



UNIVERSIDAD LATINA
1344-9
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS LATENTES
CON AMPUTACIÓN PARA EL MANEJO Y CONTROL DE SUS
EMOCIONES**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
BRENDA IRIS VELASCO ROBLES**

**DIRECTORA DE TESINA:
MTRA. MARIA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ**

**MIEMBROS DEL COMITÉ DE TESINA:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
LIC. LUZ MARÍA GONZÁLEZ SALAZAR**



Ciudad Universitaria, CDMX.

Octubre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La historia de Juan Manuel..., o de cómo salvar a la manzana.

Desde que nací, yo vivo rodeado de sabrosísimos olores. Todos mis primeros años estuve envuelto de formas y de colores muy vistosos.
¿Sabes por qué? Pues porque mi mamá tiene un puesto de frutas en un mercado.

A lo largo del año yo veo en su puesto aparecer frutas, porque es su temporada, y luego desaparecer, cediéndole su lugar a otras. Mi mamá tantea las frutas, o sea que con sus solas manos ella las sabe escoger bien.

Desde que yo me acuerdo..., diariamente cuando ella acomoda las frutas en su puesto; pone hasta abajo la fruta más verde, en medio la menos dura y con la madura corona el gran montón.

Hace años, cuando yo ya no era un bebé y me empecé a dar cuenta de más cosas, recapacité sobre una acción más a la cual no le había dado hasta entonces importancia y que diariamente realizaba mi mamá.

Cuando acomodaba la fruta, ella hacía un montoncito aparte de cada fruta. Y un día le pregunte:

Qué, ¿por qué separaba unas manzanas de las otras?

Y ella me respondió amorosamente: ***A ver, observa con cuidado cada una de estas manzanas.***

Todas tienen algo especial, es por eso que las separo del resto.

Me acerqué, las vi, las olí y luego las toqué. Y noté que todas tenían una parte diferente de color café.

Y ¿Qué vas a hacer con ellas? le dije.

Voy a hacer montones que venderé más barato, contestó.

Y ¿Sirven? le pregunté.

Sí, me dijo ella, ***Sí sirven, solamente un pedacito, no sirve. Mira...,***

Tomó una manzana y con un cuchillo hizo un movimiento circular y recortó un trozo un poco más grande del ocupado por el color diferente en la fruta.

Y mientras lo hacía me dijo: ***Esto lo hago para salvar al resto de la manzana... y para que ésta no se desperdicie.***

Y después que cortó un trozo más de la manzana, me lo acercó a la boca diciéndome: ***Ahora, prueba el pedacito que te doy..., y verás que el resto de la manzana está bien.***

Me lo comí y después me preguntó: ¿Verdad que esta rica?

Sí. Muy rica que está la manzana le contesté contento.

Yo creo que **ESE** recuerdo es el que me permite hoy entender lo que me va a pasar. Sí, acordarme de la frase que me dijo mi mamá en aquel entonces **“esto lo hago para salvar al resto de la manzana”** es lo que seguramente me va a ayudar a entender lo que me van a hacer.

Hace meses comencé a sentir raro mi brazo izquierdo, lo primero que pensé es que me había dormido chueco; pero no, porque, aunque las otras noches me dormí bien, el brazo me siguió doliendo y lo peor es que cada día me dolía más; por eso que mi mamá me llevó a la clínica.

Me revisaron varias enfermeras y ya después de que me hicieron muchos estudios un doctor con cara muy seria le dijo a mi mamá que me tenían que cortar el brazo izquierdo para salvarme la vida.

Yo primero me asusté y mi mamá lloró muchísimo, pero yo quería consolarla, porque la quiero mucho y no quería que ella sufriera tanto, entonces recordé lo que ella me había enseñado hace años sobre las frutas y traté de consolarla diciéndole:

¿Te acuerdas, mamá? ¿Te acuerdas de lo que me platicaste cuando era yo chico teniendo una manzana enferma en tu mano? “Esto de quitarle el cachito malo” me dijiste, “lo hago para salvar al resto de la manzana.”

¿Te acuerdas, mamá? ¿Te acuerdas?

Pues eso mismo es lo que me van a hacer. Pero no te preocupes, porque, aunque yo no tenga un brazo..., yo voy a seguir siendo tu Juan Manuel como la manzana siguió siendo manzana.

Después de que le dije esto a mi mamá, ella siguió llorando, pero ahora también reía y al mismo tiempo me acariciaba.

Este niño es muy listo, señora, dijo el Doctor.

Entonces, abrazándome muy fuerte, mi mamá me dijo suavemente al oído: **Ay mi'jo, es cierto que eres muy listo, pero además... eres mucho más valiente de lo que yo me hubiera imaginado.**

Ahora, que ya me quitaron lo que estaba mal de mi cuerpo para salvarme la vida, tengo que platicar con Anita porque a ella también le tienen que hacer lo mismo; o sea, quitarle la parte de su cuerpo que está mal (la que está enferma), para poder así salvarle la vida; pero, Anita no quiere, no quiere y esta muy triste.

Es por eso tengo que contarle **mi historia**, para que entienda lo que le va a pasar y para que además de entenderlo lo acepte; porque a pesar de que físicamente nos falte una parte de nuestro cuerpo, nosotros seguimos siendo nosotros mismos.

Pero, le tengo que contar a Anita muy bien **mí historia**; sobre todo, porque estoy seguro de que la mamá de Anita no tiene un puesto de frutas en el mercado como sí lo tiene mi mamá.

Ya después de todo lo ocurrido, Anita y yo somos grandes amigos y juntos les explicamos a los niños que están en el hospital como estuvimos nosotros, en que consiste lo que les van a hacer.

Sí, los dos les contamos a los niños la historia de cómo mediante una operación..., **podemos salvar a la manzana.**

Margarita Castillo

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesina a mi primer paciente quien fue mi inspiración durante todo este trabajo, quiero agradecerte por mostrarme tu fortaleza, siendo apenas un niño de 5 años me enseñaste que no hay obstáculos físicos y emocionales que impidan lograr lo que tu corazón desea.

Gracias Papá por tu amor incondicional, por ayudarme a encontrar la carrera que me ha hecho muy feliz por regalarme siempre una sonrisa, un consejo o un abrazo en los momentos difíciles y hasta un cuadro sin firma que hoy por fin llevará tu apellido como la promesa que teníamos. Mamá, gracias por tu apoyo y ayuda en cada etapa escolar porque siempre estás ahí para mí en los momentos que más te necesito, estoy segura que sin ti hubiera sido el camino más difícil, gracias por ser ejemplo de fortaleza y tenacidad. A mis hermanos Mario y Pamela por recordarme que podía lograrlo a través de su ejemplo, por motivarme para no desistir, soy muy afortunada en tenerlos a mi lado, hacen mi vida muy feliz.

Gracias Jorge porque nunca sueltas mi mano, por no dejarme de insistir en concluir este objetivo, apoyarme y desvelarte conmigo hasta terminarlo, porque cuando tengo un obstáculo siempre estás ahí para mí, gracias por ser mi mejor amigo y compañero de vida.

Quiero agradecer especialmente a mi directora de tesina, Mtra. María Eugenia por llevarme en este proceso, por su conocimiento, ejemplo de resiliencia y aprendizaje que me brindo en toda la elaboración de esta tesina. Así como a mi jurado que son parte de este proyecto, gracias por la enseñanza que me brindaron y por hacer posible la realización de este trabajo. Por ultimo agradezco a la Psi. Margarita Castillo por permitirme hacer uso de su cuento que ilustra parte de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I	8
AMPUTACIÓN	8
1.1 Historia	8
1.2 Definición	12
1.3 Causas	12
• Enfermedad vascular periférica arteriosclerosis asociada a diabetes mellitus	13
• Traumatismo	14
• Infección	14
• Tumores malignos	15
• Anomalías congénitas	16
1.4 Tipos de amputaciones	17
✓ Miembros inferiores:	17
✓ Miembros superiores:	18
1.5 Prevalencia	18
1.6 Miembro Fantasma	22
1.7 Aspectos psicológicos	23
o Imagen corporal	23
o Duelo	24
o Pensamiento catastrófico	25
1.8 Rehabilitación	26
CAPÍTULO II	32
MANEJO DE EMOCIONES	32
2.1 Latencia	32
2.2 Definición de emoción	33
2.3 Emociones básicas	34
2.4 Reconocimiento de las emociones	36
CAPÍTULO III	40
TEORIA COGNITIVA CONDUCTUAL	40
3.1 Antecedentes	40

3.2 Modelo ABC	42
3.3 Modelo ABCDE	44
PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS LATENTES CON AMPUTACIÓN PARA EL MANEJO Y CONTROL DE SUS EMOCIONES	47
4.1 Justificación:	47
4.2 Objetivo general	48
4.3 Objetivos específicos:	48
4.4 Población	48
4.5 Materiales	49
4.6 Escenario	50
4.7 Instrumento de evaluación: Escala de Pensamiento Catastrófico (Catastrofización) del Dolor PCS (Anexo 1)	50
Procedimiento:	51
CONCLUSIONES	52
ALCANCES	53
LIMITACIONES	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS	59
Carta descriptiva	60
Sesión 1	60
Carta descriptiva	62
Sesión 2	62
Carta descriptiva	64
Sesión 3	64
Carta descriptiva	66
Sesión 4	66
Carta descriptiva	68
Sesión 5	68
Carta descriptiva	70
Sesión 6	70
Carta descriptiva	72
Sesión 7	72
Carta descriptiva	74

Sesión 8	74
Carta descriptiva	76
Sesión 9	76
Anexo 1	78
DINÁMICAS	80
Anexo 2	80
Anexo 3	81
Anexo 4	82
Anexo 5	84
D (discusión):	84
Anexo 6	85
Anexo 7	88
Anexo 8	89
Imágenes:	90
Anexo 9	95
Anexo 10	96

RESUMEN

Existen diferentes causas para presentar una amputación hoy en día, en el presente trabajo se muestran los antecedentes históricos donde se originó por primera vez una amputación hasta las principales causas actuales que invaden a la población infantil y adulta mexicana, se pudieron encontrar factores como la diabetes, accidentes traumáticos, quemaduras, malformaciones genéticas y tumores malignos. Así mismo existen diferentes opciones para una mejor rehabilitación tras la pérdida, hoy en día existen diversas prótesis que pueden ser colocadas al paciente, así como el apoyo de equipos multidisciplinarios para tratar al paciente amputado. Es importante tomar en cuenta factores como cambios en la imagen corporal, el pensamiento catastrófico y en algunos casos el síndrome de miembro fantasma, los cuales deben ser atendidos tras la amputación. Por lo que se propone plantearle al paciente desde un enfoque cognitivo conductual, realizando el diseño de un taller para el manejo y control emocional el cual dotará de estrategias cognitivo conductuales a través del modelo ABCDE, al igual se pretende fortalecer la imagen corporal presente al cambio físico, el manejo adecuado para el paciente infantil amputado es de suma importancia tras la pérdida de un miembro ya que tras el evento se debe tratar el pensamiento, la emoción y la conducta del paciente.

Palabras clave:

Amputación, manejo emocional, cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Nowadays there exist different causes for an amputation. In this work the historical background about the origins of the amputation are shown to the major current causes the invading Mexican children and adults, within investigations it was found factors such as diabetes, traumatic accidents, burns, birth defects and malignant cancers. Likewise, there are different options for a better rehabilitation after the loss, an example of this are the prostheses that can be placed to the patient and the support of multidisciplinary teams to treat the amputee. It is important to consider factors such as changes in body image, catastrophic thinking and in some cases of phantom limb syndrome, which must be addressed after amputation. So it intends addresses the patient from a cognitive behavioral approach, making the design of a workshop for the management and emotional control which will provide behavioral cognitive strategies using the model ABCDE, as it seeks to strengthen this body image change physical, proper management for the child amputee patient is of utmost importance after the loss of a limb because after the event should address the thought, emotion and behavior of the patient.

Keys words:

Amputation, emotional management, cognitive-behavioral.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los antecedentes históricos podemos encontrar el surgimiento de las guerras el cual da inicio a grandes avances tecnológicos, médicos, científicos y económicos; así mismo una gran tasa de soldados heridos que sufrieron amputaciones de miembros inferiores y superiores durante estos eventos. Aunque se cree que este traumatismo es exclusivo para ciertos sectores de la población o épocas, es importante tener en claro que una amputación puede ser padecida por cualquier persona sin importar edad, sexo o cultura, pues existen diferentes factores que predisponen el traumatismo, desde un accidente, un tumor o una enfermedad metabólica.

“Durante el periodo enero-junio de 2021, las defunciones por la COVID-19 fueron la primera causa de muerte a nivel nacional con 145,159 casos. Le siguieron las enfermedades del corazón con 113,899 y de la diabetes mellitus con 74,418 casos” (INEGI, 2022)

Sin embargo, dentro de la población infantil podemos encontrar con menos relevancia estadística amputaciones de tipo congénitas, traumáticas, vasculares o tumorales, en las cuales es importante tratar de manera multidisciplinaria. Pues el niño amputado debe enfrentarse a cambios físicos, sociales y emocionales, de tal manera el objetivo de este proyecto es dotar de herramientas a los niños para que puedan controlar y manejar sus emociones frente a lo que implica la pérdida del miembro amputado.

En el capítulo uno se partirá de aquellos antecedentes teóricos e históricos que nos aporta la literatura sobre la amputación, el cual nos ayudará a tener clara la definición de la propuesta, los tipos de amputaciones que existen, la prevalencia actual en población mexicana, así como los aspectos psicológicos que engloba una amputación, ya que es importante conocer aquellos elementos emocionales que son afectados dentro de una amputación en el paciente. Así como el desarrollo físico del niño amputado pues también pasa por una fuerte transformación, la cual concibe un impacto social y emocional dentro de su desarrollo.

En el capítulo dos se hace énfasis en la relevancia de lograr un manejo y control de emocional en el paciente amputando ya que como más adelante veremos, el ser humano se desenvuelve a través de tres esferas, como es la psicológica, biológica y psicosocial. Mientras que en la psicológica hay aspectos relevantes dentro de la conducta adaptativa o des adaptativa del sujeto como es un pensamiento, una emoción y una conducta, las cuales a través del adecuado manejo cognitivo conductual se intentará dotar al paciente de las herramientas necesarias para integrarse a su vida cotidiana. El manejo conductual que propone esta tesis es el uso de la terapia racional emotiva conductual, la cual es explicada en el capítulo tres, en donde se desarrolla puntualmente el modelo ABC y el modelo ABCDE que menciona Ellis en 1955.

De acuerdo a esto, el último capítulo se presentará la propuesta del taller a niños de 6 a 12 años que padezcan una amputación en cualquiera de sus miembros, el cual se propone capacitar y brindar las técnicas más actuales que propone la teoría cognitiva conductual para un control y manejo emocional ante la pérdida del miembro. Esta propuesta fue diseñada para contribuir a una mejor calidad de vida del paciente, el cual pueda lograr satisfactoriamente la integración de sí mismo y social frente a una amputación.

CAPITULO I

AMPUTACIÓN

La pérdida de una extremidad es una situación que trastoca todas las áreas que compone a una persona, desde el área física hasta emocional, por el impacto que este representa es necesario apoyarse en un equipo multidisciplinario. Es por ello que para uso de este trabajo se abordaran todas aquellas aéreas que nos proporcionen información actual, científica e histórica con la cual podamos entender ampliamente todos aquellos factores relacionados con una amputación. Es importante describir sobre aquellos acontecimientos históricos que acompañan el diagnóstico, pues este padecimiento a pesar de no ser un descubrimiento actual sigue permaneciendo, teniendo una alta tasa de pacientes afectados por diferentes causas que más adelante se darán a conocer, así como los diferentes tipos de amputaciones y procesos psicológicos por los que pasa el paciente.

1.1 Historia

Durante el transcurso de la historia se ha podido observar los avances dentro de la evolución de las amputaciones, algunas de las técnicas que en sus inicios se utilizaban han ido cambiando gracias al avance de la ciencia.

Las amputaciones en pacientes no son un padecimiento nuevo, pues este surge desde Hipócrates quien fue uno de los primeros que realizo el desmembramiento de una extremidad, debido a gangrena, (Kirkup, 2007).

En Heck & Carnesale, (2007) menciona que Hipócrates fue uno de los primeros en innovar con una de sus técnicas quirúrgicas la cual consistía en usar un instrumento al que él llamaba ligaduras, pero al paso del tiempo esta técnica fue perdiéndose.

Pare, un cirujano militar de origen francés en 1529 estuvo interesado por el padecimiento debido a la cercanía que tuvo durante su ingreso en 1536 al ejército en la Guerra de Piamonte

así como en la batalla de Pas de Suze en donde descubrió que la herida de las amputaciones de aquellos soldados podían lograr una mejor cicatrización si estas son higienizadas en lugar de ser cauterizadas es aquí donde vuelve a introducir las ligaduras, que serían colocadas en los vasos sanguíneos, introdujo dentro de la técnica quirúrgica unas pinzas, las cuales recibieron el nombre de pinzas hemostáticas .

Estos grandes avances permitieron la reducción de mortalidad dentro de la Guerra de Piamonte, siendo considerado a Pare como uno de los primeros en desarticular según Wilson en 1981.

Posteriormente surgen nuevos avances con Morel en 1674 (citado en Heck & Carnesale, 2007) quien introdujo el torniquete el cual fue muy subestimado pero útil para la época. Fue hasta 1843 que Syme realiza la desarticulación de tobillo.

En 1865 la medicina tuvo avances significativos pues a partir de los acontecimientos de la guerra civil española, los campos de batalla se convertían en lugares donde solo se intentaba salvar a todos aquellos soldados heridos, muchos de ellos perdieron la vida, pero otra gran parte fueron sometidos a amputaciones, a través de técnicas quirúrgicas que habían sido practicadas anteriormente, siendo eficaces y rápidas para aliviar las heridas, en su mayoría se realizaron amputaciones en extremidades, debido a la cantidad de explosivos. A partir de esto los cirujanos militantes piden la eliminación del uso de ciertas municiones, por el alto índice de amputados, pues cerca de tres heridos que se recibían dos eran sometidos a amputación, y el restante si el hueso estaba lo suficientemente lesionado y había pasado demasiado tiempo expuesto, se realizaría la amputación (Huguet, 2005).

El uso del antiséptico hoy en día es una de las sustancias químicas más usadas en el sistema hospitalario, éste al paso del tiempo ha mejorado su fórmula, logrando obtener mejores resultados en cuanto a la prevención de infecciones intra hospitalarias siendo Lister en el año de 1843 quien lo introduce al campo médico por primera vez, como parte de la técnica quirúrgica

con pacientes amputados, el cual es de vital importancia dentro del desarrollo histórico médico, ya que ayudó notoriamente a la evolución de la desarticulación. A partir de este acontecimiento Syme junto con un estudiante, aportan el uso del cloroformo, sustancia química que al igual ayudó significativamente a estos pacientes.

El concepto de cineplastia fue planteado en 1898 por Vanguetti, esta técnica quirúrgica consiste en reparar, su principal función es permitir el movimiento de la prótesis, los músculos y tendones son insertados sobre el miembro amputado, permitiendo mover la prótesis con mayor facilidad, Vaguetti intento probarlo en miembros superiores principalmente en las manos de soldados italianos, para 1900 se asocia con Ceci para realizar la primera operación juntos en diferentes miembros del cuerpo, (Wilson,1981).

A partir de estos descubrimientos surgen más científicos interesados en el desarrollo de técnicas que ayudaron a pacientes con desarticulaciones principalmente en Alemania, como Sauerbruch que en 1916 desarrollo el estudio de la formación de piel a través del túnel muscular, procedimiento que llevaron también Bosch y Arana en 1920.

Otra técnica desarrollada en Alemania fue la miodesis la cual consiste en atar extremos distales para hacer una reinserción del músculo y hueso, esta fue propuesta por Ertl en 1949 aunque fue abandonada, para 1950 Dederich retoma esta técnica, (Wilson, 1981).

Durante 1954 Gillis hace mención sobre la ubicación del miembro ortopédico dentro del cerebro, a lo que siguió desarrollando sus definiciones sobre amputaciones quirúrgicas y la auto amputación.

Vitali y Robison (citado en Wilson 2018) se centran en la amputación y el uso de la prótesis, mencionan que ambas eran entidades que se encuentran en unión, por el contacto directo del muñón y prótesis, Vitali los consideraba como una unidad singular del sistema locomotor.

En Wilson, (1981) se describe el impacto de la Segunda Guerra Mundial no fue la excepción pues al finalizar eran muchos los soldados amputados donde algunos recibieron miembros artificiales. El cirujano Norman Kirk ortopedista fue uno de los que se involucró en la Academia Nacional de Ciencias (NAS), esta academia se encargó de desarrollar en 1945 un programa de investigación para miembros artificiales en pacientes amputados.

Como se sabe la incidencia de amputaciones durante las guerras fue de muy alta prevalencia pues generalmente los explosivos que se suelen usar son de alta destrucción. No se puede ignorar los efectos psicológicos que contraen aquellos soldados que durante la guerra pierden alguno de sus miembros, el impacto funcional representa una gran pérdida. “Por ejemplo, la tasa más alta de suicidio en la guerra de Vietnam se reportó en aquellos que sufrieron pérdida de la extremidad superior” (Krupski, 2007).

Fue hasta 1976 que la NAS apoya el programa de miembros artificiales en donde inicia la idea de invitar ingenieros encargados de diseñar dispositivos de miembros artificiales para rodilla y tobillo, (Wilson, 1981). Otto Bock en 1989 retoma la investigación de miembros artificiales el cual presentó por primera vez una mano protésica con energía eléctrica para ser colocada a un niño (Schmidl, 2008).

A partir de esta década inician avances significativos para mejorar la calidad de vida del paciente amputado, contando dentro de su rehabilitación a ingenieros biomecánicos los cuales ayudan a crear prótesis que proporcionan mayor funcionalidad y adaptación.

1.2 Definición

La palabra amputar, “proviene del latín “amputare”, usando el prefijo amp el cual hace referencia a ambas partes y putare de cortar” (Kirkup, 2007,p 1). Posteriormente Francia se ve interesado por definir este padecimiento es por ello que al revisar la literatura se puede encontrar algunos antecedentes sobre la evolución de su significado.

Uno de ellos es Both (1962), como se citó en Kirkup,(2007) quien definió a la amputación como la incisión de un miembro. Mientras que la sociedad occidental la define como una extirpación quirúrgica de un miembro el cual se acompaña de sentimiento de repulsión por la mutilación que el paciente puede llegar a presentar. Algunas de las contribuciones que se hacen a partir de estas definiciones, es que la amputación es la desarticulación de un miembro que ha sido dañado

Actualmente la Real Academia Española define amputación como “corte y separación entera del cuerpo, miembro o una porción del cuerpo” (RAE,2015 p3).

El realizar una amputación es un proceso quirúrgico, el cual da atención pronta a la enfermedad que afectan las extremidades del paciente, algunos de los objetivos que debe tener este procedimiento es, la eliminación de tejido muerto, el alivio del dolor, la construcción de un muñón que permita el uso de la prótesis, aportándole mayor función al paciente (Krupski, 2007).

Según Heck & Carnesale, (2007) define a “la amputación como la extirpación quirúrgica de una parte o la totalidad de una extremidad” (p. 40).

1.3 Causas

El objetivo de realizar una amputación sobre un miembro es principalmente el alivio del dolor, la indicación teóricamente médica es la pérdida de aporte sanguíneo al miembro, Coba, (2008) establece si el paciente presenta alguna circunstancia dentro de su diagnóstico como:

- **Enfermedad vascular periférica arteriosclerosis asociada a diabetes mellitus**

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza principalmente por la alteración metabólica de proteínas, grasas y carbohidratos, mismas que puede presentarse en la diabetes tipo uno y diabetes tipo dos, las cuales pueden presentar las mismas complicaciones. Es por ello que es de suma importancia el auto monitoreo de glucosa, pues estos pacientes son más propensos a infecciones. (Alpizar, 2008)

Según, Alpizar (2008) una de las complicaciones más graves es el pie diabético ya que la amputación en extremidades por lesión en pie es frecuente y en muchos de los casos estos pacientes llegan a presentar una segunda amputación debido al desarrollo de úlceras. Krupski, (2007) reafirma este mismo registro pues se ha demostrado que el 20% de estos pacientes en un futuro tendrán que enfrentarse a una nueva amputación de tipo infracondilia. Es por ello que Alpizar, (2008) enfatiza en la educación de la enfermedad en el paciente ya que por medio de esta se encamina a la prevención de lesiones y tratamiento. Algunos de los tipos que se describe en amputaciones para pacientes diabéticos son: digitales, transtentarias, syme, infracondilea y supracondilea.

Las lesiones vasculares en niños pueden llegar a presentarse por introducción de catéteres que pueden llegar a causar la perforación de vaso, avulsión con sangrado, oclusión vascular, aneurismas como secuela, en algunos casos puede presentar isquemia, (Rodríguez, Benítez, Águila, Escotto, & Rodríguez, 2007).

En Estados Unidos la isquemia por enfermedad vascular es una de las mayores razones para someterse a una amputación pues muchos de ellos también padecen diabetes (Skinner, 2007). La mayor frecuencia de edad que se presenta en a amputación es de 50 a 70 años generalmente se realiza en pacientes que padecen de diabetes mellitus y enfermedad vascular. Es por ello la importancia de un buen manejo de enfermedad, pues el cuidado de heridas, el control de la glucosa y el uso de antibióticos cuando sea necesario ayudarán a controlar más el

factor de riesgo (Heck & Carnesale, 2007).

- **Traumatismo**

La amputación, es uno de las técnicas quirúrgicas que se considera como un tratamiento agresivo, el cual hace que la toma de decisión medica sea exclusivamente cuando la vida del paciente está en riesgo o cuando hay existencia de isquemia, la cual ocurre cuando el flujo de sangre disminuye en una extremidad con lesiones vasculares importantes.

Así mismo Skinner, (2007) hace hincapié sobre la amputación de origen traumática, notando que es la segunda amputación más frecuente, y una de las que presenta mayores incidencias en pacientes jóvenes que se encuentran en edad laboral activa. Dentro de esta categoría se encuentran los accidentes, quemaduras y congelación.

El congelamiento aunque es menos frecuente en México e incluso no existen reportes de amputación por congelamiento, en Estados Unidos si se ha encontrado el congelamiento como una causa de amputación debido a las bajas temperaturas las cuales pueden dañar los tejidos afectando directamente el equilibrio vascular; mientras que las quemaduras ocupan un impacto importante principalmente en niños, pues muchos de ellos son propensos a quemarse por accidentes en el hogar, un buen porcentaje de estas son por mordeduras o succión de cable eléctrico. Carrillo & Salinas, (2001) afirman que habitualmente la corriente eléctrica entra por las manos y sale por otra extremidad, dañando altamente el hueso, el musculo propiciando la vascularización.

- **Infección**

La amputación por esta causa se presenta cuando la infección pone en riesgo la vida del paciente, siendo así la única forma de tratar la infección, en el caso de la gangrena gaseosa y la fascitis necrotizante, según Garcia, y otros (2004) son algunos ejemplos en el cual es indicada la amputación.

- **Tumores malignos**

Los principales tumores malignos son considerados como uno de las causas más importantes de presentar una amputación, debido a lo agresivos que pueden llegar a ser, a continuación, Ramos, (2003) describe los tumores formadores de tejido óseo malignos:

- Osteosarcoma: es uno de los tipos de cáncer más malignos y se localiza en los huesos, tiende a expandirse rápidamente a otros órganos blandos, este tumor maligno se presenta generalmente en la primera y segunda década de vida, predominando levemente en varones, su localización se encuentra en la mayoría de los casos en la parte distal del fémur y la proximal de la tibia, se presenta con una sintomatología de dolor constante e incluso fractura que indican que la enfermedad está avanzada. La evolución es incierta pues después del diagnóstico se calcula una supervivencia de 5 años, muchos de los tratamientos que se indican a estos pacientes son las endoprótesis, aunque debido a la agresión de las células tumorales estos terminan en amputación.
- Condrosarcoma (central): es otro tipo de cáncer maligno también localizado en hueso, de comportamiento variable en donde en algunos casos suele ser agresivo llegando a la metástasis y en otros lenta con pocas probabilidades de metástasis, se presenta en la cuarta o quinta década de la vida, el pronóstico de este puede ser leve, moderada y grave, no suele dar metástasis más que a nivel pulmonar y de reacción tardía, la quimioterapia y radioterapia como tratamiento no ha dado resultado.
- Tumor de células gigantes: este tumor es considerado benigno, sin embargo, debido a que las células no cancerosas crecen con rapidez en algunos casos puede transformarse en agresivo que se trata como maligno, frecuentemente aparece la resección en bloque como uno de sus tratamientos, pero debido a su avance rápido suele tratarse al igual que el osteosarcoma.

- **Sarcoma de Ewing:** es un tipo de cáncer raro que se presenta en la zona pélvica, el paciente que lo presenta tiene rápido deterioro pues llegan a presentar metástasis en pulmón, huesos de cráneo e hígado. La supervivencia es de 5 años haciendo uso de quimioterapia y radioterapia.

- **Anomalías congénitas**

A pesar de que la amputación en infantes es mucho menor, su frecuencia suele aumentar pues las malformaciones congénitas ocupan un lugar importante. Salcedo y Amaya (2008) describen tres tipos de malformaciones congénitas longitudinales:

1. Malformación congénita longitudinal fibular total o agenesia de

peroné: esta extremidad se encuentra acortada, así como la tibia incurvada, este acortamiento en un futuro afectara de manera importante al paciente por lo que lo más recomendable para este tipo de malformaciones es la desarticulación.

2. Malformación congénita longitudinal tibial total o agenesia de tibia:

en donde la desarticulación es a partir de la rodilla.

3. Deficiencia proximal femoral focal o agenesia de fémur: este es un mal

desarrollo muscular y un acortamiento sobresaliente.

Dentro de las malformaciones congénitas es importante que el tratamiento se dé lo antes posible para que su rehabilitación sea mucho más rápida, de esta manera el muñón podrá asumir la prótesis y restablecer su imagen corporal, así como funcionalidad. Se recomienda este tipo de proceso entre mayor sea la mal formación sobre todo si existen dos miembros en la misma condición (SCHMIDL, 2008).

1.4 Tipos de amputaciones

Las desarticulaciones de un miembro en la mayoría de los casos se realizan en las extremidades del cuerpo, las cuales se dividen para un mejor entendimiento en extremidades superiores e inferiores Schmidl, Cohi, Clavell , & Viladot, (2008) explican brevemente sobre los principios básicos e indicaciones que se realizan en cada uno de los subtipos de amputaciones inferiores y superiores:

✓ Miembros inferiores:

- Amputación del ante pie: se considera una amputación tolerada por el paciente ya que cuenta con prótesis no muy complejas para su uso.
- Amputación del retropié: la indicación para esta amputación es la enfermedad vascular y procesos infecciosos graves, se recomienda que el cirujano deje una porción del metatarsiano para que sea lo más larga posible la articulación.
- Amputación por debajo de la rodilla: se recomienda salvar el mayor nivel distal del miembro por su mejor manejo protésico a futuro, esta amputación es indicada para enfermedad vascular, traumática y en su mayoría tumoral.
- Amputación por arriba de rodilla: las indicaciones de esta amputación suelen ser por amputaciones postraumáticas, procesos sépticos, isquémicos y tumores, el nivel de amputación será delimitado a partir de la expansión de lesión tumoral o virulencia de infección.
- Amputación de Gritti: se realiza comúnmente a nivel de muslo o por encima de la rodilla, es una amputación que extirpa los cóndilos femorales, el cual da suficiente articulación para el uso de prótesis.
- Desarticulación de cadera y hemipelvectomy: la principal causa de esta es el tratamiento tumoral pues como anteriormente se describe en muchos de los tumores malignos aparece la lesión a este nivel, es una amputación poco frecuente pero útil para tratar este tipo de causa.

✓ Miembros superiores:

- Amputación del brazo: esta amputación parte desde el tercio proximal, es importante el cuidado del muñón para la colocación de prótesis estéticas, la técnica más usada es la incisión de raqueta con colgajo dorsal.
- Amputación en antebrazo: se utiliza para el tratamiento de tumores malignos o infecciones graves, es importante que el cirujano respete el brazo de palanca para que sea mucho más útil tratar de preservar la inserción distal del músculo pronador.
- Amputación de hombro: es importante conservar la cabeza humeral en esta desarticulación para mantener un buen muñón en el hombro, existe la amputación con extirpación total lo que afecta a nivel estético al paciente además de que el uso de una prótesis es más complicado.
- Amputación de mano: es importante que el cirujano logre conservar la mayor funcionalidad de este miembro, desde el tejido de la piel hasta la musculatura y articulaciones.
- Amputación de pulgar: es uno de los miembros en mano más importante pues con él se logra hacer pinza y aporta funcionalidad para la toma de objetos, es por ello que se indica mantener la mayor longitud posible.

1.5 Prevalencia

- Durante el año 2011 se realizaron estadísticas dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación [INR] 2011, con una población total de 166 participantes, citado por Ibarra, (2013) en el cual se observa mayor predominio en amputaciones del sexo masculino de 112 de 166 teniendo un porcentaje de 67.5% sobre la población femenina que obtuvo 54 de 116 con un porcentaje de 32.5% (Ver tabla1).

Tabla 1

Amputaciones según sexo (Ibarra, 2013):

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
FEMENINO	54	32.5	32.5	32.5
MASCULINO	112	67.5	67.5	100.0
TOTAL	166	100.0	100.0	

Fuente: Sistema de Informática del INR. 2011.
Elaboró: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

El promedio de edad es de 47 años para ambos sexos, para el sexo masculino su promedio de edad es de 40 años y no menos de 70 años (Ver tabla 2).

Tabla 2

Promedio de edad de pacientes con amputaciones (Ibarra, 2013).

	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESV.TIP
EDAD	166	1	95	47.88	20.425

Fuente: Sistema de Informática del INR. 2011.
Elaboró: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Mientras que en niños de la edad de 5 a 9 años su porcentaje fue de 4.22 % amputaciones (Ver tabla 3)

Tabla 3

Pacientes con amputaciones según grupo de edad (Ibarra L. G., 2013):

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1 a 4 años	3	1.81	1.81
5 a 9 años	4	2.41	4.22
10 a 14 años	1	.60	4.82
15 a 19 años	10	6.02	10.84
20 a 24 años	8	4.82	15.66
25 a 29 años	12	7.23	22.89

30 a 34 años	8	4.82	27.71
35 a 39 años	9	5.42	33.13
40 a 44 años	9	5.42	38.55
45 a 49 años	19	11.45	50.00
50 a 54 años	18	10.84	60.84
55 a 59 años	11	6.63	67.47
60 a 64 años	17	10.24	77.71
65 a 69 años	8	4.82	82.53
70 a 74 años	16	9.64	92.17
75 a 79 años	7	4.22	96.39
80 a 84 años	2	1.20	97.59
85 a 89 años	3	1.81	99.40
85 a 89 años	1	.60	100.00
Total	166	100.0	

Fuente: Sistema de Informática del INR. 2011.
Elaboró: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Teniendo una mayor frecuencia de amputaciones traumáticas de articulación en cadera, el sexo masculino obtuvo 62.90% mientras que el sexo femenino 37.10% INR (2011) (Ver tabla 4).

Tabla 4

Amputaciones según área anatómica y sexo (INR,2011)

GRUPOS	SEXO				TOTAL
	FEMENINO	%	MASCULINO	%	
AMPUTACION TRAUMATICA ARTICULACION DE LA CADERA	23	37.10	39	62.90	62
AMPUTACION TRAUMATICA DE LA PIERNA, NIVEL NO ESPECIFICADO	15	33.33	30	66.67	45
AMPUTACION TRAUMATICA DEL ANTEBRAZO, NIVEL NO ESPECIFICADO	10	41.67	14	58.33	24
AMPUTACION TRAUMATICA DE OTRO DEDO UNICO (COMPLETA)(PARCIAL)	3	15.79	16	84.21	19
AMPUTACION DEL PIE, NIVEL NO ESPECIFICADO	2	14.29	12	85.71	14
AMPUTACION DE MAS DE DOS DEDOS (COMPLETA)(PARCIAL)	0	0.00	1	100.00	1

TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DE MUSLO	1	100.00	0	0.00	1
TOTAL	54	32.53	112	67.47	166

Fuente: Sistema de Informática del INR. 2011.

Elaboró: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

El Sistema Nacional de Salud arrojó una estadística en el 2013 que mostró datos sobre la prevalencia de egreso para derechohabientes, en la que la amputación ocupaba el 9% en hombres sobre una tasa de 100%, y mujeres 3%. Para pacientes no derechohabientes la estadística en hombres fue del 4% y en mujeres el 1%.

Por otra parte “más del 90% de las 110 000 amputaciones realizadas cada año en EUA son por isquemia o gangrena infecciosa. Más del 50% de las amputaciones en extremidades inferiores son vasculares e infecciosas de la diabetes mellitus, y 15 a 50% de los diabéticos amputados perderá la segunda pierna en menos de cinco años” (Krupski, 2007,p 32).

A pesar de que las amputaciones en infantes son mucho menores, su frecuencia suele aumentar pues las malformaciones congénitas ocupan un lugar importante. Toms (citado por Salcedo & Amaya, 2008) informa que niños entre 1 a 4 años de edad adquirieron una amputación debido al uso de máquinas de pasto, máquinas para picar carne, accidentes en el hogar y quemaduras.

Por otro lado, uno de los factores más importantes hoy en día para padecer una amputación es la diabetes mellitus. En el año 2013 el Sistema Nacional de Salud de México ha reportado 47,062 en mujeres y 37,373 de egresos con diabetes mellitus, lo cual nos pone en una situación alarmante, pues, aunque no se tienen cifras certeras el mal cuidado y la falta de atención médica puede ser un factor de riesgo importante.

La amputación de origen vascular es una de las más frecuentes en países del occidente ya que se reportan cifras de 60% a 70%, con una edad de 60 a 65 años, estas se han asociado a enfermedades circulatorias, situación que empeora el diagnóstico del paciente (Skinner, 2007).

1.6 Miembro Fantasma

Mientras tanto el miembro fantasma fue definido por Skinner, (2007) como una sensación de percibir el miembro amputado que ya no existe, la cual no siempre es molesta y que tiende a disminuir con el tiempo, en algunos casos ocurre el telescopiamiento, sensación que percibe el paciente de desplazamiento proximal de la pierna o mano hacia el muñón.

Es importante señalar que dentro del proceso quirúrgico de la desarticulación o amputación de alguna extremidad se debe tener un adecuado manejo de curación de la herida, procurando que el muñón pueda permitir la colocación de prótesis; ya que una de las complicaciones que se pueden presentar en esta etapa son sensaciones como sin dolor del miembro que ya no ésta.

Cabe mencionar la diferencia que existe entre presentar la sensación de miembro fantasma con la de dolor de miembro fantasma, ambas se presentan con distintos síntomas en el paciente. La sensación de miembro fantasma es solo la percepción de que aún existe el miembro llegando a sentir movimiento, hormigueo, frío o comenizó. Por otro lado, pacientes que presentan dolor de miembro fantasma reportan la sensación de que existe el miembro y cuando ésta se hace presente es acompañada de dolor, en algunos casos la describen con sensaciones de presión, calambre, dolor como si le dieran un tirón y dolor quemante, este mismo algunas veces puede ser localizado, difuso, intermitente (López & Garra, 2004).

Es por ello que este fenómeno ha tenido que estudiarse Krupski, (2007) afirma que en pacientes que han pasado por amputaciones traumáticos pueden presentar el síndrome de dolor fantasma, también incluye la teoría de la reja como una de sus etiologías, la cual consiste en que esta sensación se genera por la pérdida de los impulsos sensoriales, la cual disminuye la actividad neuronal que se auto conserva en la reja, teniendo como efecto dolor. Otra teoría es la periférica pues se cree que a partir de las terminaciones inervadas que contienen los nervios del

muñón, puede causar dolor o sensación, esta es importante pues el dolor que el paciente puede llegar a presentar puede ser debido a la formación de un neuroma o una isquemia, en los cuales el tratamiento es diferente. La teoría psicológica cree en que factores como la hostilidad, culpa y negación pueden ser interpretadas como dolor (Krupski,2007)

Algunos de los tratamientos que actualmente existen para disminuir el dolor, es el Trascutaneous electrical nerve simulation .Skinner,(2007) menciona que estetratamiento consiste en la colocación de una bolsa por la noche o por el día por medio de una batería conectada a la prótesis.

Otros de los tratamientos existentes son farmacológicos, indicado gabapentinas, carbamacepina, mexiletina y fenitonia, actuando como inhibidores de dolor. Algunas medidas físicas locales que se emplean son bolsas con hielo estimulación neuromuscular mediante corrientes externas eléctricas, acupuntura. Algunos pacientes refieren que rascarse, sobarse o ponerse bolsas calientes de agua en el miembro paralelo a la desarticulación, ayuda.

1.7 Aspectos psicológicos

El apoyo psicológico para estos pacientes es primordial debido al impacto que representa una amputación, siendo un shock emocional dentro de la vida del paciente. El manejo de la pérdida es crucial por que aborda aspectos como:

o Imagen corporal

La imagen corporal es un proceso difícil de elaborar después de una amputación, pues a nivel psíquico, afecta directamente nuestro sí mismo, en el cual se ve involucrada el área social y emocional en donde puede presentarse la pérdida de capacidad de relacionarse, en medida en que si mismo este afectado, el sí mismo corporal también lo estará, ya que el esquema corporal está involucrado en el desarrollo de la psique, la representación que se tiene del cuerpo está unida a través de procesos sensoriales que dan lugar a representaciones mentales, es por esto que la pérdida de un miembro es emocionalmente impactante por el impacto que tiene en su si

mismo corporal (Tizón, (2004).

Por otro lado, la aceptación de pérdida de un miembro es un factor que desequilibra a quien lo sufre como a la familia es por esto que ambos deben ser tratados por un equipo multidisciplinario. Según la investigación realizada por Castañeda, (2007) los niños amputados sufren aislamiento social afirmación que coincide con Tizon, (2004), el cual menciona que debido a la discapacidad que presentan, el desarrollo motor se torna más complicado, aunque a través de la madurez sus centros motores adquieren posturas hábiles para explorar su entorno, mediante el movimiento, en donde su esquema corporal podrá verse beneficiado a través de la adaptación. Castañeda, (2007) afirma que el aspecto físico influye de manera directa en niños que han sufrido una amputación y que esta situación se encuentra vinculada directamente con su interrelación, teniendo mayores dificultades en la edad escolar, por que intenta ser aceptado por sus pares.

Dentro del proceso los padres pueden mostrarse sobreprotectores ante la nueva condición física del niño, pero en respuesta podría provocar sentimientos de debilidad, baja autoestima e incapacidad e incluso pueden influir en cómo se ve, la mejor forma de ayudar en el proceso es con el apoyo familiar, porque ellos le darán la fuerza para readaptarse a su vida, retomando las actividades cotidianas que antes realizaba, contribuyendo en la adaptación y permitiéndole expresar los sentimientos negativos.

o Duelo

El duelo se define como la experiencia que padece una persona debido a que ha perdido a un ser querido; cualquier otro tipo de pérdida según Worden, (2004). Partiendo desde esta definición Tizon, (2004) refiere que el duelo en niños es diferente al proceso que lleva un adulto, muchos de estos duelos terminan por resolverse en la edad adulta e incluso existen factores para elaborarlo dentro de la infancia, como la edad, el estado de salud del infante; cuando sucede la amputación, la relación con el objeto o persona perdida, la calidad del acompañamiento que

recibe el niño en el proceso de pérdida, entre otros.

Es por esto que dentro de una amputación el duelo está presente, porque este proceso es comparativo a la pérdida de un ser querido, en ambas echan de menos aquello que ya no está, ya sea la persona, un miembro o su atractivo físico. Algunos pacientes tienden a soñar con el accidente que causó la pérdida, presentan sentimientos de evitación, negación ante la amputación, e incluso se habla que este puede ser un origen de la sensación de miembro fantasma, la no aceptación de la pérdida. En pacientes que fueron previamente inmovilizados, ante la pérdida del miembro presentan características de depresión y ansiedad lo cual retarda la rehabilitación. Se cree que pueden presentar el trastorno facticio, pues al presentar síntomas simbióticos no pueden reconocer los deberes de sí mismos. La pérdida que sufren estimula la presencia de sentimientos de vergüenza y culpa, en algunos casos ocultar el muñón, pero en otras ocasiones se ha observado que el paciente adquiere una relación de mamá-bebé, es decir le proporciona de cuidados delicados sobre el muñón, atendiendo y mimando esa pérdida (Worden, 2004).

o Pensamiento catastrófico

Como se mencionó anteriormente las emociones que presentan los pacientes amputados después de la cirugía, son de connotación negativa, según Riso (2006 como se citó en Beck 2011) la teoría cognitivo conductual se fundamenta sobre dos tipos de pensamientos de los que se desencadenan aquellas emociones negativas, estas son los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.

Cuando se habla de distorsiones cognitivas se hace referencia a aquellos errores del pensamiento en relación a la realidad objetiva que es vivida, siendo uno de los más frecuentes el pensamiento catastrófico, en donde el paciente piensa que le sucederá algo terrible e insoportable y que éste no será capaz de manejarlo o enfrentarlo, en este pensamiento está presente la parte afectiva pues el paciente refiere sentimientos de lo mal que puede llegar a

sentirse si aquel evento desagradable se presenta, algún ejemplo de este es : “¡ es terrible ! pienso que esto nunca va mejorar”.

Mientras tanto el Dr. Sullivan , Bishop, & Pivik, (1995) desarrolló el pensamiento catastrófico del dolor, el cual determina que el pensamiento catastrófico está relacionado a como las personas experimentan el dolor y las cuales tienden a tener tres tipos de conductas que se miden en su escala las cuales son: se quejan del dolor, como ejemplo: “no puedo dejar de pensar en lo mucho que me duele”; maximizan su dolor; por ejemplo: “me temo que algo grave podría ocurrir”; y finalmente cuando presentan dolor menos intenso; por ejemplo: “no hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad de mi dolor”. Esta escala puede ser aplicada sin necesidad que el paciente presente dolor en ese momento, se considera un instrumento altamente viable para medir el pensamiento catastrófico relacionado con el dolor para adultos.

Ejemplos como los anteriores que arroja la escala de pensamiento catastrófico reafirma otra de las definiciones existentes referente a el pensamiento catastrófico como: “tendencia a suponer el peor resultado o consecuencia posible de una situación” (Rodríguez & Vetere, 2011, p. 37).

1.8 Rehabilitación

La rehabilitación es fundamental para el proceso del paciente, forma parte del equipo multidisciplinario para una mejor calidad de vida. La rehabilitación debe observar las características físicas, emocionales, personales y médicas de cada paciente en su particularidad. Es por ello que Salcedo & Amaya, (2008 citado por Viladot, Cohi, & Clavell, 2008) mencionan que en pacientes infantiles es recomendable el manejo de prótesis mediante juegos y motivaciones agradables, haciendo el desplazamiento lento, pero a su vez permitirle dentro de su evolución particular jugar con sus pares y la utilización de prótesis natural. En niños es recomendable darle seguimiento de 6 meses debido al rápido crecimiento y uso.

Mientras tanto Gargollo, (2007) menciona que dentro de la rehabilitación existen diferentes

alternativas como es el reimplante de dedos y manos, gracias al avance de la ciencia, en este deben considerarse factores de nivel de lesión, las condiciones del muñón, el mecanismo de la lesión, y la preparación psicológica del paciente para la nueva imagen corporal.

Por su parte Balague, (2008) explica las distintas etapas por las que pasa el paciente amputado por el proceso de rehabilitación entre ellas se encuentran:

- Fase prequirúrgica: es aquí donde se programa la cirugía, intentando que el paciente pase por la preparación psicológica y se hablen de las posibilidades protésicas, cabe señalar que en esta fase no se encuentran pacientes donde su amputación sea de origen traumático
- Fase quirúrgica: comprende cuando se realizan los estudios previos de colocación protésica, donde se busca tener un buen nivel de amputación en el miembro para lograr un muñón adecuado que ayude a una mejor adaptación en el paciente. Es importante que el hueso esté protegido del músculo, la cicatriz sea plana, el muñón debe ser de aspecto cónico y principalmente que la articulación tenga la mayor movilidad posible.
- Fase de entrenamiento protésico: esta fase comprende dos áreas primordiales para el desarrollo de una buena rehabilitación, el aspecto psíquico y físico:
 - Aspecto psíquico: se encuentran todas aquellas conductas que presentará el paciente, inicialmente puede manifestarse ansiedad, temor, evasión, negación ante la pérdida e ilusiones mágicas, muchos de estos síntomas son parte de mecanismos psicológicos que ayudan a reducir la angustia. Posterior a esto pasana la etapa de adaptación, en la cual es importante el apoyo psicológico para que logre la independencia y la propia realización.

En algunos casos pueden presentar depresión y ansiedad.

- Aspecto físico: es importante el cuidado del muñón para que no se presenten complicaciones post quirúrgicas como el edema, el cual con su aparición podría retrasar la colocación de prótesis, es por ello que es necesario hablarle al paciente del tipo de vendaje compresivo elástico, así como las posturas que debe cuidar.

El éxito del cuidado que se tenga dentro de las fases de la rehabilitación ayudaran a la colocación de una prótesis lo que le dará mayor independencia al paciente, Kuiken, Miller, Lipschutz, & Huang, (2007) mencionan que durante el proceso de la rehabilitación protésica los familiares y el paciente pueden experimentar sensaciones de miedo ya que se desconoce el uso y cuidados que requiere la prótesis.

Pueden prescribirse diferentes tipos de prótesis, los cuales dependen de los factores particulares de cada paciente como las condiciones del muñón, la edad, el ambiente donde se desarrolla, el estado psíquico, la actividad laboral, escolar o recreativa que realice. Schimidl (2008) menciona que las prótesis más conocidas son:

- Encaje: Es de contacto total con muñón y prótesis, en su mayoría se usan para prótesis mioeléctricas donde es necesario el uso de electrodos en contacto con la piel.
- Prótesis cosmética: Puede ser colocada para cualquier nivel de amputación o malformación congénita, siendo de uso cosmético permite el uso de siliconas con distintos colores. Es de las pocas prótesis que pueden ser colocadas en amputación distal de muñeca e interescapulotorásica. Aunque generalmente es aplicada en niños no suele ser funcional.
- Prótesis cinemática: Esta prótesis fue considerada después de la Segunda Guerra Mundial como la única prótesis funcional, actualmente se sigue usando por la

ligereza que la caracteriza, así como el costo bajo. Está compuesta a base de cables de tracción que ayudan a simular el movimiento de la articulación y junto con la mano protésica al unir los cables puede lograr tener movimientos más rápidos en la prótesis, es decir, que logre tener apertura o cerradura de mano, extensión y flexión de codo. Es considerada una buena alternativa de prótesis para pacientes que viven en lugares donde no dispongan de energía eléctrica o personal especializado.

- **Prótesis mioeléctrica:** la base de la función de la prótesis mioeléctrica es por medio del uso de potenciales eléctricos que genera un músculo cuando se contrae, el cual genera aproximadamente veinte micro voltios. Es por ello que esta prótesis usa electrodos de captación (cutáneos) que son colocados dentro de un encaje junto con la superficie del músculo, esta señal se multiplica mediante un amplificador electrónico hasta alcanzar los voltios que accionan los micro motores. Es por ello que logra tener dos controles electrónicos on-off y multicanal, en el primero ordena un solo movimiento como abrir la mano y en el multicanal permite ordenar más movimientos. Es recomendable usarla para amputación en antebrazo, brazo, hombro y mano.
- **Prótesis electrónica:** Es usada para malformaciones congénitas ya que permite usar los dedos residuales, esta prótesis trabaja por medio de acumuladores recargables los cuales le permiten tener una autonomía energética de 2000 a 5000 movimientos de apertura y cierre de mano diarios, estos acumuladores pueden ir dentro de la prótesis o por fuera dependiendo del espacio.

El uso de las prótesis es una gran parte de la rehabilitación del paciente, aunque esta debe ser acompañada de equipo multidisciplinario, ya que para hacer el uso adecuado de la prótesis elegida es importante tener un muñón con los suficientes cuidados. La no movilización en el paciente amputado, puede presentarse (Kuiken, Miller, Lipschutz, & Huang, 2007)

mencionan que la falta de movimiento puede llegar a la contractura muscular, por lo que recomienda realizar movimientos de 10 a 15 minutos. Esta es la razón del por qué la rehabilitación aborda también la terapia ocupacional.

Las actividades de autocuidado que deben realizarse después de una desarticulación son importantes ya que éstas pueden prevenir la aparición de disfunciones sensorio-motores, perceptivas y psicosociales según López , (2009), teniendo como objetivo principal la integración social, aprendizaje del cuidado de muñón como el vendaje idóneo, corrección postural, movilidad articular, fortalecimiento de la musculatura residual, control de la sensación de miembro fantasma y/o de entrenamiento para actividades que se realicen de forma unimanual.

La fase protésica se enfoca hacia el proceso de adaptación, la colocación y retirada adecuada de la prótesis, entrenamiento y finalmente la independencia dentro de las actividades cotidianas. Esta fase debe ser considerada tanto para adultos como para niños , recordando la importancia de rehabilitación de la función motora en niños de 6 a 12 años.

Ya que el desarrollo motor en niños es el principal medio de conducción, de aprendizaje por el que, a través de éste, el niño aprende a explorar su espacio, su cuerpo y todos aquellos estímulos que le rodean.

De esta manera Castañeda, (2007) define las características motoras que deben presentar los niños de 6 a 12 años dentro de su desarrollo óptimo:

- 6 años: la precisión de movimiento es mayor, pueden saltar con mayor facilidad, logran lanzar y desplazar su peso y pie.
- 7 años: se pueden balancear en un solo pie sin mirar abajo, tienen mejor equilibrio sobre barras de cinco centímetros de ancho, saltan y brincan con precisión dentro de cuadrados pequeños, tienen mayor precisión en coordinación ojo-mano.
- 8 años: la pinza y agarre tiene mayor presión y fuerza, la coordinación motora

aumenta pues pueden participar en actividades rítmicas con saltos alternos.

- 9 años: pueden saltar verticalmente con promedio de 25 cm de altura, lanzan con facilidad una pelota de 21cm.
- 10 años: la coordinación ojo mano aumenta pues pueden interceptar pelotas que les sean lanzadas, las mecanizaciones de los movimientos habituales son adquiridas.

Asi mismo Maganto & Cruz, (2013) mencionan que los niños de 11 a 12 años adquieren ladiscriminación de posición relativa entre tres objetos y los movimientos son precisos, rápidos, seintegra la precisión y fuerza muscular, logrando tareas lógicas de orden y reversibilidad.

CAPÍTULO II

MANEJO DE EMOCIONES

Para el paciente que ha sido sometido a una amputación sin importar la causa o los factores de riesgo a los que estuvo vinculado a su diagnóstico, siendo fundamental el apoyo multidisciplinario tanto de cirujanos que logren obtener un buen muñón, como de rehabilitadores físicos que preparen al paciente para el uso de una prótesis, los psicólogos quienes otorguen las herramientas necesarias para el manejo emocional después de la pérdida pues como anteriormente se menciona, dentro del proceso existirán pacientes que posterior a la cirugía los lleve a la no aceptación de la pérdida e incluso a presentar periodos de ansiedad o depresión, es por ello la importancia del control emocional así como del pensamiento que esta pérdida le genera al paciente. Sin olvidar que la población infantil en etapa de latencia se encuentra no solo en la formación de su auto concepto, imagen corporal y la creación de vínculos con sus pares, también en el momento en el cual pueden expresar aquellas habilidades aprendidas en etapas anteriores.

2.1 Latencia

Es importante destacar que los niños en esta etapa de desarrollo que hayan pasado por una amputación podría llegar a impactar no solo a su formación de imagen corporal como se menciona anteriormente, sino también al desarrollo de su vida social, ya que como bien lo marca Landman, (1999) Freud menciona que el periodo de latencia da inicio a partir de los seis años de edad con un término aproximado en la pubertad, en donde podemos observar el interés del niño por experimentar una vida más social en función de aprendizajes o experiencias pasadas que le permiten volverse más independiente dando por culminada su etapa edípica.

Así mismo como lo menciona Freud, (2019) en la etapa de latencia podremos observar las inhibiciones sexuales del niño al paso por la pubertad en donde tendrán mayor importancia sentimientos como la vergüenza, el asco y la idealización de lo que se espera estéticamente, es por ello que si dentro de esta etapa surge la pérdida de un miembro impactaría de manera

inminente en estas áreas antes mencionadas, es por ello la importancia de abordarlas desde el manejo emocional.

2.2 Definición de emoción

La palabra emoción ha evolucionado al paso del tiempo, y aunque esto no hace certero plantear un significado absoluto de la emoción, es necesario observar y analizar el cambio que ha tenido el significado de las emociones desde la historia.

Mientras tanto López, (2009) menciona que Descartes fue quien nombró a las emociones como pasiones, eran vivencias mentales de las cuales se es consciente, es por ello que le atribuye el término de “pensées”, en otras palabras, estas experiencias vividas pueden ser racionalizadas. A esta idea se unió James el cual veía a las emociones como una introspección, es decir, reportar lo que observamos en nuestra mente, introdujo algunos tipos de emociones las cuales afirmó que eran claramente identificables y observables como el miedo, el amor, la ira, el odio, la vergüenza, el orgullo.

Por otro lado, James y Lange (s/f como se citó en, Lev-Semonovich, 2004) postulan que para la aparición de una emoción debe percibirse un estímulo y este generará cambios viscerales los cuales llevarán al sujeto a sentir la emoción.

Posterior a ellos, Cannon en López, (2009) concluye estudios sobre la relación de tener una experiencia emocional con una actividad hipotalámica, según su modelo llamado Cannon-Bard el cual refiere que al momento en que se percibe el estímulo emocional está activa las funciones hipotalámicas y de esta misma forma activa la sensación de una emoción, que conlleva un cambio visceral.

Lev-Semonovich, (2004) describe que al sentir la emoción de miedo y dolor intenso son seguidas de un aumento de fuerza muscular las cuales determinarán la huida frente al miedo.

Es por esto la ambigüedad de poder generar una definición única sobre las emociones, lo más certero que nos refiere la literatura es que la emoción es más allá de lo abstracto, pues esta es visible gracias a las reacciones física y cerebrales que se presentan ante cualquier emoción.

Según las investigaciones por Scherer 1987 como se citó en, (López, 2009) define la emoción como una reacción contextual en respuesta de eventos pasados, esperados, reales o imaginarios los cuales reflejan una reacción de estímulos ante esa situación específica, añadiendo a esta definición dentro de (López, 2009); Wyer, Clore e Isabell 2002, refieren que la reacción emocional es parte de un proceso de información a través de respuestas aprendidas.

2.3 Emociones básicas

Al paso del tiempo se ha mostrado la importancia de la existencia de emociones en la vida del ser humano. Desde Freud puede observarse el desarrollo de la teoría de personalidad a través de sus conceptos de placer y dolor, teniendo la prioridad de conocer más sobre lo que concibe interiormente la mente. Las emociones deben ser vistas como aquella necesidad de supervivencia, ya que ellas nos permiten la regulación química, homeostática, como es el hambre o el dolor las cuales son expresadas a través de la angustia. Las emociones de miedo, ira y vergüenza socialmente han sido tomadas como malas, a pesar de que muchas veces resultan ser positivas pues a través de ellas sobrevivimos al peligro nos otorgan defensa, integridad personal, social e incluso regulación ante la agresividad (Izard, 1991).

Por otro lado, Aguado, (2014) describe las emociones básicas en base a diferentes autores que a continuación se presentan:

- Ekman, Fiesen y Ellsworth: definen como emociones básicas el miedo, ira, alegría, asco, tristeza y sorpresa, estas basadas en la expresión facial del sujeto que se usan universalmente.
- Izard: toma en cuenta las emociones de ira, desprecio, asco, malestar, culpa,

interés, alegría, vergüenza y sorpresa las cuales se basan a través de circuitos cerebrales que ya están preestablecidos.

- Oatley y Jhonson-Laird: incluyen la ira, el asco, la ansiedad, la felicidad y la tristeza, en donde estas no se derivan de procesos cognitivos superiores.
- Tomkins: refiere que la ira, el interés, el desprecio, el asco, el malestar, miedo alegría, vergüenza y sorpresa, estas surgen a partir de la densidad de la actividad neuronal.

Mientras tanto Izard, (1991), como se citó en, (Aguado, 2014) destaca las funciones de cuatro de sus emociones anteriormente mencionadas:

- Alegría: tiene como función fortalecer las relaciones interpersonales, ya que a través de su expresión puede señalar la interacción amistosa.
- Tristeza: esta busca las causas, alienta el proceso cognitivo y motor, su expresión puede llegar a ser percibida como búsqueda de apoyo.
- Ira: la reacción motora es mucho más rápida lo que facilita la reacción agresiva.
- Miedo: su función es evitar las situaciones peligrosas desde lo físico hasta lo psicológico, nos proporciona la huida.

Sin embargo, Greenberg & Paivio, (2000) refieren la existencia de emociones dolorosas las cuales son determinadas por una experiencia emocional primaria llamada dolor, la cual experimenta angustia, agonía, poco control sobre sí mismo. Así como existen emociones primarias como el miedo y el enojo, el dolor también alerta al sujeto ante situaciones negativas a las que intentará evitar. Posteriormente ante situaciones como la pérdida significativa se constituyen como amenazas hacia el sí mismo el cuál causan dolor psicológico intenso.

Para efectos de esta tesina se tomarán las emociones mencionadas por Izard, (1991) y 1993 que han sido anteriormente mencionadas ya que estas emociones son más visibles para el paciente amputado, pues debido a su pérdida, el trabajo de las siguientes emociones podrá

ejercer un mejor efecto en ellos dentro del taller; las cuales son: alegría, miedo, vergüenza, enojo, tristeza y sorpresa. Ya que la emoción de vergüenza, aunque no es considerada como una emoción universal para otros autores, podría presentarse en el paciente amputado como efecto de su nueva imagen corporal sobre todo en niños en etapa de latencia, que como se mencionó anteriormente están en la formación y experimentación de este sentimiento.

2.4 Reconocimiento de las emociones

La importancia del reconocimiento de emociones dentro de la vida de los sujetos, resulta ser determinante para lograr una buena adaptación social pues como lo mencionan Greenberg & Paivio, (2000) las emociones influyen directamente en la cognición, ya que el buen manejo o no, genera conductas negativas o positivas en cuanto a la toma de decisiones debido a sus orígenes neuroquímicos, fisiológicos, biopsicológicos y cognitivos, los cuales sirven de guía para acercarnos o alejarnos de situaciones que nos pongan en riesgo, debido a las reacciones viscerales ante la presencia de una emoción. Las evaluaciones de nuestras emociones nos proporcionan información acerca del cómo se reaccionará ante una determinada situación. La identificación emocional propone el proceso de darse cuenta de nuestras necesidades e incluso tiene efectos organizadores, como, por ejemplo, cuando se tiene miedo, al sentir la emoción nuestro cuerpo se organiza para poder huir de esa situación que nos alerta ante un peligro.

Parte de un buen reconocimiento emocional es el poder comunicar nuestras emociones pues éstas nos proporcionan información tanto de los demás como propios, y ayudan a poder percibir nuestra disponibilidad para actuar ante una conducta determinada.

Por lo tanto, el aprendizaje emocional es uno de los procesos básicos de la identificación emocional, derivadas de las experiencias vividas. Los esquemas corporales son un claro ejemplo pues a través de ellos nos informan sobre el valor que se le da a las cosas, experiencias sensoriales que llevan a significado guiados a través de un pensamiento y caen en acción (Greenberg & Paivio 2000)

Como bien lo enmarca Greenberg & Paivio, (2000) el hecho de que exista una adecuada autorregulación emocional, no quiere decir que las emociones no tengan que estar en contacto con la razón, pues son quienes guían al pensamiento complementando deficiencias del mismo. De aquí es donde se deriva la inteligencia emocional, implica conocer nuestras emociones, controlar los impulsos, ser autoconscientes, reconocer las emociones de los demás y manejarlas con éxito.

El darse cuenta es fundamental para relacionarse con sigo mismo y con los demás, una buena identificación y control emocional pueden ser integradas al sujeto de manera positiva, al aprender a diferenciar lo que se está sintiendo, lo que se pensó y como es la mejor manera de expresarlas de forma socialmente aceptable (Greenberg & Paivio, 2000)

Lo que se busca es que el sujeto que esta frente a sus emociones pueda tener la habilidad de expresarlas en lugar de ser controlado por ellas. Es importante destacar que el control emocional no busca la contención permanente de la emoción, ya que esto lo haría disfuncional, en su opuesto el desborde emocional podría llevarla a la falta de habilidad para controlarse ya que la regulación emocional que se plantea es la expresión de emociones a través del reconocimiento de las mismas (Greenberg & Paivio, 2000)

Para poder hablar sobre la identificación emocional es necesario iniciar desde aquellas características esenciales de la inteligencia emocional, ya que el trabajar en ella ayudará a que el paciente amputado pueda generar nuevas herramientas. Goleman (2022) afirma que la inteligencia emocional de los niños recae en el adecuado autodomnio del celo, la persistencia y la motivación a si mismo; en donde la motivación es necesaria para un adecuado manejo de duelo. De esta manera podemos darnos cuenta que las herramientas emocionales nos son dadas desde el inicio de la infancia en las cuales pueden fijarse hábitos emocionales que nos construyen para la adultez, y que brindaran al paciente amputado para enfrentar su discapacidad.

Existen diferentes tipos de emociones y su funcionalidad en cada una de ellas como se mencionan a continuación Fernández et al (2013):

- Sorpresa, su función principal es la curiosidad, el conocer lo desconocido a través de la exploración.
- Asco, nos lleva a situaciones desagradables pero su función es la evitación y rechazo de lo que no nos agrada.
- Alegría, su función es ayudarnos a empatizar con otras personas, con nosotros mismos, aumenta nuestras relaciones con otros.
- Miedo, nos ayuda a mantenernos fuera de peligro y en movimiento para alejarnos de aquello que se pueda sentir amenazante.
- Enojo, nos lleva a la autodefensa y a poder plantear nuestros objetivos, inhibiendo reacciones que no nos agradan de otras personas.
- Tristeza, fomenta la empatía y a valorar en nosotros mismos el estado en el que nos encontramos, así mismo esta emoción es la que reintegra al individuo con otros.

Como anteriormente se mencionan por el mismo autor, las emociones además de tener una función en nuestra vida es necesario expresarlas de manera adecuada ya que de esta manera podremos asimilarlas, predecir nuestro comportamiento y el de los demás, la expresión emocional nos permite relacionarnos de una forma más sana con el individuo mismo y con sus pares. Es por ello que el paciente amputado al aumentar la expresión emocional podrá ayudarlo a relacionarse mejor con su proceso de pérdida y enfrentarse a su cambio de vida.

Es por ello que Fernández et al (2013) dentro de la expresión emocional es relevante si esta es expresada desde las reacciones fisiológicas que generan, en un paciente amputado podemos encontrar algunas emociones apegadas a la pérdida como enojo, tristeza, miedo, vergüenza y estas a su vez tienen reacciones fisiológicas las cuales son importantes identificar para su reconocimiento y expresión de las mismas.

CAPÍTULO III

TEORIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La base de la teoría cognitivo conductual es el estudio de la conducta o del comportamiento, los seres humanos estamos hechos de conducta, de pensamiento y de emociones. Estas tres esferas nos hacen funcionar dentro de la sociedad, sin emoción seríamos personas insensibles sin la capacidad de reaccionar, de pensar y de actuar.

Como en capítulos anteriores se mencionó, que la capacidad de identificar emociones está estrechamente enlazada con la cognición, por lo tanto, el proceso de razonamiento está ligado a procesos emocionales y fisiológicos, mismos que nos hacen actuar de forma determinada, siendo así que la cognición, la emoción y la conducta se integran una a la otra.

Es por ello que la teoría cognitivo conductual es efectiva y aplicable para tratar eventos de origen traumático, enfermedades o situaciones de conflicto emocional que invaden en este caso al paciente amputado.

3.1 Antecedentes

La teoría cognitivo conductual definida por Lega, Caballo, & Ellis, (1997) es la terapia que incorpora intervenciones conductuales en las cuales se intenta disminuir las conductas y emociones de carácter disfuncional y desadaptativas, modificando el pensamiento y las evaluaciones que realiza el sujeto, reduciendo el malestar y generando un reaprendizaje. En otras palabras, desaprendiendo lo aprendido.

Sechenov s/f fue considerado como el padre de la psicofisiología, pues fue el primero en realizar estudios sobre la relación de la conducta y los reflejos del cerebro, creía que la conducta se desarrollaba por medio del aprendizaje, este postulado posteriormente fue retomado por Watson y Skinner en 1913 quienes consideraron a la conducta en función de los acontecimientos ambientales y por lo tanto de aprendizaje, que más adelante serán

mencionados.

Pavlov, en (1902) tomando en cuenta los puntos de vista de Sechov, se dirigió a los reflejos condicionados, estudiando el funcionamiento del cerebro y el sistema digestivo, junto con, Bechterev, llamo reflejos asociativos, a estos descubrimientos tanto Sechov, Pavlov y Bechterev concluyeron que la importancia del ambiente es la raíz de la conducta, mientras que Watson consideró a la conducta como una serie de reflejos.

Por su parte Thorndike en (1931) formuló leyes de aprendizaje a través del ensayo y error, siendo influyente la ley del efecto con los conceptos de estímulo-respuesta. Mientras que Skinner en 1938 tomó el enfoque de análisis experimental de la conducta, centrándose en la tasa de frecuencia de respuesta; posterior a esta fecha, en 1953 la clínica social, mostró un impacto dentro de la psicología del aprendizaje en Kazdin (1995).

Un avance significativo dentro del condicionamiento fue la investigación de la neurosis experimental en la cual los investigadores de Pavlov en 1912 y 1913 encontraron que los animales hacen discriminación de condicionamientos, por lo cual, como consecuencia, perdían las reacciones condicionadas que ya habían sido entrenadas anteriormente, y mostraban perturbaciones conductuales como la agresividad.

Por su parte Kazdin, (1995) menciona a Watson como uno de los mas influyentes dentro del estudio de la conducta humana, pues durante 1920 inicia el estudio de las reacciones emocionales condicionadas en niños demostrando que el miedo se puede condicionar.

Es por ello que Masserman, 1943 citado en Kazdin, (1995) retoma la neurosis experimental en donde desarrolló técnicas para la modificación de la conducta como el modelado, la exposición y el autocontrol.

Dentro del mismo texto resaltan la participación Dollard y Miller que durante 1950 estudian a la psicopatología y la psicoterapia, en donde se desarrolló que el síntoma es explicado por

medio del aprendizaje como, el reforzamiento y la generalización de impulsos son adquiridos.

(Ellis, Una terapia más profunda y duradera, enfoque técnico de la teoría racional emotivo-conductual, 1999) crea la terapia racional emotivo- conductual abreviada como REBT catalogándola como una teoría sencilla, partiendo desde una estructura llamada ABC de la neurosis la cual se basaba en la realidad social que viven las personas, persiguiendo metas que se encuentran vinculados con acontecimientos o experiencias activadoras y en otros casos adversidades, estas serían catalogadas como A, como acontecimiento activador de B se refiere a las creencias irracionales que genera dicho acontecimiento mientras que A y C hace referencia a las consecuencias emocionales y conductuales, sobre el acontecimiento detonador. En 1956 durante la convención Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en Chicago se menciona la relación estrecha que existe sobre el pensamiento, sentimiento y conducta afirmando que estas nunca se encuentran aisladas por lo que funcionan de forma integradora, junta y holística, siendo esta teoría en la actualidad usada y beneficiosa para muchos pacientes.

Posteriormente a Ellis, Beck en 1960 crea la teoría cognitiva la cual se basaba principalmente en el desarrollo terapéutico para pacientes con depresión y en problemas des adaptativos de la conducta, así como la modificación de pensamientos conductuales Beck (2011).

3.2 Modelo ABC

Es importante mencionar que el mismo Ellis (2019) describe su modelo ABC como un modelo inicialmente inspirado en filósofos que hablan del mismo, con la notable diferencia de que Ellis agrega componentes importantes en el desarrollo de las metas de la conductas en donde en algunas ocasiones los pensamientos son parcialmente verdaderos pero también pueden presentar creencias irracionales , en la cual en algunos casos recaerán en la conducta del paciente en consecuencias des adaptativas o disfuncionales. Cabe mencionar que Ellis (2019) cree que el paciente tiene la capacidad de desarrollar pensamientos irracionales que lo llevan al autosabotaje

a través de ideas, actitudes, autoafirmaciones etc, es por ello la importancia de identificar cada uno de los elementos del ABC para alcanzar una mejor autorregulación emocional .

Lega, Caballo, & Ellis, (1997) describen que el método de reestructuración cognitiva realiza la intervención sobre problemas emocionales que generan como consecuencia pensamientos y por lo tanto se tiene como objetivo establecer patrones de pensamientos adaptativos para la mejor aceptación del paciente. Por lo que el modelo parte de la forma de pensar del individuo y de cómo éste interpreta su ambiente, circunstancias y creencias de lo que le acontece.

El modelo funciona de la siguiente manera según Ellis, (2019):

- A: Es el acontecimiento activante o disparador de la conducta que muchas veces está ligado con una experiencia agradable o desagradable y la cual será quien active experimentar alguna emoción des adaptativa.

Por ejemplo: Presentar una amputación.

- B: También denominada como Beliefs, representa las ideas, creencias e interpretaciones que surgen del acontecimiento activador A. Aquí pueden surgir creencias irracionales, de aspecto disfuncional que dificultan la evaluación de la realidad, en las cuales podemos encontrar los “debo, tengo, nada, todo”, las cuales nos exigen o llevan a la sobre generalización del pensamiento y por lo tanto de la conducta. Por ejemplo: “nadie me va a querer”, “nada me sale bien”, “todos hablaran mal de mí, de lo feo que me veo”.

Cabe mencionar que también es posible tener creencias racionales que de espacio a poder enfrentarse de una mejor manera a la situación adversa

- C: Por su parte C se refiere a la consecuencia emocional del acontecimiento que vivió el individuo a partirde lo que el evalúa de sí mismo y de manera automática

derivadas de sus creencias irracionales o racionales en B, estas consecuencias lo pueden llevar a sentir, ansiedad o depresión. Por ejemplo: Aislarse de la gente, dejar de ir a la escuela, padecer de ansiedad al enfrentarse a personas nuevas debido a que verán la amputación.

Es importante la identificación irracional para poder ejercer este modelo, debido a que partir de ella el individuo puede ser menos funcional, esta identificación se logra a través de la evaluación de las exigencias absolutistas como “los debo” y “tengo que” sobre uno mismo, por ejemplo: “Debo lucir físicamente atractivo” o “Tengo que conservar mi pierna para ser atractivo”.

Dentro de estos pensamientos absolutistas existen tres pensamientos importantes a resaltar según (Lega, Caballo, & Ellis, 1997):

- Tremendismo: definida como la tendencia a exagerar en exceso lo negativo y percibirlo de forma negativa obteniendo conclusiones exageradas.

Por ejemplo: “Todos los niños me observan y me odian por no ser igual a ellos”.

- Baja tolerancia a la frustración: esta no puede soportar ningún acontecimiento como algo insufrible, expresando que no puede experimentar situaciones de felicidad en su vida.

Por ejemplo: “Escribir me cuesta mucho trabajo, no lo podré hacer nunca”.

- Condenación: se evalúa a sí mismo como “malo”, compromete su valor como consecuencia de su comportamiento de hacer algo que no se debe.

Por ejemplo: “No sirvo para nada, por eso tiro las cosas que no puedo destapar”.

3.3 Modelo ABCDE

El modelo ABCDE es un modelo completo, esté integra al terapeuta, intentando enseñarle

al individuo trabajar aquellos pensamientos irracionales que son disfuncionales para su conducta.

El siguiente modelo completa el ABC son según (Lega, Caballo, & Ellis, 1997):

- D: Basado en el método científico dentro de la vida cotidiana, se cuestiona la hipótesis que se tiene de las creencias irracionales de B, denominando a D como debate o cuestionamiento que realiza el terapeuta al paciente. En él pueden mostrarse diferentes estrategias como: estrategias cognitivas, las cuales parten de la comprobación de la realidad; estrategias emocionales, partiendo de preguntas para el uso de la imaginación racional emotiva negativa o positiva según el caso y estrategias conductuales, donde está dirigido a conductas ideales y opuestas, se puede incluso ensayar aquella conducta o invertir los papeles.

Por ejemplo:

Paciente: Creencia (B) “Todos hablaran mal de mí, de lo feo que me veo”.

Terapeuta: Debate (D) “Imagina que tú fueras nuevo en la escuela y te presentan a un niño que esta amputado, ¿Qué dirías?”.

- E: Es todo aquel efecto que tiene el debate sobre la creencia irracional del individuo, en ella puede resaltar efectos cognitivos de creencias racionales, efectos emocionales que se esperan obtener sentimientos apropiados y efectos conductuales esperando que sean funcionales.

Por ejemplo:

Paciente: “Tal vez no me daría cuenta de que tiene una amputación o le preguntaría que le paso”.

Para lograr esta técnica es importante lograr la identificación adecuada de los

pensamientos irracionales, los cuales mencionan el deber ser, la aceptación y aprobación y la necesidad de tener lo que se quiere, como se mencionan a continuación (Ellis1999 en Oblitas, 2008):

1. Debo ser amado y aceptado por cualquier persona que sea importante en mi vida.
2. Debo ser competente y eficaz para poderme sentir útil y válido.
3. Existen personas indeseables y despreciables, las cuales deberían de ser severamente castigadas por aquello que hacen.
4. Es terrible y catastrófico que no sucedan las cosas como yo deseo que pasen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y nadie puede controlarlas.
6. Toda situación que parezca amenazante o que pueda traer conflicto debo evitar a toda costa.
7. Si algo peligroso y terrible me ocurre debe preocuparme y pensarlo constantemente.
8. Ante responsabilidades y dificultades de la vida es más fácil evitar que afrontar.
9. Debo depender de los demás y necesito confiar en alguien que sea más fuerte.
10. Debe preocuparme los problemas de las demás personas.
11. Existe una solución correcta para los problemas, sería terrible si no se encuentra una solución.

PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS LATENTES CON AMPUTACIÓN PARA EL MANEJO Y CONTROL DE SUS EMOCIONES

4.1 Justificación: Es importante rescatar que actualmente no se encuentran fuentes de investigación para el manejo emocional de niños amputados, a pesar de que si existen para manejo emocional para tercera edad y de adultos, es una población olvidada, por lo que es necesario proponer herramientas que puedan ayudarles a consolidar una buena relación con su imagen corporal así como el impacto que este también genera con una adecuada concepción de sus relaciones sociales entre pares debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentra esta población.

El manejo y control de las emociones es altamente relevante dentro del desarrollo del niño, más aún cuando este ha enfrentado situaciones traumáticas o adversas, por lo tanto, es necesario proporcionar herramientas que ayuden a la identificación y el manejo emocional adecuado hacia esta población vulnerable.

Ya que como se ha mencionado con anterioridad vivir una amputación de una extremidad, no importando la causa y el origen, el paciente pasa por un cambio físico, cognitivo y emocional que puede llevarlo a la desestabilización emocional, desde presentar síndrome de miembro fantasma hasta poder caer en un estado depresivo o ansioso, si no se le da el manejo adecuado a su padecimiento.

Actualmente no existe ninguna escala de catastrofización de manejo de dolor validada para niños, usualmente dentro del área médica es usada la Escala Analógica Visual (EVA) que tiene como objetivo medir la intensidad del dolor, mas no los pensamientos que giran alrededor de este. Es por ello que se utilizará la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) para tener mayor información sobre el pensamiento catastrófico, que pertenece a una de las ideas irracionales descrita con anterioridad en el apartado 1.7, así como evaluar el estado emocional que pueden tornarse debido a la pérdida del miembro.

4.2 Objetivo general: El niño amputado identificará, controlará y manejará sus emociones para favorecer el cambio hacia la formación de su aspecto corporal.

Esta intervención se realizará a través de un manejo conductual, en donde los niños que han sido amputados puedan establecer e identificar sus emociones, manejar el duelo, la imagen corporal y desarrollar la resiliencia. En resultado a esto se espera que el paciente pueda desarrollar una estabilidad emocional frente a su pérdida para lograr integrarse nuevamente a sus actividades cotidianas.

4.3 Objetivos específicos:

- Se realizará la aplicación de Instrumento de evaluación: Escala de Pensamiento catastrófico (Catastrozificación) del Dolor (PCS), antes de iniciar el taller a fin de conocer los pensamientos catastróficos de los niños para identificar su pensamiento catastrófico.
- Se tomará consciencia de la imagen corporal para integrar la nueva concepción de imagen
- Otorgar estrategias para control y manejo emocional para lograr una buena auto regulación y expresión de la pérdida.

4.4 Población: Se sugiere un grupo de 10 a 15 niños de 6 a 12 años de edad que hayan sufrido una o varias amputaciones, no importando la causa, origen y tiempo de amputación.

Perfil profesiográfico: Se requiere de un facilitador que sea psicólogo(a) clínico con experiencia en amputaciones o enfermedades terminales y degenerativas, el cual maneje el taller.

4.5 Materiales

Nombre	Descripción	Cantidad
Hojas blancas	Tamaño carta	100
Hojas de colores	Tamaño carta	100
Tijeras	De punta redonda	15
Crayolas, lápices, pintura, colores y plumones	Los plumones y pintura deberán ser lavables.	50
Papel craft	Metro y medio por niño	30 metros
Burbujas	Uno por niño	15
Cofre	Uno por niño, grandes	1
Monturas de lentes	Uno por niño	15
Mobiliario:	<ul style="list-style-type: none"> ● 15 sillas pequeñas para niños ● 1 silla para el facilitador ● 7 mesas pequeñas para niños ● 1 pizarrón 	15
Equipo necesario	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 laptop ● 1 proyector ● Internet ● Bocinas 	

4.6 Escenario

Descripción:	Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Pediatría Un salón para cupo de máximo 20 personas con dimensión de 40 m2
---------------------	--

4.7 Instrumento de evaluación: Escala de Pensamiento Catastrófico (Catastrofización) del Dolor PCS (Anexo 1)

Autor: Sullivan en 1995; Validada en México por Seyler, A. en (2012)

Confiabilidad y Validez: Coeficiente alfa de Cronbach. 94

Ítems: 13

Materiales del instrumento: Instrumento impreso, lápiz, tabla para cada participante.

Aplicación: El instrumento se aplica de forma individual, a niños de 10 a 12 años, se le preguntará si presentan dolor y se les pide que califiquen la intensidad que presentan del 0 al 10 en escala Likert, al término se les posibilita de lápices para contestar los 13 ítems, (en caso de que presenten alguna amputación en extremidades superiores, la facilitadora le ayudará a contestar) se le pide que indique el grado en que presenta los 13 pensamientos y sentimientos cuando siente dolor, calificándolos en una escala de 0 a 4 donde reciben el siguiente valor:

- ✓ 0 nada en absoluto
- ✓ 1 un poco
- ✓ moderadamente
- ✓ mucho
- ✓ todo el tiempo

Es importante hacer anotación si existe presencia de dolor y de cuanto es su intensidad ya que en este

dolor puede aparecer el dolor de miembro fantasma.

Procedimiento:

Se invitará a través de carteles y folletos dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Pediatría al Taller Cognitivo-conductual dirigido a niños entre los 10 y 12 de años que presenten una amputación para el manejo y control de sus emociones. Las sesiones tendrán una duración de 50 minutos por sesión y las cuales constarán de 9 sesiones.

CONCLUSIONES

La presente tesina plasma la relevancia actual del paciente amputado dentro del área médica, psicológica, y el trabajo multidisciplinario que este padecimiento implica, como se ha mencionado, la técnica quirúrgica ha cambiado, el tratamiento post operatorio, rehabilitación física y psicológica, procurando siempre que el paciente logre una mejor reinserción social y de calidad de vida, por lo que tratar de forma multidisciplinaria al paciente es poder fortalecer todas las áreas que han sido afectadas tras la pérdida de un miembro.

Es importante mencionar que el paciente dentro de su recuperación postoperatoria, es que logre tener un acompañamiento emocional ya que existen factores desencadenantes de duelo y emociones naturalmente esperadas debido a la pérdida, entre ellas presentar el síndrome de miembro fantasma ya sea en pacientes que perdieron su miembro por origen traumático u originado por otras causas.

Es por esta razón la relevancia del manejo emocional en esta etapa para brindarle al paciente herramientas emocionales que puedan aminorar el impacto que genera una amputación ante la nueva construcción de su imagen corporal, ya que puede afectar a nivel psíquico, y emocional y a su vez a la reintegración de su vida social, sobre todo en esta población que se encuentra en etapa de latencia .

Se eligió el modelo ABCDE ya que a través de este método el paciente logrará reconocer los procesos que alteran su conducta, trabajando con ellos el reconocimiento emocional así como la identificación de pensamientos catastróficos que presentan después de haber sufrido la amputación, el objetivo de enseñar el modelo es que el paciente logre cambiar su conducta a partir de haber empleado el modelo ABCDE donde se enseña al paciente la forma de cambiar aquellas distorsiones cognitivas, a través de la identificación emocional y cognitiva, que afectan de forma importante su conducta dentro de su proceso de rehabilitación.

ALCANCES

Sufrir una amputación por cualquiera que sea la causa es inevitable no sufrir ninguna secuela emocional, aún dentro de la población infantil, la cual se encuentra en un constante desarrollo físico, emocional y cognitivo; es por ello que el impacto emocional al sufrir una amputación proporciona una inestabilidad en cada una de las esferas que la conforman.

Además del impacto que tendrá en su calidad de vida y la nueva adaptación dentro de su ambiente físico, en donde el niño deberá de hacer uso de los recursos emocionales que tiene para la nueva formación de auto concepto. Se espera que este taller pueda proporcionarle las herramientas emocionales a esta población que ha sido poco estudiada e intervenida para aminorar el impacto emocional y social que pueda producirle.

LIMITACIONES

Es importante que el taller cuente con un psicólogo que conozca este tipo de padecimiento o enfermedades terminales, de suma importancia cuidar el manejo físico de pacientes al realizar las dinámicas, pues debido a que el taller es interactivo, no se debe olvidar que pueden existir pacientes que tengan poco tiempo de haber recibido el procedimiento quirúrgico, por lo cual los cuidados del muñón son muy importantes. Se recomienda que para pacientes que se encuentren en dicho proceso, post operatorio no realicen ningún movimiento ni esfuerzo físico dentro del taller.

REFERENCIAS

Bibliografía

- Aguado. (2014). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid: Alianza.
- Alpizar , M. (2008). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. . Alfil.
- Balague, F. (2008). *Rehabilitación del amputado de la extremidad inferior*. En Viladot R., Cohi O., Clavell S. *Ortesis y prótesis del aparato locomotor extremidad inferior (1a Ed)*. Barcelona: Masson.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy. (2a Ed)* New York: The Guilford Press.
- Brooks, & Goldstein. (2004). *El poder de la resiliencia, como lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarias para vivir en paz*. Barcelona, Buenos Aires: México: Paidós.
- Carrillo, R., & Salinas, S. (2001). *Quemadura eléctrica*. En Carrillo E. *Ciudadanos intensivos del paciente quemado (1a Ed)*. Prado.
- Cascon & Martin (2000). *La alternativa del juego*. Edupaz
- Castañeda, A. (2007). *Estudio comparativo de las diferencias en el esquema corporal de niños amputados y no amputados*. México: Universidad Salesiana.
- Coba, J. (2008). *Amputación del brazo*. En Viladot R. Cohi O. Clavell S. *Ortesis y prótesis del aparato locomotor superior (1a Ed)*. Barcelona: Masson .
- Ellis. (1999). *Una terapia más profunda y duradera, enfoque técnico de la teoría racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós .
- Ellis. (1999). *Una terapia más profunda y duradera, enfoque técnico de la teoría racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paiós.

- Ellis. (2019) Una terapia breve más *profunda* y duradera. Paidos.
- Fernandez, Garcia, Jimenez, Martin, Dominguez (2013) *Psicología de la emoción*. Universitaria Ramon Arces
- Freud. (2019). *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. Verbum
- Garcia, I., Pollicer, M., Paniagua, S., Gálvez, M., Arcas, M., & León, J. (2004). *Manual de fisioterapia: generalidades*. MAD.
- Gargollo. (2007). *Reimplante de dedos, manos y extremidad*. En Castañeda R., Sigles L & Rish L *Trauma Vascular (1a Ed)*. Alfil.
- Goleman, (2022) *La inteligencia emocional*. Editorial Mexico.
- Greenberg, & Paivio. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidos.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Early.
- Heck, R., & Carnesale, P. (2007). *General principales of amputations*. En S.T. Canale, J.H. Beatty. *Campbell's Orthopaedics*. Philadelphia: Elsevier.
- Huguet, M. (2005). *Breve historia de la guerra civil de los Estados Unidos*. Nowtilus.
- Ibarra. (2011). *Las enfermedades y traumatismos del sistema musculoesquelético*.
- Ibarra, L. G. (2013). *Las enfermedades y traumatismos del sistema músculo esquelético. Un análisis del Instituto Nacional de Rehabilitación de México, como base para su clasificación y prevención*. México, D.F.: INR.
- Izard. (1991). *The psychology of emotions*. Premium press.
- Kazdin. (1995). *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta*. En

- Caballo (comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (3a Ed)* .
España: Siglo XXI.
- Kirkup, J. (2007). *A history of limb amputation*. Springer.
- Krupski, W. (2007). *Amputación. En Doherty G.M. & wAY L.W. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico (9a Ed)*. México: Manual Moderno.
- Kuiken, Miller, Lipschutz, & Huang. (2007). *Rehabilitación of people whit lower limb amputación. En Brandonm Pysical, medicine and rehabilitación (3a Ed)*. Elsevier.
- Landmand (1999) .*Freud* . Istmo
- Lega, Caballo, & Ellis. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual*. Madrid:
Siglo XXI.
- Lev-Semonovich. (2004). *Teoría de las emociones estudio histórico psicológico*. . Madrid: Akal.
- López, P., & Garra, L. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*.
Panamericana.
- López, R. (2009). *Las emociones*. Trillas.
- Luthar. (1993). *Resilliencia: Resignificación creativa la adversidad*. Colombia: Universidad
Distrital Francisco José de Caldas.
- Maganto, & Cruz. (2013). *Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil*. San Sebastian:
Tolosa.
- Martín. (2015). *La personalidad resiliente*. España: Sintesis.
- Oblitas. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Cengage Learning.
- Quiñonez. (2014). *Resiliencia: Resignificación creativa de la adversidad*. Colombia: Universidad

Distrital Francisco José de Caldas.

Ramos, A. (2003). *Compendio de traumatología y ortopedia. (2a Ed)*. Atlante.

Rodríguez, J., Benítez, S., Águila, R., Escotto, I., & Rodríguez, N. (2007). *Trauma vascular pediátrico. En Castañeda R., Singles L. & Rish L. Trauma Vascular (1a Ed)*. Alfil.

Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual los transtornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Salcedo, J., & Amaya, S. (2008). *Amputaciones en la infancia, características y prototización. En Viladot R., Cohi O., Clavell S. Ortesis y prótesis del aparato locomotor extremidad inferior (1a Ed)*. Barcelona: Masson.

Schmidl, H. (2008). *Introducción a la prototización del miembro superior. En Viladot R. Cohi O. Clavell S. Ortesis y prótesis del aparato locomotor superior (1 Ed)*. Barcelona: Masson.

Schmidl, H. (2008). *Introducción a la prototización del miembro superior. Ortesis y prótesis del aparato locomotor superior (1a Ed)*. Barcelona: Masson.

Schmidl, H., Cohi, O., Clavell, S., & Viladot, R. (2008). *Introducción a la prototización del miembro superior*. Barcelona: Masson.

Skinner, H. (2007). *Diagnóstico y tratamiento en ortopedia (4a Ed)*. México: Manual Moderno.

Sullivan, M., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). *The pain catastrophizing scale: development and validation*. Psychological Assessment.

Tizon. (2004). *Perdida, pena, duelo, vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.

Turiezo, & Sala. (2011). *Gana la resiliencia*. Madrid: Lideditorial.

Viladot, R., Cohi, O., & Clavell, S. (2008). *Ortesis y prótesis del aparato locomotor extremidad inferior (1a Ed)*. Barcelona: Masson.

Wilson, A. (1981). *History of amputation surgery and prosthetics*. En *American Academy of Orthopedic surgeons. Atlas of limb prosthetics (1a Ed)*. Mosby: Hardcover.

Worden. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

.

ANEXOS

Carta descriptiva

Sesión 1

Objetivo: Conocerse entre pares y a la facilitadora para generar rapport .Identificar y expresar sus emociones

Actividad	Objetivo por actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida y presentación de la facilitadora.	Realizar rapport entre los participantes y el facilitador.	Se presenta la facilitadora con nombre y apellido y les dará la bienvenida a todos de forma grupal.	✓ Ninguno	5 minutos
Dinámica de presentación: juego de los nombres.	Conocer las reglas y la dinámica del taller.	La facilitadora explica la dinámica: todos dirán su nombre y a través de adivinanzas comentarán sobre gustos o preferencias. Al término la facilitadora dice el nombre de alguien del grupo y todos deberán hacer el gusto de su compañero a través de un sonido, o una mueca. (Anexo 2)	✓ Ninguno	10 minutos
Limitación de reglas		Se hará una lluvia de ideas sobre las reglas que se emplearán.		5 minutos
Explicación del taller		Se les explicará el propósito del taller a través del cuento The rainbow book, y la importancia de conocer nuestras emociones.	✓ Cuento: The rainbow book (Kate Ohrt) Hojas y pinturas.	20 min

Cierre		<p>Podrán realizar su propio arcoíris eligiendo los colores de las emociones que en el libro mencionan.</p> <p>Se cierra la sesión mostrando los dibujos y expresando con mucho respeto el por qué eligieron colores distintos entre cada uno de ellos en relación a sus emociones.</p>		10 min
--------	--	---	--	--------

Carta descriptiva

Sesión 2

Objetivo: Aplicar el instrumento e identificar las cualidades que pueden construir a partir de la pérdida.

Actividad	Objetivo por actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Repaso de nombres	Integración de los participantes	<p>La facilitadora se colocará en círculo junto con el grupo, y se colocaran etiquetas con el nombre de cada participante, para que puedan observarlas. Cuando se diga la palabra “dado”, voltearán su etiqueta y se elegirá a un participante que se sienta seguro de conocer los nombres de los demás.</p>	<p>✓ Etiquetas y plumones</p>	5 minutos
Aplicación de test		<p>Se le otorgará a cada uno el instrumento de Pensamiento Catastrófico, explicando las instrucciones, así como cada frase de manera objetiva. Aquellos niños que presenten discapacidad para escribir se les otorgarán la ayuda necesaria para la escritura de ítems.</p>	<p>✓ Instrumento de Evaluación PCS en Anexo 1</p> <p>✓ Tablas y lápices</p>	10 minutos
Identificación de Cualidades	Revisar autoconcepto	<p>La facilitadora explicara sobre que son las cualidades, después los niños deberán dibujar alguna cualidad emocional o alguna actividad en la que cree ser buenos o les gustaría aprender.</p>	<p>✓ Hojas</p> <p>✓ Colores, crayolas.</p>	20 minutos

Cierre		<p>Deberán intercambiarlas con sus compañeros al finalizar y se presentarán sin decir el nombre.</p> <p>Se concluirá con la reflexión sobre las diferencias que compartimos cada uno y como eso nos vuelve seres únicos.</p> <p>Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>		<p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--------	--	---	--	---

Carta descriptiva

Sesión 3

Objetivo: Favorecer la toma de conciencia de imagen corporal.

Actividad	Objetivo por actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
<p style="text-align: center;">Bienvenida</p> <p>Dinámica: “Yo soy”</p>	<p style="text-align: center;">Trabajar el reconocimiento y conciencia corporal.</p>	<p style="text-align: center;">Se dará la bienvenida, y en esta ocasión se saludaran diciendo su nombre y como se sienten el día de hoy.</p> <p style="text-align: center;">La facilitadora hará grupos de dos personas; les explicará en que consiste la dinámica, se le proporcionará papel craft para que entre ellos dibujen su cuerpo y en caso que se requiera ayuda la facilitadora lo hará con ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plumones ✓ Cinta ✓ Papel craft 	5 minutos
		<p style="text-align: center;">Al término de la dinámica la facilitadora explicará a partir de lo que se dibuje, la importancia de la percepción de nuestro cuerpo.</p> <p style="text-align: center;">Se retomarán los comentarios de aquellos niños que quieran expresar algo sobre su amputación.</p> <p style="text-align: center;">Finalmente se pegarán los papeles en algún lado del aula.</p> <p style="text-align: center;">Es importante observar si existen niños que no pudieron expresar una cualidad. (Anexo 3)</p>		20 minutos

<p>Presentación tema: Amputación</p>		<p>La facilitadora preguntará de forma general ¿Qué es una amputación? Y de manera individual formulará la pregunta ¿Qué crees que te paso? A partir de los comentarios que se reciban la facilitadora introducirá lo que se dijo para hacer la presentación sobre amputación.</p>	<p>✓ Proyector y laptop</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Cierre</p>		<p>La sesión finalizará dando contención emocional ante la aparición y/o exposición de emociones dolorosas que surjan</p>		<p>5 minutos</p>

Carta descriptiva

Sesión 4

Objetivo: Desarrollar la expresión física y emocional ante la pérdida.

Actividad	Objetivo por actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida al grupo		Se dará la bienvenida al grupo y la facilitadora los acomoda dentro del salón para iniciar con la sesión.		5 minutos
Cuento: La historia de Juan Manuel..., o de cómo salvar a la manzana	Se sensibilizará a través del cuento para psicoeducación.	Una vez acomodados en su lugar la facilitadora dará técnica de respiración diafragmática con ojos cerrados, y les pedirá mantenerse así para contarles el cuento de La historia de Juan Manuel o de cómo salvar la manzana. (Anexo 6)	✓ Cuento	10 minutos
Creación de cuento personal	Expresión de experiencias y emociones vividas en el proceso de amputación	Posterior a esto crearán su cuento personal, en el cual podrán hacerlo escrito, dibujado o moldeado con plastilina, la elección de técnica de expresión será libre y adaptada a sus necesidades. Es importante que integren emociones desde el inicio, durante y al finalizar su propio cuento. Al finalizar cada uno contara su cuento, cerrando con retroalimentación sobre	✓ Plastilina ✓ Hojas ✓ Colores	20 minutos

Cierre		<p>las diferentes experiencias que cada uno vivió y dando herramientas sociales sobre cómo abordar el tema con niños que no han sido amputados y que les pregunten ¿Que les sucedió? Para la generación de esta explicación se retomarán las cualidades que habían expresado en la sesión 2.</p> <p>Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>		<p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--------	--	---	--	------------------------------------

Carta descriptiva

Sesión 5

Objetivo: Reconocer las emociones básicas e implementar estrategia para control del enojo

Actividad	Objetivo de la actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida al grupo	Identificar las emociones y el reconocimiento del enojo.	Se dará la bienvenida al grupo y la facilitadora los acomoda dentro del salón en círculo para tomar el tema	✓ Cojines	5 minutos
Explicación de emociones	Implementar estrategia para el control y regulación del enojo.	La facilitadora explicará a través de tarjetas las emociones básicas. Después presentara las tarjetas de situaciones donde cada uno dirá que emoción le pondría a ese evento. Posteriormente la facilitadora explicara a través de video el manejo de la emoción del enojo. (Anexo 4)	✓ Laptop ✓ Proyector	5 minutos
Estrategia de control		La facilitadora hará tres grupos y pedirá que uno del equipo se coloque dentro de su grupo, los demás deberán soplar burbujas, la facilitadora pide que nadie toque las burbujas y así sucesivamente.	✓ Burbujas una por niño	20 minutos
Control del enojo		Al finalizar la facilitadora explica al grupo que al estar enojado debemos aprender a		
Cierre				

		<p>controlar lo que decimos y hacemos, así como nos controlamos al no tocar las burbujas. Así como se le presentarán otros materiales que ellos podrán usar para regularlo, por ejemplo: abrazar una almohada, apretar limones, inflar un globo.</p> <p>Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Almohadas ✓ Limones 2 por niño ✓ Globos 	<p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--	--	---	---	-----------------------------------

Carta descriptiva

Sesión 6

Objetivo: Explicar el modelo ABCDE

Actividad	Objetivo de la actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
<p style="text-align: center;">Bienvenida al grupo</p> <p style="text-align: center;">Explicación modelo ABCDE</p>	<p>Conocer el modelo ABCDE y reconocerlo dentro de cada caso.</p>	<p style="text-align: center;">La facilitadora dará la bienvenida al grupo, los acomoda dentro del salón en círculo para tomar el tema en los cojines.</p>	<p>✓ Cojines</p>	<p>5 minutos</p>
		<p>La facilitadora explicará con ayuda de una presentación en power point, imágenes del modelo ABCDE usando ejemplos que pasan en la vida cotidiana referente a la amputación. Así como a veces podemos tener pensamientos oruga (feos, grandes, pequeños, gigantes) y como esos pensamientos pueden volverse mariposas, para eso es necesario que nos ayude un juez para determinar si se quedara siendo oruga o se puede transformar en mariposa.</p> <p style="text-align: center;">La facilitadora presentará la imagen de un juez y explicará con un ejemplo cómo funciona la D y E. (Anexo 5)</p>	<p>✓ Laptop</p> <p>✓ Proyector</p>	<p>20 minutos</p>

<p>Ejercicio del modelo ABCDE</p>		<p>Al finalizar la explicación la facilitadora acomoda en grupos de 3 integrantes en un círculo en el suelo, les otorga una serie de imágenes (comic) sobre una situación conflictiva, se les mencionará que deberán acomodar la serie conforme creen que paso. A su término la facilitadora les dará una oruga y una mariposa para que en ellas puedan plasmar los pensamientos que han surgido desde el inicio de su pérdida, el pensamiento, la consecuencia y el debate.</p> <p>Se cierra la sesión compartiendo. Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anexo 7 ✓ Orugas y mariposas en papel ✓ Colores ✓ Lápices 	<p>20 minutos</p> <p>5 minutos</p>
-----------------------------------	--	---	--	------------------------------------

Carta descriptiva

Sesión 7

Objetivo: Observar cómo se etiquetan a partir de la amputación y cuáles de esas etiquetas están relacionadas con un pensamiento irracional

Actividad	Objetivo de la actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida al grupo		Se dará la bienvenida al grupo y la facilitadora los acomoda dentro del salón en círculo para tomar el tema	✓ Cojines	5 minutos
Cuento de creencias irracionales	Identificar dentro de la actividad las creencias irracionales.	La facilitadora se sentará en el círculo con todos, relata un cuento de forma visual a través de tarjetas que contienen la imagen de una creencia irracional. Al término del cuento la facilitadora menciona que el mundo está lleno de etiquetas y letreros de advertencia, algunos tienen sentido y otros son muy obvios; la facilitadora les pedirá que realicen su propio letrero de advertencia, "Si tu tuvieras una etiqueta de advertencia, ¿cuál sería para que los demás trataran contigo?"	✓ Cuento ✓ Tarjetas	30 minutos
Letrero		De esta manera la facilitadora podrá preguntarles ¿Por qué lo consideran así? Y se realizara un debate para poder explicar	✓ Cartulinas , pinturas y palitos	10 minutos

Cierre		<p>cómo podemos cambiar el pensamiento por uno más racional el cual ahora pintaran en la parte de atrás de su letrero.</p> <p>Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>		5 minutos
--------	--	---	--	-----------

Carta descriptiva

Sesión 8

Objetivo: Explicar y reconocer el pensamiento catastrófico

Actividad	Objetivo de la actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida al grupo		Se dará la bienvenida al grupo y la facilitadora los acomoda dentro del salón en círculo, retoma el tema de la sesión pasada a manera de repaso.	✓ Cojines	5 minutos
Dinámica “Los lentes “	Identificar pensamientos catastróficos. Conocer y reconocer los pensamientos catastróficos de sus pares.	La facilitadora explicará la dinámica, pidiéndoles que piensen exageradamente y negativamente, los coloca revueltos dentro de un círculo y pide voluntariamente usar los lentes los cuales tienen prismas que nos harán ver las situaciones de forma exagerada y negativa. Al tener al voluntario la facilitadora otorgará un cofre que contiene imágenes y objetos en relación a los pensamientos	✓ Lentes ✓ Cofre con objetos e imágenes catastróficas ✓ Pinturas ✓ Lentes	20 minutos

Cierre	<p>Observar sus cambios a través de encontrar la diferencia entre las esculturas de su cuerpo que hicieron en la primer sesión.</p>	<p>catastróficos. La facilitadora pedirá al voluntario que al sacar el objeto diga la primera frase negativa y exagerada que se le venga a la mente.</p> <p>Al término de la dinámica se le otorgan a cada niño unos lentes los cuales pintaran, haciéndoles hincapié en que lo pinte con un color que les genere pensar positivamente, después los usaran paravolver a ver el dibujo y la escultura de su cuerpo que hicieron en las primeras sesiones.(Anexo 8)</p> <p>La facilitadora les pedirá volver a ver se a través de los lentes de forma positiva, es importante ayudar a los niños que no pudieron encontrar una cualidad o defecto de su cuerpo.</p> <p>Se cierra la sesión pidiéndoles que escriban la nueva cualidad que vieron en su cuerpo.</p> <p>Se dará contención emocional ante la aparición o exposición de alguna emoción dolorosa.</p>		<p>20 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--------	---	---	--	------------------------------------

Carta descriptiva

Sesión 9

Objetivo: Aplicar el instrumento Escala de catastrofización del dolor (PCS).

Actividad	Objetivo de la actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida al grupo		Se dará la bienvenida al grupo y la facilitadora los acomoda dentro del salón en una mesa y silla por niño.	✓ Mesas y sillas	5 minutos
Aplicación del instrumento	Realizar el cuestionario para observar si hubo un cambio en los participantes.	La facilitadora explicara de forma grupal las instrucciones del instrumento, posteriormente entregara los lápices y el cuestionario.	✓ Lápiz ✓ Anexo 1	20 minutos
Dinámica "El tesoro"	Reflexionar sobre su autoconcepto	Aquellos niños que presenten discapacidad para escribir se le otorgará la ayuda necesaria para la escritura de ítems. Al finalizar la aplicación la facilitadora los coloca en un círculo a todos, les explicará la dinámica haciendo hincapié en el silencio total. La facilitadora pide que uno por uno observe lo que hay en el tesoro y regrese a		15 minutos

Cierre		<p>su lugar sin decir que es lo que hay dentro. (Anexo 9)</p> <p>Al término se concluye con lo valiosos que somos conforme a nuestras características, únicas, se pide que cada vez que haya alguna situación en la que el enojo se presente usen sus lentes para mirar de una forma diferente y no catastrófica.</p> <p>La facilitadora se despide otorgando un diploma de asistencia (Anexo 10).</p>		<p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--------	--	--	--	-----------------------------------

Anexo 1

ESCALA DE CATASTROFIZACIÓN DEL DOLOR (PCS)

(Sullivan et al., 1995)

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación, se presenta una lista de trece frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0- nada en absoluto 1- un poco 2 – moderadamente 3- mucho 4- todo el tiempo

Quando siento dolor...

- 1 Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá.
- 2 Siento que no puedo continuar.
- 3 Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar.
- 4 Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.
- 5 Siento que no puedo aguantarlo más.

- 6 Temo que el dolor empeore.
- 7 No dejo de pensar en otras experiencias de dolor.
- 8 Deseo con inquietud que desaparezca el dolor.
- 9 No puedo apartarlo de mi mente.
- 10 No dejo de pensar en lo mucho que me duele.
- 11 No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor.
- 12 No hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad del dolor.
- 13 Me pregunto si me puede pasar algo malo.

DINÁMICAS

Anexo 2

Se tomó la dinámica de Cascon y Martin, (2000)

Dinámica: Juego de nombres

Participantes: Niños de 10 a 12

años

Materiales: Ninguno

Objetivo: Conocer a los miembros que conforman el grupo.

Consigna: La dinámica consiste en presentarse unas personas a otras, asociando cada nombre con un gusto o preferencia a través de adivinanzas.

Desarrollo: La facilitadora debe decir su nombre y representar con una adivinanza algún gusto o preferencia que tenga, por ejemplo: leer un libro; la persona que adivine lo que está representando, lo dice y esta persona de la izquierda de la facilitadora hace ahora su adivinanza mencionando sus características, sin olvidar decir el nombre de la persona anterior y enseguida el suyo. Se continúa hasta que todos hayan pasado.

Posteriormente la facilitadora dice la característica de alguna persona que haya pasado y los participantes deberán recordar el nombre de la persona quien lo hizo, la persona que haya sido nombrando hará lo mismo y así hasta que haya salido todo el grupo.

La facilitadora dice el nombre de alguien quien realizara la representación del gusto de su compañero a través de un sonido o una mueca, luego esta persona dice otro nombre y así hasta que todos hayan pasado.

Anexo 3

Se tomó la dinámica de Cascon y Martin, (2000)

Dinámica: Yo soy

Objetivo: Favorecer la imagen corporal

Participantes: Niños de 10 a 12 años

Materiales: papel craft (1 metro 50 cm) y plumones lavables

Consigna: Dibujarán su cuerpo sobre el papel, serán dibujados por su compañero y /o facilitadora.

Desarrollo: La facilitadora explicara la dinámica, cada participante tendrá papel craft y plumones lavables; la facilitadora pedirá que dibujen su cuerpo como ellos lo ven ahora y posteriormente se volteará el papel, se acuesten sobre él y la facilitadora remarque con plumones el cuerpo sobre el papel. A su término, se hará lo mismo, de forma en que todos tengan dos dibujos de sí mismos sobre el papel craft.

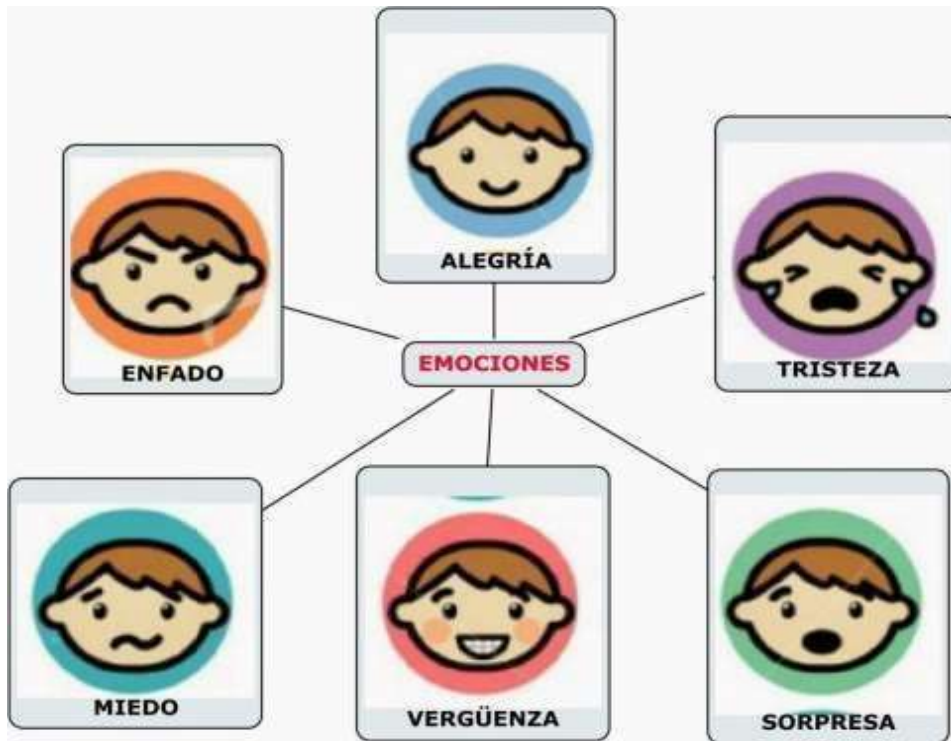
La facilitadora, pedirá que observen como se dibujaron y como fueron dibujados, explicara la importancia de cómo percibimos nuestro cuerpo, aceptarlo y amarlo como es, colocando palabras sobre su cuerpo que les ayuda.

Finalmente se pegarán los papeles sobre la pared del aula.

Anexo 4

Tarjetas de las emociones básicas de Izard

Como anteriormente se menciona dentro del capitulado se tomarán para efectos de la actual tesina las siguientes seis emociones descritas por Izard en 1991 y 1993.



Tarjetas de situaciones para identificar emociones:

Imágenes tomadas de Google, (s.f.)







Anexo 5

Explicación ABCDE:

A (acontecimiento): Incorporarse a la escuela después de la amputación.

B (creencia): “Todos hablarán mal de mi, de lo feo que me veo”



C (conducta): “Me aislé de todos mis compañeros y me siento triste”



D (discusión):

“Imagina que tú fueras nuevo en la escuela y te presentan a un niño que esta amputado.
¿Qué dirías?”



E (efecto de la discusión): “Tal vez no me daría cuenta que tiene una amputación o le preguntaría que le paso”

Anexo 6

Cuento

La historia de Juan Manuel..., o de cómo salvar a la manzana.

Desde que nací, yo vivo rodeado de sabrosísimos olores. Todos mis primeros años estuve envuelto de formas y de colores muy vistosos.

¿Sabes por qué? Pues porque mi mamá tiene un puesto de frutas en un mercado.

A lo largo del año yo veo en su puesto aparecer frutas, porque es su temporada, y luego desaparecer, cediéndole su lugar a otras. Mi mamá tantea las frutas, o sea que con sus solas manos ella las sabe escoger bien.

Desde que yo me acuerdo..., diariamente cuando ella acomoda las frutas en su puesto; pone hasta abajo la fruta más verde, en medio la menos dura y con la madura corona el gran montón.

Hace años, cuando yo ya no era un bebé y me empecé a dar cuenta de más cosas, recapacité sobre una acción más a la cual no le había dado hasta entonces importancia y que diariamente realizaba mi mamá.

Cuando acomodaba la fruta, ella hacía un montoncito aparte de cada fruta. Y un día le pregunte: **Qué, ¿por qué separaba unas manzanas de las otras?**

Y ella me respondió amorosamente: **A ver, observa con cuidado cada una de estas manzanas. Todas tienen algo especial, es por eso que las separo del resto.**

Me acerqué, las vi, las olí y luego las toqué. Y noté que todas tenían una parte diferente de color café.

Y ¿Qué vas a hacer con ellas? le dije.

Voy a hacer montones que venderé más barato, contestó.

Y ¿Sirven? le pregunté.

Sí, me dijo ella, *Sí sirven, solamente un pedacito, no sirve. Mira...*

Tomó una manzana y con un cuchillo hizo un movimiento circular y recortó un trozo un poco más grande del ocupado por el color diferente en la fruta.

Y mientras lo hacía me dijo: ***Esto lo hago para salvar al resto de la manzana... y para que ésta no se desperdicie.***

Y después que cortó un trozo más de la manzana, me lo acercó a la boca diciéndome: ***Ahora, prueba el pedacito que te doy..., y verás que el resto de la manzana está bien.***

Me lo comí y después me preguntó: ¿Verdad que esta rica?

Sí. Muy rica que está la manzana le contesté contento.

Yo creo que **ESE** recuerdo es el que me permite hoy entender lo que me va a pasar. Sí, acordarme de la frase que me dijo mi mamá en aquel entonces ***“esto lo hago para salvar al resto de la manzana”*** es lo que seguramente me va a ayudar a entender lo que me van a hacer.

Hace meses comencé a sentir raro mi brazo izquierdo, lo primero que pensé es que me había dormido chueco; pero no, porque, aunque las otras noches me dormí bien, el brazo me siguió doliendo y lo peor es que cada día me dolía más; por eso que mi mamá me llevó a la clínica.

Me revisaron varias enfermeras y ya después de que me hicieron muchos estudios un doctor con cara muy seria le dijo a mi mamá que me tenían que cortar el brazo izquierdo para salvarme la vida.

Yo primero me asusté y mi mamá lloró muchísimo, pero yo quería consolarla, porque la quiero mucho y no quería que ella sufriera tanto, entonces recordé lo que ella me había enseñado hace años sobre las frutas y traté de consolarla diciéndole:

¿Te acuerdas, mamá? ¿Te acuerdas de lo que me platicaste cuando era yo chico teniendo una manzana enferma en tu mano? “Esto de quitarle el cachito malo” me dijiste, “lo hago para salvar al

resto de la manzana.”

¿Te acuerdas, mamá? ¿Te acuerdas?

Pues eso mismo es lo que me van a hacer. Pero no te preocupes, porque, aunque yo no tenga un brazo..., yo voy a seguir siendo tu Juan Manuel como la manzana siguió siendo manzana.

Después de que le dije esto a mi mamá, ella siguió llorando, pero ahora también reía y al mismo tiempo me acariciaba.

Este niño es muy listo, señora, dijo el Doctor.

Entonces, abrazándome muy fuerte, mi mamá me dijo suavemente al oído: *Ay mi'jo, es cierto que eres muy listo, pero además... eres mucho más valiente de lo que yo me hubiera imaginado.*

Ahora, que ya me quitaron lo que estaba mal de mi cuerpo para salvarme la vida, tengo platicar con Anita porque a ella también le tienen que hacer lo mismo; o sea, quitarle la parte de su cuerpo que está mal (la que está enferma), para poder así salvarle la vida; pero, Anita no quiere, no quiere y está muy triste.

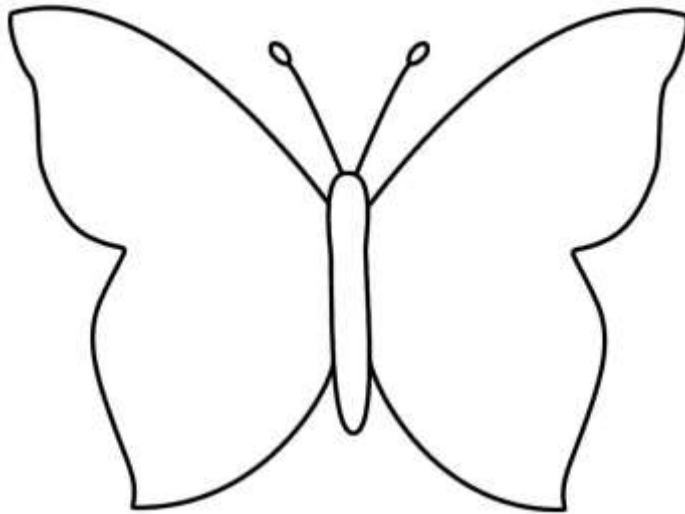
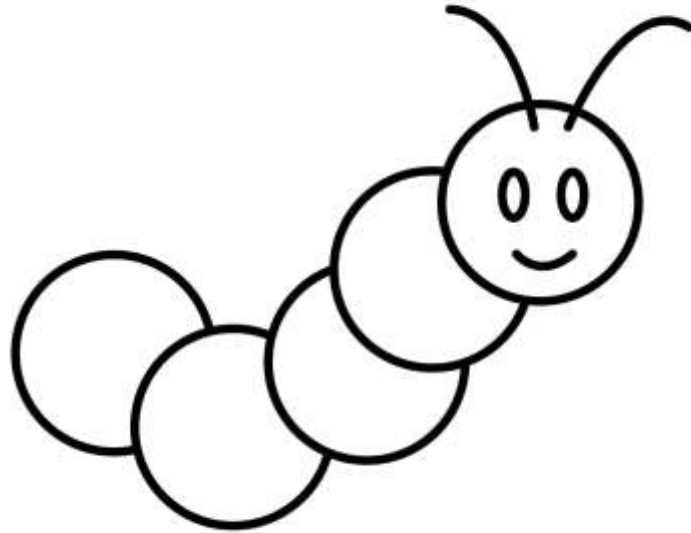
Es por eso tengo que contarle **mi historia**, para que entienda lo que le va a pasar y para que además de entenderlo lo acepte; porque a pesar de que físicamente nos falte una parte de nuestro cuerpo, nosotros seguimos siendo nosotros mismos.

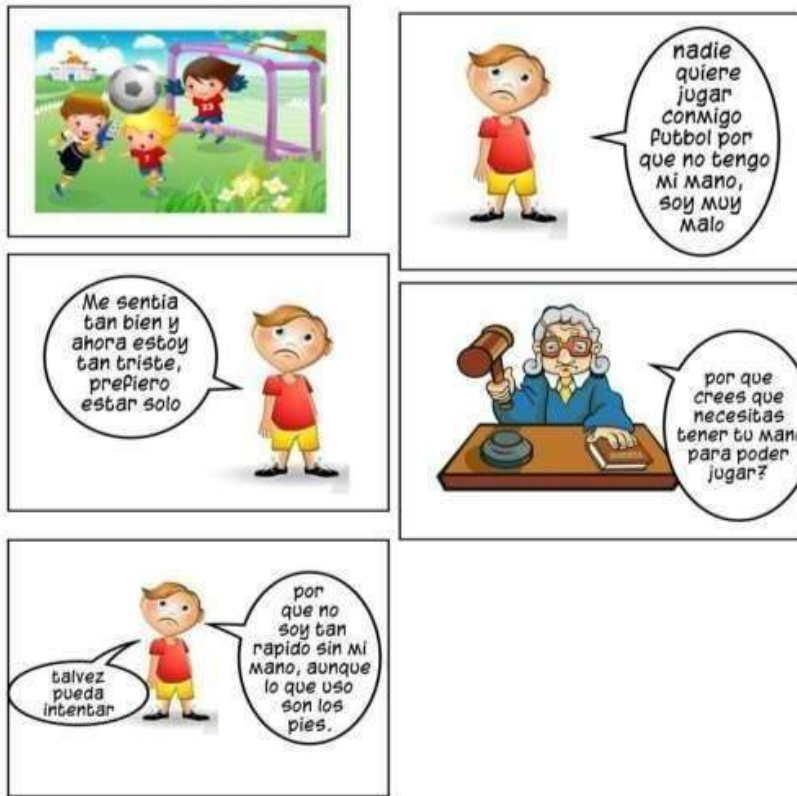
Pero, le tengo que contar a Anita muy bien **mí historia**; sobre todo, porque estoy seguro de que la mamá de Anita no tiene un puesto de frutas en el mercado como sí lo tiene mi mamá.

Ya después de todo lo ocurrido, Anita y yo somos grandes amigos y juntos les explicamos a los niños que están en el hospital como estuvimos nosotros, en que consiste lo que les van a hacer. Sí, los dos les contamos a los niños la historia de cómo mediante una operación..., **podemos salvar a la manzana.**

Margarita Castillo

Anexo 7





Anexo 8

Se tomó la dinámica de Cascon y Martin, (2000)

Dinámica: Los lentes

Objetivo: Trabajar la percepción negativa de diferentes circunstancias.

Participantes: Grupo de niños de 10 a 12 años

Materiales: Se necesitarán 15 monturas de lentes viejos sin cristal o de plástico, pinturas acrílicas de diferentes colores y pinceles.

Consigna: La facilitadora pide a los participantes que se concentren en percibir los objetos e imágenes (taza rota, rompecabezas sin una pieza, flor sin pétalos, pelota

ponchada, oso de peluche viejo etc) de forma negativa y exagerada.

Desarrollo: Se coloca al grupo en círculo, pidiendo un voluntario, se le dará la instrucción de tomar una montura de lentes, la consigna será dicha por la facilitadora: “Estos son los lentes de la desconfianza, de lo exagerado y lo negativo, toma un objeto que está dentro del cofre y di en voz alta la primera frase negativa y exagerada que se venga a la mente”. Por ejemplo: Esa pelota ponchada es horrible, jamás podrá volver a botar.

Al termino de que todos hayan pasado, se pide que cada niño elija un color de pintura que les haga pensar positivamente, pintaran las monturas de lentes cambiando el sentido de ver las cosas.

Se les pide que regresen a ver su dibujo y la escultura de su cuerpo de sesiones anteriores, usando los nuevos lentes.

Imágenes:

Imágenes tomadas de Google (s/f)

Ir a rehabilitación



Jugar fútbol con mis amigos



Jugar usando mis prótesis



Ir a nadar y que otras personas vean mi cuerpo



Dejar que toquen mi cuerpo mientras juego



Ver mi cuerpo frente a un espejo



Procurar mi cuerpo



Estar frente el publico



Escribir en la escuela



Anexo 9

Dinámica tomada de Cascon y Martin (2000)

Dinámica: El tesoro

Objetivo: Formación de auto concepto y autoestima.

Participantes: Grupo de niños de 10 a 12 años

Materiales: Se necesita un cofre y un espejo, el cual estará dentro del cofre.

Consigna: Se remarca estar en completo silencio, "Lo que hay aquí dentro es algo muy valioso, es único, es irreplicable, está lleno de virtudes, es lo más hermoso que sus ojos verán".

Desarrollo: Cada integrante del grupo imagina que es lo que hay dentro, la facilitadora puede hacerles preguntas sobre de que creen que se trate, posteriormente pide que pase uno a uno para abrir el cofre y en silencio regresa a su lugar.

Posteriormente la facilitadora explica que cada uno de ellos es lo más valioso que hay dentro de si mismos como las cualidades que tenemos. Después de la breve explicación se les pide que pongan la mano en su corazón y digan entre toda la siguiente consigna: yo soy valioso, por lo que soy; y o soy importante por lo represento; yo merezco amor y respeto.

Se cierra la dinámica con un abrazo individual y con reflexión sobre lo que nos gusta de nosotros al mirarnos al espejo.

Anexo 10

Diploma

