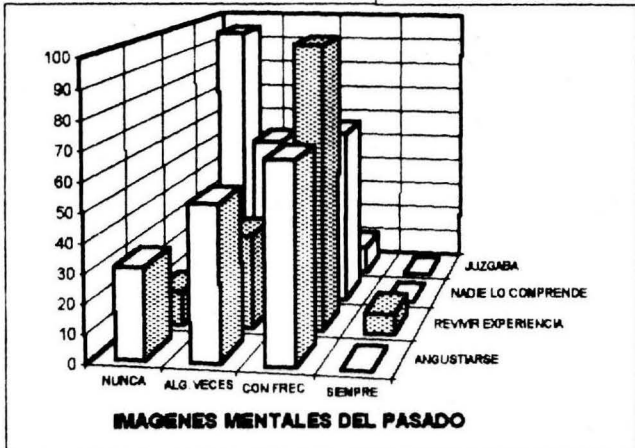
MANIFESTACIÓN DE SENTIMIENTOS Y EXPECTATIVAS EN LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD

ÁREA COGNOSCITIVA	PRESENTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL
IMÁGENES Y PENSAMIENTOS					
- SUICIDIO	30	20.0	122	80.0	152
- FUTURO INCIERTO	139	91.4	13	8.6	152
- INJUSTO	62	40.0	90	60.0	152
- INDIGNACIÓN	47	31.0	105	69.0	152
- DESEOS DE LLORAR	130	93.1	12	6.9	152
IMÁGENES E INCERTIDUMBRE					
- MIRAR CON LASTIMA	93	62.2	59	37.8	152
- TRATO QUE RECIBIRÍA	128	84.2	24	15.8	152
- LIMITACIONES.	148	97.4	4	2.6	152
- MODIFICACIÓN DEL CUERPO.	144	94.8	8	5.2	152
IMÁGENES DEL PASADO Y FUTURO					
- CAUSA DEL CAMBIO	147	96.7	5	3.3	152
- REORGANIZACIÓN	139	91.4	13	8.6	152
- EXTREMIDAD AMP.	150	91.6	2	1.4	152
- CUERPO INTEGRO	148	97.4	4	2.6	152
PROPÓSITO DE LA VIDA					
- MEDITABA EN LOS CAMBIOS.	144	94.8	8	5.2	152
- OBSERVABA MAS PROYECTOS Y LOGROS.	130	93.1	12	6.9	152
- CONOCIMIENTO DE SI MISMO.	128	84.2	24	15.8	152
	101	66.5	51	33.5	152
IMÁGENES DEL FUTURO Y PRESENTE					
- ROL FAMILIAR	101	66.5	51	33.5	152
- TRATO DE LOS HIJOS	94	63.0	18	17.0	152
- REGRESO A CASA	150	98.6	2	1.4	152
- FUTURO DE LA FAM..	134	88.0	18	12.0	152
EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS					
- JUZGABA	57	37.5	95	62.5	152
- INCOMPRESIÓN	122	80.0	30	20.0	152
- RECUERDO DEL SUCESO.	140	93.1	12	6.9	152
- ANGUSTIA	121	79.0	31	21.0	152

FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 7.1

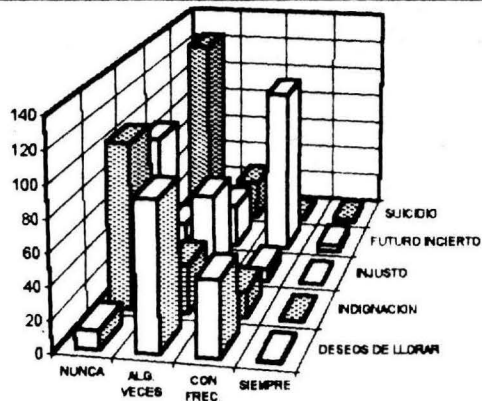
AREA COGNOSCITIVA



FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 7

AREA COGNOSCITIVA



IMAGENES MENTALES DEL FUTURO Y SENTIMIENTOS

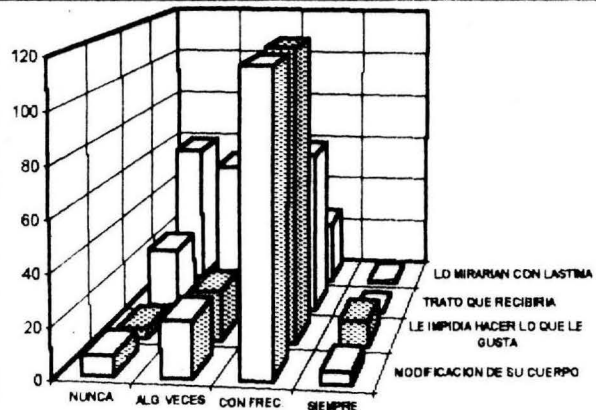
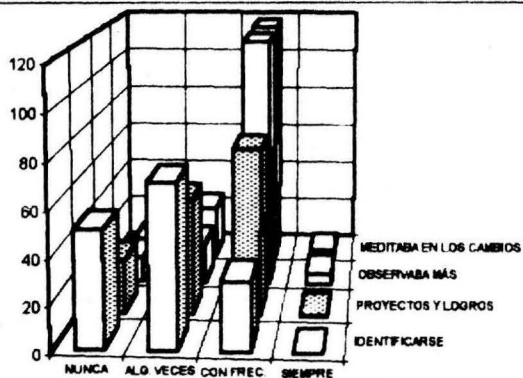
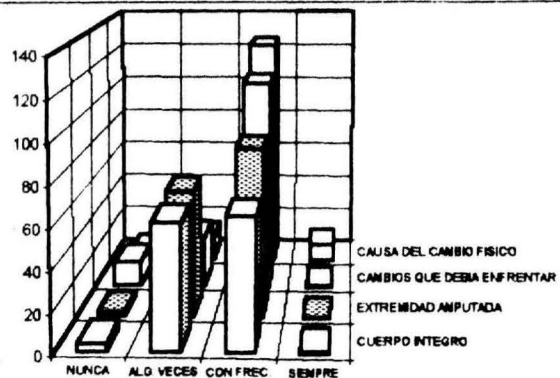


IMAGEN DEL FUTURO E INCERTIDUMBRE



PROPOSITO DE LA VIDA E IMAGENES DEL FUTURO



IMAGENES DEL PASADO Y FUTURO

FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

TABLA No. IX.1

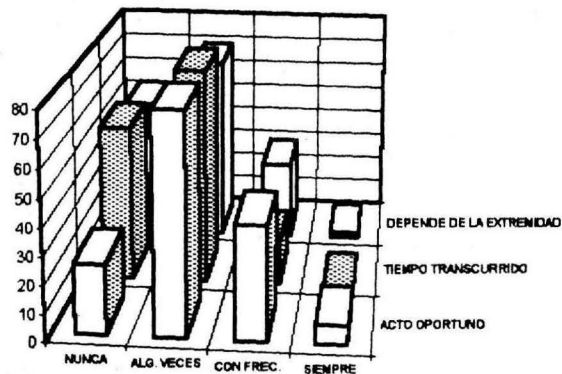
**MANIFESTACIÓN DE SENTIMIENTOS Y EXPECTATIVAS EN LA PERDIDA DE UNA
EXTREMIDAD**

ÁREA COGNOSCITIVA	PRESENTARON	PORCENTAJE	NO PRESENTARON	PORCENTAJE	TOTAL
IMAGEN Y SENTIMIENTOS					
- PERCIBE SU EXT.	134	88.0	18	12.0	152
- VITAL EL CUERPO INTEGRO.	151	99.3	1	0.7	152
- QUE CAMBIE LA PAREJA	63	41.5	89	58.5	152
- EXPRESIÓN DE SENT:	79	52.0	73	48.0	152
IMÁGENES DEL PASADO Y FUTURO					
- PERSISTE IDEA DE SUICIDIO.	9	5.9	143	94.1	152
- PESADILLAS	100	65.8	52	34.2	152
- CASTIGO	61	40.0	91	60.0	152
- CORAJE CON LO QUE PRODUCE AMPUTACIÓN.	51	33.5	101	66.5	152
PERCEPCIÓN DE AUTOIMAGEN					
- EXTREMIDAD AMPUTADA	100	65.8	52	34.2	152
- TIEMPO TRANSCURRIDO	95	62.3	57	36.7	152
PERCEPCIÓN Y CONFIANZA					
- RESERVAS HABILITATORIAS.	132	87.0	20	13.0	152
- FORMAS DE REALIZARLAS.	138	90.7	14	9.3	152
- APRENDIZAJE INDIVIDUAL.	149	98.0	3	2.0	152
PROPÓSITO DE LA VIDA Y VALORES					
- TIENE UNA FAMILIA	148	96.1	6	3.9	152
- IMPORTANCIA DEL APOYO FAM:	151	99.3	1	0.7	152
- TRATO FAMILIAR	115	75.8	37	24.4	152
PERCEPCIÓN					
- FAMILIARES	92	60.4	60	39.6	152
- COMUNIDAD	133	87.5	19	12.5	152

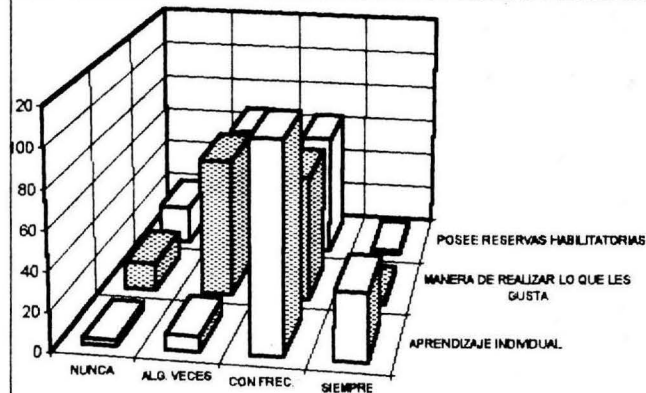
FUENTE: 152 PACIENTES AMPUTADOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, ENTREVISTADOS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

GRAFICA 7.2

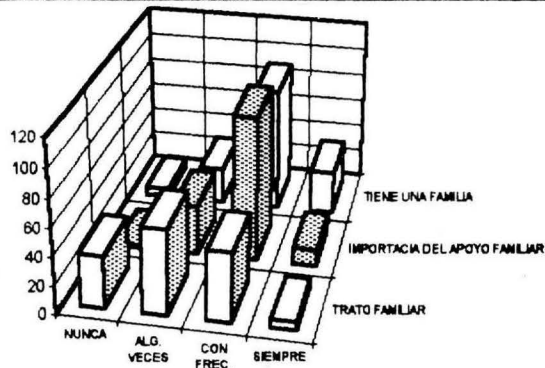
AREA COGNOSCITIVA



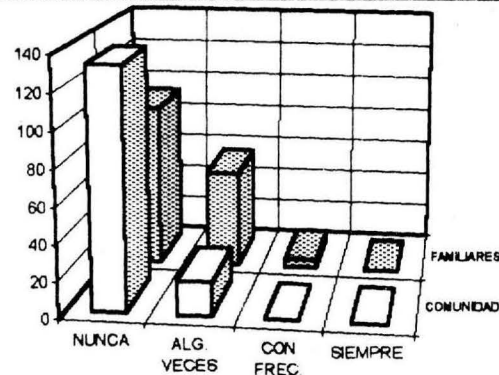
AUTO IMAGEN DESPUES DE LA PERDIDA DE UNA EXTREMIDAD



IMAGENES MENTALES DEL FUTURO Y PERCEPCION DE HABILIDADES



PROPOSITO DE LA VIDA Y RAZONES DE SU VALIDEZ



PROPOSITO DE LA VIDA Y AUTOIMAGEN

FUENTE: 152 PERSONAS AMPUTADAS DE UNA EXTREMIDAD DE SU CUERPO, ENTREVISTADAS EN EL EXTERIOR DE INSTITUCIONES DE SALUD 1994.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION.

A la conclusión que llegamos en la presente investigación , es que el efecto psicológico que tiene una persona que le amputan una de sus extremidades, tiene consecuencias individuales: se deprime, se desvaloriza, experimenta aturdimiento, se intensifica la percepción de vínculos, incrementan hábitos, esta baja su autoestima por mencionar algunos aspectos que en un buen porcentaje manifestó la población entrevistada. En el plano familiar, se inicia un proceso de abandono, desintegración, desilusión, acaba con expectativas, tener que interrumpir estudios, tener que trabajar la esposa e hijos, vivir un reajuste de recursos económicos y emocional. En el plano social encontramos que la totalidad de estas personas se encuentra en la fase más productiva de su vida, lo que significa pérdida de mano de obra en la mayoría de las veces capacitada. Lo que implica pérdidas horas, hombre en el proceso de producción y generando una secuela de nuevos problemas sociales, el surgimiento de los discapacitados que demandan y reclaman sus derechos como ciudadanos, si las estadísticas son ciertas con respecto al número calculado de incapacitados hasta 1990 (415 229), significa que el grupo de discapacitados y amputados a continuado creciendo, esto se correlaciona con el estudio realizado por Morales Luna en el periodo de 1989 a 1992, tiempo en el cual surgieron 75 personas más que sufrieron pérdida de extremidades inferiores correspondiendo el 83.% al sexo masculino (61 personas), y el 16.4% al sexo femenino (12 personas).

Por ejemplo, la mayoría de los amputados son casados y tienen un número de hijos considerable, quiere decir que la economía familiar merma, con lo cual se le cierran oportunidades de desarrollo a los integrantes de la familia. Como podemos ver la mayoría son por accidente de trabajo lo que significa que el poder adquisitivo de la familia se ve perjudicada y afectada puesto que les pagan el 100% de su salario, pero los gastos que normalmente la familia tenía no son los mismos.

Podemos concluir que al apoyo psicológico, no se le da la importancia debida en el esquema de tratamientos antes y después de la amputación. En cambio los servicios prestados en lo biológico es totalmente diferente. Aquí cabría preguntarse ¿Cuál es la formación profesional del médico? ¿Porque existe tal indiferencia en lo concerniente al apoyo psicológico? ¿Porque no se le da importancia al estado emocional del paciente?. Sin embargo con base a las respuestas y porcentajes encontrados en las áreas contempladas que experimentan las personas, consideramos que tal intervención psicológica por un profesional es fundamental en estas personas que solos soportan su duelo, incertidumbre, aturdimiento, confusión, angustia, desilusión, autoestima, cambio físico, aceptación de aparatos auxiliares, aceptación de sí mismo y modificación de su vestuario, al igual que la familia con la finalidad de aminorar la desintegración y valorización del individuo y sus descendientes.

Consideramos que las soluciones para que dicha intervención se realice, deben tomar en cuenta, antes que nada, que es una persona la candidata a perder una extremidad de su cuerpo, una parte de sí mismo; hay que considerar cual es el impacto y efectos que va ha enfrentar, sea casado o soltero o la edad en la que se encuentra, y sobre todo, valorar que es un ser humano, con proyectos y el cambio físico le transforma su vida, entorno, percepción de su mundo real. Tomando en cuenta que la amputación no sólo afecta al paciente física, psicológicamente y socialmente, sino genera un gasto físico, emocional en el individuo, en la familia, social e institucional.

Por otra parte, sugerimos que la atención psicológica se debería de incluir como parte del perfil de estudios que incluyen: estudios de laboratorio, R X, valoración por diferentes profesionistas de la medicina, desde el inicio o ingreso de un paciente a una institución de salud que es contemplado para un tratamiento radical como último recurso para prolongar la vida de una persona.

Asimismo, realizar una campaña de sensibilización al personal de instituciones médicas que tienen interacción con la población que pierde una extremidad con la finalidad de que el trato hacia ellos sea humanitario y no únicamente técnico. Esto es con base a los resultados encontrados los cuales señalan que los pacientes comparten su duelo con otras personas que intervienen en atenciones y cuidados durante su recuperación, en cambio con su médico tratante se da en un 5.4%.

También, organizar grupos con personas que han sufrido una amputación con la finalidad de contribuir para que recuperen su autoestima, valores y se integren a su comunidad, con la finalidad de que se pueda disminuir costos a mediano y largo plazo para el paciente e instituciones.

Por último, hacemos referencia respecto del impacto familiar, la cual también sufre los trastornos que genera una amputación en uno de sus integrantes, por ejemplo la construcción de vínculos se va deteriorando en los aspectos psicológicos y esto se transforma en una carga emocional titubeante.

En lo relacionado con las consecuencias sociales el individuo es revalorizado según la extremidad y nivel de amputación para con ello decidir si se pensiona o se le paga la mitad de una pensión(según la ley del seguro social), ó se reubica en determinada área laboral que pueda desarrollar. Esto significa que no se considera como fuerza de trabajo al 100% de su productividad como ente social.

Concluimos finalmente que la hipótesis planteada coincide en que todos los pacientes que sufren una amputación de determinada parte de su cuerpo; superior o extremidades inferiores experimentan efectos que transforman su condición

psicológica y por lo tanto se requiere de una reconceptualización y planteamiento de los individuos que han vivido este proceso.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES GENERALES

En la revisión teórica de este estudio, encontramos que la amputación de extremidades en un individuo, efectivamente no es actual, tiene una historia de sumo interés por varias décadas. Donde los tratamientos eran rudimentarios y como consecuencia el cuidado del estado emocional por lo tanto era abolido.

Por ejemplo, en el primer capítulo la epopeya del amputado, enfrentaba cambios emocionales drásticos, empezando por la persona misma que debía aceptarse así misma en su cambio de imagen y personalidad. Sufría no sólo el dolor físico y moral pues en esos tiempos no existía la anestesia y antibióticos. Esto generaba un alto índice morbi-mortalidad, a esto se agrega que la sociedad de esa época los rechazaba. Asimismo, se reseña sobre las deducciones sociales y naturales que participan en el incremento de la población sin extremidades

En el capítulo dos, se reseñan estudios que han realizado los profesionistas como; médicos, trabajador social y un psicólogo, en los cuales se aprecian los sucesos y número de personas que se suman a la población mexicana que no tiene determinada extremidad de su cuerpo. En estos estudios se aprecia el interés por mejorar técnicas quirúrgicas y otros, en cambio, el apoyo psicológico se ha considerado muy limitado. A pesar de que tal población esta incrementado año con año y el impacto emocional

que sufre la población es sumamente trascendental para el paciente, para la familia y sociedad. Aunado a lo antes descrito, Morales Luna en 1993 manifestó lo siguiente “ El costo financiero de este prolongado tratamiento, con múltiples cirugías y reingresos representa un tremendo gasto social. Y lo más importante, es que existe un incremento de Morbi-Mortalidad asociada con intentos fallidos por salvar una extremidad”. El mismo autor considera lo siguiente, “ La tasa de amputaciones tardías, además de afectar al paciente física, psicológica y socialmente, trae como consecuencia una sobre carga financiera para la institución de considerable magnitud”. Esto quiere decir que ciertos profesionistas que tienen conocimiento de los efectos psicológicos, pero su interacción con el paciente es únicamente en lo concerniente al sistema músculo esquelético y funcionamiento fisiológico.

En el capítulo tercero, se hace una breve reseña sobre cuerpo humano íntegro y percepción del mismo en la sociedad cuando no cuenta con ninguna modificación generada por la mano del hombre y dilemas sociales. De igual forma, señala como cambia el trato y visión cuando ya no cuenta con una anatomía íntegra, no solo el impacto del que ya no tiene un cuerpo completo, de la familia y sociedad.

En el cuarto capítulo, hace referencia a las consecuencias y ajustes que vive la familia de una persona que ha perdido una de sus extremidades por causas naturales o traumatismos, en él se reseña como el dolor de uno se convierte el dolor de todos, los

efectos psicológicos que se pueden generar, los ajustes económicos que genera, alteración y reorganización en la dinámica familiar en cada uno de los descendientes.

Con respecto al capítulo quinto, consideramos importante señalar la ayuda psicológica que un paciente debería recibir por profesionales especialistas en el área de psicología, sin importar su línea. Debido a que tales funciones las realiza otro profesional, menos el que debería de proporcionarla. Esto significa que el papel del psicólogo aún no es conocido en el medio hospitalario y me atrevería a decir, que incluso socialmente se desconoce cual es su función en la misma. También se abordan las estrategias que se utilizan en la ayuda con el paciente amputado y los tipos de tratamientos que existen.

Finalmente se llegó a las siguientes conclusiones. Me llevo a pensar e interrogarme ¿ Como se están formando los psicólogos?, ¿Porque no participa el psicólogo en casos clínicos con pacientes hospitalizados?, esto es un problema de formación académica, en la cual la preparación profesional que se proporciona en la carrera no permite abordar y profundizar como el caso que nos ocupa. Esto quiere decir que se debería incluir una materia que aborde estos casos clínicos de manera científica y con responsabilidad. Es un indicador de que vivimos una época en que no se le ha dado importancia al estado de salud emocional en las instituciones de salud, colegios y sociedad, por tal motivo es un campo a investigar más sobre el perfil del psicólogo.

Por otra parte me llama la atención y considero que es un problema grave que a finales de un siglo más no se considere que los efectos psicológicos en el individuo afectan su persona, autoestima y otros aspectos que se citan en el capítulo anterior, y mucho menos se les da la importancia que debiera, pues existe un número considerable de mexicanos que por año les amputan una extremidad en diferente fase de vida (ver capítulo II). Esto significa que como consecuencia genera una reconceptualización total del individuo, lo cual quiere decir que no se puede abordar a la población que pierde una extremidad con el mismo esquema psicológico tradicional, y por ende debe ser por profesionales dedicados a las afecciones psicológicas.

Cabe subrayar que, el presente estudio únicamente considero a la persona que le amputaron una extremidad ocasionada por patologías y sucesos sociales. Pero consideramos para otros estudios abordar, la familia del amputado, pues a lo largo de la investigación hemos apreciado una reedificación, por ejemplo: la familia no es la misma, se rompe su esquema de actividades, interacciones con sus integrantes, percepción respecto a la pareja no es la misma. Vive una reconceptualización de valores, vínculos, autoestima por mencionar algunas características. Empero especialmente cambia su proyecto de vida familiar, percepción de la misma y futuro familiar.

Con base a los hallazgos teóricos, resultados y análisis del presente estudio que me han permitido aprender y valorar la salud psicológica, física y orgánica de un cuerpo íntegro. Así como estimar la transformación, el dolor y duelo que se experimenta al perder una extremidad del valioso cuerpo humano. Llegamos a las siguientes conclusiones personales.

1. No hay asistencia psicológica adecuada durante las fases que recorre una persona que le amputan una extremidad.

2. Existen parámetros que permiten identificar cuáles actitudes son más afectadas en un paciente y como intervenir.

3. La severidad emocional es un factor primordial que afecta al individuo, familia y sociedad.

4. La amputación genera gastos emocionales y económicos en la persona, integrantes de la familia y comunidad.

5. Es necesario difundir la importancia de la rehabilitación psicológica a través de estudios efectuados por profesionales de esta área.

6. Es necesario realizar estudios para implementar campañas de difusión con respecto a la atención psicológica básica en la población que experimenta una pérdida de una extremidad. Con base a que hoy en día el gremio continúa incrementado y en su mayoría son personas en edad productiva.

7. Introducción sobre los aspectos psicológicos a los profesionales que intervienen con el paciente durante su hospitalización y tratamientos rehabilitatorios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aburto Trejo, J. A. Niveles de amputación en partes con microbiosis diabética. UNAM. México, 1989. 31 pp.
- Amin, Prakash; Yeragani, V. K. "Control of aggressive and self-mutilative behavior in mentally retarded patient withlithium." Canadian Journal of Psychiatry. 1987 Mar, Vol 32(2) 162-163 pp.
- Anders, Robert L.; Puro, Rose M. "Amputee discussion program." Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services. 1972 Jul, Vol 10(4) 12-15 pp.
- Araszkiewicz, Aleksander; Gruszczynski, Wojciech. "Self-mutilation -- a defense mechanism in psychologically difficult situations." Instytutu Higieny Psychicznej WAM.Poland, 1977. Vol 11(3) 339-342 pp.
- Atchison, William M. "Psychological impact of traumatic leg amputation" Union Inst. OH, US, 1990 Jun, Vol 50(12-B, Pt 1).
- Baena Guillermina. Instrumentos de investigación. Editores Mexicanos Unidos. México, 1991. 11 Reimp. 134 pp.
- Bejnarowicz, Janusz; Pilinow, Antonina; Sokol Owska, Magdalena Warsaw U. "Social situation of the amputee." Polish Sociological Bulletin. 1967, Vol 1(15), 94-100 pp.
- Beresford, Thomas P. "The dynamics of aggression in an amputee: a case report." General Hospital Psychiatry. USA, 1980. Vol 2(3), 219-225 pp.
- Bernard, Michel. El cuerpo. Edit. Paidós. Barcelona, 1985. 228 pp.
- Bhojak, M. M.; Nathawat, S. S. "Body image, hopelessness and personality dimensions in lower limb amputees." Indian Journal of Psychiatry. India, 1988 Apr. Vol 30(2) 161-165 pp.
- Blackledge, Stanley. "Psychological analysis of sample of self-mutilators." Self-Mutilations in Prisons Research Report. 1967. 418 pp.
- Blum, M. y Nayhur, J. Psicología Industrial. México. Ed. Trillas 880 pp.

- Bradford, David T. "Early Christian martyrdom and the psychology of depression, suicide, and bodily mutilation." Ammasch State Hosp, Wilsonville, OR, US. 1990 Spr. Vol 27(1) 30 - 41pp.
- Bravo B. , P. A. , Chapa Benitez A., Hernández C. B. Amputación. Revisión de 10 años en el H. G. de México. Rev. Méd. del H. G., 1972 455-466pp.
- Bruner L. S., Suddarth N.S. Enfermería Médico Quirúrgica. Conceptos biofisicos y psicosociales relacionados con la salud y las enfermedades. Interamericana. México, 1989. Vol. 1 y 2.
- Buchanan, Denton C.; Mandell, Allain R. "The prevalence of phantom limb experience in amputees." Royal Ottawa Regional Rehabilitation Ctr., Canada. 1986 Fal Vol 31(3) 183 - 188 pp.
- Celio Mancera, J. J., Tratamiento quirúrgico y conservador en la amputación de la punta digital. Tesis U.N.A.M. 1989 28 pp.
- Claghorn, James R.; Beto, Dan R. "Self-mutilation in a prison mental hospital." Houston State Psychiatric Inst. Tex. Corrective psychiatric + journal of social therapy. Texas. 1967, Vol 13(3), 133 - 141 pp.
- Clarke, Susan; French Ronald. "Can congenital amputees achieve academically ?" American Corrective Therapy Journal. 1978 Jan - Feb. Vol 32(1) 7 - 11 pp.
- Cludy Laurence; Monique-G., Le; Raimbault, Emile; Francois, Pierre et al. " Peut-on prévoir la qualite de la reinsertion apres un traitement mutilant en cancerologie cervico-faciale." Inst Gustave Roussy, Unite de Psychologie Medicale, Villejuif, France Psychologie Medicale. 1988 Sep Vol 20(9) 1235 - 1238 pp.
- Cohen De Gavia, Guillermo C. La psicología en la salud pública. México. De. Extemporáneos 1983. 3a. edición. 179 pp.
- Collado Mesa A. et al. La reacción psicosocial del paciente con enfermedad crónica. Rev. Cubana Méd. 27(3), 107 - 113, Marzo 1988.
- Corrie, Bruce A. " From "poodle" to "turkey" for an amputees." American Corrective Therapy Journal. Duke University. 1977 Jan - Feb. Vol 31(1) 25 - 28 pp.

- Cross, Lisa W. "Body and self in feminine psychology: As illustrated by delicate self-mutilation and the eating disorders." Dissertation Abstracts International. 1991 May Vol 51(11 - B) 5570.
- Curley, Michael D.; Walsh, j: Michael; Triplett, Robert G. "Some adjustment indices of oral-maxillofacial war casualties, limb amputees, and noninjured veterans." US. Naval Medical Research Inst. 1982 Jul. Vol 147(7) 572 - 574 pp.
- Cheponis, George J. "The effects of the presentation of an amputee client on the anxiety of rehabilitation counselor trainees in a counseling interview." Dissertation Abstracts International. 1979 Dec. Vol 40(6 - A) 3113 pp.
- Darche, Mary A. "Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females." Charles River Hosp. Norwood Hosp Adolescent Psychiatric Services, Wellesley, MA, US. 1990 Win, Vol 21(1) 31 - 35 pp.
- De Canales, Francisca H. et al. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México. Editorial Limusa. 1990. 3a. reimp. 327 pp.
- De la Fuente R. La Alianza Terapéutica. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. Imp. U.N.A.M. 1987.
- De la Fuente R. La Familia. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. Imp. U.N.A.M. Nov. 1987 33 pp.
- De la Fuente R. Las bases biológicas y socioculturales de la mente y la conducta humana. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. Imp. U.N.A.M. 19 pp.
- Descalzo, A.; Masanes, P. "Etude de l'action du tiapride sur les comportements d'auto-mutilation chez les arriérés profonds." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1985 Apr-May Vol 33(4 - 5) 191 - 195 pp.
- Dixon, Dwight. "An erotic attraction to amputees." Sexuality & Disability. 1983 Spr. Vol 6(1) 3 - 19 pp.
- Doce Mil Grandes. Enciclopedia Biográfica Universal. Ed. Promexa. 1982 Vol I 237pp. y Vol VII 229pp.

- Earle, Elspeth M. "The psychological effects of mutilating surgery in children and adolescents." Middlesex Hosp., Dept of Child Psychiatry, London, England, 1979 Vol 34 527-546pp.
- Elorza Haroldo. Estadística para ciencias del comportamiento. México. Editorial Harla. 1987. 571 pp.
- El I.M.S.S y la Rehabilitación. I.M.S.S. 1984. Dir. Gral. García S. R.
- Enciclopedia Temática. Maravillas del Tiempo Humano. México. Ed. Cumbre. 1976. Vol IV. 549 pp.
- Fernald, Charles D. "The Lesh-Nyhan syndrome: Cerebral palsy, mental retardation, and self mutilation." Journal of Pediatric Psychology. 1976 Vol 1(3) 51 - 55 pp.
- Frank, Gelya. "Life history model of adaptation to disability: The case of a "Congenital Amputee". Special Issue: Disability research and policy." Social Science & Medicine. U Southern California. 1984. Vol 19(6) 639 - 645 pp.
- Frank, J. "The difficult patient: psychological responses of the hospitalized amputee war casualty." Abs. of Papers Jerusalem, Ahva Cooperative, 1972. 237 pp. (p.97).
- Frank, John L.; Herndon, James H. "Psychiatric-orthopedic liaison in the hospital management of the amputee war casualty." International Journal of Psychiatry in Medicine. 1974 Spr Vol 5(2) 105 - 114pp.
- Frank, John L. "The amputee war casualty in a military hospital: Observations on psychological management." Clinic, Philadelphia, Pa. 1973 Win Vol. 4(1) 1 - 16pp.
- Frank, Robert G. et al. "Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation." British Journal of Psychiatry. 1984 May Vol 144. 493 - 497 pp.
- Freeman, Arthur M. ; Applegate, William R. "Psychiatric consultation to a rehabilitation program for amputees." Stanford U, Medical Scholl. 1976 Jan. Vol 27(1) 40-42pp.
- Friedman, Lawrence W. "The psychological rehabilitation of the amputee." Springfield, IL: Charles C Thomas, 1978, xi 157p.

- Frierson, Robert L.; Lippmann, Steven B. "Psychiatric consultation for acute amputees." U Louisville School of Medicine, KY, US. 1987 Apr. Vol 28(4) 183 - 189 pp.
- G. A. Pryor and B.F. Meggitt. "Amputation in the foot and ankle." The Journal of Bone and joint surgery. Vol 72 - B No. 5. September 1990. 947 pp.
- Ganesan, V. "Vocational rehabilitation of the amputees: satisfactoriness." Journal of Rehabilitation in Asia, India. 1982 Vol 23(3) 16 - 20 pp.
- García, Victoria; Viniegras, Carmen R.; Alvarez Hernández, Juana, Villaescuela Padrón, Sandra. "Evaluación de un programa de psicoterapia de grupo de amputados de causa vascular." Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1985 Oct - Dec Vol 26(4) 533 - 538 pp.
- Garza, Pedro. "Case report: Occupational therapy with a traumatic bilateral shoulder disarticulation amputee." American Journal of Occupational Therapy. 1986 Mar. Vol 40(3) 194 - 198 pp.
- Gerhards, friedemann; Florin, Irmela; Knapp, Theodor. "The impact of medical, reeducational, and psychological variables on rehabilitation outcome in amputees." International Journal of Rehabilitation Research. 1984. Vol 7(4) 379 - 388 pp.
- Gilad, Issacher. "Using an elemental analysis of the motion pattern to access the work performance of amputees." Inst of Technology, Faculty of Industrial Engineering & Management, Haifa. 1982 Aug. Vol 24(4) 427 - 435 pp.
- Golden, Kenneth M. "A time for grieving: ameliorating the emotional impact of amputation and disfigurement." University of Arkansas for Medical Sciences. 1981. Vol 8(5). 17 - 18 pp.
- González Mas., R. Tratado de Rehabilitación Médica. España. Ed. Científico-Médica. 1996 Tomo II. 855 pp.
- Grahan Apley A.; Solomón L. Ortopedia y Tratamiento de Fracturas. Editorial Saluat. Barcelona. 1985. 492 pp.
- Grenshaw, A.H. "Campell" Cirugía Ortopédica. Editorial. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1988. Vol (s/n) 575 - 615 pp.

- Howard, Duane L. "Group therapy for amputees in a ward setting." Letterman US Army Medical Ctr, Dept of Nursing, San Francisco Ca., 1983 Aug. Vol 148(8) 678 - 680 pp.
- Humm, W. Rainey A.E.S. Rehabilitaci3n del amputado del miembro inferior. Editorial J.I.M.S. Barcelona, 1985.
- J. Ivan Krajbich. "Modified van nes rotationplaty in the treatmer of malignant neoplasms in the lower estremities of children." Clinical Orthopedics and Research. No 262. Enero 1991 74 - 77 pp.
- Jens Lind. et alli. "The influence of smofjking on complications after primary amputations after the lower extremity." Clinical Orthopedies and Related Research. No. 267. Junio 1991. 210 - 217 pp.
- John E. Bossert and Arthur N. Freeman III. "Emotional Aspects Surgery". Psychiatry for the primary care physician. Editorial SANS Tache, Williams & Wilkins. USA. 1981 109 pp.
- Johnson, Elmer H.; Britt, Benjamin. Self-mutilations at the mental health clinic. Self-Mutilations in Prisons Research Report, 1967. 418 p. (pp. 1 - 54).
- Kashani, Javad H. et al. "Depression among amputees." Journal of Clinical Psychiatry. 1983 Jun. Vol 44(7) 256 - 258 pp.
- Keller F., S. La defici3n de la Psicolog3a. M3xico. Ed. Trillas. 1985 880 pp.
- Khoury, Sami A. "Evaluation of amputees." International Journal of Rehabilitation Research. 1983 Dec. Vol 6(4) 449-454 pp.
- Kohn, Kate H.; Perlman, Lawrence; Neumann, Marcel. "A Multiphasic study of lower extremity amputees." Schwab Rehabilitation Hosp., Chicago. 1967 Vol 199(8). 537-542 pp.
- Krueger, D.W. Psicologia dela Rehabilitaci3n. Barcelona. Ed. Herder. 1988. 467pp.
- Kusen. et alli. Medicina F3sica y Rehabilitaci3n. Editorial M3dica Panamericana. Buenos Aires. 1988.
- Lapierre, Y. D.; Reesal, R. "Pharmacologic management of agressivity and self-mutilation in the mentally retarded." Psychiatric Clinics of North America. 1986 Dec. Vol 9(4) 745 - 754 pp.

- Lindesay, James. "Validity of the General Health Questionnaire in detecting psychiatric disturbance in amputees with phantom pain." Journal of Psychosomatic Research. 1986. Vol 30(3) 277 - 281 pp.
- Lipkin, Gladys B.; Coohen, Roberts G. Atención emocional del Paciente. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1984. 287 pp.
- Masters y Johnson. La sexualidad humana. Barcelona. Ed. Grijalbo. 1991. Vol I. 224pp.
- Mendizabal, V.P. Las amputaciones en Ortopedia. Rev. Méd. del H.G. No. 11, 1944. 189 - 198 pp.
- Mendizabal, V.P. La ortopedia quirúrgica en la guerra. Rev. Méd. del H.G. No. 11, 1944. 225 - 233 pp.
- Morales Luna, Gustavo. Amputación Inmediata en extremidades pélvicas severamente lesionadas. Tesis U.N.A.M. 1993, 42 pp.
- Mourad, Mahmoud; Chiu, Wu Shung. "Marital-sexual adjustment of amputees." Medical Aspects of Human Sexuality. George Washington University Medical Center. 1974. Vol 8(2). 47 - 49, 51, 57 pp.
- Munroe, Barbara; Nasca, Richard J. "Rehabilitation of the upper extremity traumatic amputee." Dept. Of Occupational Therapy, Naval Hospital, Philadelphia, Military Medicine. 1975. Vol 140(6). 402 - 409 pp.
- Nichols, P.J.R. Rehabilitación en Medicina. Tratamiento de la incapacidad física. Editores Salvat. Barcelona. 1985.
- P.A., Robertson. "Objective Scoring to predict amputation in severe lower limb trauma." The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 72-B No. 5, September 1990 943 pp.
- Páramo Díaz, M.; et al. Rutina para pacientes Amputados en el Hospital General de México. Rev. Médica del H.G., 1972 455 - 467 pp.
- Parkes, C. Murray. "Factors determinine the persistence of phantom pain in the amputee." Journal of Psychosomatic Research. 1973 Mar. Vol. 17(2) 97 - 108 pp.
- Petor E., Nathan Sandra. Psicopatología y Sociedad. Editorial Trillas 19. 552 pp.

- Poussin, Gerard. "Self-mutilating behaviors: research on a group of "mental defectives" in a psychiatric hospital." Psychiatrie de l'Enfant (Paris). 1978. Vol. 21(1). 67 - 131pp.
- Prasad, R.; Mukherjee, A.; Varma, S.K. "Personality problems of amputees." Journal of Rehabilitation in Asia. (Bombay, India) 1971, Vol.12(3) 19 - 21 pp.
- Ramos Vizcaino, C.A.; et al. Prótesis para amputación de M.S. abajo de codo y muñon corto. Tesis, U.N.A.M., 1985
- Rial Blanco, N. " Algunos aspectos psicológicos y sociales en la rehabilitación del amputado por afección vascular." Rev. Cubana No.28. Sept. - Oct. 1989. 447 - 453 pp.
- Roberts, Marjorie K. " Change in self-concept of leg amputees after prosthetic replacement." Dissertation Abstracts International. 1970, Dec., Vol. 31(6 - B), 3713 - 3714 pp.
- Rogers, Joy; MacBride, A.; Whyllie, B.; Freeman,S.J. "The use of groups in the rehabilitation of amputees." International Journal of Psychiatry in Medicine. 1977-78. Vol. 8(3) 243 - 255 pp.
- S.S.A. Plan Nacional de Salud. Editorial Talleres Gráficos de la Nación. México. 1974.
- Sherman, Richard A.; Sherman, Crystal J. "A comparison of phantom sensations among amputees whose amputations were of civilian and military origins." Dept. of Clinical Investigation, Ft Gordon, GA. 1985, Jan. Vol 21(1),91-97 pp.
- Silder, P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. México, Editorial Paidós. 1989. 301 pp.
- Shontz, Franklin C. " Comment on "Severity of disability as related to the personality and prosthetic adjustment of amputees." Psychological Aspects of Disability. 1971, Jul., Vol. 18(2), 76 - 78 pp.
- Shukla, G.D.; Sahu, S.C.; Tripathi, R.P.; Gupta, D.K. " A psychiatric stdy of amputees." British Journal of Psychiatry. 1982, Jul., Vol. 141, 50 - 53 pp.
- Simeon, Daphne; Stanley, Barbara; Frances, Allen J.; Mann, John; et al. " Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates." American Journal of Psychiatry. 1992, Feb., Vol. 149(2), 221 - 226 pp.

- Simon, Gottlieb C. "Construction of a univocal measure of positive attitudes toward people and its relation to change in attitude toward amputees." Dissertation Abstracts International. 1971, Nov., Vol. 32(5 - B), 2990p.
- Singleton, Cheryl R. "Indicators of social adjustment in juvenile amputees and implications for psychological intervention." Dissertation Abstracts International. 1985, Apr., Vol. 45(10 -B), 3347p.
- Slarkev, Karl A. Intervención en Crisis. México. Ed. El manual moderno. 1988. 313pp.
- Smeets, Paul M. "Some characteristics of mental defectives displaying self-mutilative behaviors." Training School Bulletin. 1971, Aug., Vol. 68(2), 131 - 135 pp.
- Soberón G., Kumate J. y Laguna, J. XLIII. Rehabilitación. Ibarra G.L. México, 1988.
- Sociedad de Cirugía Hospital Juárez. Intervención del Psicólogo- Características comunes en los amputados- Ajuste psicológico. Fahrsthal matilde (Comp.) Dr. Ramiro Valdés y Valdés. Victor Espinosa y de León. 146 pp.
- Sociedad de Cirugía Hospital Juárez. La rehabilitación integral del amputado en el Instituto Mexicano de Rehabilitación. Vales Ancona Luis. (Comp.) Vldés y Valdés, R. Espinosa y de León, V. 146 pp. 1961 - 1962.
- Sotelano, F. Equipamiento protésico definitivo en amputados de miembro inferior. Prensa Médica Argentina, No. 70., 1983, 756 - 770 pp.
- Steffen, H.; Brosse-Strauss, I; Brands, D. "Psychological preparation for body altering operations in childhood: preparation of two siblings for lower leg amputation." Monatsschrift für Kinderheilkunde. 1977. Vol. 125(1), 22 - 27pp.
- Target:: outside World. "Nursing the amputee." American Journal of Nursing. 1973. Vol. 73(6), 1024 - 1027 pp.
- Tebbi, Cameron K.; Mallon, Janis C. "Long-term psychological outcome among cancer amputees in adolescence and early adulthood." Journal of Psychosocial Oncology. 1987, Win., Vol. 5(4), 19 - 82 pp.

- Thomas Kenneth R.; Davis, Robert M.; Hochman, Marcy E. "Correlates of disability acceptance in amputees." Rehabilitation Counseling Bulletin. 1976, Mar., Vol. 19(3), 508 - 511 pp.
- Turgay, Atilla; Sonuvar, Birsen. "Emotional aspects of arm or leg amputation in children." Canadian Journal of Psychiatry. 1983, Jun., Vol. 28(4), 294 - 297 pp.
- Valdespino Gómez, V.M. Tumores Oseos. Estadística Clínica. Rev. Mex. Ortop. Vol. 4, 1990. 73 - 78 pp.
- Valdespino G.,V.; et al. Tumores Oseos. Estadística en relación a sexo, edad y sitio. Rev. Mex. Ortop. Traum. Vol. 4. 1990. 68 - 72 pp.
- Valencia Carbajal, H. Sistematización del tratamiento de las amputaciones de punta digital. Tesis U.N.A.M. 1989. 38pp.
- Vázquez, G.; Vela González. La ortopedia en el siglo XXI. Rev. Méd. Ort. Traum. No.4, 1990, 67 - 77 pp.
- Victoria, c.R.; et al. Reacción emocional del paciente amputado de causa vascular. Rev. Cubana Médica. No. 21., Jul. - Ago., 1982, 387 - 391 pp.
- Vitalli, Miroslaw; et al. Amputaciones y Prótesis. Barcelona. Editorial JIMS, 1985.
- Weiss, Samuel A. "Reply to Shontz's comment on, Severity of disability as related to the prosthetic adjustment of amputees." Psychological Aspects of Disability. 1971, Nov., Vol 18(3), 125 - 130 pp.
- Weiss, Samuel A.; Fishman, Sidney; Krause, Fred. "Severity of disability as related to the prosthetic adjustment of amputees." Psychological Aspects of Disability. 1971, Nov., Vol 18(2), 67 - 75 pp.
- Williams, Frederick. Razonamiento Estadístico. México. Interamericana. 1972. 2a. edición. 189 pp.
- Willis, Constance H.; Harford, Thomas; Eddy, Barbara. "Comparison of samples of amputees and nonamputees subjects on the Strong Vocational Interest Blank." Journal of Counseling Psychology. 1970. Vol. 17(4), 310 - 312 pp.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E.N.E.P.I

El presente cuestionario tienen como propósito conocer la opinión de las personas que han perdido una extremidad de su cuerpo, así, como las consideraciones que viven o vivieron antes y después de su tratamiento radical.

La información es confidencial, favor de contestar con veracidad. Indique con una X ó con un círculo el inciso que seleccione. De antemano agradecemos su colaboración.

Sexo (FEM.) (MASC.) Ocupación _____ Edad ____ Edo. Civil _____
 Grado de estudios _____ No. de Hijos _____ Originario _____
 Residencia _____ Religión _____ Institución donde le realizaron el
 tratamiento _____

1.- ¿ El móvil que genero su cambio físico fue ?

- 1) Enfermedad.
- 2) Accidente inesperado (vía pública).
- 3) Accidente de trabajo.
- 4) Secuela de un tratamiento.
- 5) Tumor maligno.
- 6) Malformación congénita.

2.- ¿ Cuánto tiempo de evolución duró su padecimiento antes del tratamiento radical ?

- 1) Una semana.
- 2) Un mes.
- 3) Tres meses.
- 4) Seis meses.
- 5) Un año o más.

3.- ¿ Cuánto tiempo tienen que le realizaron la amputación ?

- 1) Un año.
- 2) Dos años.
- 3) Tres años.
- 4) Menos tiempo.
- 5) Más tiempo.

4.- ¿ Cuántos días permaneció usted hospitalizado ?

- 1) 10 días.
- 2) 20 días.
- 3) 30 días.
- 4) Más de 30 días.

5.- ¿Cuántas veces reingresó al hospital después de su tratamiento radical, para modificación de su muñón ?

- 1) 2 veces.
- 2) 4 veces.
- 3) 10 veces.
- 4) No fue necesario.

6.- ¿Cuál es la pieza de su cuerpo que perdió ?

- 1) Brazo derecho completo.
- 2) Brazo izquierdo completo.
- 3) Mano (derecha o izquierda).
- 4) Desarticulación de cadera.
- 5) Miembro inferior (muslo, pierna o pie).
- 6) Ambos miembros (superiores o inferiores).

7.- ¿ El nivel de amputación que sobrelleva es ?

- 1) Por arriba del codo o por abajo del codo.
- 2) Desarticulación de muñeca (mano) izq. o der..
- 3) Arriba de la rodilla o por debajo de la rodilla.
- 4) De pie derecho o izquierdo.
- 5) Desarticulación de extremidad superior o inferior.

8.- ¿ Qué tipo de rehabilitación recibió o recibe usted ?

- 1) Rehabilitación física.
- 2) Rehabilitación emocional.
- 3) Capacitación para desarrollar otras habilidades.
- 4) Todas las anteriores.
- 5) Ninguna de las anteriores.

9.- ¿ Recibió usted atención Psicológica antes de perder la pieza de su cuerpo ?

SI NO

Porqué: _____

10.- ¿ Después de su amputación recibió, usted atención Psicológica ?

SI NO

Porqué: _____

11.- ¿ Estuvo de acuerdo con su tratamiento radical ?

SI NO

Porqué: _____

12.- ¿Quién le informó de su amputación como única alternativa ?

- 1) Su médico tratante.
- 2) Trabajador social.
- 3) Enfermera.
- 4) Psicólogo.
- 5) Un familiar.

13.- ¿ Quién aceptó que se realizara su tratamiento radical ?

- 1) Usted.
- 2) Un familiar.
- 3) El médico.

14.- ¿ Cuándo le comunicaron que su amputación era un hecho, usted: ?

- 1) Intentó otras alternativas de tratamiento.
- 2) Buscó la opinión de otros profesionales.
- 3) Se sintió desilusionado.
- 4) No podía creerlo.
- 5) Tuvo una aparente aceptación.
- 6) Pensó en su familia.

15.- ¿ Compartió su tristeza con sus familiares cuando le comunicaron el tratamiento radical ?

SI NO

Porqué: _____

16.- ¿ Durante su duelo compartió su incertidumbre y angustia, con: ?

- 1) Enfermeras.
- 2) Médico de guardia.
- 3) Trabajo social.
- 4) Dietología.
- 5) Personal de intendencia.
- 6) Médico tratante.
- 7) Nadie.

17.- ¿ Durante su recuperación del tratamiento radical la atención fue: ?

- 1) Cálida
- 2) Amable.
- 3) Humana.
- 4) Comprensiva.
- 5) Todas las anteriores.
- 6) Ninguna de las anteriores.

18.- ¿ Cree usted que no debería existir el tratamiento radical ?

SI NO

Porqué: _____

19.- ¿ Cree usted que no deberían existir enfermedades y accidentes ?

SI NO

Porqué: _____

20.- ¿ Qué efectos le provocó la pérdida de una pieza de su cuerpo ?

- 1) Alteración de su organización familiar.
- 2) Alteración de su estado de salud en general.
- 3) Alteración de su estado emocional.
- 4) Truncamiento de sus planes.
- 5) Todas las anteriores.
- 6) Ninguna de las anteriores.

21.- ¿ Cree usted que la pérdida de una pieza de su cuerpo modificó la mayoría de sus actividades ?

SI NO

Porqué: _____

22.- ¿ Cambió el trato de su familia después de su amputación ?

- 1) Siguen siendo como siempre.
- 2) Me sobreprotegen.
- 3) Me motivan a que continúe rehabilitándome en todos los aspectos como persona..
- 4) Se avergüenzan de mí..
- 5) Me han abandonado.
- 6) Me hacen sentirme inútil.

23.- ¿ Quién lo ayuda en su nuevo estilo de vida ?

- 1) Papá.
- 2) Mamá.
- 3) Hermanos.
- 4) Toda la familia.

24.- ¿ El que su familia lo auxilie a realizar algunas actividades le resulta ?

- 1) Muy agradable.
- 2) Nada agradable.
- 3) Me agrada.
- 4) Me hacen sentirme inútil.

25.- ¿ Cree usted que después de la pérdida de su pieza corporal existe ?

- 1) Mejor comunicación con su esposa.
- 2) Mejor comunicación con sus hijos.
- 3) Mejor comunicación con toda la familia.

- 4) Se identifica mejor que antes de la modificación física.
 5) Todas las anteriores.
 6) Ninguna de las anteriores.

26.- ¿ Cree usted que su nueva imagen sea un obstáculo para tener relaciones afectivas?

SI NO

Porqué: _____

27.- ¿ Cree usted que su tratamiento radical le impide exteriorizar lo que siente o piensa ?

SI NO

Porqué: _____

28.- ¿ Cree usted que su nueva imagen le afectó en sus relaciones maritales?

SI NO

Porqué: _____

29.- ¿ Ante el aguardo del tratamiento radical y después del mismo le provocó alguna de las siguientes alteraciones ?

	Nunca	Alg. Vec.	C/frec.	Siempre
1.- Dolor de cabeza.	_____	_____	_____	_____
2.- Manos sudorosas	_____	_____	_____	_____
3.- Interrupción del sueño.	_____	_____	_____	_____
4.- Taquicardia.	_____	_____	_____	_____
5.- Hipertensión.	_____	_____	_____	_____
6.- Hipotensión.	_____	_____	_____	_____
7.- Insomnio.	_____	_____	_____	_____
8.- Ronchas en la piel.	_____	_____	_____	_____
9.- Dolor en diferentes partes de su organismo.	_____	_____	_____	_____
10.- Malestar en general.	_____	_____	_____	_____
11.- Caída del cabello.	_____	_____	_____	_____
12.- Nauseas.	_____	_____	_____	_____
13.- Dolor muscular.	_____	_____	_____	_____

30.- ¿ Ante la espera de su tratamiento radical (amputación de la extremidad de su cuerpo) y después del mismo le ha afectado alguna de las actividades ?

	Nunca	Alg. vec.	C/frec.	Siempre
1.- Alteración en su eficacia.	_____	_____	_____	_____
2.- Alteración en las labores que desempeñaba.	_____	_____	_____	_____

- 3.- Interrupción de su trabajo.
- 4.- Permanecer más tiempo en su hogar.
- 5.- Dormir más tiempo de lo acostumbrado.
- 6.- Dormir menos tiempo.
- 7.- Alteración en la dinámica familiar.
- 8.- Interrupción de su rol de jefe de familia.
- 9.- Interrupción de sus ingresos íntegros.
- 10.- Problemas de traslación a su trabajo.
- 11.- Modificación de sus alimentos.
- 12.- Comer más de lo acostumbrado.
- 13.- Pérdida del apetito.
- 14.- Modificación en su vestuario.
- 15.- Modificación en sus actividades.
- 16.- Usar aparatos auxiliares.
- 17.- Interrumpir sus estudios.
- 18.- Interrumpir sus deportes.
- 19.- Interrumpir sus proyectos inmediatos y a largo plazo.
- 20.- Estar de mal humor.
- 21.- Prefiere permanecer más tiempo solo.
- 22.- No realizar nada.
- 23.- Permanecer más tiempo ante la TV.
- 24.- Interrupción de sus convivencias familiares.
- 25.- Intercadencia en la participación de las labores del hogar.
- 26.- Llevar a los niños a la escuela.
- 27.- Visitar más hospitales para su rehabilitación.
- 28.- Llorar con facilidad.
- 29.- No realizar lo que le gusta.
- 30.- Alteración en sus actividades culturales.

31.- ¿ Ante la espera de su tratamiento radical (amputación de su extremidad), y después del mismo le provocó alguna de las siguientes situaciones ?

	Nunca	Alg. vec.	C/frec.	Siempre
1.- Tristeza.	_____	_____	_____	_____
2.- Angustia.	_____	_____	_____	_____
3.- Deseos de llorar.	_____	_____	_____	_____
4.- Desilusión.	_____	_____	_____	_____
5.- Impotencia.	_____	_____	_____	_____
6.- Insomnio.	_____	_____	_____	_____
7.- Coraje.	_____	_____	_____	_____
8.- Dolor.	_____	_____	_____	_____
9.- Temor.	_____	_____	_____	_____
10.- Desesperación.	_____	_____	_____	_____
11.- Le preocupaba su nueva imagen.	_____	_____	_____	_____
12.- Inseguridad.	_____	_____	_____	_____
13.- Inquietud ante el futuro.	_____	_____	_____	_____
14.- Temor a que sus seres queridos se alejaran de usted.	_____	_____	_____	_____
15.- Recelo a que su esposa o novia lo abandonara.	_____	_____	_____	_____
16.- Aflicción porque tal suceso modificaba sus relaciones afectivas con los que le rodeaban e interactuaba.	_____	_____	_____	_____
17.- Desconsuelo porque sus relaciones afectivas podrían transformarse.	_____	_____	_____	_____
18.- Inquietud de como reaccionarían sus hijos.	_____	_____	_____	_____
19.- Incertidumbre porque las relaciones afectivas son básicas en el ser humano durante su recuperación.	_____	_____	_____	_____
20.- Pesar porque dejaran de quererlo.	_____	_____	_____	_____
21.- Pesar porque nolo aceptarán con su nueva personalidad.	_____	_____	_____	_____
22.- Congoja porque ya no sería el mismo.	_____	_____	_____	_____
23.- Inquietud por lo que usted y su familia vivían.	_____	_____	_____	_____
24.- Angustia por su familia.	_____	_____	_____	_____
25.- Conto con su familia durante su hospitalización y rehabilitación.	_____	_____	_____	_____
26.- Su familia se mostró más comprensiva y motivo para superar su pérdida.	_____	_____	_____	_____
27.- Su familia se alejó y visitaba con menos regularidad.	_____	_____	_____	_____
28.- Temía la reacción de su familia.	_____	_____	_____	_____
29.- Temor de que sus relaciones maritales cambiaran o fuese rechazado.	_____	_____	_____	_____

- 30.- Tristeza porque no realizaba sus actividades elementales. _____
- 31.- Angustia porque modificaría la mayoría de sus actividades. _____
- 32.- Congoja porque modificaría la mayoría de sus actividades. _____
- 33.- Nostalgia porque le sugieran una pensión. _____
- 34.- Nostalgia porque lo etiquetaban por su apariencia física. _____
- 35.- Congoja porque le tuvieran compasión. _____
- 36.- Incertidumbre porque le manifestaron que su estado de salud sería bueno para la vida y malo para la función. _____
- 37.- Incertidumbre ante lo que tendría que capacitarse. _____
- 38.- Desesperación por la espera de consulta médica. _____
- 39.- Seguridad de que saldría adelante. _____
- 40.- Confianza de que su nuevo aspecto físico no sería un obstáculo para renovar sus actividades. _____
- 41.- Creía en usted y en su familia. _____
- 42.- Amaba su cuerpo como tal. _____
- 43.- Tenía fortaleza suficiente para organizarse de nuevo en todos los aspectos como ser humano. _____
- 44.- Confianza de que su nuevo físico e imagen no le impedirían exteriorizar su afecto por lo demás. _____

32.- ¿ Ante la espera de su tratamiento radical (pérdida de una extremidad de su cuerpo), y después del mismo le provocó alguna de las siguientes situaciones ?

Nunca Alg. vez. C/frec. Siempre

- 1.- Desacuerdos con su familia inmediata. _____
- 2.- Altercados con su novia o esposa. _____
- 3.- Se irritaba con facilidad. _____
- 4.- Preferiría que sus amigos no lo visitaran. _____
- 5.- Le agradaría que lo trataran como lo que es, una persona. _____
- 6.- Le agrada o le agradaba estar más tiempo solo. _____
- 7.- Le molesta o le incomoda que lo miren con compasión. _____

- 8.- Su nueva imagen le impide que usted continúe con su vida social como todos. _____
- 9.- Su cambio físico es obstáculo para que usted desarrolle lo que le gusta. _____
- 10.- Cuenta con el apoyo de su familia. _____
- 11.- Cuenta con el apoyo de sus Amistadas. _____
- 12.- Tienen más amigos ahora. _____
- 13.- No tiene amigos. _____
- 14.- Cambió sus amistades después de su modificación física. _____
- 15.- Estima que usted puede desplazarse solo. _____
- 16.- No importa la limitación física sino lo que se lleva en el alma. _____
- 17.- Ahora tiene mayor importancia la vida para usted. _____
- 18.- Aprecia más su estructura anatómica. _____
- 19.- Valora lo maravilloso que es el cuerpo humano. _____
- 20.- Estima que el cuerpo íntegro es la base para realizar todo lo que se desea en la vida. _____
- 21.- Socialmente usted ha recibido apoyo. _____
- 22.- Ha tenido experiencias de rechazo por la comunidad. _____
- 23.- Nadie modificó su trato hacia usted después de su cambio físico o imagen. _____
- 24.- Le agrada que después de su nueva imagen lo protejan. _____
- 25.- Le molesta que lo sobreprotejan. _____
- 26.- El que lo sobreprotejan le impide desplazarse con seguridad. _____
- 27.- El que lo sobreprotejan es un obstáculo para tener amigos. _____
- 28.- Su nueva imagen le produce inseguridad. _____
- 29.- Su nueva imagen le impide cortejar a una persona del sexo opuesto. _____
- 30.- Su nueva personalidad es un obstáculo para expresar lo que le agrada o disgusta. _____
- 31.- Estima que los demás puedan lastimarlo verbalmente o por sus expresiones faciales. _____
- 32.- Le da vergüenza su nueva imagen. _____
- 33.- Estima que la experiencia vivida le ha permitido ser más reservado. _____
- 34.- El perder una pieza del cuerpo, es motivo para cambiar de carácter. _____
- 35.- El perder una pieza del cuerpo, permite modificar todo lo que una persona es, en conjunto con su familia. _____
- 36.- Estima que su modificación corporal limita funciones. _____
- 37.- Considera que puede capacitarse para adquirir su propia autonomía. _____

- 38.- Evalúa que la pieza ausente que sobrelleva es la que determina el estado anímico de la persona. _____
- 39.- Considera que todos los amputados merecen respeto. _____
- 40.- Considera que los amputados deben recibir atención adecuada. _____
- 41.- Considera que el vivir sin una extremidad del cuerpo crea predilección. _____
- 42.- Considera que se debe justificarse constantemente por su nueva imagen. _____
- 43.- Cree usted que su nueva imagen le permite engañar a los demás. _____
- 44.- Cree usted que su nueva imagen asusta a los demás. _____
- 45.- Admite que usted es una persona valiosa. _____
- 46.- Opina que usted podrá obtener adiestramiento adecuado para desarrollarse socialmente. _____
- 47.- Entiende que en ocasiones se viven experiencias difíciles que lastiman a una persona. _____
- 48.- Cree usted que todas las personas que han perdido una extremidad de su cuerpo merecen respeto y oportunidades como los demás. _____

33.- ¿ Ante el aguardo de su tratamiento definitivo (amputación de su extremidad corporal), y después del mismo le provocó algunas de las siguientes situaciones ?

- | | Nunca | Alg. Vec. | C/frec | Siempre |
|---|-------|-----------|--------|---------|
| 1.- Deseos de llorar. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2.- Indignación. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3.- Pensar que es injusto. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4.- Pensamientos de suicidio. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5.- Pensamientos de un futuro incierto. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6.- Le preocupaba la modificación de su cuerpo. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7.- Pensar que tal hecho no le permitiría hacer lo que le gusta. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8.- Meditaba el trato que recibiría de los demás. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 9.- Imaginaba que todos lo mirarian con lástima. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10.- Reflexionaba sobre lo que viviría. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 11.- Pensar que nadie lo entendería o entiende. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 12.- Imaginaba que sólo usted sufría. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 13.- Juzgaba con mucha ira el futuro que le esperaba. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 14.- Se figuraba o imaginaba que su cuerpo está íntegro. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 15.- Pensar que la pieza ausente está presente. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 16.- Ideaba los cambios que debía enfrentar en futuro. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 17.- Meditaba que al perder una pieza de su cuerpo le permitiría identificarse con usted mismo. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 18.- Reflexionaba sobre lo que le había provocado su cambio físico y vida. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 19.- Profundizaba en sus proyectos y logros obtenidos en la vida. | _____ | _____ | _____ | _____ |

- 20.- Observaba más detenidamente lo que le rodeaba, su familia, su trabajo, ilusiones, personal... _____
- 21.- Repasaba los cambios que debía hacer en su vida. _____
- 22.- Meditaba sobre el futuro de su familia. _____
- 23.- Imaginaba que su nueva imagen le limitaría para expresar sus sentimientos a la persona amada. _____
- 24.- Le preocupaba que su pareja cambiara con usted en todos los aspectos. _____
- 25.- Le preocupaba que sus hijos no lo trataran como antes. _____
- 26.- Meditaba sobre el regreso a su casa. _____
- 27.- Pensaba que su rol como jefe de familia sufría cambios. _____
- 28.- Actualmente siente la extremidad de su cuerpo. _____
- 29.- Persiste la idea de un suicidio. _____
- 30.- Concibe con ira actualmente lo que genera la pérdida una extremidad del cuerpo. _____
- 31.- Considera que puede ser un castigo. _____
- 32.- Piensa que la amputación fue un acto oportuno para prolongar su vida y disfrutar su familia. _____
- 33.- Reflexiona sobre el tiempo transcurrido, y ello no ha sido obstáculo para desarrollar otras actividades que le satisfacen como persona. _____
- 34.- Ha observado que su familia lo trata igual y lo felicita por sus logros y desempeño en su hogar-comunidad. _____
- 35.- Actualmente piensa que el perder una extremidad del cuerpo no impide realizar otras actividades. _____
- 36.- Considera, que la amputación de su extremidad genera varias modificaciones. _____
- 37.- Piensa que con el apoyo de la familia los cambios que trae una amputación son menos dolorosas. _____
- 38.- Piensa sobre el valor que posee el cuerpo humano. _____
- 39.- Razona sobre las pesadillas que tenía antes de su tratamiento. _____
- 40.- Le preocupa la opinión y comentarios de los demás. _____
- 41.- Le preocupa la opinión negativa de otras personas significativas para usted. _____
- 42.- Meditaba o reflexiona nuevas formas de como hacer lo que le gusta. _____
- 43.- Piensa las diferentes maneras de organizarse nuevamente con su familia y trabajo. _____
- 44.- Considera que el futuro es menos incierto porque posee reservas habilitatorias. _____
- 45.- Profundiza que tiene una familia que lo necesita y lo quiere. _____
- 46.- Temor de perder su trabajo. _____

HOJA DE RESPUESTAS

MARQUE CON UNA X EL NUMERO O LETRA QUE CORRESPONDE, A LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO.

	29 (1) (2) (3) (4)	31 (1) (2) (3) (4)	32 (1) (2) (3) (4)	33 (1) (2) (3) (4)
	1. ---	1. ---	1. ---	1. ---
SEXO (FEM.)	2. ---	2. ---	2. ---	2. ---
(MASC.)	3. ---	3. ---	3. ---	3. ---
Ocupacion _____	4. ---	4. ---	4. ---	4. ---
EDAD _____	5. ---	5. ---	5. ---	5. ---
EDO. CIVIL _____	6. ---	6. ---	6. ---	6. ---
GRAD. EST. _____	7. ---	7. ---	7. ---	7. ---
NO. DE HIJOS _____	8. ---	8. ---	8. ---	8. ---
ORIGINARIO _____	9. ---	9. ---	9. ---	9. ---
RESIDENCIA _____	10. ---	10. ---	10. ---	10. ---
RELIGION _____	11. ---	11. ---	11. ---	11. ---
HOSPITAL _____	12. ---	12. ---	12. ---	12. ---
1 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	13. ---	13. ---	13. ---	13. ---
2 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	14. ---	14. ---	14. ---	14. ---
3 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	30 (1) (2) (3) (4)	15. ---	15. ---	15. ---
4 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	1. ---	16. ---	16. ---	16. ---
5 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	2. ---	17. ---	17. ---	17. ---
6 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	3. ---	18. ---	18. ---	18. ---
7 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	4. ---	19. ---	19. ---	19. ---
8 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	5. ---	20. ---	20. ---	20. ---
9 (1) (2) _____	6. ---	21. ---	21. ---	21. ---
10 (1) (2) _____	7. ---	22. ---	22. ---	22. ---
11 (1) (2) _____	8. ---	23. ---	23. ---	23. ---
12 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	9. ---	24. ---	24. ---	24. ---
13 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	10. ---	25. ---	25. ---	25. ---
14 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	11. ---	26. ---	26. ---	26. ---
15 (1) (2) _____	12. ---	27. ---	27. ---	27. ---
16 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	13. ---	28. ---	28. ---	28. ---
17 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	14. ---	30. ---	29. ---	29. ---
18 (1) (2) _____	15. ---	31. ---	30. ---	30. ---
19 (1) (2) _____	16. ---	32. ---	31. ---	31. ---
20 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	17. ---	33. ---	32. ---	32. ---
21 (1) (2) _____	18. ---	34. ---	33. ---	33. ---
22 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	19. ---	35. ---	34. ---	34. ---
23 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	20. ---	36. ---	35. ---	35. ---
24 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	21. ---	37. ---	36. ---	36. ---
25 (A) (B) (C) (D) (E) (F)	22. ---	38. ---	37. ---	37. ---
26 (1) (2) _____	23. ---	39. ---	38. ---	38. ---
27 (1) (2) _____	24. ---	40. ---	39. ---	39. ---
28 (1) (2) _____	25. ---	41. ---	40. ---	40. ---
	26. ---	42. ---	41. ---	41. ---
	27. ---	43. ---	42. ---	42. ---
	28. ---	44. ---	43. ---	43. ---
	29. ---		44. ---	44. ---
	30. ---		45. ---	45. ---
			46. ---	46. ---
			47. ---	
			48. ---	