

ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

"IMPACTO PSICOLOGICO EN PACIENTES
AMPUTADOS EN EDAD PRODUCTIVA".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LAURA VICTORIA VAZQUEZ MORALES

DIRECTOR DE TESIS: LOURDES GARCIA CASTRO

MEXICO, D. F.

1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

EFICACIA DE LA PACIENCIA.

Nada te turbe,
nada te espante,
todo se pasa,
Dios no se muda,
la paciencia
todo lo alcanza;
quien a Dios tiene
nada le falta:
sólo Dios basta.

(OBRA DE SANTA TERESA DE JESUS, 1956).

Gracias a Dios por haberme permitido nacer dentro de esta familia, en la cual he logrado realizar una de mis más grandes metas; y le pido que guie mis pasos dandeme la fuerza necesaria y sabiduria para llegar a ayudar a mis semejantes.

A MIS PADRES:

Por toda la confianza que depositarón en mí, ya que sin su estímulo no hubiera llegado a donde estoy.

A mi MADRE, por su entereza y fortaleza, por su entrega y amor que me ha brindado; guiándome siempre y enseñándome el camino recto para llegar a este momento. "Gracias Mami".
Con todo cariño y amor.

A mi PADRE, gracias por todo el amor y apoyo que me has dado, sin el cual no hubiera podido llegar a esta etapa de mi vida. "Gracias Papi".
Con todo cariño y amor.

A mi hermano:

Por el cariño, amor y apoyo
que me has dado.

Claudia gracias por todo.

Los quiero mucho.

A mis abuelos:

Austreberto.

Marciana , Filiberto , Ana Ma-
ria y Consuelo (q.e.p.d.).

A mis tíos:

Magdalena (Mimi), Rosita (Yella),
Estela (Má), Arturo , Ana Maria
(q.e.p.d.), Antonio , Estela G.,
Filiberto (q.e.p.d.); por su amor
y comprensión.

A mis primos:

Rafael, Norma, Ana Estela, Victor, Carlos, Leticia R., Alberto, Mari-cela, Leticia, Rafael L., Carmela, Manuel, Magdalena, Alberto G., Diana y Mónica; por todos los momentos felices que hemos compartido juntos.

A mis sobrinos:

Sandra, Roberto, Ramiro, Eduardo, Sergio, Luis Enrique, Victor, Miguel Angel, Alan, Alfredo, Ximena, Maria Fernanda, Rafael y Salvador; por la alegría de tenerlos.

A mis amigos:

Que contribuyeron con su alegría y entusiasmo para darme apoyo en la realización de este trabajo.

A la Facultad de Psicología de la
U.N.A.M.

A la Universidad Femenina de México por
sembrar en mí la semilla que hoy germi-
na.

A mis maestros:
Quienes a través de sus clases
me enseñaron a comprender más
al ser humano, para así poder
brindarle la ayuda necesaria.

A mis asesores:
Por los consejos recibidos pa-
ra la elaboración de este tra-
bajo.

A mis compañeras de generación con las
que compartí tantas experiencias.

Gracias a la Unidad de Medicina Física de
Rehabilitación del I.M.S.S. por haberme
permitido realizar este trabajo.

Así mismo:

Al DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ,
DRA. DORIS BEATRIZ RIVERA IBARRA,
DR. JULIO CESAR BESSER LOPEZ,
DR. CARLOS CASTELLANOS LOPEZ,
PSIC. MA. DEL SOCORRO BARRAGAN PAZOS.

POR SU AYUDA Y COOPERACION.

HOMBRE.
(FRAGMENTO)

...Cuando el hombre dedica su tiempo de esparcimiento, descanso y sueño, para dedicarse al estudio e investigación con el fin de rehabilitar a un ser que ha sido mutilado de su cuerpo, mente y espíritu..... es casi un Hombre.

Pero cuando el hombre aplica sus conocimientos para devolver su sonrisa al ser que ha caído, pero que lucha por levantarse y lograr verlo firme, de pie.....es un HOMBRE.

Anónimo.

I N D I C E .

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. AMPUTACION.	
1.1. Antecedentes históricos de la amputación	3
1.2. Causas de la amputación	5
1.2.1. Enfermedad	5
1.2.2. Malformaciones congénitas	6
1.2.3. Accidente	6
1.3. Niveles y complicaciones de la amputación	8
1.4. Cuidados pre y post operatorios inmediatos	12
1.5. Reacciones psicológicas del paciente amputado	15
1.6. Proceso de rehabilitación del amputado	20
CAPITULO II. IMAGEN CORPORAL.	
2.1. Imagen corporal y esquema corporal	26
2.2. Imagen y el sí mismo	30
2.3. La castración	40
2.4. El autoconcepto y la invalidez	45
2.5. El proceso de duelo	49
2.6. Tratamiento de enfermedades físicas y lesión	51
CAPITULO III. LA FAMILIA.	
3.1. La familia en México	54
3.2. El primer contacto social	57
3.3. Estructura familiar	61

	PAG.
3.4. La pareja	65
3.5. El papel de la familia en la amputación	70
CAPITULO IV. METODOLOGIA.	
4.1. Planteamiento del problema	75
4.2. Objetivos	75
4.3. Hipótesis	75
4.3.1. Variables de estudio	76
4.4. Población y muestra	77
4.4.1. Criterios de inclusión	77
4.4.2. Criterios de exclusión	78
4.5. Instrumento	78
4.6. Tipo y nivel de investigación	82
4.7. Procedimiento	82
CAPITULO V. RESULTADOS.	
5.1. Tablas y gráficas	83
5.2. Análisis de resultados	101
CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFIA	112
ANEXO	118

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo pretende ampliar información sobre el impacto psicológico que trae consigo la amputación, principalmente en la edad productiva.

El tema " Amputación ", un campo poco explorado en México, es de suma importancia, pues afecta a un porcentaje significativo de la población. Sin embargo, al revisar la literatura nos podemos dar cuenta de la falta de investigación acerca de éste tema, a pesar de que se sospecha que éste hecho produce una crisis que altera la estabilidad y ajuste emocional del paciente provocando cambios en su comportamiento a nivel personal, familiar, social y sexual.

Este trabajo pretende brindar información acerca de lo que ocurre con estas personas, para poder ayudar a que su rehabilitación sea más rápida y así reintegrarlos de nuevo a la sociedad a la brevedad posible.

Este estudio está encaminado a investigar el impacto psicológico de la pérdida total o parcial de la extremidad, siendo su objetivo darnos cuenta de cuál es el área que se encuentra más afectada después de haber existido la pérdida.

El primer capítulo titulado " Amputación " revisa los aspectos médicos generales, la historia de la amputación, las causas, los niveles y complicaciones, los cuidados que se deben tener, y el proceso de rehabilitación que se sigue con este tipo de pacientes, para así tener un panorama general del tema.

En el segundo capítulo titulado " Imagen corporal " habla-

mos acerca de la importancia que le damos desde pequeños al aspecto físico, al cuerpo humano, tanto a la idea que nos formamos de nosotros mismos como a la imagen que los demás tienen de nosotros, dándonos cuenta de como se ve afectada ésta idea en la amputación.

El tercer capítulo titulado " La familia " retomamos las relaciones familiares indicando la manera en que la amputación - afecta la dinámica familiar y cómo ésta repercute en el individuo para que su rehabilitación sea satisfactoria.

El cuarto capítulo titulado " Metodología " explica todo lo referente a cómo se realizó este trabajo y de que manera se obtuvo la información.

En el quinto capítulo encontramos los resultados obtenidos en esta investigación, así como su interpretación y, finalmente, el último capítulo titulado " Conclusiones " expone las ideas principales extraídas de la realización de este trabajo.

CAPITULO I AMPUTACION.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA AMPUTACION.

La amputación es un término del latín "Amputation" que significa cortadura en redondo, derivado de las palabras "am" alrededor y "putare" cortar (5). Se puede definir como la acción de seccionar y/o extirpar total o parcialmente un segmento o miembro prominente del cuerpo (11).

En la revisión de la historia de la amputación, encontramos que es muy probable que las antiguas civilizaciones ya practicaban esta medida quirúrgica inducidas por la idea de salvar vidas humanas.

Herodoto narra el hecho histórico de una primera amputación y posteriormente tratamiento protésico, llevada a cabo por un soldado persa, Hegistratus, quien se amputo a sí mismo un pie para liberarse de los grilletes y más tarde se confecciona en madera su miembro amputado.

El primer criterio científico de la amputación se encuentra en los preceptos de Hipócrates (siglo V. A.J.) en donde se manifiesta que cuando la gangrena de las partes blandas sobreviene a una fractura, se extirpan los huesos y partes blandas afectadas con el fin de remover los tejidos lesionados; mediante este proyecto quirúrgico que reduce los miembros de un organismo para proceder a salvar vidas (5).

A Celso (siglo II) se le atribuye uno de los primeros métodos quirúrgicos para amputar, "el circular", mediante el cual todas las partes blandas y óseas son seccionadas al mismo nivel; -

se suponía que en esta época ya se utilizaban vendajes y ligaduras para detener la hemorragia.

La evolución de la amputación es paralela a la que ha tenido la cirugía en términos generales y a medida que aparecen los elementos más propicios para el acto quirúrgico, afinándose las técnicas quirúrgicas correspondientes.

Nombres como Morel en 1674, Esmarch's en el siglo XVII, Ambrosio Paré en el siglo XIX, Lynn Thomas a principios del siglo XX, van ligados con esta evolución, y dan las medidas técnicas - para la formación de muñones adecuados para la percepción de la prótesis correspondiente.

El primer registro de uso de una mano artificial fué la usada por el general romano Marcus Segis, la cual pierde en la Segunda Guerra Púnica.

La Segunda Guerra Mundial dio lugar al nacimiento y desarrollo de las técnicas de rehabilitación del amputado y la implantación de leyes de seguridad social en muchos países, se incrementó la posibilidad de obtener y utilizar permanentemente una prótesis en buenas condiciones.

El autor R. Gonzales Mas (1982), encontró que la incidencia general de amputados se eleva en forma constante debido a los accidentes y a la prolongación de la vida (11).

1.2. CAUSAS DE LA AMPUTACION.

Existen varias clasificaciones de la amputación pero se pueden reducir en tres amplios grupos como causantes de la amputación: por enfermedad, por malformación congénita y por accidente (15).

1.2.1. Enfermedad.

Esta clase de amputación se puede englobar en grupos con padecimientos vasculares o circulatorios, tumorales (cáncer), infecciosos (tuberculosis, diabétes, osteomielitis).

a) Vasculares. La amputación obedece a fenómenos de insuficiencia vascular crónica, a la pérdida brusca de la circulación de un miembro por algún proceso de obstrucción y a la de frío. La arteriosclerosis y la enfermedad de Buerger afectan sobre todo a las extremidades inferiores, donde la presión sanguínea es más baja, siendo más frecuente en ancianos.

Tolstedt y Bell encontraron que el 29% de amputados por debajo de la rodilla tenían antecedentes de enfermedades vasculares oclusivas y por tal motivo posteriormente se realizaron reamputaciones. Quizá el paciente con arteriosclerosis cardíaca sea el que presenta mayores riesgos a la amputación.

b) Tumorales. Los tumores capaces de ocasionar una amputación se dividen en benignos y malignos.

El cáncer puede tener diversos síntomas, por ejemplo un tumor en alguna parte del cuerpo, una úlcera que no cicatriza, cambios en los hábitos intestinales, dificultad para la deglución o

ingestión persistente, cambios en el tamaño o color de una verruga o lunar, etc. Si el tumor se localiza en una pierna y presenta estos cambios lo más conveniente será la amputación para que no se extienda y llegue a afectar a otros miembros, para propia seguridad del enfermo.

c) Infección. En este grupo la frecuencia de amputación a disminuido gracias a diagnósticos precoces y al empleo de antibióticos. Antes de llegar a la amputación de un miembro conviene efectuar una cirugía arterial reconstructiva, un estudio cuidadoso de las condiciones cardiacas, la existencia de diabete, movilización pasiva y apoyo del miembro gangrenado con lo que se puede detener el proceso y evitar la amputación.

1.2.2. Malformaciones congénitas.

Una malformación congénita es una alteración de la estructura del organismo o de una de sus partes debido a una perturbación en los procesos normales del desarrollo. Esta malformación puede afectar el tamaño y/o forma de los miembros u órganos alterando o afectando su funcionamiento; algunas malformaciones pueden originar deficiencias motrices, visuales, etc.

Con esto podrian nacer interrogantes como, ¿hay factores hereditarios?, ¿tuvo problemas la madre al dar a luz por algún acto específico, como el uso de alguna droga?.

1.2.3. Accidente (amputación traumática).

A este tipo de amputación pertenecen todas aquellas que son consecuencias directas de un trauma al ocasionar el desprendimiento de algún segmento del

cuerpo humano, o aquel que produce una destrucción tan amplia de los tejidos que hace imposible la supervivencia del miembro.

Los accidentes más frecuentes son los de tráfico, industriales (por maquinaria de alto poder, herramientas), incendios, descargas eléctricas, por juguetes de alta mecanización, etc.

Se considera que los accidentes de trabajo producen un mayor índice de amputación en extremidades superiores, y los accidentes de tráfico y enfermedades un mayor porcentaje en las extremidades inferiores.(15)

1.3. NIVELES Y COMPLICACIONES DE LA AMPUTACION.

Al realizar una amputación es fundamental la actitud del cirujano ya que a parte de preocuparse por la reconstrucción de un miembro residual fisiológico, su principal objetivo es que cicatrice sin complicaciones. La parte residual del miembro debe hacerse cargo de la función, esta parte debe conservar la fuerza, sensibilidad, control motor y la propiocepción del órgano terminal, con un sustituto inerte, una prótesis (10).

Algo importante, es que el cirujano debe conocer el grado de viabilidad de los tejidos del miembro, especialmente de la piel ya que esto influye directamente sobre el nivel de la amputación porque la piel no puede cicatrizar satisfactoriamente si junto con los tejidos profundos no tienen el suficiente potencial de cicatrización como para soportar el traumatismo de la cirugía y la respuesta inflamatoria post-operatoria; esto se puede evaluar mediante pruebas de laboratorio, las cuales son: el flujo sanguíneo de la extremidad, el flujo sanguíneo arterial, el flujo sanguíneo de la piel, presión sanguínea segmentaria, la distribución de oxígeno en la piel, la presión sanguínea cutánea y la función de la piel.

La utilización de estas pruebas son realizadas para evitar las reamputaciones, ya que se observan algunos detalles de las técnicas quirúrgicas empleadas, los cuidados específicos post-operatorios y la salud del enfermo.

El nivel de las amputaciones es determinado por la enfermedad y por la adaptabilidad o disponibilidad de sustituto de los miembros.

La longitud más adecuada de un muñón posterior a la cirugía es la que conserva mejor comodidad, la función y la estética. No debe de conservarse la longitud a expensas de un muñón doloroso que tolere la presión.

Durante mucho tiempo se han tratado de sistematizar los niveles óptimos de una amputación, para conseguir muñones ideales pero todos los métodos ofrecen dificultad y casi siempre son ingxactos cuando se están aplicando por tener que adaptarse a las medidas del individuo.

En la realización de amputaciones se han establecido niveles para la intervención quirúrgica, mostrando que existen para amputaciones inferiores:

- Amputaciones a través del pie y del tobillo.
- Amputaciones a través del medio pie.
- Amputaciones de syme: clásica y modificada.
- Amputaciones por debajo de la rodilla.
- Desarticulación de la rodilla.
- Amputaciones por encima de la rodilla.
- Desarticulación de la cadera y hemipelvectomia.(10)

Para amputaciones de extremidades superiores; se realizan, como su nombre lo dice, en alguno de los miembros superiores la cual puede tener cualquier longitud, siendo aplicable a la pérdida de los dedos como a la del miembro completo. Los niveles utilizados para las extremidades superiores (torácico) son:(Referidos verbalmente por el Dr. Carlos Casteñanos de la UMFR)

- Desarticulación del hombro.
- Amputación por encima del codo.
- Amputación del brazo.

- Desarticulación de muñeca.
- Amputación de mano.
- Amputación de dedos.

Murphy (1982) ha estudiado los factores complicados y agravantes que transforman la amputación simple en una invalidez mucho más profunda (15).

Entre estos están:

1.- Trastornos neurológicos.

Las parálisis son factores que dificultan la rehabilitación como la parálisis de los músculos de los muñones afectando el control de la prótesis, y las parálisis o paresias de otras partes del cuerpo influyen en el tipo de marcha, la acción de los correajes, manejabilidad para colocar y quitar la prótesis, y alteración en el empleo de bastones.

2.- Trastornos sensoriales.

Estos producen alteraciones en el equilibrio corporal, el cual llega a ser peligroso principalmente en amputados de extremidades inferiores, sobre todo cuando caminan en la oscuridad.

La sordera puede incapacitar al amputado para percibir los ruidos de las prótesis y constituir una dificultad social; al igual se debe tener mayor cuidado y atención ya que la falta de conocimiento de un peligro avisado por medios auditivos los cuales le hacen perder el equilibrio (sobre todo en la calle, al pasar frente a la salida de vehículos).

En cuanto a la visión un pequeño defecto de refracción puede ser causa de que los bordes de un escalón se desenfocan, y -

al igual que la alteración de la capacidad de percepción de profundidad suelen ser causa de frecuentes tropezones.

4.- Trastornos físicos generales.

Algunas enfermedades como la artereosclerosis, la diabetes no solo pueden hacer necesaria la amputación, sino afectan seriamente la función o disminuye la capacidad del paciente dificultando el empleo de la prótesis.

5.- Trastornos psicológicos.

Las actitudes no realistas, la motivación y una conducta depresiva, son factores que afectan la recuperación del amputado, dificultando la enseñanza del uso de la prótesis o complicando las adaptaciones.(15)

1.4. CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS INMEDIATOS.

Entre los cuidados pre-operatorios en los pacientes que van a ser amputados debe tenerse especial interés en el estado general, particularmente en pacientes diabéticos, con algún padecimiento vascular o tumorales.(4)

Cuando se hace evidente que la amputación es necesaria debe comenzar la preparación psicológica; explicarle al paciente todo sobre la amputación, las posibles reacciones que se pueden presentar, los cuidados pre-operatorios, la adaptación, entrenamiento de la prótesis y el cuidado de la misma; ayudando todo esto a que el paciente se tranquilice y eleve su moral. También el cirujano deberá mencionarle los resultados que se esperan después de la amputación y la rehabilitación. Algo que ayudara a estos pacientes es ver a algunos amputados de su misma edad, completamente rehabilitados y demostrando que son capaces de hacer actividades de la vida diaria.

La amputación traumática (por accidente) no permite preparar a una persona para la pérdida de un miembro, lo cual puede provocar en el paciente que tenga mayores reacciones emocionales después de la operación ya que se encuentran más vulnerables. De estas reacciones se hablara más adelante.

Los cuidados pre-operatorios comienzan con la realización de los exámenes de laboratorio rutinarios para cualquier intervención quirúrgica (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electro-cardiograma), revisar la causa por la cual se realizara la amputación para ver los cuidados clínicos de laboratorio. Gracias a estos estudios se evitara la reamputación.

En el caso de diabéticos se recomienda la administración inmediata, antes de la operación, de solución de glucosa (5%) acompañada de la inyección subcutánea de insulina simple, después de la operación se repiten ambas, investigando cada dos horas la glucosa y los cuerpos cetónicos en la orina.

En casos tumorales se dosificarán las fosfatasas alcalina y ácida, el fósforo y el calcio, y se tomarán teleradiografía de campos pulmonares y radiografías de huesos largos.

En los procesos infecciosos tales como la osteomielitis, tuberculosis de hueso, articulaciones y la artritis séptica, se aconseja hacer previamente cultivo y sensibilidad a los antibióticos de los líquidos purulentos contenidos.

En los traumatismos en los que existen grandes machacamientos se utilizará la amputación abierta, pues se consideran potencialmente infectadas y además se aplicarán las dosis correspondientes de suero antitetánico y anti-gangrenoso.

En todos los casos en que sea posible, 24 horas antes de la operación, la extremidad será cuidadosamente rasurada y lavada con agua y jabón. Se aplicará éter y será envuelta en compresas estériles. Las compresas deberán cubrir el miembro hasta el momento en que el paciente llegue a la sala de operaciones para la preparación final.

Una vez que se acuerde con el cirujano y el paciente que es necesaria la amputación, se debe realizar lo más rápido posible ya que para la mayoría de las personas el período de espera causa agitación y ansiedad.

En los cuidados post-operatorios inmediatos, como en cualquier operación, se tendrá control sobre el pulso, tensión arterial, temperatura, hemorragias, trastornos circulatorios, etc.

El cirujano debe prescribir ejercicios, vendajes, supervisar al terapeuta físico y alentar al paciente para realizar su rehabilitación; con el fin de que el paciente sienta que está llevando a cabo una participación activa en su tratamiento de rehabilitación se le indica que haga por sí mismo los vendajes y ejercicios musculares, bajo la vigilancia del técnico.

La extremidad superior amputada rara vez presenta problemas post-operatorios y no requiere de inmovilización prolongada. En pacientes amputados arriba de la rodilla, la cadera debe ser extendida por una temporada con el fin de evitar una contractura de la misma, y en los casos de amputación abajo de la rodilla se debe usar férulas de yeso con el fin de mantener en extensión máxima posible la rodilla y evitar la contractura en flexión.

El paciente debe de ser enseñado a cooperar en la aplicación del vendaje, de tal manera que cuando ya no sea necesaria - hacer la curación del muñón, él sea capaz por sí solo de aplicarlo varias veces al día con el fin de prevenir el edema y acelerar el encogimiento del mismo.

Mientras el paciente todavía está convaleciente debe de ser instruido para llevar a cabo ejercicios sistemáticos del muñón - varias veces al día. El muñón debe de ser ejercitado tan pronto como el dolor y el edema post-operatorio hayan desaparecido con el equipo más simple, un cordón, una polea y una plancha.(4)

1.5. REACCIONES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE AMPUTADO.

Las circunstancias de la amputación determinara la naturaleza y el grado de reacciones, las cuales darán claves de si es o no la experiencia de la persona apropiada o inapropiada a su estado emocional.(15)

Algunas de las reacciones de los amputados son:

- Angustia.
- Pena por la pérdida del miembro.
- Depresión.
- Sentimiento de culpa.

La depresión se reconoce por los siguientes síntomas: tensión, agitación, insomnio, pérdida de concentración y apetito, - irritación, llanto y aislamiento. En cuanto al sentimiento de culpa que presentan estos pacientes es por que se culpan a sí mismos por cualquier acción u omisión que pudiera haberlo llevado a la amputación de su miembro; y por último el sentimiento de autodevaluación o pérdida de la autoestima.

Como se habia mencionado antes en la amputación traumática o por accidente es un poco diferente a las otras amputaciones porque sus reacciones emocionales son más severas ya que el pensamiento de sufrir una amputación no les cruza por la cabeza, es decir, se encuentran con el futuro de ser amputados.

Aparece inicialmente reacciones como:

- Sentimiento de sorpresa.
- Sentimiento de incredulidad.
- Negación (como mecanismo de defensa).

Los amputados por accidente no pueden creer que esto les es te pasando, produciendoles mucho enojo; sintiendo que en algún momento los despertarán de su pesadilla y encontrarán su cuerpo intacto.

Después de algunos días la sorpresa y la incredulidad serán desplazados por la depresión y el enojo, siendo así como empezará a aceptar la realidad de su situación.

Las personas que pierden un miembro como resultado de una enfermedad crónica vascular demuestra sentimientos de consuelo sobre su miembro, ya que la amputación es vista como el significado de el final de severos dolores e incapacidad que hayan experimentado por un período de muchos años en su peor condición.

El individuo que sufre de un trastorno grave de la personalidad se quejara de dolores persistentes e intermitentes en el miembro fantasma incapacitandolos para reintegrarse a la vida social resistiendose a usar una prótesis, adaptandose mal a la familia y al trabajo.

Estos trastornos de personalidad aparecen cuando la amputación provoca un brote de angustia debido a la distorsión del concepto de sí mismo y de sus relaciones con otras personas.

En el amputado también puede aparecer sentimientos hostiles hacia otras personas con las que se identifica, de quienes depende o de quienes teme que lo rechazen. El síndrome doloroso puede entonces representar o simbolizar la necesidad de dependencia o de aprehensión de una posible pérdida de dicha dependencia (15).

Una de las complicaciones que se presentan en la amputación es el fenómeno fantasma, del cual se ha estado hablando, que provoca síndromes dolorosos afectando esto en la rehabilitación física y psicológica del paciente.

Los fenómenos fantasmas son la expresión de la persistencia del miembro que el individuo tiene de su imagen corporal incluso después de perder una parte del cuerpo.

El amputado fantasea mucho al tratar de explicarse la existencia del miembro fantasma y junto con esto intenta controlar - la pena y el duelo que le esta provocando la pérdida de la parte amputada de su cuerpo.

En casi el 98% de los amputados, después de la operación, - sienten un miembro fantasma como si toda la extremidad estuviera presente. Al paso del tiempo va disminuyendo de tamaño hasta desaparecer y se funde con el muñón.

En la extremidad fantasma pueden presentar tres clases de - fenómenos sensoriales, los cuales son:

- 1.- Hormigueo leve.
- 2.- Presencia de enfermedades de otros órganos.
- 3.- El trastorno sensorial doloroso en el miembro fantasma siendo esto la causa por la que se manden a los pacientes a consultas neurológicas y/o psiquiátricas.

Cuando el paciente admite o reconoce la presencia de la extremidad fantasma esto nos refiere una buena respuesta psicológica, indicando que el paciente no va ha tener obstáculos para su rehabilitación aunque después de una amputación el individuo va sanando lentamente, reorganizando su imagen corporal por medio - de las nuevas experiencias sensoriales.

Los procesos por los que pasan los pacientes amputados, ya mencionado anteriormente, son:

- El duelo,
- la reestructuración de la imagen corporal.

El paciente amputado emocionalmente estable, acepta su cambio y sus limitaciones, vuelve a tomar la posición que ocupaba - en la familia, regresara a su ocupación y con un muñón adecuado usara una prótesis apropiada.

Una persona que se encuentra laborando, frecuentemente, se preocupa por los efectos que puede tener la amputación en:

- el trabajo,
- con sus compañeros,
- y si esta o no habilitado para realizar el mismo trabajo que estaba desempeñando.

Es importante mencionar que su ajuste psicológico y la habilidad de usar la prótesis afectarán en gran medida el trabajar - en el mismo empleo y ser aceptado por sus compañeros.

Otras razones por las cuales se preocupa también una persona que sufre una amputación:

- los efectos que provoca en su familia,
- y los efectos que provoca en sus amigos.

Esto dependera de como se sienta y como se vea a sí mismo (como inválido), lo cual influira en como lo tratarán los demás.

Es muy común en las personas amputadas el querer saber que tan aptos serán después de la amputación, lo cual dependera de -

la situación psicológica antes de la amputación.

Algunas veces la mejor manera de contestar esto es enfren-
tandolos con amputados de similares condiciones y edad, para que
puedan preguntar libremente las experiencias que ellos han teni-
do.(15)

1.6. PROCESO DE REHABILITACION DEL AMPUTADO (TRATAMIENTO).

Posteriormente a la cirugía debe prepararse al paciente tanto psicológica como físicamente, para proceder a protegerlo contra la ansiedad que surge por la pérdida de un miembro o parte de éste y ayudarlo a combatir el trauma psicológico de dicha amputación. Es importante comentar poco después de la cirugía la sensación del fenómeno fantasma con el objetivo de que esta sensación no interfiera en el proceso de rehabilitación .

La palabra "Rehabilitación" tiene por objetivo mejorar las condiciones físicas, psicológicas, económicas y sociales de los individuos que padecen en forma congénita o adquirida una condición de desventaja física en relación a otras personas (15). La rehabilitación se aplica a los impedimentos físicos y mentales que tienen que adiestrar o readiestrar al individuo para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional.

Finalizada la cirugía y el muñón ha cicatrizado, el próximo paso es la colocación del miembro oportuno (prótesis) ya que estudios que se han realizado indican que la colocación temprana de la prótesis es mejor y puede alejar posibles reacciones depresivas.

La prótesis tiene dos funciones:

- una va dirigida a la función,
- otra dirigida a la apariencia.

Se ha observado que los hombres se encuentran más preocupados por el trabajo efectivo de la prótesis (función), mientras -

las mujeres parecen más preocupadas porque las prótesis sea lo - más parecida al miembro amputado (apariciencia).

El probarse una prótesis fuerza a una persona a encarar la - realidad de haber perdido un miembro, a menudo causa una ruptura emocional donde aparentemente había una aceptación inicial.

El amputado debe aprender como usar su miembro artificial, además debe aprender a aceptar su nueva condición física, el cambio de imagen corporal y sus limitaciones físicas. La personalidad del paciente influirá en la habilidad que tenga la persona - para aceptar y ajustarse a esta nueva tarea de aprendizaje.

Algunos amputados tienen que ser reentrenados para la superación de su trabajo y así medir sus aptitudes y habilidades. Diversos factores influyen en el éxito del reajuste en la situación de trabajo, sin embargo la actitud del amputado es más importante en el proceso de obtener y mantener un trabajo.

Ocasionalmente un amputado se vuelve tan depresivo y descorazonado, que pierde la esperanza de trabajar o caminar otra vez ya que ellos creen que los otros los ven unicamente como lisiosos y por supuesto es como se estan sintiendo; esta actitud dificulta el trabajo del programa de rehabilitación. Una preparación adecuada y el conocimiento de las posibilidades de la rehabilitación hacen posible el cambio en esta actitud.

Es importante la participación de la familia durante la rehabilitación ya que pueden evitar reacciones de pánico , y le - brindan apoyo para el paciente no se siente solo.

Las personas mayores de edad tienen una recuperación lenta

y toma más tiempo su rehabilitación por su difusión física, necesitando mucho valor y paciencia por parte de los trabajadores - que le ayudan a regresar a la sociedad como una persona independiente, ya que sin esto se convertirían física y psicológicamente dependientes de todas las personas que lo rodean.

Para la reintegración del individuo se realizan programas - de rehabilitación física integral que constan de las siguientes fases: (15)

1.- Valoración de la invalidez.

Los factores que se deben tomar en cuenta son:

- a) edad,
- b) sexo,
- c) entidad patológica que condiciona la invalidez,
- d) evaluación de incapacidad y capacidad física, psicológica y socioeconómica.

2.- Análisis de valoración.

Donde intervienen especialistas como:

- a) Médico,
- b) Psicólogo,
- c) Terapeuta físico,
- d) Terapeuta ocupacional,
- e) Consejero en rehabilitación, etc.

A la rehabilitación acuden las personas que sufren de una - incapacidad física, encontrándose inferiores para la realización de sus ocupaciones fundamentales.

Es importante que el Psicólogo realice un examen mental jun

to con una historia clínica, ya que proporciona datos que ayudan a comprender la estructura básica de la personalidad del paciente y sus reacciones emocionales ante la enfermedad y la incapacidad; además nos da a conocer la capacidad de aprendizaje, siendo el primer aspecto de la rehabilitación ya que la incapacidad del paciente supone un proceso de reaprendizaje.

Es importante mencionar que el comportamiento de un incapacitado depende en gran parte o se encuentra estrechamente relacionado con el comportamiento anterior a la incapacidad.

Dependiendo de los problemas que se deriven de la incapacidad el paciente corresponderá a cualquiera de los siguientes programas o a varios de ellos secuencialmente:

A) Tratamiento de la crisis.

Cuando el organismo humano pasa repentinamente a una situación de alteración en la que una conducta previa, anteriormente eficaz ya no resulta útil, se caracteriza por un período de confusión y desorganización, acompañados, de quejas y depresión.

La reacción de cada individuo ante la crisis, dependera de las características que tenga cada persona y de la forma en que su conducta quede alterada por la misma crisis; cuanto mayores sean las alteraciones físicas de la incapacidad, mayores serán los cambios ambientales, el cambio en el esquema corporal será mayor y la posibilidad de que se presente un período de conducta desorganizada aumentará.

B) Asimilación a la incapacidad.

Aparecen sensaciones vagas de dolor y falta de destreza física. Probablemente el paciente advierte su incapacidad y sus

déficit funcionales como muy adversos.

En esta etapa surge una conducta típica de evasión o escape frente al equipo rehabilitador. Algunos pacientes se irritan con tra los terapeutas que trabajan con ellos, observando explosiones temperamentales y rebeliones persistentes al inicio del tratamiento, como consecuencia de la pérdida de control emocional - en una personalidad impulsiva o emocionalmente lábil; conductas que en algunas ocasiones se consideran como autodestructivas.

En ocasiones puede estar indicado el apoyo de farmacos para mejorar el estado de ánimo depresivo del paciente; algunas veces las depresiones son tan graves que convierten al paciente incapaz de dar una respuesta satisfactoria en el tratamiento físico.

C) Participación en la rehabilitación.

Es muy importante distinguir entre "el querer hacer algo" y "la posibilidad de hacerlo", es decir, contar con la capacidad. Si una persona tiene la capacidad de hacer algo no significa que lo haga; si un programa de rehabilitación ha proporcionado al paciente la capacidad de hacer algo difícilmente se considerará que el programa ha sido un éxito.

En las incapacidades debe tomarse en cuenta cómo ha afectado ésta en la vida del enfermo, cómo influye en el ambiente social y psicológico en la adaptación del paciente a la incapacidad.

Una persona que sufre alguna incapacidad debe de llegar a - aceptar el cambio en su apariencia física y debe ajustar su vida

al hecho de que la incapacidad es permanente y por más que quiera no desaparecerá.

La familia, como ya se menciona, es un factor importante para lograr el éxito del programa de rehabilitación; en ocasiones la familia desea cooperar pero puede sentir miedo y confusión. Al igual el amputado no sabe la manera de como acercarse a la familia, amigos y mundo que lo rodea, ya que no saben si siente simpatía encontrándose temeroso de la respuesta que van a recibir y les hagan un desaire. (15)

CAPITULO II IMAGEN CORPORAL.

2.1. IMAGEN CORPORAL Y ESQUEMA CORPORAL.

Al estudiar la imagen corporal se debe tomar en cuenta la - relación que guardan las impresiones de nuestros sentidos con - nuestros movimientos y la motilidad en general. Las experiencias patológicas nos muestran que cuando se pierde la orientación de izquierda a derecha con respecto al propio cuerpo también se produce una pérdida de la orientación con respecto de los demás.

Es importante mencionar que el esquema corporal y la imagen corporal son dos cosas diferentes.

El esquema corporal es una realidad, de hecho, es nuestro - vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales , circulatorias, etc. El esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen corporal, es el mismo para todos los individuos de la especie humana.

Es en parte inconsciente, pero también es preconscious y - consciente. El esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio a la experiencia inmediata (9).

La imagen corporal es la representación simbólica que la - persona tiene de sí mismo, que es lo que él cree que es (como se ve) y ésta tiene efectos en el esquema corporal. Esta es eminentemente inconsciente (9).

La imagen corporal que cada individuo tiene de sí mismo se va formando a través de las relaciones que tiene con los otros y con su medio; empezando a conformarse a partir de la concepción (del deseo de la madre, al querer o no tenerlo) y reafirmandose con el espejo de la madre (9).

El tacto y la captación de las diversas partes del cuerpo con los ojos (visión), ayudan a formar una imagen del conjunto del cuerpo.

Entendemos por imagen del cuerpo, aquella representación - que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, en la cual intervienen ciertos factores:

- factores fisiológicos,
- factores psicológicos,
- factores sociales.

Los factores fisiológicos que están en función del organismo, los factores psicológicos se originan por el interés que mostramos por nuestro propio cuerpo y por el interés que muestran quienes se encuentran cerca de uno, los factores sociales por la observación de lo que hacen las demás personas con su propio cuerpo ya que existe un contacto continuo con el medio ambiente externo.

La imagen del cuerpo es propia de cada individuo, esta ligada al sujeto y a su historia, es la síntesis de nuestras experiencias emocionales. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia actual, se halla en situación dinámica a la vez narcisística e interrelacional. El esquema y la imagen se articulan por medio del narcisismo (9).

Gracias a la imagen corporal portada por el esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro.

Todo contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento de esta, se asienta en la imagen del cuerpo.

Como ya se había mencionado anteriormente la imagen corporal del niño se empieza a formar desde la concepción a partir del deseo de la madre y se reafirma con el estadio del espejo, - estando constituida por la articulación dinámica de:

- Imagen base. Es cuando el niño empieza a existir a partir del deseo de la madre.
- Imagen funcional. Es cuando el niño empieza a buscar la satisfacción del deseo desplazando de una parte del cuerpo a una imagen funcional (por ejemplo, se ve como boca).
- Imagen erótica. (zonas erógenas) Esta relacionada con la imagen funcional en donde se localiza el placer en determinadas partes del cuerpo en relación con el otro.
- Imagen dinámica. Aquí es la búsqueda del deseo y esto es lo que hace al sujeto que se mueva, que empiece a buscar nuevos objetivos aceptados por la sociedad para poder obtener una satisfacción y permitiéndole establecer buenos vínculos sociales (9).

Algunas afecciones orgánicas pueden provocar trastornos del esquema corporal y esto debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen corporal.

El esquema corporal puede quedar dañado, pero su invalidez

puede o no afectar su imagen dependiendo de la relación que tenga con sus padres y entorno humano, desde la aparición de la enfermedad, en el curso de ésta, durante la convalecencia y la rehabilitación (reeducación) que haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de las personas que se encuentren cerca de él; una relación adaptada a sus necesidades de las que hay que hablar siempre como si lo pudieran satisfacer aunque la afección muscular causada por la enfermedad y sus secuelas los hayan incapacitado para ello.

La evolución sana de este individuo simbolizada por una imagen del cuerpo no invalida, depende de la relación emocional que tiene o tuvo con sus padres. Puede darse una imagen corporal perfectamente sana, si durante el período agudo de la enfermedad contarán con el sostén de los familiares, en la relación consigo mismo.

De acuerdo con Dolto podemos decir que el sujeto al ser aceptado tal como es, se va narcisizando por ser amado; en cambio si tanto el individuo como los familiares no reconocen la invalidez conscientemente y aceptan que tiene ciertas limitaciones, pero que puede realizar otras cosas y así poder salir adelante, su rehabilitación será más satisfactoria y rápida (9).

2.2. IMAGEN Y EL SI MISMO.

La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona, incluye rasgos, intereses, valores, imagenes, emociones, o dicho en otras palabras la estructura que el ser humano integra dentro de él (17).

Freud menciona que existen series complementarias que forman la personalidad, las cuales son:

- genético (hereditario),
- experiencias,
- maduración.

Lo genético. Es con lo que todo ser humano nace, con una carga genética lo cual influye en la personalidad; caracteres fijos transmitibles como la estructura física (dos piernas, dos brazos, etc.).

Las experiencias (medio ambiente). Desde la concepción el ser humano comienza a tener experiencias y todo lo que vivimos, esta ayudando a formar la personalidad; el contacto con el medio ambiente con todo lo que nos rodea es lo que nos va dando las experiencias.

La maduración. Es algo que se va dando poco a poco, gracias tanto a lo genético como a las experiencias; las personas van madurando tanto física, neurológica como psicológicamente.

Estas tres series complementarias, como su nombre lo indica

están íntimamente relacionadas, ya que se están complementando - para así ir estructurando la personalidad del sujeto.

El desarrollo conductual depende directamente de su desarrollo físico; los atributos físicos muchas veces provocan burlas o bromas lo cual afectan inevitablemente la imagen que se tiene de sí mismo, así como la interacción y los sentimientos que nascan con respecto a los demás (34).

Dolto, como se menciona anteriormente, dice que la imagen - corporal es la representación simbólica que se tiene de el sí - mismo (9).

La teoría del sí mismo trata de explicar ciertos fenómenos y de conceptualizar la propia observación de algunos aspectos de la conducta, por la cual, es un proceso complejo y extenso.

Existen diferentes definiciones del sí mismo dependiendo - del autor y la escuela o corriente a la que pertenecen, considerando el concepto del sí mismo como el Yo, imagen de uno mismo, autoimagen, autoconcepto, self, etc.; mencionando algunas de ellas ya que es importante para esta investigación porque las personas con alguna incapacidad tienen su sí mismo devaluado.

El Yo es un concepto altamente personalizado, que se forma el individuo poco a poco en el proceso de sociabilización en una cultura dada, esto es, que el concepto de sí mismo surge de las interacciones de uno con otro; tales interacciones influyen en - el mantenimiento o cambio de las actitudes hacia uno mismo.

La cultura tiene mucho que ver con el desarrollo de las ac-

titudes particulares hacia el Yo. El niño se cría en un hogar donde se esta relacionando con sus hermanos y padres que tienen determinados sentimientos hacia él, y es a partir de estas interacciones sociales que comienzan a formarse una imagen de sí mismo (autoimagen). Pero ¿qué es la autoimagen?, se podría decir que es la actitud que se tiene hacia sí mismo.

Para Freud (1905), el Yo es una función dinámica de la personalidad, siendo su principal papel coordinar funciones e impulsos internos y tratar de que los mismos puedan expresarse en el mundo exterior sin conflictos; organizando y controlando el mundo externo refiriéndose al control de la motilidad y la percepción, considerándose ésta la percepción de sí mismo. Le dio importancia a la prueba de realidad con un desarrollo de formas más seguras y específicas de ajuste y adaptación, así como el carácter de la persona y sus patrones o modos de interacción con su medio ambiente. El Yo es el mediador entre el ello (instintos) y el mundo externo, adaptando así al organismo al medio (35).

Freud consideró al Yo como el principio de realidad, siendo primero un Yo corporal que es receptivo; la percepción juega un papel importante ya que explora el mundo externo en busca de estímulos, haciendo un recorrido de él y progresivamente familiarizándose con él.

El cuerpo en su doble posición como parte del mundo externo e interno desempeña un papel decisivo en el proceso del desarrollo del Yo, llegan estímulos tanto de afuera como desde dentro - del cuerpo y de un modo específico el dolor, ya que es la forma

en que adquirimos un nuevo conocimiento de nuestros órganos y - constituye el prototipo de la representación de nuestro propio cuerpo. El Yo es también el agente de mando de las operaciones que deberá llevar a cabo la actividad motora.

El Yo proyecta, es decir, "arroja" fuera todo lo que dentro de él produce dolor y señala los mecanismos de introyección y de proyección como las raíces del funcionamiento del Yo. Para Freud el narcisismo es el estado en el cual el Yo dirige su libido hacia sí mismo.

William James (1890) define al Yo empírico o el sí mismo como la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: cuerpo, rasgos y aptitudes; sus posesiones materiales, familia, amigos y enemigos. James considera el sí mismo en tres aspectos:

- 1.- Elementos que lo constituyen son:
 - a) el sí mismo material (posesiones materiales),
 - b) el sí mismo social (como es considerado por sus semejantes).
 - c) el sí mismo espiritual (sus facultades y disposiciones psicológicas).
 - d) el Yo puro del sentimiento de identidad personal).
- 2.- Los sentimientos de sí mismo.
- 3.- Las acciones destinadas a la búsqueda y perseveración - del sí mismo (Hall y Lindzey, 1977).

Rosenberg, menciona que existen varios elementos que compo-

nen al Yo; los cuales son: (1973)

- el sí mismo o autoimagen actual,
- el sí mismo comprometido o futuro (lo que se ha propuesto llegar a ser),
- el sí mismo de fantasía (lo que le gustaría ser si no - lo impidiera la realidad),
- el ideal del Yo (lo que debería de ser),
- la imagen idealizada (lo que imagina ser y que le produce gozo, incluye elementos de su sí mismo actual, el ideal del Yo, su sí mismo futuro, etc.).

La Psicología Moderna define al sí mismo como:

1.- Las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones de una persona respecto a sí mismo (el sí mismo como objeto). El sí mismo es lo que una persona piensa acerca de sí mismo.

2.- Es un grupo de procesos psicológicos, que gobiernan la conducta y la adaptación (el sí mismo como proceso). El sí mismo es ejecutar, en el sentido de que es un grupo activo de procesos tales como el pensar, recordar y percibir.

Melanie Klein (1962) destaca la importancia de la formación del símbolo para el desarrollo del Yo, hablando de un aspecto yoico del desarrollo de las relaciones objetales considerando la tendencia del Yo a integrarse como instinto de la vida, transformando el objeto en representación del Yo, expulsando el Yo al mundo externo lo que provoca dolor, implicando ésto fantasía - (16).

Para ella, la fantasía es el vínculo activo entre el impul-

so del ello y el mecanismo del Yo, siendo un fenómeno psíquico - que tiene relación primaria con aspectos corporales, dolores y - placeres dirigidos a objetos de algún tipo y teniendo efectos - reales no solo en el mundo interno en la mente sino también en - el externo del desarrollo corporal, conducta y por lo tanto en - mentes y cuerpos de otras personas. Menciona también que la for- taleza y capacidad innata del Yo para tolerar las primeras situa- ciones de angustia, contribuirán en el desarrollo del Yo y en su relación con su realidad.

Lacan (1969) considera la primera experiencia de localiza- ción del cuerpo como fase importante, en donde influye el uso - del espejo en el desarrollo del Yo de cada individuo, llamandola "estadio del espejo", siendo ésta como una identificación en la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, - utilizando en esta fase el término de Imagos; lo cual es entendi- da como los elementos somáticos y emocionales implicando fanta- sías de incorporación (16).

La función del estadio del espejo es establecer una rela- ción del organismo con su realidad, y que el sujeto maquine las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuer- po hasta una forma que Lacan llama "ortopédica" de su totalidad y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estado rígido todo su desarrollo mental.

Winnicott (1971) afirma que en el desarrollo emocional indi- vidual el precursor del espejo es el rostro de la madre, quedando como espejo integrador del Yo temprano, ya que se refleja en el rostro de la madre viendose a sí mismo; refiriendose al caso del bebé, la madre refleja su propio estado de ánimo o peor aun la rigidez de sus propias defensas y considera que muchos bebés

tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que dan, o sea, miran y no se ven a sí mismo trayendo implicaciones en el desarrollo del Yo. El estadio del espejo es cuando el niño se da cuenta de que es independiente a la madre, revelandose como algo separado; da la forma al esquema corporal por lo ya mencionado con anterioridad, y le permite poder desplazarse en el espacio, tener una integración de su motilidad, el poder relacionarse con el otro (sociabilizarse), simbolizar las castraciones (lo cual se tratara posteriormente), la aceptación o rechazo del reflejo de la imagen que ve en el espejo (asociación de la imagen inconsciente con la que se esta reflejando) (16).

Schilder (1950) señala como importante la integración entre lo psíquico y lo somático (fisiológico) uniéndose ambos en la imagen corporal, considerandola como una estructura antropológica concibiendola no solo como un factor decisivo en toda acción humana, sino como parte constitutiva de la persona misma. Dice que la imagen del cuerpo significa la idea de nuestro cuerpo que hemos formado en nuestra mente y la manera en la que el cuerpo aparece ante nosotros mismos. Percibiendose esta imagen como una gestal en un constante estado de transformación y reorganización en el proceso de actuar y reaccionar ante el medio ambiente - (15).

Para Schilder, el niño necesita aprender a diferenciar su propio cuerpo del resto del mundo y esta diferenciación proviene de las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como actitudes con matices emocionales que se originan en las primeras experiencias familiares como resultado de valoraciones que los padres hacen del físico del niño, dando los padres significado a las partes del cuerpo y

formando un Yo corporal.

Bender (1963) al referirse a la imagen corporal acepta que hay modificaciones que dependen de las experiencias del individuo (15).

Anderson (1976), menciona que el propio Yo suele desarrollarse lentamente, es maleable y responde a la acción de enfermedades, traumas, regresiones emocionales y tratamientos, y la imagen corporal queda alterada no solo con lesiones, sino con tatuajes, cosméticos, vestimentas.

Alder (1927), habla de un self creativo y un self consciente. Para él, el hombre crea una estructura del self (sí mismo) a partir de su pasado hereditario e interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de la vida; este self (self creativo) describe su propio y particular estilo de vida, es original, inventivo y crea algo que nunca antes existió: una nueva personalidad o self. El self consciente es el que permite que el hombre se de cuenta de todo lo que hace y en base al autoexamen puede deducir el porque de haber actuando en cierta forma (7).

Para Jung (1953), el Yo es aquella parte de la personalidad del hombre que posee sentimientos, percepciones y procesos de pensamiento que ayudará a la personalidad a atender la actividad de la vida diaria. Dice que el conocimiento de sí mismo comienza con una exploración de la persona, la cual se toma como la suma total de papeles sociales (7).

Rogers (1961), habla de la Teoría del Yo que es la búsqueda

de sí mismo, lo cual se lleva a cabo mediante la percepción o vivencia de experiencias placenteras o displacenteras. Al Yo lo define como la consciencia de ser o como los esfuerzos, interpreta y valora como propias. Hay factores que afectan la concepción del Yo, las cuales son: la introyección, incongruencia y las condiciones de valfa (7).

- La introyección. (adoptar normas, creencias, valores de otros) Ya que hace que el concepto del Yo que se ha formado la persona no se desarrolle plenamente porque realmente no se satisfacen sus deseos y necesidades debido a la sociedad.
- Incongruencia. Es cuando el concepto propio del Yo (el concepto de sí mismo que se tiene) no es realmente el Yo real.
- Condiciones de valfa. Es el sí y el no que frecuentemente la sociedad está marcando en las diferentes conductas que realizamos.

Menciona también el "Yo ideal", que es lo que la persona desea ser y cuanto más se acerca al Yo ideal más satisfacción tendrá la persona.

Sullivan (1953) hizo aportaciones acerca del sentimiento de soledad y búsqueda de seguridad, estudió el carácter y cualidades del Yo en las relaciones interpersonales; todo esto es importante para la comprensión del desarrollo temprano del Yo y del concepto de la autoimagen (15).

El "sistema del Yo" evoluciona partiendo del deseo que tiene el niño de acomodarse a sí mismo interpersonalmente para lograr obtener ternura y un esfuerzo positivo de la madre y para evitar la ansiedad (7).

2.3. LA CASTRACION.

La palabra castración significa la mutilación de las glándulas sexuales o de alguna parte del cuerpo, o sea, es un ataque físico que deja irreversiblemente estéril o inválido al individuo castrado. Durante el desarrollo esta castración es simbólica ya que sin necesidad de llevar a cabo, realmente, la castración (mutilación) el niño mediante el trato que los padres y/o familiares tengan hacia él, puede llegar a sentirse como un inválido, que no puede hacer nada, provocando una desvalorización y sentimiento de inferioridad.

En psicoanálisis, la palabra castración da cuenta del proceso que se cumple en un ser humano cuando otro le significa que el cumplimiento de su deseo, con la forma que él quería darle, está prohibido por la ley (9). La castración durante el desarrollo representa los límites que se le ponen para que sea aceptado dentro de la sociedad en la que se encuentra.

La castración designa una experiencia psíquica compleja vivida inconscientemente por el niño a los cinco años de edad aproximadamente, lo esencial en esta experiencia es que el niño reconoce la diferencia anatómica de los sexos, aceptando que el universo está compuesto por hombres y mujeres, y que su cuerpo tiene límites (25).

Desde que el niño nace y se le da un nombre, se le está dando un lugar en el espacio y al mismo tiempo se está dando un proceso de identificación, esto es a partir del deseo de la madre.

El nacimiento es un trauma tanto para el niño como para los

padres, ya que durante el embarazo la madre lo tenía con ella todo el tiempo (creyendo que era nadamás de ella) y con el nacimiento hay una separación ya que no se encuentra dentro de ella como antes, teniendo que aceptar que a pasado a formar parte de una sociedad y no es nadamás de ellos, al aceptar esto, asumen - la castración.

El niño trata de cumplir con el deseo de los padres inconscientemente pero cuando no llega a cubrir estos deseos empieza - a tener un sentimiento de culpa.

Durante el desarrollo del niño se presentan varias castraciones que los padres deben de dar, como son: (9)

- La castración oral. La cual es la separación del vínculo con la madre, en donde si se de una buena castración se empieza a formar el lenguaje en el niño ya que al llevar a cabo el destete la madre pone en palabras el sufrimiento del niño y hace que el niño vea que hay otros objetos y no nadamás el pecho de la madre.

- La castración anal. Con está se pone límites al deseo de la madre, empieza a controlar su motilidad, pero todavía no sabe manipular las cosas. En la etapa anal comienza a sociabilizarse a respetar límites y así poder adaptarse a la sociedad a la que pertenece.

- La castración genital. Es cuando el sujeto empieza a reconocer su cuerpo y a diferenciar los sexos anatómicos, dándose - cuenta que existen hombres y mujeres. Es este momento se presen-

ta el complejo de edipo; el cual es muy importante en el desarrollo del infante. Se podría entender en términos simples que es - la ligazón amorosa del niño con el padre del sexo opuesto y la - hostilidad contra el padre del mismo sexo (23).

El infante -niño o niña- ha partido de que sólo hay pene, - que unicamente existe el genital masculino, y con el tiempo descubre que hay dos sexos, mencionado anteriormente, que anatómicamente hay seres que carecen de pene, surge entonces el complejo de castración. El varón ante la confrontación con el hecho de - la diferencia se siente "amenazado" en su genital ya que él lo - tiene pero podría perderlo. La mujer, por otra parte, que no lo tiene, anhela tenerlo, lo "envidia" (23).

Cuando el niño simboliza o introyecta la ley (castraciones y la prohibición del incesto) es cuando conforma un "Yo" personalizado y diferenciado, que no es parte de algo ni copia de los progenitores (9).

El adolescente reafirma su imagen ya que no sabe cuando es él mismo porque esta en constante cambios, tanto físicos como - psíquicos y para esta reafirmación de la imagen influye la estructura familiar, la ayuda y la comprensión que se le brinde a éste.

Cuando uno es niño se desea o se quiere matar a los padres (inconscientemente durante el complejo de edipo, para quedarse - con el padre del sexo opuesto), cuando se es adolescente también para quedarse en el lugar de los padres produciendo en ellos sentimientos de culpa, pero esto es simbolizado (el querer matar)

por medio de la aceptación de la castración de no poder ocupar - ese lugar sino que él tiene el suyo.

La castración en ocasiones es comprendida como la prohibición de todo deseo que tenga por fin el placer, y como una denegación de la justa intuición experimentada por el niño en lo que se refiere al gozar de su desarrollo físico, afectivo y mental.

Cuando una castración (mutilación) que induce al deseo de - satisfacerse con el sufrimiento, el lugar de satisfacer el placer es una perversión.

El narcisismo asegura la continuidad del ser de un individuo humano, pero no significa que el narcisismo no tenga que reorganizarse en función de las duras pruebas con las que tropieza el deseo del niño; estas pruebas, las castraciones, van a posibilitar la simbolización y al mismo tiempo contribuirán a modelar la imagen del cuerpo, en la historia de sus reelaboraciones sucesivas.

Si se parte de la idea de que la castración es la prohibición radical opuesta a una satisfacción buscada y anteriormente conocida, de ello se desprende que la imagen del cuerpo se estructura gracias a las emociones dolorosas articuladas al deseo erótico, deseo prohibido después de que el goce y el placer de éste han sido conocidos y repetitivamente gustados.

La evolución de un ser humano, la función simbólica, las castraciones y la imagen del cuerpo están estrechamente ligadas. La función simbólica de la que esta dotado todo ser humano al na

cer permite a un recién nacido a diferenciarse en cuanto a sujeto, deseante y prenombrado, es decir, un ser independiente.

Las castraciones son un hacer o actuar significadamente - irreversible y que constituye la ley; siendo tan necesarias durante el desarrollo de la individuación del sujeto con sus allegados (padres, familiares) como para el desarrollo del lenguaje.
(9)

2.4. EL AUTOCONCEPTO Y LA INVALIDEZ.

La importancia del autoconcepto (imagen corporal) en la rehabilitación física y psicológica de pacientes que sufren trastornos invalidantes, es porque requiere de la reestructuración o integración del autoconcepto, es decir, que se ajuste o adapte a su nueva realidad.

Bellak y Haselkorn, dicen que hay pacientes para quienes el trauma de una enfermedad y su consecuente incapacidad traen consigo una organización patológica de ideación distorsionada al que no están dispuestos a renunciar fácilmente.(15)

La emoción se separa de las relaciones de objeto y el Yo se convierte en el centro de toda precaución, esto representa la regresión a un nivel anterior a su desarrollo, cuando siendo niño invirtió la mayoría de sus sentimientos en su propio cuerpo.

Para Kolb, la enfermedad distorsiona la imagen corporal ya que hay partes del cuerpo que psicológicamente representan órganos o partes de gran valor para la personalidad y que pueden provocar grandes trastornos, como se mencionó anteriormente.

Kolb, también menciona que los defectos físicos invalidantes como incapacidades para efectuar movimientos o que ponen al paciente en desventaja respecto a sus semejantes pueden tener un profundo efecto sobre la salud emocional, especialmente, en el sexo femenino donde un defecto físico grave puede provocar problemas mentales que por completo las trastorna ya que las mujeres están especialmente expuestas a medios y conflictos emociona

les, cuando se alteran sus funciones biológicas pues esto pone - en grave peligro la seguridad personal, económica, social y la - felicidad de la mujer.

Para Kolb la falta de atractivos físicos, defectos que impi - den las posibilidades del matrimonio, pérdida de encanto físico por edad o enfermedad, todo esto puede constituir problemas ante los cuales la adaptación emocional es difícil o imposible dentro de los límites de la salud mental.

Las personas con alto nivel de integración emocional reac - cionan ante una lesión con un cuadro depresivo lo cual aparece - ante cualquier pérdida, recuperándose paralelamente psicológica y físicamente; son capaces de trazarse nuevos caminos (metas) e ir superando el trastorno denominándolos "lisiados".

Las personas con bajo nivel de integración psicológica pre - sentan regresiones a patrones de conducta primitivos y neuróti - cos, empiezan a depender de sus familiares, a agredirlos cons - tantemente exigiendo que le resuelvan sus problemas, presentando una reeducación de sus funciones físicas; observando que existe - cierta necesidad de sentir frustradas las metas que se proponen, como si el mecanismo que utilizarán tuviera la necesidad de im - pedir su bienestar, son incapaces de percibir que sus actitudes enfocadas hacia el sufrimiento no resuelven su situación, llaman - doslos "inválidos".

La familia de un inválido se ve afectada por la actitud de éste (paciente) al igual que la sociedad en general y reaccionan con expresiones de caridad y lástima que facilitan la inactivi -

dad del paciente y le proporcionan ganancias secundarias que anulan su esfuerzo por impulsarse a mejorar.

La invalidez provoca un desajuste psicológico que afecta la conducta de ésta, especialmente si se trata de personas económicamente activas, las cuales se convierten en seres receptivos, poco responsables, pasivos e improductivos.

En este tipo de pacientes se dan reacciones de schock, la incompatibilidad entre las situaciones físicas de las personas y el cuadro mental que tienen de sí misma, explican su comportamiento verbal inadecuado al principio, la imagen del cuerpo es más poderosa que sus percepciones y rechaza el hecho de que las percepciones son incompletas con su imagen corporal.

La percepción de nuestro perfil corporal constituye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo.

La imagen que de nuestro cuerpo poseemos se basa en la opinión que los demás nos asignen o creemos que nos asignan; el minusválido por la pérdida que sufre, busca en los demás que reafirmen o devalúen su autoconcepto (autoimagen).

Desde el punto de vista psicológico, aparte de la idea personal que tenga de su propio cuerpo, en la imagen corporal influye también la visión, los valores y fantasías de las personas significativas que lo rodean, la actitud y valores de la cultura a la que pertenece.

Otro factor que se encuentra presente en la invalidez es el

revivir la castración, es decir, la mutilación real y no simbólica como se presentó durante el desarrollo del sujeto; cómo es revivido este proceso, sintiéndose de cierta manera culpables ya que creen que por algo que hicieron o pensarón les sucedió esto, como se había mencionado en el capítulo I.

El amputado sufrió una castración (mutilación) en lo real como se acaba de mencionar, la cual trae consigo limitaciones que el sujeto tiene que aceptar y dependiendo de como halla simbolizado durante su desarrollo las castraciones que se le fuerón presentando ira a reaccionar frente a este hecho.

2.5. EL PROCESO DE DUELO.

El duelo representa una elaboración secundaria de la tendencia original a la descarga tempestuosa.

Lo que sucede en el duelo no es otra cosa que una gradual "elaboración" de un afecto, el cual, si fuera descargado en su pleno vigor, es decir, la cantidad total de cataxis desencadenadas por la pérdida del objeto, arrollaría al Yo.

Freud comparó la depresión con un fenómeno normal que le es afín: el duelo (29). El duelo es un proceso normal que se lleva a cabo por la pérdida de un objeto amado, que va desligando o disolviendo el vínculo con el objeto perdido, separando cada uno de estos recuerdos lo cual requiere de tiempo.

La realización del trabajo de duelo es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan de retardar aferrándose a la ilusión de que el objeto perdido aun esta con él postergando con ello el necesario trabajo de duelo.

La ilusión de que el objeto perdido sigue presente (persistencia del objeto) es un mecanismo de defensa que utilizamos para no desestructurarnos e ir poco a poco asimilando lo ocurrido.

En el caso del paciente amputado esto lo podemos observar, de cierta manera en el fenómeno del miembro fantasma (del cual se hablo en el capítulo I); ya que el fenómeno fantasma son las expresiones de la persistencia del miembro que el individuo tiene de su imagen corporal después de perder una parte de su cuerpo.

Las personas de orientación narcisística, colocados en el doloroso trance del duelo, tienen inconscientemente a reprochar a las personas cercanas a él, el haber conducido a este penoso estado. Estas relaciones, a su vez, crean sentimientos de culpa y remordimiento. En los rituales normales de duelo en realidad nunca faltan síntomas de remordimiento.

El estado afectivo de la tristeza se caracteriza por una - disminución de la autoestima. Una persona triste tiene necesidad de consuelo, lástima; una persona muy triste se retira de los demás y se hace narcisista al incorporar el objeto, esto es que se aísla y empieza a creer que lo que ha perdido está solamente con él, lo cual lo hace sentir muy importante lo que es algo irreal sin poder darse cuenta de que ya no existe; al darse cuenta de esto, cae en una terrible depresión.

La persona que pierde un objeto presenta depresión, la cual provoca que odie al objeto por haberla abandonado, trata de obligar a los que la rodean mediante recursos mágicos a compensarle su pérdida, prosigue con tales intentos luego de introyectar en forma ambivalente el objeto y sus esfuerzos por disminuir sus sentimientos de culpa, los intensifica.

La depresión es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad. Los elementos destructivos liberados por esta coerción crean ulteriores sentimientos de culpa y temores de represalia.

El proceso de duelo en pacientes amputados, aproximadamente dura 6 meses dependiendo del sujeto (Información obtenida por la Psc. Ma. del Socorro Barragan de la UMFRN).

2.6. TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES FISICAS Y LESION.

Desde el punto de vista de la Teoría de la Crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarlos y adaptarse.

Los sucesos como diagnóstico de una enfermedad grave, cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo o incapacidad física, conservan el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío hasta que la enfermedad o lesión puedan hacer inasequibles los objetos de la vida o aun amenazar nuestra propia vida.

Se tiene que tomar en cuenta cómo se interpreta el suceso especialmente en relación a la autoimagen y planes futuros, y cómo se relacionan las adaptaciones conductuales (32).

La preparación será o no de ayuda dependiendo de la formación característica de enfrentar el estrés del individuo; ya que quienes tienden a negar o evitar las situaciones de estrés, no obtienen provecho de la información sobre la cirugía y su impacto.

La intervención en crisis se dirige a ayudar a los pacientes y sus familiares en:

a) El uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad opresiva en el principio de la enfermedad).

b) El desarrollo de las estrategias de enfrentamiento efectivas para las consecuencias de la enfermedad (actitudes de la -

vida que se ha modificado pero no dominado por la enfermedad).

Basado en un amplio rango de intervenciones incluyendo apoyo, reestructuración cognitiva (de la autoimagen) y consulta familiar.

Bryant (1978) subraya la importancia de las figuras claves en el ambiente externo del paciente y cómo pueden facilitar la rehabilitación.

El diagnóstico de incapacidad emocional o física proporciona una forma de crisis en la vida de los familiares del paciente. Schild (1977) menciona cinco actividades psicológicas que enfrenta la familia en este momento:

- 1) reafirmación de la autoestima,
- 2) comprensión de las limitaciones del diagnóstico y aceptación de la pérdida,
- 3) reordenación del autoconcepto,
- 4) abordar diversos conceptos de desviación incluyendo el estigma social relacionado con el diagnóstico,
- 5) el desempeño de los papeles de los familiares del paciente y de las relaciones que enriquecen un crecimiento continuo y el desarrollo de la personalidad.

Una revisión de la literatura del diagnóstico de la incapacidad emocional y/o física, Bahr (1980) subraya diversas etapas de la reacción:

- 1) Impacto (noticia del diagnóstico que interactúan con los propósitos de la vida, autoimagen, etc.).

- 2) Negación (una etapa adaptativa que permite la aceptación de la realidad poco a poco).
- 3) Duelo (elaboración gradual de los sentimientos).
- 4) Acercamiento (aceptación y perspectivas hacia el futuro).

La enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, estructura de la vida, autoimagen y de cómo se percibe el futuro. Esto tiene un fuerte impacto tanto en las demás personas (sentimientos, pensamientos, etc.) como en la estructura social familiar.

La terapia se dirige hacia la ayuda del individuo y su familia para la comprensión y el enfrentamiento con la enfermedad física y sus limitaciones.(32)

CAPITULO III LA FAMILIA.

3.1. LA FAMILIA EN MEXICO.

La familia es muy importante para el desarrollo de la personalidad de todo ser humano y más en nuestro país; la familia influye mucho en la conducta de los sujetos, por eso hay que empezar definiendo a la familia.

Entre las definiciones que podemos encontrar de familia, están, la de Bricklin y Bricklin (1981) quienes la definen como el conjunto de dos o más personas que viven juntas, que están emparentadas. Sánchez A. (1974) considera a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos. La familia es el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento (19).

La familia, según Minuchin (1989), es una unidad social que enfrenta una serie de tareas.

La organización de la familia obtiene sus características según la cultura en la que se desarrolle; al igual que los tipos de familia. Sandoval (1990) clasificó a la familia en tres tipos que existen en nuestro país: (29)

1.- La familia triangular o nuclear. La cual está constituida por madre, padre e hijos. En este tipo de familia los roles deben estar bien distribuidos dándole a los niños la posibilidad de tener buenas identificaciones, un buen desarrollo y posteriormente un funcionamiento adecuado tanto en la selección de su pa-

reja como en su desempeño en general.

2.- Familia diática o uterina. Esta está constituida únicamente por alguno de los padres y los hijos, debido al divorcio o al abandono del padre o la madre. En este caso, los hijos se enfrentan a una verdadera problemática de identificación por falta de uno de los integrantes de la pareja.

3.- Familia extendida. Formada por los familiares del padre y/o de la madre, tales como los progenitores de ambos, los hermanos y otros familiares cercanos. Este tipo es muy frecuente en México.

Sandoval (1990) opina que la familia es extraordinariamente importante en la sociedad a pesar de que puede ser fuente de conflictos en relación con la familia nuclear; sin embargo son más los beneficios que proporciona, ya que brindan apoyo a ésta en momentos de crisis que convulsionan su estructura (29).

Leñero (1977) menciona que la familia mexicana está en constantes transformaciones, y esto obliga a conocer y tomar en cuenta la estructura y dinámica familiar, para poder modificar los estereotipos de la familia.

Ehrlick (1989) considera a la familia mexicana como tradicional, donde los roles familiares están estrictamente definidos y puntualiza cuatro características generales:

- 1) La aceptación de la supremacía del padre
- 2) La abnegación total de la madre, el deseo de demostrar especial paciencia

- 3) Sensibilidad, respeto y dedicación hacia la unidad familiar
- 4) El deseo de evitar ofender al otro.

La familia empieza a constituirse a partir de la unión de la pareja (el matrimonio) la cual debe enfrentar un cierto número de tareas; deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas (por ejemplo: al acostarse y levantarse a la misma hora, comer juntos, para mirar la televisión y elegir los programas, para salir a lugares que son de gusto de ambos, etc).

En este proceso de acomodación, que Minuchin menciona, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez es influido por la secuencia de conductas anteriores. También enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos. Del mismo modo debe regular y organizarse de un nuevo modo los encuentros extrafamiliares (trabajo, deberes, ocios)(24).

El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño.

Así, en diferentes períodos del desarrollo se requiere a la familia que se adapte y reestructure. La familia debe enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a la sociedad en transición.

3.2. PRIMER CONTACTO SOCIAL.

La familia se considera como el núcleo primario indispensable para el desarrollo del hombre, como se había mencionado anteriormente.

Chagoya (1980) explica que la personalidad del individuo depende de muchos factores, uno de los más importantes es la estructura de la familia a la que pertenece, porque al vivir el individuo en el seno familiar es miembro de un sistema social al que debe adaptarse, por lo tanto, sus acciones se encuentran regidas por la organización social y estructura de la familia (2).

El hombre sobrevive en grupos, esto es inherente a la condición humana. Una de las necesidades más básica del niño es la figura de la madre que lo alimenta, protege e instruye.

Durante el desarrollo, Spitz menciona, que el recién nacido se encuentra en una etapa sin objeto; lo cual Hartmann (1939) llama fase indiferenciada, en donde el bebé no sabe distinguir una cosa de otra. Freud (1930), dice que un infante de pecho no distingue aún su yo del mundo externo, como el origen de las sensaciones que influyen en él (33).

En esta etapa el niño responde a sus necesidades fisiológicas como el comer, dormir, etc.; esto es aproximadamente durante su primer mes de vida, en el cual empieza a tener contacto con el rostro de la madre al darle de comer, pero no es hasta el segundo mes cuando ya comienza a distinguirlo siendo capaz de separarlo de él; por lo que al tercer mes el bebé responde al rostro

del adulto con una sonrisa lo que significa que empieza a tener conductas activas, dirigidas e intencionadas.

Esto nos refiere que el primer contacto social o su primera relación de objeto, como la llaman algunos autores, que tiene el recién nacido es con la madre, ya que es la que va a cubrir las necesidades que tenga, satisfaciendo al bebé dandose la relación madre-hijo.

La relación madre-hijo es esencial en el infante, pues a su edad los efectos son importantes ya que es la época en la que el niño esta aprendiendo e influirá en sus relaciones posteriores en su sociabilización durante su vida.

La madre sirve como espejo para el niño, como se menciona en el capítulo anterior, ya que el niño se refleja en ella para ver si esta haciendo lo correcto o no, mediante los gestos o miradas de la madre. En base a esta relación con la madre el niño podra independizarse y realizarse como persona. Al darse esta relación amorosa el niño tendra una buena sociabilización ya que es su primera relación que tiene el infante.

Melanie Klein (31) menciona que el niño pasa por posiciones esquizo-paranoide y depresiva a las cuales llama fases del desarrollo, presentandose simultaneamente durante la vida. Se podrían considerar subdivisiones de la etapa oral (mencionada por Freud) ocupando los tres o cuatro meses primeros la posición esquizo-paranoide y durante la segunda mitad del primer año de vida la posición depresiva.

La posición esquizo-paranoide se caracteriza porque el bebé

no reconoce a nadie, relacionandose con objetos parciales, es decir, con partes del objeto; aquí predomina la ansiedad paranoide y el proceso de escisión. Al momento en que el niño reconoce a la madre como objeto total marca el inicio de la posición depresiva, comenzando a reconocer también a otras personas de su ambiente (generalmente al padre).

La psicología clínica marca la importancia que tiene en la formación de la personalidad, la estructura familiar; la salud mental de los miembros de la familia depende en gran parte de la actitud que tanto el padre como la madre tienen entre sí y hacia los hijos (Spitz, 1965).

En el desarrollo de la personalidad, es comprensible como un proceso en el cual fuerzas biológicas y culturales se integran y se hace posible que el organismo funcione como una totalidad. La aportación de estímulos por el ambiente es necesario; - sin estos estímulos ambientales adecuados un niño puede no aprender a hablar, a pesar de tener la capacidad para hacerlo.

El recién nacido no se diferencia a sí mismo de su madre ni de los objetos que lo rodean, como ya se ha mencionado. Conforme crece y se desarrolla, una parte de su campo perceptual se va limitando y diferenciando del resto, constituyéndose así un núcleo primario, un punto de referencia en torno del cual sus experiencias son integradas. Posiblemente es el pecho de la madre que se retira y regresa para satisfacer o calmar su hambre, lo que inicialmente impulsa al niño a hacer la distinción entre el yo y el no yo. El yo se desarrolla y cambia en virtud del aprendizaje (de las experiencias). Puede decirse que su núcleo permanece, pero el resto se forma y se transforma en el curso de la vida.

Un primer ingrediente del yo es la noción del esquema corporal la cual depende primero de la sensibilidad propioceptiva, - que consiste en enviar al cerebro por los receptores periféricos de información sobre los límites y posiciones de los distintos segmentos del cuerpo. Simultáneamente al desarrollo de la imagen del yo físico, la noción psicológica del yo se afianza conforme el niño actúa con independencia creciente; camina, corre, explora terrenos nuevos, no obedece o descubre alguna de sus capacidades y acumula nuevas experiencias.

El primer contacto social del niño es con la madre, es cuando él distingue entre el yo y el tú; posteriormente cuando ya camina comienza a jugar al lado de otros niños aunque no con ellos ya que aún no adquiere el sentido del nosotros, requisito para - poder participar cooperativamente en las actividades de grupo (13).

Al inicio de la etapa de escolaridad empieza a conocer este sentido (nosotros) ya que juega con los demás niños y coopera con ellos formando parte de otro grupo que ya no es la familia, sino la sociedad en la que vive; aparecen otras personas importantes en su desarrollo como son los maestros, de los cuales también aprende, influyendo también en la forma que va a tener para relacionarse en un futuro.

3.3. ESTRUCTURA FAMILIAR.

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales. en las sociedades primitivas, observamos amplios agrupamientos con una distribución estable de las funciones. En medida en que las sociedades se hacen más complejas y requieren nuevas habilidades, se diferencian estructuras sociales.

La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos: (Minuchin, 1989)

- uno interno, la protección psico-social de un miembro;
- otro externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

La familia es un mecanismo cuya función más típica consiste en dar a sus integrantes, en especial a los niños, una suficiente seguridad afectiva que les permita un equilibrio eficaz.

Epstein (1972) describe a la familia, como un grupo dinámico generalmente pequeño que organiza las interacciones de sus individuos componentes con las siguientes funciones: (2)

- a) satisfacer las necesidades básicas de comida, techo, ropa, educación y para los esposos, la vida sexual,
- b) satisfacer las necesidades económicas básicas para desarrollarse psicológicamente,

- c) hacer frente a las crisis, accidentes, enfermedades y peligros imprevistos que la vida implica.

Los conceptos de las funciones familiares también cambian a medida que se modifica la sociedad. Probablemente en forma complementaria, la sociedad desarrollará estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y las nuevas realidades sociales y económicas.

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir, que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta. Los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia, nunca desde la unidad más pequeña a la mayor.

Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

- La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
- La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal, que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar es el conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los

miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y esas pautas apuntalan el sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción:

- el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar,
- el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad (24).

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando sea necesario hacerlo.

La familia debe responder a cambios internos y externos, y debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Minuchin menciona que la familia comprende tres tipos de

relaciones fundamentales:

- 1) la relación entre pareja,
- 2) las relaciones entre padres e hijos,
- 3) las relaciones entre hermanos.

La relación entre la pareja esta formada por dos adultos de sexo diferente unidos con la intención expresa de construir una familia; las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

La relación de los padres e hijos consiste en la tarea de sociabilizar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza la relación conyugal.

La relación entre hermanos da la posibilidad a un niño de aprender a negociar, cooperar y competir, los niños usarán en sus relaciones extrafamiliares las pautas utilizadas en el mundo paterno.

3.4. LA PAREJA.

La pareja constituye el núcleo básico de la familia, en donde se han formado nuevas generaciones, es por esto, que es importante que los patrones de relación sean adecuados para que haya salud mental y relaciones satisfactorias y estables.

Simon y colaboradores (1984) definen a la pareja desde el punto de vista de terapia familiar como un sistema; desde la perspectiva de una terapia en el individuo se considera a la pareja como una red interaccional de los individuos, cuyas necesidades se armonizan o se contraponen (19).

Louviot (1976) menciona que en una pareja "verdadera" debe haber un vínculo interpersonal entre los cónyuges, cuya felicidad personal y desarrollo dependen de la calidad de ese vínculo, ya que cuando se es una pareja, se puede tender a actuar y a pensar en función de pareja y no de sí mismo.

Minuchin dice que la relación de pareja entre sí abarca seis etapas que son:

1.- La selección de pareja.

Es una etapa en la que se escoge al cónyuge. Esta selección se hace siempre partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por la pareja, y se encuentra influenciada por el enamoramiento.

2.- Transición y adaptación temprana.

Es la etapa de adaptación al nuevo sistema de vida que difiere del que se tenía en la familia original. La mayor dificultad

tad que se puede presentar en esta etapa es la intromisión excesiva de los padres, ya sea por las necesidades económicas o por la inseguridad de la pareja; en cuanto a la intimidad se comienza a establecer normas que regulan la interacción de la pareja para que quede claro lo que es permitido y lo que está prohibido.

Conforme se abordan y se solucionan los conflictos originales la relación avanza; de lo contrario si el conflicto no se soluciona, éste crece creando rencores y resentimientos que influyen en etapas posteriores y aún en los hijos.

3.- Reafirmación como pareja y paternidad.

En esta etapa aparecen dudas sobre la elección del cónyuge; la aclaración de las dudas pueden llevar a dos situaciones:

- la reafirmación de la pareja
- o el divorcio.

La interferencia dentro de la pareja proviene de la relación con los amigos, amantes potenciales y los hijos. La pareja disfuncional tiende a utilizar a los hijos para involucrarlos en sus problemas.

El problema surge en base a las dudas acerca de si la pareja es la más adecuada o no, existiendo ambivalencia en el acercamiento al cónyuge.

4.- Diferenciación y realización.

Comienza el proceso de diferenciación, ya que se encuentra el matrimonio estable y desaparecieron las dudas sobre la elec-

ción de la pareja permitiendo una mayor realización personal. Uno de los problemas de esta etapa es la diferencia de desarrollo personal entre los esposos, sobre todo cuando la mujer tiene más carga en el cuidado de los hijos. Otro conflicto está relacionado con los logros personales.

5.- Estabilidad.

En esta etapa se da la búsqueda de equilibrio entre las aspiraciones y los logros de la pareja que cristalizan en la mayor parte de los casos, en un proceso de reajuste de prioridades que finalmente conducen a la estabilidad del matrimonio.

6.- Enfrentamiento con la vejez.

Aquí las tensiones aparecen con la pérdida de los hijos, la muerte de uno de los cónyuges; la soledad y el rechazo que existe por el anciano en la cultura occidental. Hay mucha angustia en la pareja que experimenta una necesidad acrecentada de afecto y apoyo.

La duración de cada una de las etapas, menciona Minuchin, es variable no existiendo límites entre una y otra; cada una de ellas presenta una crisis de la pareja que según como es vivida, consolida la unión o puede ser motivo de separación.

Por otro lado, Miller y colaboradores (1976) mencionan que dos personas tienen una relación cuando tienen una historia juntos y anticipan algún tipo de futuro, esto es, tienen expectativas semejantes. Estos autores mencionan cuatro estados específicos de la relación de pareja:

- 1) Unidos. Donde los miembros de la pareja están involucrados en compartir, cuidar, jugar, hablar seriamente acerca de sus

relaciones. Aquí se unen energías.

2) Dirigir o mantener. Sucede cuando uno de los miembros toma el mando y es seguido por su compañero.

3) Empujar o resistir. Cuando uno de los miembros de la pareja presiona al otro, pudiendo ocasionar sentimientos positivos o negativos.

4) Separados. Sucede cuando la pareja está enfocando su energía a diversas metas. Tienen intereses diferentes, no hay acuerdo en su relación.

Al comprender la relación marital, Clifford (1976) habla del contrato matrimonial desde el aspecto psicológico, en donde cada cónyuge aporta a la unión un contrato individual constituido por las expectativas, manifiestas o latentes de lo que se desea recibir y lo que se quiere dar a cambio; y el éxito de la relación está en poder establecer un contrato común, ayudando a la pareja a formalizarse con las necesidades propias y de su compañero. También menciona que hay formas de reaccionar del compañero, llamandolas perfiles de conducta, los cuales son:

- Cónyuge igualitario. Desea conservar su propia personalidad en la relación, misma que se basa en la igualdad de los esposos, es autónomo en trabajos y amistades, pero sensible a las necesidades del cónyuge.

- Cónyuge romántico. Se apega a la ideología romántica y tiende a idealizar los roles de ambos, buscando satisfacer aspiraciones más bien infantiles en las que existe un ser único y me

recedor de todo el amor, lo que lo convierte en insaciable. Sobrealora a la pareja y da gran relevancia a lo sentimental.

- Cónyuge parental. Se conduce como un amo, es dominante y autocrático, tiende a infantilizar al cónyuge (quien también adopta ese rol) ya que se ocupa de todas sus necesidades y no le permite la autonomía.

- Cónyuge infantil. Ocupa el rol complementario del anterior, experimenta temores de tipo infantil, aun que es capaz de comportarse maduramente en otros niveles.

- Cónyuge racional. Le es difícil actuar emocionalmente y tiende a establecer una relación lógica, de acuerdo a convencionalismos, en donde las obligaciones y los derechos están bien delineados. Aun que no es meloso, si es bondadoso y considerado y acude cuando su pareja lo necesita.

- Cónyuge camarada. Se da más en parejas mayores que dejarón atrás muchas ilusiones y expectativas juveniles. La relación puede ser gratificante, ya que se ocupa de satisfacer las necesidades de la pareja, pero sin apasionamiento.

- Cónyuge paralelo. Interactúa tratando de no involucrarse mucho en la relación, en éste lo más importante es que se respete su distancia psicológica y su autonomía. Tiene un gran temor a perder su individualidad.

3.5. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA AMPUTACION.

La familia ha representado un rango y función muy importante, y continúa ocupando un lugar básico, debido a que es la que rige, forma, cuida, protege, proporciona afecto, organiza a sus integrantes a través de sus diversas tradiciones, estilos de vida y cultura en la sociedad.

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, connotaciones generadas por los estados de salud de un integrante. Es una de las instituciones (la familia) más afectada - cuando un familiar del grupo sufre una enfermedad o accidente inesperado y sus secuelas, alterando su equilibrio emocional, económico, armonía y actividades programadas (6).

Hoy en día existe una gran variedad de padecimientos, los cuales contribuyen en el rompimiento de los roles y funciones familiares y aunado a las enfermedades, agregando los traumatismos y sus secuelas que se presentan en la población dejando además dolor físico, moral, interrupciones de logros, metas, transformación del cuerpo humano y cambios psicológicos.

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 uno. Por ejemplo: cuando surge una enfermedad o accidente catastrófico y por consiguiente una visita a una institución hospitalaria o ingresos a la misma sea corta o prolongada, genera un a-brumador cambio de actividades, responsabilidades, lo que se es-

ta realizando en el momento del suceso, tanto del cónyuge, de los hijos, otros familiares y vecinos (20).

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 mientras regresa la persona. En cambio cuando es un hijo, el enfermo, uno de los padres comparten su tiempo durante las consultas y tratamientos, en su hogar y su trabajo.

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 los hijos, en la cual no solo los provee de alimentación, vestido, 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 como trabajar, atender al familiar enfermo, entrevistarse con los profesionales de salud y hacer tramites de el enfermo.

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 graves. En la enfermedad de un hijo aumenta la tensión familiar y la dinámica familiar se perturba.

Una amputación 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 en un individuo que tiene esposa e hijos, quizá 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, además de todas las preocupaciones que suponen tener un ingreso más reducido.

El paciente también habrá de enfrentarse con la actitud negativa de la mayoría de las personas que se ponen en contacto con él.

En los casos de amputaciones al principio, y quizá 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. Por otra parte, piensa que los demás tendrán la misma actitud negativa sobre su nuevo aspecto físico que él ha tenido. La confusión y la desorganización se acompañan de pesadumbre y depresión.

Las reacciones negativas en algunos casos suelen ser transitorias en ciertos pacientes, pero en otros pueden persistir varios años. Las personas que pierden ambas extremidades frecuentemente presentan conductas de descuido en su persona, suicidio, alejamiento de su pareja y otras actitudes autodestructivas(34).

En el paciente amputado existe una gran variedad de consecuencias y comportamientos que pueden presentarse, y con ello la familia que vive cerca el cambio corporal, puede distinguir estos efectos en el paciente, en sus hijos, en su hogar y en ella

miana (la familia). Estos cambios pueden producir una crisis para el enfermo la cual afecta a la familia, amigos y personal - asistencial que atiende al enfermo.

Minuchin menciona que si un miembro de la familia se enferma seriamente, algunas de sus funciones y su poder deben ser asumidos por otros miembros de la familia. Esta redistribución requiere una adaptación familiar. Cuando el miembro enfermo se reintegra, se requiere de una readaptación para que ocupe su posición o para ayudarlo a asumir una nueva posición en el sistema (24).

La economía familiar es otro factor que se ve afectado ya que ésta proporciona la estabilidad de los integrantes de la familia en los aspectos: biológico, psicológico y social.

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 lo psicológico, 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 de casa, etc., más los gastos del hogar básicos; provoca un desequilibrio aunado al estado emocional por la situación que se presenta trayendo angustia, incertidumbre, estrés, dolor y desesperanza.

En lo social, 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 (20).

Trieschman (1980) manifestó que 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 lo cual, una persona que sufre una amputación, su familia exige cuidados individualizados y completos que respondan tanto a sus necesidades físicas como apoyo emocional.

CAPITULO IV METODOLOGIA.

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el grado de ajuste de la personalidad del paciente amputado?

4.2. OBJETIVOS.

GENERAL:

Conocer el grado de ajuste de la personalidad del paciente amputado.

ESPECIFICO:

Identificar el área o áreas más afectadas dentro de los pacientes amputados.

Determinar si existe o no rechazo tanto de la sociedad como del propio paciente ante su nueva imagen.

4.3. HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

Los pacientes amputados terminan por tener un ajuste normal de su personalidad.

HIPOTESIS ESTADISTICAS.

Ho: El ajuste de la personalidad no es normal en pacientes amputados.

Hi: El ajuste de la personalidad es normal en pacientes am-

amputados.

Ho: El área personal no se encuentra más desajustada dentro de los pacientes amputados.

Hi: El área personal se encuentra más desajustada dentro de los pacientes amputados.

4.3.1. VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE (v.I.): Amputación.

VARIABLE DEPENDIENTE (V.D.): Grado de ajuste de la personalidad.

VARIABLES CONCURRENTES: Edad (20 a 50 años),

Sexo (femenino y masculino).

Sin tomar en cuenta el nivel de escolaridad, ocupación, ni socio económico.

- DEFINICION OPERACIONAL -

V.I.: La acción de extirpar total o parcial un miembro o segmento del cuerpo (11).

V.D.: Este se obtiene mediante la suma de las áreas personal, social, familiar y sexual, el total se divide entre 40 y el resultado es el CTT; llevandolo a la tabla que se menciona en el apartado del instrumento, para que se pueda catalogar en uno de los cuatro grupos existentes. (Información obtenida del manual de la prueba).

4.4. POBLACION Y MUESTRA.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Física de Rehabilitación de la Región Norte del IMSS, donde se atienden por mes aproximadamente 8,617 pacientes, de los cuales 431 (5%) son pacientes amputados que llegan después de 15 días, aproximadamente, de haber perdido una parte del cuerpo, para recibir la rehabilitación necesaria (terapia física, terapia ocupacional, hidroterapia, terapia psicológica, etc.).

El muestreo que se realizó dentro de la población que se tenía fué no probabilística de tipo selectivo, porque fueron asignados por el médico de acuerdo a los conocimientos respecto al tema; en el cual predominó el sexo masculino del femenino, el mayor número de pacientes se encontraron entre 20 y 30 años de edad, el grado de escolaridad que se presentó con mayor frecuencia fué la secundaria, la mayoría eran casados, la ocupación predominante obreros, y de nivel socioeconómico bajo.

Se seleccionó a 30 pacientes tomando en cuenta los siguientes criterios:

4.4.1. Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes con cualquier nivel de amputación.
- 2.- Pacientes en edad productiva (20 a 50 años).
- 3.- La causa de la amputación sea por enfermedad o por accidente (de trabajo o automovilístico).
- 4.- Pacientes de ambos sexos.
- 5.- Desde que ingresan a rehabilitación.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes amputados por cualquier otra causa.
- 2.- Pacientes que tengan más de un año de la amputación.
- 3.- Pacientes que no quieran participar.

4.5. INSTRUMENTO.

El instrumento que se aplicó para obtener la información necesaria para este estudio fué el Cuestionario Investigativo de la personalidad (CIP) de Miguel Angel Escotet (1980) (ver anexo).

La presente información se obtuvo del manual de este cuestionario. El psicólogo investigador Dr. Miguel A. Escotet, consciente del problema que se tenía en 1965 para el estudio de la personalidad debido a que eran escasos los instrumentos en español de los que se podía disponer dedicados a este campo; adicionó a su serie de pruebas psicométricas, el C.I.P.

Esta prueba está destinada a explorar y medir la problemática de la personalidad, expresada en manifestaciones de conducta y relacionada con los siguientes aspectos: comportamiento personal o individual, familiar, sexual, social, patológico o trastorno grave de la conducta, así como también la sinceridad con que el examinado actúa frente a la prueba.

El primer paso en el desarrollo de la prueba (C.I.P.) consistió en la selección de las preguntas y proposiciones que deberían integrarla.

Se consultarón varios cuestionarios como: Minnesota Multi-
*ESCOTET, M. "Cuestionario Investigativo de la personalidad". México, Manual Moderno (1981).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

phasic Personality Inventory (MMPI), Rogers Test of Personality Adjustment, Cuestionario SN 59, Bernreuter Personality Inventory, Inventario de Preferencias Personales de M. Bell y algunos otros.

Primero se seleccionaron 260 preguntas, posteriormente se quedaron con 160 items; hasta que quedó con 140 items de los cuales 40 corresponden al área "personal" y los restantes repartidos a razón de 20 items entre las áreas: "familiar, social, sexual, comportamiento patológico y sinceridad". En donde se encuentran dos posibilidades para responder los items, las cuales son: acuerdo y desacuerdo.

La confiabilidad del cuestionario se determinó por la fórmula de Guttman, con la correlación de la fórmula de Spearman-Brown resultando el coeficiente igual a 0.89. Para esta correlación se utilizó el método de "Split-half".

Fué necesario aplicar el C.I.P. en forma experimental a 2,872 jóvenes entre 15 y 28 años de edad, a fin de aplicar los "standards" requeridos para validación de pruebas de este tipo. Finalmente una vez elaborado el cuestionario, se procedió a utilizar el análisis factorial en la validación de las áreas del test. Los resultados obtenidos permitieron estructurar definitivamente la prueba.

La validez de contenido fué obtenida mediante correlación entre el C.I.P. y otras pruebas. Los resultados más significativos encontrados son: C.I.P. - M.M.P.I., con un coeficiente $r=0.77$ de promedio entre las diferentes áreas; y C.I.P. - SN 59 con un coeficiente $r=0.72$ para el C.T.T. (coeficiente tensional).

Por otra parte la consistencia interna del instrumento fué estimado a través del coeficiente Alfa KR - 20 = 0.92, incluyendo la obtención de los valores "p" para las proposiciones y la varianza de la misma que determinan que el C.I.P. tiene una alta confiabilidad.

Este cuestionario está diseñado para usarse en grupos con fines de selección y aún en casos de diagnóstico clínico y en psicoterapia.

Algunas de las ventajas del C.I.P. consiste en poder aplicarse simultáneamente a un grupo de personas en un mínimo de tiempo, en su valoración rápida y en su adaptación a diversos ambientes. Sus objetivos se resumen en:

- 1) Determinar si se trata de una persona ajustada al medio desde un punto de vista global de su personalidad.
- 2) En caso de que la persona tenga problemas, la prueba los reflejará dentro del área o áreas correspondientes.

El C.I.P. puede aplicarse individual o colectivamente y también auto-administrado. Es aplicable a personas de ambos sexos. El examinador debe asegurarse de que cada folleto de aplicación tenga su hoja de respuestas y de que cada examinado disponga de lápices para marcar la respuesta con una "X" (A, acuerdo; D, de acuerdo).

El examinador puede leer en voz alta las instrucciones para que los examinados las sigan en sus folletos. La prueba no tiene límite de tiempo, pero la mayoría de los casos, 30 minutos son

suficientes.

La forma de calificar la prueba comienza por contar las "X" que están en el área "p", en la parte superior de la página inferior derecha de la hoja de respuestas y el resultado se anotará en el primer rectángulo al pie de la página izquierda, sin tomar en cuenta las "X" que se encuentran dentro de los círculos. Y así con cada una de las demás áreas.

Después los resultados obtenidos se trasladan al perfil correspondiente al sexo (ver anexo). El resultado es el perfil de la problemática y ajuste del individuo.

El C.I.P. ofrece también la posibilidad de integrar esos resultados parciales en lo que se ha determinado Cuociente Tensional (CTT), pues la valoración conjunta de la problemática de la personalidad es ésta, es decir, el grado de ajuste o desajuste de la persona. Para obtenerlo se aplica la fórmula:

$$\frac{"p" + "F" + "Sx" + "S"}{\text{-----}} = \text{C.T.T.}$$

40

La suma se lleva a la tabla de conversión (ver anexo) lo que marque es el CTT del individuo. Según los resultados del CTT el examinado puede catalogarse en uno de los cuatro grupos:

- 1.- Personalidad normalmente ajustada (resultado inferior a 1.00)
- 2.- Personalidad levemente desajustada (oscila entre 1.00 y 1.50)
- 3.- Personalidad medianamente desajustada (entre 1.50 y 2.00)
- 4.- Personalidad fuertemente desajustada (entre 2.00 y 2.50)

4.6. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION.

Esta investigación es de campo pues se investiga el grado de ajuste de la personalidad del paciente amputado en su campo de acción; es decir, no hay manipulación de las variables, sino que se observa el fenómeno ya existente.

Este estudio es transversal pues se realizan observaciones en un momento único en el tiempo; es *expost-facto* porque la variable independiente ya esta dada de manera implícita y las observaciones se realizan después de haber ocurrido el hecho (la amputación).

4.7. PROCEDIMIENTO.

La investigación se llevó a cabo en la UMFR de la región - norte del IMSS. Los pacientes que participaron en esta investigación fueron asignados por los médicos, siendo seleccionados por los criterios mencionados con anterioridad. A los individuos se les realizó una entrevista basada en una guía de preguntas que se estructuraron antes (ver anexo), para obtener más información sobre la manera en cómo les afecto la amputación en su vida y en su persona; posteriormente se aplicó el C.I.P. (ver anexo).

Con los resultados obtenidos se llevó a cabo el análisis estadístico que se obtuvo en porcentaje, tomando en cuenta que el instrumento empleado facilita los datos en percentiles; en donde el percentil 50 equivale a la media o norma general.

Es decir, que el desajuste es proporcionalmente más alto a medida en que el percentil sea mayor a 50; o bien, si es inferior al percentil 50, el ajuste será mayor tanto más se acerque al cero.

CAPITULO V RESULTADOS.

5.1. TABLAS Y GRAFICAS.

DATOS PERSONALES DE LA POBLACION

TABLA No. 1

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	25	83%
FEMENINO	5	17%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 1



TABLA No. 2

EDAD	No. PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
20-30	15	1 - 14	50%
31-40	6	1 - 5	20%
41-50	9	3 - 6	30%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 2

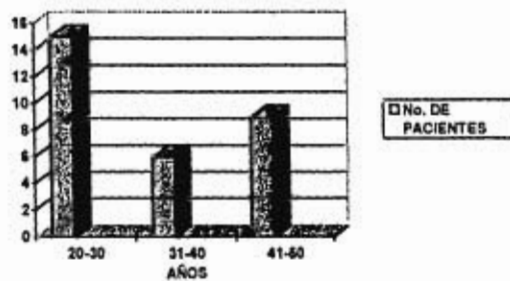


TABLA No. 3

OCUPACION	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
OBREROS	15	1 - 14	50%
HOGAR	3	3 - 0	13%
OTROS	11	1 - 10	37%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 3

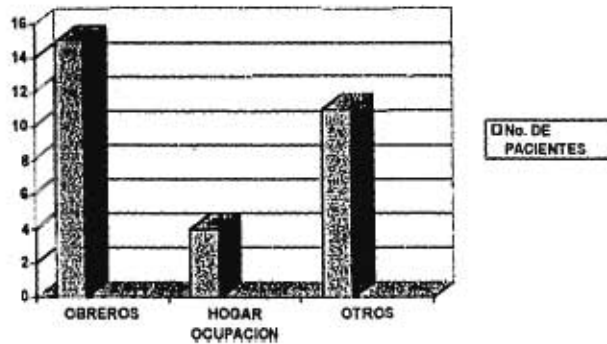


TABLA No. 4

ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
ANALFABETAS	1	1 - 0	3%
PRIMARIA	12	2 - 10	40%
SECUNDARIA	14	2 - 12	47%
BACHILLERATO	1	0 - 1	3%
PROFESIONAL	2	0 - 2	7%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 4

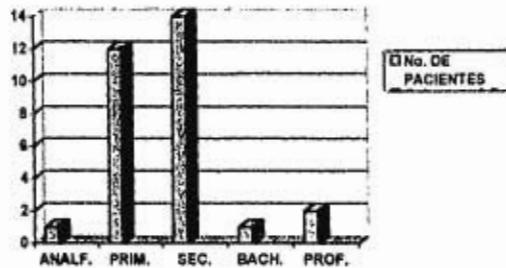
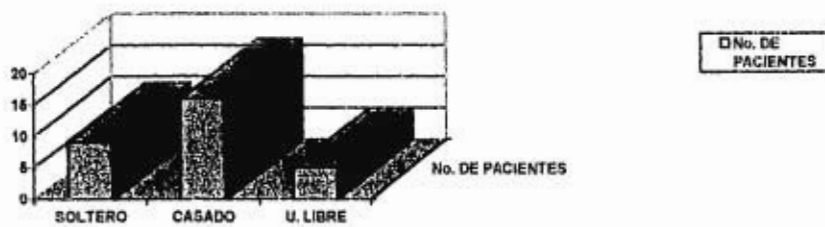


TABLA No. 5

EDO. CIVIL	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
SOLTERO	9	0 - 9	30%
CASADO	16	4 - 12	53%
UNION LIBRE	5	1 - 4	17%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 5



CARACTERISTICAS DE LA AMPUTACION

TABLA No. 6

CAUSA	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
ENFERMEDAD	5	2 - 3	17%
ACCIDENTE DE TRABAJO	19	2 - 17	63%
ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO	6	1 - 5	20%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 6

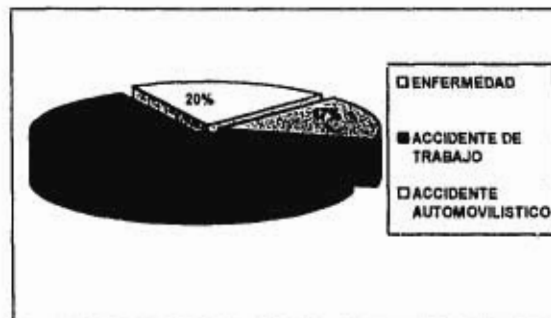


TABLA No. 7

EXTREMIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
INFERIOR	15	50%
SUPERIOR	15	50%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 7

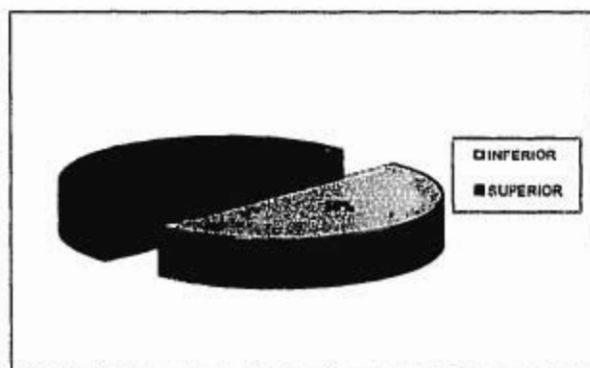


TABLA No. 7.1

NIVEL DE LA AMPUTACION	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
DEDOS	12	2 - 10	40%
ANTEBRAZO	2	0 - 2	7%
BRAZO	1	0 - 1	3%
ARRIBA DE LA RODILLA	11	3 - 8	37%
ABAJO DE LA RODILLA	2	0 - 2	7%
TOBILLO	1	0 - 1	3%
PIE	1	0 - 1	3%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 7.1

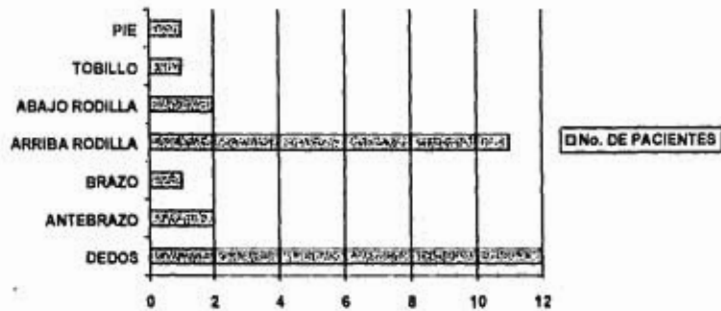


TABLA 7.2

LADO	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		M-H	
DERECHO	22	5 - 17	73%
IZQUIERDO	6	0 - 6	20%
AMBOS	2	0 - 2	7%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 7.2

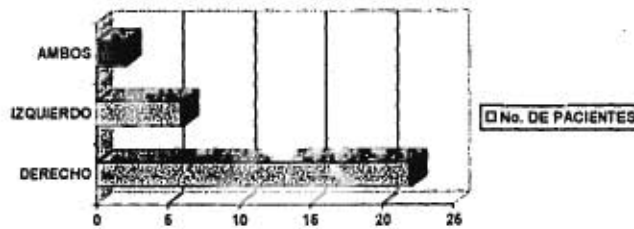
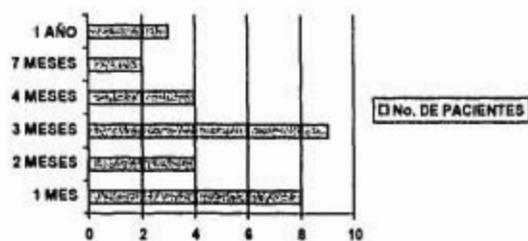


TABLA No. 8 TIEMPO EN ASISTIR A LA U.M.F.

TIEMPO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 MES	8	27%
2 MESES	4	13%
3 MESES	9	30%
4 MESES	4	13%
7 MESES	2	7%
1 AÑO	3	10%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 8



* Tiempo transcurrido a partir del accidente hasta que asistieron al depto. de Psicología en la U.M.F.

CONSECUENCIAS DE LA AMPUTACION:

TABLA No. 9

RECHAZO DE LA SOCIEDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	19	63%
NO	11	37%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 9

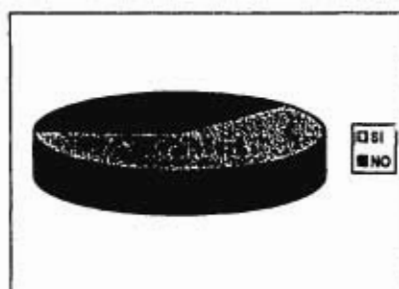


TABLA No. 10

PREOCUPACION POR SU IMAGEN	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	24	80%
NO	6	20%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 10

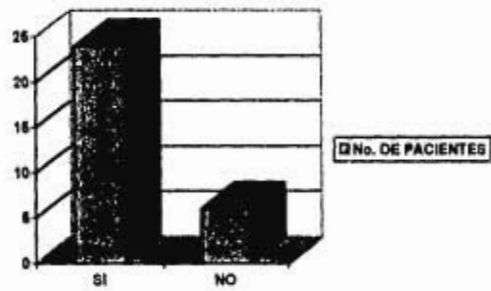


TABLA No. 11

PERCEPCION DE LA AYUDA BRINDADA EN SUS CASAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
NADA AGRADABLE	12	40%
ME SIENTO INUTIL	8	27%
AGRADABLE	8	27%
IGUAL	2	6%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 11

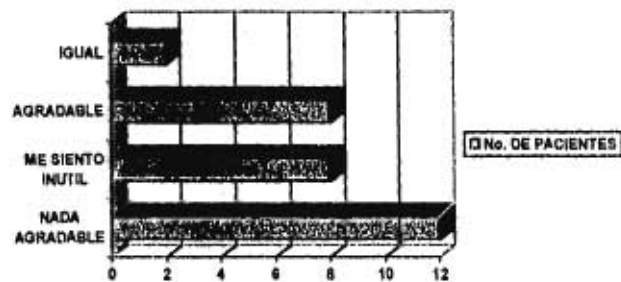
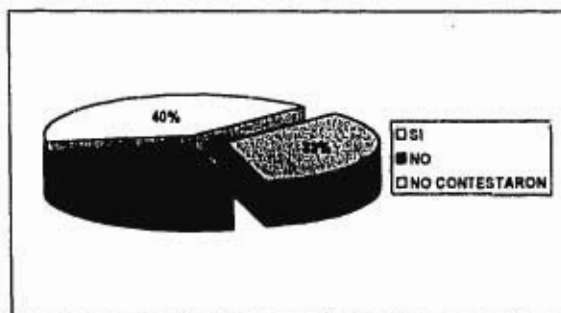


TABLA No. 12

AFECTO EN LA RELACION MARITAL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	10	33%
NO	8	27%
NO CONTESTARON	12	40%
TOTAL	30	100%

GRAFICA No. 12



RESULTADOS DEL C.I.P.

TABLA No. 13

GRADO DE AJUSTE	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
NORMALMENTE AJUSTADA	20	H - M 20 - 0	67%
LEVEMENTE DESAJUSTADA	6	3 - 3	20%
MEDIANAMENTE DESAJUSTADA	4	2 - 2	13%
FUERTEMENTE DESAJUSTADA	0	0 - 0	0%
TOTAL	30		100%

GRAFICA No. 13

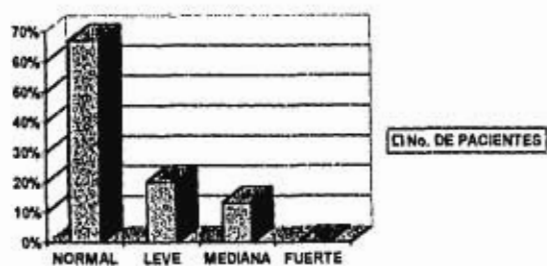


TABLA No. 13.1 PACIENTES CON DESAJUSTE (10 PACIENTES)

AREAS	No. DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
		H - M	
PERSONAL	5	0 - 5	50%
FAMILIAR	3	3 - 0	30%
SEXUAL	0	0 - 0	0%
SOCIAL	2	2 - 0	20%
TOTAL	10		100%

GRAFICA No. 13.1

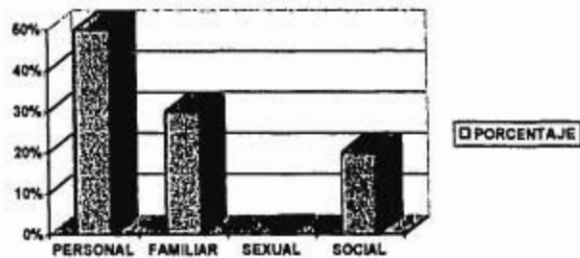


TABLA No. 13.1.1.

COMPORTAMIENTO PATOLOGICO	No. DE PACIENTES	SEXO H - M	PORCENTAJE
ALTO	6	3 - 3	60%
BAJO	4	2 - 2	40%
TOTAL	10		100%

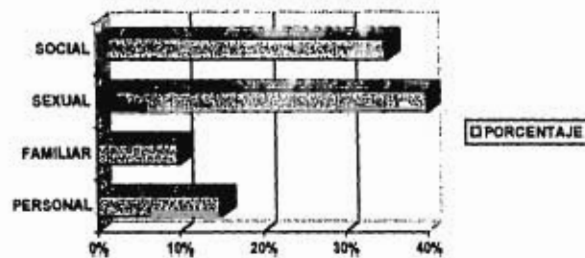
GRAFICA No. 13.1.1.



TABLA No. 13.2 PACIENTES CON AJUSTE (20 PACIENTES MASCULINOS)

AREAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PERSONAL	3	15%
FAMILIAR	2	10%
SEXUAL	8	40%
SOCIAL	7	35%
TOTAL	20	100%

GRAFICA No. 13.2



5.2. ANALISIS DE RESULTADOS.

Se aplicó el test (CIP) y la entrevista a 30 pacientes amputados, de los cuales el 83% fuerón del sexo masculino y el 17% - del sexo femenino, de nivel socioeconómico bajo, donde la mayoría son personas casadas, la ocupación que predominó obreros, y la causa que se presentó con mayor frecuencia es de accidente de trabajo.

Analizando los resultados obtenidos durante la entrevista, podemos observar que son personas que tienen que mantener a una familia y que la parte que perdieron era la que utilizaban para realizar su trabajo, provocando, tanto en los familiares como en los pacientes, angustia y descontrol por no saber que va ha ser de ellos, existiendo un desajuste tanto personal como en la dinámica familiar.

Teniendo la incertidumbre de sí podrán volver a su centro de trabajo para ocupar su lugar, y en caso de no ser así, cómo podrán encontrar algún otro empleo que puedan desempeñar.

Los pacientes muestran preocupación por su poca preparación porque algunos han llegado al nivel de secundaria sin concluir-la, siendo su ocupación la que los ha sacado adelante, sin saber desempeñar algo más; produciendo cambios en su comportamiento, como un nivel elevado de angustia, irritabilidad, etc.

La causa de la amputación más frecuente, como se mencionó anteriormente, es por accidente de trabajo, inmediatamente por - accidente automovilístico y por último, por enfermedad.

Es importante darnos cuenta de qué manera está tomando el paciente éste hecho. Cabe señalar, que durante la entrevista, observamos que muchos de los pacientes que tuvieron accidente de trabajo mencionaron que fué por un descuido de su parte, tomando en cuenta que se mostraban un poco menos angustiados y más conscientes de su problema; otros pacientes, también de accidente de trabajo, comentaron que por culpa de otra persona que puso en marcha la maquina mientras se revisaba ésta, provoco el accidente, los cuales presentaban rabia y coraje.

Los pacientes que sufrieron un accidente automovilístico se halan, que por culpa de una tercera persona perdieron una parte de su cuerpo mostrando mucha agresión y enojo, rehusándose a aceptar que les haya pasado a ellos. Por último, el que es por enfermedad, el cual muchas veces lo toma como alivio, porque los dolores que sentía eran fuertes.

Nos podemos dar cuenta de que el paciente más afectado psicológicamente, es el que a causa de una tercera persona tuvo el accidente, ya sea automovilístico o de trabajo.

Todas las personas que sufren de alguna amputación, tienen reacciones emocionales normales como angustia, enojo, coraje, autodevaluación, etc.; las cuales se presentan durante una crisis. Pero estas reacciones emocionales aumentan su intensidad produciendo una desadaptación mayor si se presenta una reamputación, debido a una infección o porque no quedó bien, teniendo que operar de nuevo.

Una de las cosas que se encontró durante la entrevista, -siendo frecuente en las personas que sufren algún tipo de amputata

ción, es que lleguen a pensar en el rechazo de los que lo rodean; señalando que ellos mismos no se aceptan pues les da miedo verse en el espejo, siendo una manera de negar lo que les ocurrió, y - por este motivo muchos pacientes se comportan hostilmente con sus familiares y amigos, para que se alejen y no le estén recordando lo que les ocurrió, también para que no lo rechazen sus familiares.

Los pacientes expresarán preocupación por su nueva imagen. Como se ha mencionado en el capítulo II, la imagen corporal se forma desde temprana edad y en el momento que se presenta este - hecho (la amputación) provoca una confusión, pues no concuerda la imagen que se tiene con la que se refleja en el espejo, lo que causa un desajuste de la personalidad llevando a una reorganización de la imagen.

Es importante recordar que el esquema corporal se encuentra modificado y que poco a poco (como se señala en el capítulo II) se debe reorganizar la imagen corporal, mediante las nuevas experiencias sensoriales que viva el individuo.

Otra cosa que se pudo observar es que muchos de los pacientes, principalmente del sexo masculino, tratan de negar lo que les pasó, esperando obtener una prótesis y así volver a sentirse completos y poder decirse a ellos mismos, "no ha pasado nada"; utilizando la negación como un mecanismo de defensa para tratar - de evitar que su personalidad se desestructure.

Como hemos señalado anteriormente, el sujeto debe aceptarse él mismo, es decir, aceptar que ya no tiene esa parte del cuerpo,

lo cual no le impide relacionarse con los demás (la angustia de castración, tener miedo a perder al objeto).

Una situación que señalaron los pacientes referente a la ayuda que le brindan los familiares, es que se sienten "mal", dicen sentirse como un estorbo, alguien que da molestias porque no puede realizar sus cosas por ellos mismos, que tienen que depender de otra persona lo que los hace sentirse inútiles, etc.

Mencionando, las personas que tienen hijos, que les preocupaba que ellos les tuvieran miedo y que no quisieran acercarse a ellos porque son diferentes; lo que se puede reflejar en la depresión que presentan los pacientes.

La mayoría de los pacientes que no contestaron las preguntas del apartado de las relaciones maritales, punto importante en la pareja, evitaron responder cambiando de tema (utilizaron el mecanismo de defensa, la negación). Otras personas contestaron - que les daba miedo que no fuera lo mismo, que no sentían deseo; otras que le temen al momento de la intimidad, sintiendo pena al ser observados y a la reacción que pueda tener su pareja.

Una paciente refirió que su esposo después del accidente, - cambio mucho, se volvió más irritable y serio, que no quería tener relaciones ni siquiera acercarse a ella, empezó a beber más que antes; aumentando en la paciente la autodevaluación que presentaba reflejándose en el grado leve de desajuste y dentro de éste, el área más afectada fué la personal.

Los resultados obtenidos con el CIP, con relación al grado de desajuste en los pacientes es el siguiente: el 67% personas

normalmente ajustadas, 20% levemente desajustadas y el 13% medianamente desajustadas. Relacionandolo con la entrevista, nos podemos dar cuenta de que la prueba nos muestra en forma global un ajuste normal en los pacientes, demostrandose una vez más que el paciente se encuentra en una etapa de negación, es decir que no acepta lo que le esta ocurriendo señalando que todo esta bien -- obteniendo esos resultados; pero al ir examinando finamente área por área podemos observar que en una de éstas se localiza más elevada, siendo en ella, donde se encuentra más afectado el sujeto.

Hay que recordar que la pérdida de una parte del cuerpo lleva a pasar por el proceso de duelo, el cual trae consigo la negación como mecanismo de defensa permitiendo ir asimilando y elaborando la perdida poco a poco para no desestructurarse.

Tomando en cuenta a los pacientes que obtuvieron personalidad leve y medianamente desajustadas, que representa el 33% de la muestra, podemos notar que las mujeres se encuentran en esta parte; el área que se observa más afectada en las mujeres, es la personal, pues les importa más la percepción que tengan de ellas mismas que la que tengan los demás, dejando de lado la relación con el otro.

Haciendo referencia al 67% de los pacientes normalmente ajustados son del sexo masculino, haciendo notar que la mayoría de los hombres se encuentran fijados en la etapa de negación, ya que es más difícil que el hombre demuestre sus sentimientos.

Observamos también que en los hombres, dentro de la persona

lidad ajustada, el área que se encontró elevada es el área sexual y el área social. En cuanto al área sexual se puede relacionar con lo que se obtuvo en la entrevista, pues mostrarán preocupación porque fueran rechazados por su pareja; aquí podemos darnos cuenta de que al hombre, en general, la sociedad le ha marcado que el ser hombre está relacionado con el sexo, mientras más sexo tengan más hombres son.

El aceptar la pérdida (la castración real), le permite al paciente relacionarse con los demás; para el hombre es importante la idea o imagen que el otro tenga de él.

Otra área, que muestra la prueba, se encuentra afectada en el sexo masculino es la social; lo cual nos indica que al hombre la sociedad o el núcleo en el que se desarrolla le marcara que tan importante es este sujeto, es decir, que tan valioso es como persona en el grupo al que pertenece.

CONCLUSIONES.

Los pacientes con algún tipo de amputación requieren de rehabilitación, no solo física sino emocional. Siendo importante que esta ayuda se brinde a la brevedad posible, porque corren el riesgo de permanecer fijados en la negación como uno de los efectos psicológicos, que provoca una baja autoestima en quien no elabora la pérdida.

Como sabemos no todas las personas reaccionamos de igual manera ante algún hecho relevante, por lo tanto no todos los individuos nos tardamos el mismo tiempo en readaptarnos; es por eso que en algunas personas encontramos un cierto grado de desajuste de la personalidad.

Podemos mencionar también que el 67% de los pacientes (como se mencionó en el apartado de análisis de resultados) tienen una personalidad normalmente ajustada, indicando que los individuos con algún tipo de amputación pueden llegar a tener una adaptación normal después de pasar por un proceso de rehabilitación (señalado en el capítulo I), es decir, que puede llegar a integrarse a la sociedad en la que vive.

Sin embargo, como hacemos notar en el apartado anterior, es tos pacientes se encuentran en una etapa de negación por lo que se encuentran influenciados los resultados obtenidos en la prueba.

Los resultados obtenidos en esta investigación, muestra que el área que se observa más afectada es el área personal en las mujeres, ya que muestran desconfianza y poca aceptación de sí -

mismas, se sienten incompletas, tanto física como psicológicamente, mostrando autodevaluación; a las mujeres les preocupa más la percepción que tengan de ellas mismas.

Podemos notar que en los pacientes que sufren de alguna amputación, se observa afectado el esquema corporal provocando una desorganización de la imagen corporal que el individuo tiene; se señaló en el apartado anterior, la cual se va a ir reorganizando poco a poco mediante sus nuevas experiencias sensoriales.

El paciente amputado frecuentemente presenta sentimientos hostiles contra las personas que se encuentran cerca de él por temor a que lo rechazen, pues, antes de que esto suceda, hace todo lo posible por alejarlas.

Para que estos individuos puedan elaborar la pérdida, primero tienen que aceptarla, es decir, aceptarse ellos mismos; si esto no sucede, puede llegar a provocar que la rehabilitación sea lenta y hasta llegar a rechazar la prótesis.

La mayoría de los pacientes se encuentran en una etapa de negación, siendo éste un mecanismo de defensa, es decir, que no aceptan que les esté pasando a ellos; esperan poder tener un sustituto del miembro perdido (una prótesis) considerando que con esto podran borrar esa parte de su vida por la que estan atravesando y así poder decir "no ha pasado nada".

El impacto psicológico depende en gran medida de la causa de la amputación, como lo hacian notar los pacientes, quienes mostraban mayor aceptación si se sabian responsables (como en el accidente de trabajo) o un grado elevado de enojo y/o depresión

de quienes sufrieron una agresión ocasionada por otro (accidente automovilístico).

De acuerdo con los resultados, podemos observar que el mayor porcentaje de personas amputadas corresponden al sexo masculino y que la causa principal, responde a accidente de trabajo ya que la mayoría son obreros que cursaron la primaria y entrarón a la secundaria. En la ocupación que desempeñaban utilizaban la parte del cuerpo que perdieron, trayendo consigo preocupaciones, angustias y enojo porque tienen una familia que sostener, viendose como trabajadores afectados y sintiendose frustrados como personas.

Los pacientes del sexo masculino mostraron mayor perturbación en el área sexual y social; mencionaron durante la entrevista preocupación por no sentir deseo, temor de que su pareja los rechazara en la intimidad y poder llegar a quedarse solos (castración simbólica, es decir, temor a perder el objeto amado).

En todos los pacientes amputados se presentan: depresión, - angustia, desvalorización, desilusión, por mencionar algunos aspectos; como observamos en el capítulo I, todas las anteriores, son características que se presentan cuando sucede alguna pérdida, la amputación no es la excepción, por lo que vemos el proceso de duelo por el que atraviesan estos sujetos (señalado en el capítulo II).

La amputación repercute no solo en la personalidad del individuo, sino en la dinámica familiar.

La mayoría de los pacientes amputados son casados, lo cual

significa que baja su economía familiar reduciendo las oportunidades de desarrollo de los integrantes de la familia, ya que sus ingresos son menores.

Como podemos observar en el capítulo III, para formar la personalidad es muy importante la gente que rodea al individuo, principalmente la familia; al igual que durante cualquier hecho relevante, la familia juega un papel importante porque gracias a ellos, a la motivación y apoyo que le brinden al paciente, puede tener una recuperación satisfactoria o todo lo contrario, decaer más.

A su vez la familia se ve afectada por la actitud del paciente, y puede reaccionar con expresiones de caridad y lástima que facilite la inactividad del paciente, provocando que no se esfuerze por mejorar.

Si tanto la persona lisiada como sus familiares, no reconocen su invalidez, el resultado será una rehabilitación lenta; siendo importante la elaboración del duelo por la pérdida (aceptación de su nueva imagen).

En cambio, si el sujeto se acepta tal como es y es amado, motivado por su familia va creciendo su autoestima y confianza en sí mismo.

El observar que tan rápida o lenta es su recuperación, dependerá en gran medida de la fuerza interna de cada sujeto, es decir, la manera en que cada individuo reacciona ante los problemas que se le presentan, a parte del apoyo brindado por la familia y amigos; siendo importante para lograr el éxito del programa.

ma de rehabilitación.

El paciente amputado tiene temor al rechazo de la sociedad ante su nueva imagen, por lo cual se aisla.

Los pacientes refirieron que les ayuda asistir al centro de rehabilitación, pues ahí se dan cuenta de que no son los únicos con este problema, teniendo la oportunidad de que con otros pacientes conversen acerca de cómo les ha ayudado la rehabilitación a readaptarse a la sociedad.

Además es importante el rechazo que la sociedad muestra hacia estos individuos porque podría pensarse que se debe a la angustia que nos provoca.

Sugerimos que a todos los pacientes que hayan sufrido la pérdida de alguna parte del cuerpo, se les de atención psicológica por lo menos dos o tres sesiones, incluyendo a los familiares; ya que al parecer no se le da la importancia necesaria.

También se recomienda que tanto a los pacientes como a los familiares se les den pláticas explicando todo acerca de la amputación, las consecuencias, los cuidados y el proceso de rehabilitación necesaria.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AISENSEN, K.
" Cuerpo y persona ".
México, F.C.E. (1985).
- 2.- ANGEL REAL, F.
" Percepción de la familia en niños y niñas sin padre ".
Tesis de la UFM (1993).
- 3.- CALVIN, S.
" La teoría de la personalidad ".
México, Paidós (1991).
- 4.- CARABIAS AGUILAR, A.
" Problemática de los amputados de la extremidad inferior ".
II Simposium internacional de rehabilitación.
Madrid, Fundación MAPFRE (1978).
- 5.- " Curso de actualización de ortopedia y rehabilitación ".
De la sociedad de cirugía del Hospital Juárez S.C.
(Nov. 1962).
- 6.- DE LA FUENTE, R.
" La familia ".
Cuaderno de Psicología Médica y Psiquiátrica.
Imp. UNAM (1987).
- 7.- DICAPRIO, N.
" Teoría de la personalidad ".
México, Mc Graw Hill (1993).

- 8.- " Diccionario de terminología de ciencias médicas ".
12va. edición.
México, Salvat (1984).
- 9.- DOLTO, F.
" La imagen inconsciente del cuerpo ".
2da. edición.
México, Paidós (1990).
- 10.- FIGUEROA OLEA, J.B.
" El fenómeno del miembro fantasma como una alteración del
esquema corporal ".
Tesis de la Facultad de Psicología de UNAM (1995).
- 11.- FLORES CASTILLO, M.
" Amputados de miembros superiores ".
Terapia ocupacional. Tesis del IMSS de la UMFR (1994).
- 12.- FREUD, S.
" Obras completas ".
Art. Tres ensayos para una teoría sexual.
Art. Duelo y melancolía.
- 13.- FUENTES MUÑOZ, R.
" Psicología médica ".
México, F.C.E. (1959).
- 14.- GARFIEL SOL, L.
" PSicología clínica ".
5ta. edición.
México, Manual Moderno (1991).

- 15.- GOMEZ MARTINEZ, O.
" El autoconcepto y la sexualidad en pacientes amputados y hemipléjicos ".
Tesis de la Facultad de Psicología de UNAM (1992).
- 16.- GONZALES ENLOE, M.
" La imagen corporal del hemipléjico ".
Tesis de la Facultad de Psicología de UNAM (1976).
- 17.- GUARNER, E.
"Psicología clínica y tratamiento analítico ".
Art. El desarrollo de la personalidad ".
Porrúa (1984).
- 18.- GUERRERO TRIANA, N.
" Amputados del miembro inferior por riesgo de trabajo ".
Tesis del IMSS de la UMFR (1995).
- 19.- HERRERA VARGAS, T.
" LA comunicación como factor importante en la satisfacción marital ".
Tesis de UFM (1994).
- 20.- KRUEGER, D.W.
" Psicología de la rehabilitación ".
Barcelona, Herder (1988).
- 21.- MACDONALD, E.M.
" Terapéutica ocupacional en rehabilitación ".
Barcelona, Salvat (1979).

- 22.- MAHLER, M.
" El nacimiento psicológico del infante humano ".
Art. La primera subfase: La diferenciación y el desarrollo
de la imagen corporal.
- 23.- MASOTTA, O.
" Lecciones de introducción al Psicoanálisis ".
Barcelona, Gedisa (1991).
- 24.- MINUCHIN, S.
" Familias y terapia familiar ".
4ta. edición.
México, Gedisa (1989).
- 25.- NASIO, J.
" Enseñanza de 7 conceptos cruciales del Psicoanálisis ".
Buenos Aires, Gedisa (1990).
- 26.- NATH BANERJEE, S.
" Rehabilitation management of amputee ".
Baltimore/London, Williams & Wilkins (1982).
- 27.- NICHOLS, P.
" Rehabilitación en medicina, tratamiento de la incapacidad
física ".
- 28.- PANTALEON GARCIA, L.
" Aspectos psicológicos del paciente amputado ".
Tesis de la Facultad de Psicología de UNAM (1996).
- 29.- SANDOVAL, D.

- " El mexicano: Psicodinámia de sus relaciones familiares ".
México, Villicaña (1990).
- 30.- SCHILDER, P.
" Imagen y apariencia del cuerpo humano ".
México, Paidós (1987).
- 31.- SEGAL, H.
" Introducción a la obra de Melanie Klein ".
México, Paidós (1994).
- 32.- SLAIKEU, K.
" Intervención en crisis ".
5ta edición.
México, Manual Moderno (1995).
- 33.- SPITZ, R.
" El primer año de vida del niño ".
México, F.C.E. (1992).
- 34.- STRAOMENN, E. et al.
" Desarrollo psicológico ".
México, Manual Moderno.
- 35.- TALLAFERO, A.
" Cursos básicos de Psicoanálisis ".
México, Paidós (1994).
- 36.- TROMBLY, C.
" Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente ".
México, La Prensa (1990).

37.- ZINSER, O.

" Psicología experimental ".
México, Mc. Graw Hill (1992).

El test utilizado:

- ESCOTET, M.

" Cuestionario Investigativo de la Personalidad " (C.I.P.).
6ta edición.
México, Manual Moderno (1981).

A N E X O .

GUIA DE PREGUNTAS.

SEXO: F M OCUPACION: _____ EDAD: _____
 EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ TEL: _____
 DOMICILIO: _____ RELIGION: _____

- 1.- ¿ QUE GENERO SU CAMBIO ?
- 2.- ¿ CUANTO TIEMPO TIENE QUE LE REALIZARON LA AMPUTACION ?
 A) 1 AÑO B) 2 AÑOS C) MENOS D) MAS
- 3.- ¿ CUAL ES LA PARTE DE SU CUERPO QUE PERDIO ?
- 4.- ¿ QUE TIPO DE REHABILITACION RECIBIO ? ¿ ACTUALMENTE ?
- 5.- ¿ RECIBIO ATENCION PSICOLOGICA ANTES Y DESPUES DE LA AMPUTACION ? SI O NO ¿ POR QUE ?
- 6.- ¿ QUIEN LE INFORMO DE SU AMPUTACION COMO UNICA ALTERNATIVA ?
- 7.- ¿ QUE EFECTOS LE PROVOCO LA PERDIDA DE UNA PARTE DEL CUERPO?
- 8.- ¿ CREE QUE ESTA PERDIDA MODIFICO LA MAYORIA DE SUS ACTIVIDADES Y POR QUE ?
- 9.- ¿ CAMBIO EL TRATO DE SU FAMILIA DESPUES DE LA AMPUTACION ? ¿ COMO Y POR QUE ?
- 10.- ¿ QUIEN LO AYUDA EN SU NUEVO ESTILO DE VIDA ?
- 11.- ¿ EL QUE SU FAMILIA LO AYUDE A REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES LE RESULTA ?
- 12.- ¿ CREE QUE DESPUES DE LA PERDIDA EXISTE MEJOR COMUNICACION CON SU FAMILIA ?
- 13.- ¿ CREE QUE SU NUEVA IMAGEN SEA OBTACULO PARA TENER RELACIONES AFECTIVAS ? SI O NO ¿ POR QUE ?
- 14.- ¿ CREE QUE LE AFECTO EN SUS RELACIONES MARITALES ? ¿ EN QUE FORMA ?
- 15.- APARTIR DE LA AMPUTACION
 a) INTERRUMPIO ACTIVIDADES,
 b) PERMANECE M'S TIEMPO EN EL HOGAR,

- c) DUERME MAS TIEMPO,
- d) SE ALTERO LA DINAMICA FAMILIAR,
- e) SE INTERRUMPIERON LOS INGRESOS,
- f) SE INTERRUMPIERON PROYECTOS Y METAS,
- g) LA MAYORIA DEL TIEMPO ESTABA DE MAL HUMOR,
- h) PREFIERE PERMANECER MAS TIEMPO SOLO,
- i) LLORA CON FACILIDAD,
- j) SIENTE: TRISTEZA, ANGUSTIA, DESILUSION, CORAJE, ENOJO, -
INSEGURIDAD, RABIA, DOLOR;
- k) LE PREOCUPABA SU NUEVA IMAGEN,
- l) PENSO EN EL RECHAZO DE LA SOCIEDAD.

-
1. Me cuesta conciliar el sueño
 2. Me siento frecuentemente desdichado
 3. Me es difícil hablar en público
 4. Me siento aburrido gran parte del tiempo
 5. Uno de mis padres pierde (perdía) la paciencia con frecuencia
 6. El trato de mi padre hacia mí es muy bueno y adecuado
 7. Siento (sentía) gran temor de desprenderme de la tutela de mis padres
-
8. Las relaciones con mis padres son generalmente buenas
 9. Me preocupa enormemente el contagio de alguna enfermedad
 10. Me siento como si fuese un enviado especial de un ser sobrenatural
 11. Tengo momentos en que pierdo la noción total de lo que estoy haciendo
 12. Frecuentemente, sin causa justificada, cuento cosas que nunca han sucedido
 13. Mi vida sexual es normal
 14. Es inaceptado en mi hogar hablar con profundidad de asuntos sexuales
-
15. He tenido dificultades en mi vida sexual
 16. Creo que la sexualidad dirige totalmente nuestra vida
 17. Frecuentemente me siento aburrido estando en compañía de otros
 18. Me atraen más los libros u otras cosas que los amigos
 19. De vez en cuando tengo ataques de risa que no puedo controlar
 20. Frecuentemente siento heridos mis sentimientos
 21. Con frecuencia tengo deseos de no ver a nadie
-
22. Distingo más una tarde pasándola solo(a) que con mis amigos
 23. Nadie parece comprenderme
 24. Me gusta tratar a la gente que puedo dominar
 25. A veces yo me enlazo
 26. Me gusta que los demás pleanco lo mejor de mí
 27. Alguna que otra vez miento
 28. En ocasiones llego tarde al trabajo o al estudio
-

-
29. Me falta confianza en mí mismo
30. Me preocupan durante mucho tiempo mis fracasos
31. Con frecuencia siento sensación de vértigo
32. De niño me gustaba jugar solo la mayoría de las veces
33. A veces siento vergüenza de presentar a mis padres ante los demás
34. Mis hermanos y yo siempre hemos sido buenos amigos
35. Tengo a veces la impresión de que alguno de mis padres no me comprende
-
36. Yo fui la "oveja negra" de la familia
37. Me enfurece que me llamen loco o enfermo mental
38. Creo que sólo de uno enteros-tal terrible que mi me han querido revelar
39. Hay ocasiones que estuculo suces sin poder preñar de dónde viene
40. De repente llega a mi mente pensamientos indecentes que me dominan
41. Me perturba mi sexualidad
42. Creo que una persona puede vivir totalmente a espaldas de la sexualidad
-
43. Muchos de mis socios tratan de asuntos sexuales
44. Mi educación sexual es deficiente
45. Me siento frecuentemente con agitación nerviosa
46. Palidezco o empiezo tartamudear
47. Tengo terror a la obscuridad
48. Encuentro difícil el tomar decisiones por mí mismo
49. En una fiesta trato parte de su ambiente
-
50. Me disgusta estar en primer plano en las relaciones sociales
51. Me siento cubierto ante un grupo mayor que yo (físico o intelectualmente)
52. Soy más sensible que la mayoría de las personas
53. Algún chico verde me ha hecho reír
54. Hay veces que deseo decir palabras fuertes
55. A veces crítico
56. Algunas veces me frago el desentender para no ayudar a quien me cae mal
-

-
57. Me encanta acumular responsabilidades
58. Soy considerado por los demás como una persona insensible
59. Me siento confundido dentro de la muchedumbre
60. Me molesta mucho la disciplina
61. Mis padres se llevan muy bien entre sí
62. Tengo momentos en que me siento como un extraño en mi hogar
63. Siempre los niños desobedecen las órdenes que me dictan mis padres
-
64. Mis padres me tratan como si fueran mis compañeros y amigos
65. Mi gran temor al ridículo me ha impedido realizar mis ambiciones
66. Me molesta profundamente que la gente me observe
67. Nadie me comprende
68. Cien que alguna vez alguien ha tratado de convencerme
69. Me atraen las personas del sexo opuesto
70. Mi vida sexual me tuvo atormentado
-
71. Desearía que los problemas sexuales me afectasen menos
72. Lo que más me gusta del cine son las escenas de amor
73. Tengo la sensación de que a nadie le importa lo que yo hago
74. Soy una persona rencorosa
75. De vez en cuando tartamudeo y no sé por qué
76. Es preferible descartar de todos o de casi todos
77. Me contagio fácilmente con un ambiente agradable
-
78. Se me dificulta la conversación con una persona recién conocida
79. Cuando me dan malos consejos desearía tener a alguien a mi lado
80. Preferiría quedarme callado antes que pedir ayuda a una persona que me cae mal
81. Me siento mal cuando hieren mi orgullo
82. Las circunstancias me han obligado algunas veces a ser hipócrita
83. Hay veces que no me conformo con lo que tengo
84. Algunas veces me he sentido triste
-

-
85. Me agrada más ser eficiente que ser admirado
86. Tengo tendencia a llevar la contraria
87. Me gusta llamar la atención de vez en cuando
88. Me sudan las manos sin razón aparente
89. Mi padre bebe (bebía) demasiado
90. Me llevo mal con mi familia
91. Tengo la idea de que mi madre es (fue) una mujer sucia
-
92. Con frecuencia soy más bochoso con los amigos que con los de mi casa
93. Todo lo malo que me sucede es castigo de mis pecados
94. He tenido abyecciones
95. De vez en cuando me siento influenciado por alguien que no conozco
96. Lo que más me gusta del periódico es la crónica policíaca y de crímenes
97. He tenido prácticas sexuales raras
98. Los temas sexuales me disgustan
-
99. Creo que a uno le falta la felicidad hasta que se casa
100. Cuanto más verdes sean los chistes más me gustan
101. Habitualmente soy calmado y tranquilo
102. Estoy seguro de que la vida me trata duramente
103. Acostumbrado a hablar bien de los demás
104. Generalmente leo casi todos los días el periódico local o nacional
105. Los niños me gustan más bien de lejos que de cerca
-
106. Me agrada estar en compañía de un grupo de amigos
107. Soy de aquellas personas con las que es difícil establecer amistad
108. Tomo parte activa con las personas que acabo de conocer
109. En ocasiones he hablado de cosas sexuales
110. Siempre como con la misma conexión en la casa que cuando estoy invitado
111. En ocasiones he fingido estar enfermo para excusarme de algo
112. Todas las personas que yo conozco son excelentes
-

-
113. Soy dado a preocuparme mucho
114. Creo que la mayor parte de las mujeres u hombres son falsos
115. Repetidamente suelo las mismas cosas.
116. Me siento feliz la mayor parte del tiempo.
117. Tengo la idea de que mi padre es poco generoso.
118. Me faltaron las cosas más necesarias en mi hogar
119. Mis problemas son motivo de preocupación en mi casa
-
120. Algunas veces he tenido deseos de huir de mi hogar.
121. Me siento sin energías la mayor parte del tiempo
122. Siento que me persiguen.
123. Me perturba la idea de quedarme solo en un ascensor u otro lugar parecido
124. Esta vida es una desgracia
125. Quisiera liberarme de mis complejos acerca del sexo
126. Alguna vez me siento culpable de algún problema sexual
-
127. Mis inquietudes sexuales me preocupan.
128. Las relaciones sociales con el sexo opuesto me son negadas algunas veces en la casa.
129. El ver sangre me avuista o me enferma
130. Tomo frecuentemente que algo malo va a pasar
131. Me considero más nervioso que la mayoría de la gente
132. Me despierto fácilmente con pesadillas o sobresaltos
133. Un verdadero amigo es muy difícil de encontrar
-
134. Cuando alguien me cae mal trato por todos los medios de evitar verlo
135. Me desagrada formar parte de asociaciones o grupos
136. La crítica me afecta terriblemente.
137. Algunas veces he dejado para mañana lo que debería hacer hoy.
138. Alguna vez he soñado algo que me preocupó inmediatamente.
139. Me caen bien todas las personas que conozco
140. Alguna vez he soñado despierto
-

PERFIL MASCULINO							PERFIL FEMENINO						
	P	F	CP	SX	S	Si		P	F	CP	SX	S	Si
99	42		30		20	22	99	40		30		20	22
	38		18		20			38	20	18		18	22
		20	14	20				36	18	16	18	18	
			12	17				34	16	14	16	18	
			10	16	19	18		32	14	12	14	16	18
			8	14	18	16		30	12	10	12	14	16
			6	12	16	14		28	10	8	10	12	14
			4	10	14	12		26	8	6	8	10	12
			2	8	12	10		24	6	4	6	8	10
75	38	15	10	16	18		75	36	14	10	14	16	
	34	12	8	14	16			34	12	8	12	14	16
		10	6	12	14	14			10	6	10	12	14
			8	10	12	12			8	6	8	10	12
			6	8	10	10			6	4	6	8	10
			4	6	8	8			4	2	4	6	8
			2	4	6	6			2	0	2	4	6
			0	2	4	4			0	0	0	2	4
50	30	10	7	11	11	13	50	28	10	7	9	14	
	26		5	9	10	12		26	8	5	8	12	
			3	7	9	10			6	3	6	10	
			1	5	7	8			4	1	4	8	
			0	3	5	6			2	0	2	6	
			0	1	3	4			0	0	0	4	
			0	0	1	2			0	0	0	2	
			0	0	0	1			0	0	0	1	
			0	0	0	0			0	0	0	0	
25	22	6	3	5	5	7	25	20	6	3	5	5	7
	18		1	3	4	5		18	4	1	3	4	5
			0	1	2	3			2	0	1	2	3
			0	0	1	2			0	0	0	1	2
			0	0	0	1			0	0	0	0	1
			0	0	0	0			0	0	0	0	0
0	10	3	1	2	2	3	0	8	2	1	2	2	3
	6		0	1	1	2		6	1	0	1	1	2
			0	0	0	1			0	0	0	0	1
			0	0	0	0			0	0	0	0	0
			0	0	0	0			0	0	0	0	0

BAREMOS

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES EN C.T.T.

Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.
100	2.50	75	1.87	50	1.25	25	0.62
99	2.47	74	1.85	49	1.22	24	0.60
98	2.45	73	1.82	48	1.20	23	0.57
97	2.42	72	1.80	47	1.17	22	0.55
96	2.40	71	1.77	46	1.15	21	0.52
95	2.37	70	1.75	45	1.12	20	0.50
94	2.35	69	1.72	44	1.10	19	0.47
93	2.32	68	1.70	43	1.07	18	0.45
92	2.30	67	1.67	42	1.05	17	0.42
91	2.27	66	1.65	41	1.02	16	0.40
90	2.25	65	1.62	40	1.00	15	0.37
89	2.22	64	1.60	39	0.97	14	0.35
88	2.20	63	1.57	38	0.95	13	0.32
87	2.17	62	1.55	37	0.92	12	0.30
86	2.15	61	1.52	36	0.90	11	0.27
85	2.12	60	1.50	35	0.87	10	0.25
84	2.10	59	1.47	34	0.85	9	0.22
83	2.07	58	1.45	33	0.82	8	0.20
82	2.05	57	1.42	32	0.80	7	0.17
81	2.02	56	1.40	31	0.77	6	0.15
80	2.00	55	1.37	30	0.75	5	0.12
79	1.97	54	1.35	29	0.72	4	0.10
78	1.95	53	1.32	28	0.70	3	0.07
77	1.92	52	1.30	27	0.67	2	0.05
76	1.90	51	1.27	26	0.65	1	0.02