

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA – CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA, EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”.

CARLOS ANIBAL FIGUEROA HERNÁNDEZ

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA – CIEPS-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS
DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA, EN
LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

CARLOS ANIBAL FIGUEROA HERNÁNDEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICO UNIVERSITARIO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2011

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA

DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE

SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 305-2011

DIR. 1,532-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

27 de septiembre de 2011

Estudiante

Carlos Anibal Figueroa Hernández

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL QUINIENTOS OCHO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,508-2011), que literalmente dice:

"MIL QUINIENTOS OCHO": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA, EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA"** De la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Carlos Anibal Figueroa Hernández

CARNÉ No. 2006-16630

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Bertha Girard de Ramírez y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"D Y ENSEÑAR A TODOS"

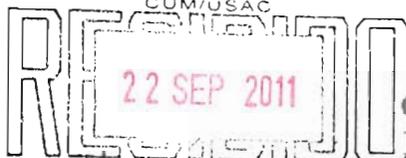
Doctor César Augusto Lamberto Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO .CUM.
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs

305-2011

REG:

317-2010

REG:

317-2010

FIRMA: *[Signature]* HORA 15:00 Registro 317-10

INFORME FINAL

Guatemala, 22 de Septiembre 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA, EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.”

ESTUDIANTE:
Carlos Anibal Figueroa Hernández

CARNÉ No:
2006-16630

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 20 de Septiembre 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 20 de Septiembre 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]

Licenciado **Helvin Orlando Velásquez Ramos M.A.**
COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO .C.U.M.
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usatepsic@usnc.edu.gt

CIEPS 306-2011
REG: 317-2010
REG 317-2010

Guatemala, 22 de Septiembre 2011

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos, M.A. Coordinador.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Velásquez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA, EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA."

ESTUDIANTE:
Carlos Anibal Figueroa Hernández

CARNE
2006-16630

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 07 de Septiembre 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Marco Antonio García Enriquez
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaopsic@usac.edu.gt

Guatemala,
Agosto 23 del 2011.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez" -CIEPs.-
CUM

Licenciada de Álvarez.

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del Informe Final de Investigación Títulado: " LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS A LA INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ", elaborado por el Estudiante:

Carlos Anibal Figueroa Hernández Carné No.: 200616630

El trabajo fue realizado a partir del 14 de marzo al 23 de agosto del año dos mil once.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,


Licenciada Bertha Girard de Ramirez
ASESORA
Colegiado Activo No.: 673

BGdR/susy
c.c.archivo





Guatemala, agosto del 2011

Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Licenciada Álvarez:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Carlos Anibal Figueroa Hernández, carné: 200616630. Realizó en esta institución 6 hojas de observación, 6 entrevistas a pacientes amputados y se aplicaron 6 test de actividades de la vida diaria a pacientes que asisten a terapia ocupacional del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Como parte del trabajo de investigación titulado "La Importancia de la Rehabilitación de Pacientes Amputados de Miembros Superiores con Prótesis a la Independencia, en las Actividades de la Vida Diaria". En el período comprendido del 07 de julio al 12 de agosto del 2011, en horario de 8:00 a 12:00 am.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

MIRIAM TOBAR
Terapeuta Ocupacional
Hospital de Rehabilitación

Miriam Jocabed Tobar
Encargada de Terapia Ocupacional
Hospital de Rehabilitación

DEDICATORIA

A DIOS:

Por Permitir que una de mis metas sea hecha realidad. Y Por ser Fiel Hasta el Final.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES:

Carlos Figueroa Rodríguez

Zoila Gregoria Hernández Rojas

Sé que se sintieran orgullosos de mí en este momento; como yo me sentí y me sentiré siempre orgulloso de ustedes ¡LOS EXTRAÑO!

A MIS HERMANOS:

Alfonso Hernández

Roberto Figueroa

Salvador Figueroa

Juan José Figueroa

Josefina Figueroa

Lorena Figueroa

Gracias por su Apoyo Incondicional

A MIS CUÑADAS:

Ivon Alfaro

Rubidia Pineda

A MIS SOBRINOS:

Gracias por su Cariño

A LOS MIEMBROS DE LA IGLESIA DE DIOS (Israelita) “Satélite”

Por su apoyo fraternal en todo momento (este triunfo también es para ustedes)

A MIS AMIGOS Y AMIGAS:

Mirta Consuelo Mazariegos

David Mazariegos

Mirta Rosa Bonilla

Ricardo Bonilla

Ricardo Lima

Virginia Orantes

Juan Monge Calderón

Enrique Cutzal

Josefina Prado

Ricardo Lima

Virginia Orantes

Bertha Marroquín y Humberto Tobar

Gracias por su amistad y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

A: DIOS

A: La Universidad de San Carlos de Guatemala

A: La Escuela de Ciencias Psicológicas

A: El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

A: TO. Miriam Jocabed Tobar

A: El personal del Departamento de Terapia ocupacional

A: Los Pacientes Amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

A: Licenciada Bertha Melanie Girard de Ramírez

A: Licda. Brenda de Torres

A: Licenciado Marco Antonio García

A: El Movimiento de Renovación Institucional

PADRINOS

Licenciado Marco Antonio García
Licenciado en Psicología
Colegiado 5950

Bertha Melanie Girard de Ramírez
Licenciada en Psicología
Colegiado 673

ÍNDICE

	Resumen	1
	Prólogo	2
	CAPÍTULO I	
I	INTRODUCCIÓN	4
1.1	Planteamiento del Problema y Marco Teórico	5
1.1.1	Planteamiento del Problema	5
1.1.2	Marco Teórico	7
1.1.2.1	Amputación	7
1.1.2.2	Principios de las Amputaciones	7
	Abiertas	7
	Cerradas	8
1.1.2.3	Causas de la Amputación	8
	Amputación Traumática	8
	Enfermedad Vascular Periférica	9
	Periférica	9
	Quemaduras	9
	Infección	10
	Tumores	10
	Lesiones Nerviosas	11
1.1.2.4	Niveles de Amputación	12
	Niveles de Amputación de Miembro Superior	12
1.1.2.5	Amputación Trans-Humeral	13
	Desarticulación de Codo	13
	Amputación del Brazo	13
1.1.2.6	Evaluación en Terapia Ocupacional y Recreativa	14
	Terapia Ocupacional y Recreativa	14
	Actividades de la Vida Diaria	16
	Hay dos Tipos de Actividades de la Vida Diaria	16
	Clasificación	17
	Escala de Valoración	17
	Ocupación de la Vida Diaria	18
	Evaluación	18
1.1.2.7	Evaluación Pre-Protésica	19
1.1.2.7.1	Condición del Muñón	20
	Cuidados del Muñón	20
1.1.2.7.2	Sensación y Dolor	20
1.1.2.7.3	Sensación del Miembro Fantasma	20
1.1.2.7.4	Alineamiento Corporal	21
1.1.2.7.5	Desempeño en Actividades de la Vida Diaria	22
1.1.2.8	Prótesis	23
1.1.2.9	Prótesis de Miembros Superiores	24
1.1.2.9.1	Tipos de prótesis	24
	Según el Mecanismo de Acción	24
	Mecánicas	24
	Neumáticas	24

	Eléctricas	24
	Mioeléctrica	24
1.1.2.9.2	Período Protésico en el Entrenamiento de AVD.	25
1.1.2.9.3	Componentes de la Prótesis	26
	Cuidados de la Prótesis	27
	Aprendizaje de Utilización	28
	Independencia	29
1.1.3	Hipótesis del Trabajo	31
1.1.4	Delimitación	33
	 CAPÍTULO II	
II	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
2.1	Técnicas	35
	Técnicas de Muestreo Probabilístico	35
	Observación	35
	Entrevista	36
	Test de Actividades de la Vida Diaria	36
2.2	Instrumentos	36
	Técnicas de Muestreo	36
	Observación	37
	Entrevista	37
	Test de Actividades de la Vida Diaria	37
	 CAPÍTULO III	
III	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	38
3.1	Características del Lugar y de la Población	38
3.1.1	Características del lugar	38
3.1.2	Características de la Población	38
3.2	Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	39
	Alimentación	39
	Vestido del Tronco Superior	40
	Arreglo del Tronco superior	41
	Actividades del Lugar	42
	Actividades del Hogar	43
	Comunicación Oral	44
	Comunicación Escrita a Mano	45
	Niveles de Amputación	46
	Pacientes con Sensación del Miembro Fantasma	47
3.2.1	Interpretación de Resultados	48
	 CAPÍTULO IV	
IV	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
4.1	Conclusiones	52
4.2	Recomendaciones	53
	Bibliografías	54
	Anexos	55

RESUMEN

“La Importancia de la Rehabilitación de Pacientes Amputados de Miembros Superiores con Prótesis a la Independencia, en las Actividades de la Vida Diaria”.

Carlos Anibal Figueroa Hernández (autor)

Existen amputaciones de condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser traumática, una enfermedad o una operación quirúrgica.

Es por ello que la amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es el resultado del tratamiento, que ha eliminado la patología, ocasionando una discapacidad permanente.

El paciente se enfrentará a la posibilidad de pérdida de la función del miembro afectado; invalidez permanente; cambios en sus costumbres hogareñas y quizás pérdida del trabajo, por lo que es importante una adecuada intervención en el área de Terapia Ocupacional y Recreativa, iniciando desde la sensibilización del muñón lo cual nos guiará a la intervención en el entrenamiento protésico para una adaptación adecuada en la realización de las actividades básicas del paciente de una manera eficaz en sus Actividades de la Vida Diaria.

Para ello en el estudio del problema a investigar, se consultaron bibliografías y autores, especialistas del tema debido a que es una investigación descriptiva, empleando técnicas de análisis estadístico y a través del análisis de interpretación y síntesis de la información dirigida al grupo de pacientes seleccionados.

Aplicándoles una encuesta y el Test de las Actividades de la Vida Diaria, con lo que se persigue Propiciar la rehabilitación de pacientes amputados de miembro superior a nivel trans-humeral en la incorporación a las Actividades de la Vida Diaria, buscando su independencia. Fomentar en los pacientes amputados en fase pre-protésica capacidades físicas para realizar actividades de la vida diaria relacionadas con alimentación, vestuario e higiene personal. Desarrollar técnicas para un mejor desempeño en la fase protésica para un funcionamiento adecuado en las Actividades de la Vida Diaria, así como trabajar a través del enfoque rehabilitativo en la Terapia Ocupacional, evidenciando las fortalezas del paciente amputado de miembros superiores en su independización en Actividades de la Vida Diaria.

Considerando que en base a la realización de cada una de las técnicas adecuada, así como de la intervención y aplicación de las pruebas requeridas se llegó a desarrollar técnicas que han influido de una forma asombrosa en la fase de rehabilitación de los pacientes amputados que se presentan al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

PRÓLOGO

Es ineludible que existe una estrecha relación entre el malestar físico, biológico y psicológico, debido a que las situaciones que afecten a uno de estos componentes humanos, no cabe duda que tenga repercusiones en alguna medida en el otro componente, siendo este en general el contexto de interés del presente trabajo.

Teniendo como base que la amputación es una condición adquirida por causa traumática, una enfermedad o una operación quirúrgica y su resultado es la pérdida de una extremidad, en éste caso del miembro superior, se busca la independencia en actividades de la vida diaria a través de programas de rehabilitación basados en los lineamientos que ofrece la terapia ocupacional.

Considerando que el paciente se enfrentará a la posibilidad de pérdida de la función del miembro afectado, así como de la discapacidad permanente, cambios en sus costumbres hogareñas y quizá pérdida del trabajo; es aquí donde se ha intervenido de una forma acertada en las actividades de la vida diaria que el paciente requiera tomando en cuenta la necesidad que los pacientes que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el área de rehabilitación de terapia ocupacional tienen, encaminándolo siempre a una independencia total en las actividades de la vida diaria y su incorporación a la sociedad.

Destacando la empatía que el terapeuta ocupacional debe tener para con la persona con una amputación de miembro superior, para poder profundizar en la problemática investigada, canalizando las inquietudes de la persona en el

desarrollo de las actividades de la vida diaria dentro de su proceso de rehabilitación para lograr su independencia, destacando el interés personal del investigador en esta temática.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país privilegiado, en él sobresale la riqueza en recursos naturales, pero a la vez es un país pobre en cuanto a la atención en el ámbito de la educación y la salud, más aún en el tercer nivel de atención que corresponde a los programas de rehabilitación física con especialidad en terapia ocupacional. La amputación resulta para mucha gente algo significativamente desastroso por el simple hecho de ser afectada su imagen corporal al haber perdido parte de su cuerpo, resultando diferente ante la vista de los demás. Afortunadamente hay que considerar que Guatemala cuenta con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el cual se encarga de la rehabilitación de pacientes afiliados y beneficiarios en los programas de rehabilitación con especialidad en amputaciones por diversas causas, cuenta con tratamientos en sus diferentes fases como lo son pre-protésica, protésica y post-protésica, desde las diferentes especialidades logrando la rehabilitación y lo más importante que nos concierne a los terapeutas ocupacionales la independencia en los pacientes con amputaciones en sus actividades de la vida diaria. Considerando como algo fundamental, el tratamiento que se lleve por medio del terapeuta ocupacional ya que de allí en adelante se irá evolucionando la rehabilitación del paciente amputado ya que incluye las tres fases fundamentales como los son la fase pre-protésica, la fase protésica y la fase post-protésica que es en la que se llevarán a cabo las intervenciones necesarias para que el paciente sea totalmente independiente.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o traumatizado es la única indicación para la amputación. Una parte no puede sobrevivir cuando se destruye su medio de nutrición; no sólo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos procedentes de la destrucción tisular, lo cual impide que el paciente tenga un funcionamiento adecuado, que lo convierte en un paciente dependiente ya que el no podrá por sí sólo realizar ninguna actividad con el miembro o los miembros afectados y más aún si son los dos miembros superiores los que se ven involucrados, afectando directamente el desenvolvimiento adecuado en las Actividades de la Vida Diaria en general, según lo que se observa en el área de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Debido a que los pacientes se presentan a dicha área decepcionados y frustrados creyendo que el mundo se les vino encima ya que piensan que no podrán volver a desenvolverse por sí solos, además del dolor que inicialmente tienen y el miedo de iniciar a desarrollar nuevas técnicas como lo es el uso de la prótesis, miran como que fuera algo fuera de lo normal. Así mismo se destaca que en ese momento es importante el tratamiento psicológico seguido de una intervención adecuada en el área de Terapia Ocupacional, ya que dichos pacientes según el grado de su discapacidad tienden a no poder proveer a sus familiares del sustento diario (cuando las personas afectadas son cabeza de hogar).

El tratamiento desde el momento en que se completa la amputación hasta que se coloca la prótesis definitiva es muy importante en la rehabilitación en Terapia Ocupacional si se quiere obtener un muñón de amputación resistente y funcional capaz de utilizar una prótesis al máximo. La práctica actual emplea un programa de vendaje blando con venda elástica o el concepto rígido con un casquete de yeso. La rehabilitación puede realizarse inmediatamente después de la cirugía, pronto cuando se observa una buena cicatrización del muñón (7-10 días), temprano después de cicatrizar el muñón (2-3 semanas), tarde cuando el muñón es maduro. Es por ello que se considera la elección del momento óptimo de comenzar la rehabilitación con la prótesis según: la edad, fuerza y agilidad del paciente.

Perder una extremidad es, por supuesto, una tragedia. Pero eso no significa que no pueda ser útil para enriquecer la vida del paciente ayudándolo como terapeuta a definir cuáles son las partes realmente importantes de la vida. Hay que recordar que el resultado que se le dé a la pérdida de una extremidad y el sentido de la vida que se le propondrá al paciente por medio de la realización de diferentes técnicas que le ayuden a poder desenvolverse en sus Actividades de la Vida Diaria hacen la diferencia en la recuperación en el aspecto motriz para el propio bienestar del paciente; desarrollando así técnicas las cuales incentiven al paciente a reconocer su rehabilitación y crear en ellos la meta de poder ser independientes en la realización de las Actividades de la Vida Diaria por medio de una adecuada intervención en Terapia Ocupacional.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 AMPUTACIÓN

“Una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser un traumatismo, una enfermedad o una operación quirúrgica”.¹ Es por ello que decimos que por lo regular la pérdida de un miembro; causa gran trauma psicológico al enfermo; éste puede temer que la amputación disminuya la aceptación por parte de otras personas; la pérdida de una parte del cuerpo altera la imagen que el paciente tiene de su cuerpo y puede disminuir su autoestima.

Ser un amputado es carecer de un miembro o de los miembros como resultado de deformidad congénita, traumatismo o enfermedad; la edad, el nivel del desarrollo, el sexo, la habilidad funcional, las preferencias vocacionales, la posición social, el estado psicológico y los factores financieros afectan a las decisiones quirúrgicas, los programas protésicos y el reemplazo protésico.

1.1.2.2 PRINCIPIOS DE LAS AMPUTACIONES

- **ABIERTAS**

La piel no es cerrada al final del muñón. El propósito es evitar o eliminar la infección de manera que finalmente pueda cerrarse el muñón sin comprometer la herida. Se indican en las infecciones y en las heridas traumáticas graves con destrucción extensa de tejido.

¹ Amputación (en línea) <http://www.amputacion.com>

- **CERRADAS**

Se realiza en pacientes previamente evaluados y sin peligro de infección. El ideal es cerrar el muñón de amputación, bien cicatrizado y altamente funcional.

1.1.2.3 CAUSAS DE AMPUTACIÓN

La pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es la única indicación para la amputación. Una parte no puede sobrevivir cuando se destruye su medio de nutrición; no sólo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos procedentes de la destrucción tisular.

- **AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA**

“Las lesiones traumáticas afectarán a las partes blandas y al hueso. La prescripción de una prótesis puede retrasarse debido a edema, injertos de piel o capacidad de movimiento restringido en las articulaciones residuales. El aprendizaje de una nueva habilidad debe comenzar lo más pronto posible para mantener la fuerza y la capacidad de movimiento”.² En consecuencia este tipo de amputación es el que más se presenta debido a que hay muchos accidentes que provocan este tipo de patología y por ende es la forma más común que hay en la actualidad para amputación. Hay que considerar que en la actualidad se presentan muchos casos en los cuales la imprudencia o bien la negligencia de muchas personas pueden ocasionar amputaciones.

² Marg Foster, Sybil Y Johnson, E. “Terapia Ocupacional y Disfunción Física” Quinta Edición año 1998 pág. 379

- **ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA**

La mayoría de las amputaciones se realizan por una enfermedad vascular periférica ya sea arteriosclerótica, arteriosclerótica con Diabetes Mellitus o de otro tipo. En consecuencia se debe considerar este tipo de patología de una forma en la que se tenga que intervenir de una forma preventiva, y cuando ya se indique la amputación poder ayudar de una manera oportuna. Además la gangrena de un miembro producida por arteriosclerosis suele ser más difícil de tratar en presencia de Diabetes Mellitus porque los tejidos cicatrizan mal y son más susceptibles a la infección.

Se ha demostrado de forma repetida que tras la amputación a través de la extremidad inferior por una enfermedad periférica, con o sin Diabetes Mellitus, el muñón suele cicatrizar incluso cuando el nivel de amputación es inferior a la rodilla; pero se debe controlar la infección con cuidado antes de la cirugía, el estado nutricional debe ser óptimo, la técnica quirúrgica meticulosa y el tratamiento post-operatorio adecuado.

- **QUEMADURAS**

Se indican amputaciones abiertas tras quemaduras térmicas, o por congelación. La amputación por quemadura eléctrica requiere reseca los músculos o grupos musculares necróticos y conservar la piel y músculo que parezcan viables con el objetivo de construir un muñón de amputación de mayor longitud.

- **INFECCIÓN**

Hay que considerar que la infección aguda o crónica que no responde al tratamiento médico o quirúrgico puede ser indicación para la amputación debido a que en muchas oportunidades se suele ir acrecentando la infección y esto puede conllevar a una amputación de más miembros. La gangrena gaseosa fulminante es la más peligrosa y suele exigir una amputación inmediata a nivel proximal, la herida se deja abierta. La amputación en infecciones crónicas suele estar indicada porque la osteomielitis crónica o la fractura infectada han deteriorado ya la función.

- **TUMORES**

Suele estar indicada en tumores malignos sin signos de diseminación metastásica. El objetivo de la amputación es reseca la neoplasia maligna antes de que metastásica. Puede estar justificada para aliviar el dolor cuando una neoplasia ha empezado a ulcerarse e infectarse o ha provocado una fractura patológica. El nivel de amputación debe ser lo suficiente proximal para la recidiva local del tumor. “La amputación quirúrgica realizada debido a un cáncer o a una enfermedad vascular se considera un procedimiento para salvar al paciente, y el tratamiento de la enfermedad tiene prioridad sobre la rehabilitación protésica. Existen amputaciones que inician como simples moretes y luego se convierten en tumores cancerígenos y lo peor es que muchas veces inicia en la mano y se va corriendo hasta la el hombro.

La intervención del terapeuta ocupacional será útil para facilitar los comportamientos adaptativos en la nueva situación en la que se encontrará el sujeto después de la operación”.³

- **LESIONES NERVIOSAS**

Debemos de considerar que las amputaciones se dan por diferentes causas y una que hay que considerar son las que se dan por las lesiones nerviosas incluyendo que la indicación tras una lesión nerviosa es la aparición de úlceras tróficas en un miembro sin sensibilidad.

En los parapléjicos y tetrapléjicos, la amputación raramente está indicada incluso aunque los miembros inferiores no funcionen para permanecer de pie o caminar. Los miembros ayudan al paciente a mantener el equilibrio cuando están sentados en sillas de ruedas y sirven para distribuir las fuerzas de apoyo en carga, evitando las úlceras por presión. Esta decisión es tomada por la propia persona con esta dificultad. Debemos de considerar que ello involucra los Músculos: Se seccionan justo por debajo del nivel deseado de sección del hueso para que sus extremos se retraigan hasta ese nivel.

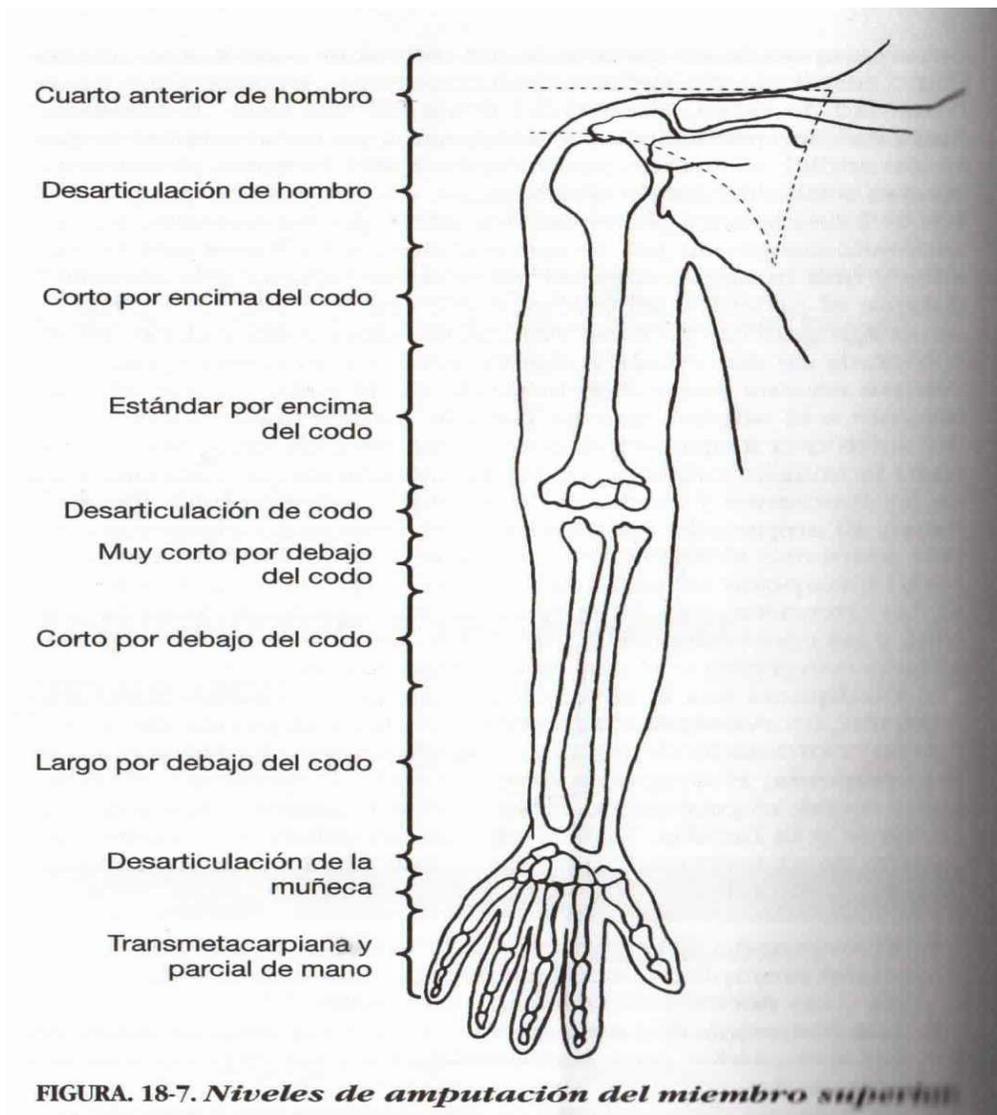
Puede ser necesario biselar o contornear los músculos para obtener un muñón adecuado y no demasiado voluminoso. Nervios: Lo mejor es aislarlos, tirando de ellos suavemente hacia la herida y cortándolos limpiamente con una hoja afilada para que el extremo cortado se retraiga hasta el hueso.

Esto podría provocar la discontinuidad del musculo y el movimiento normal.

³ ÍDEM. Marg Foster, Sybil Y Johnson, E. Pág. 380

1.1.2.4 NIVELES DE AMPUTACIÓN

- NIVELES DE AMPUTACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR



1.1.2.5 AMPUTACIONES TRANSHUMERALES

- **DESARTICULACIÓN DEL CODO**

Es de suma importancia considerar que esta articulación es un nivel excelente de amputación porque el encaje de la prótesis puede agarrarse con fuerza a los cóndilos humerales, y por lo tanto se logran considerablemente movimientos que benefician de una forma directa al paciente afectado.

“La falta de más de un miembro afectará gravemente los mecanismos de regulación de la temperatura corporal, las prótesis en esta área si bien pueden mejorar la movilidad y la función de las extremidades, probablemente serán tan pesadas e incómodas que pueden interferir en la ya ilimitada zona”.⁴ Y la cirugía se realiza de la siguiente manera: primeramente se logra formar colgajos cutáneos anterior y posterior iguales.

Se interviene comenzando proximalmente a nivel de los epicondilos humerales, extiende el colgajo posterior distal a un punto situado 2.5cms distal a la articulación del olecranon y el colgajo anterior hasta un punto justo distal a la inserción del tendón del bíceps.

- **AMPUTACIONES DEL BRAZO (Por encima del codo)**

Es importante considerar que este tipo de amputación además de ser de la misma manera traumática también se define como aquella que es realizada a cualquier nivel deseado entre la región supracondílea del húmero y el nivel del pliegue axilar.

⁴ ÍDEM. Marg Foster, Sybil Y Johnson, E. Pág. 169

Como en todas las demás amputaciones debe conservarse la mayor longitud del miembro.

Las amputaciones abiertas son de dos tipos: con colgajos cutáneos y las abiertas circulares.

Las amputaciones con colgajos cutáneos invertidos son el método de elección, se permite el drenaje libre de la herida y suele estar listas para el cierre secundario en diez y catorce días sin acortar el muñón.

Por el contrario la cicatrización de una amputación abierta circular es muy prolongada y depende del uso de tracción cutánea constante que tiende a tirar los tejidos blandos sobre el extremo del muñón y además suele producir una cicatriz estrellada o enrollada que puede dificultar la colocación de una prótesis.

1.1.2.6 EVALUACIÓN EN T. O. y R.

- **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

Hay que considerar que el marco de referencia de rehabilitación se basa en la enseñanza dirigida al paciente ya que por medio del mismo el paciente compensa el déficit que existen los cuales no se pueden remediar. Teniendo cinco suposiciones.

“La primera es que establece que una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación. La segunda establece que la motivación para la autonomía no puede separarse de los subsistemas volitivos y de habituación.

La tercera establece que la motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. La cuarta es que un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales son necesarias para que la autonomía sea posible y la quinta es que el razonamiento clínico debe de hacer un enfoque de arriba abajo”.⁵

Los cinco pasos en ésta jerarquía de arriba hacia abajo son identificar:

- Las demandas del ambiente
- Capacidad funcional actual, como dependencia para defecar y orinar
- Las demandas de tareas que el paciente no puede desempeñar, como el equilibrio sedente
- El tipo de método de rehabilitación, como los dispositivos adaptativos
- Modalidades específicas, como dispositivos de mango alargado y técnicas para una sola mano.

“Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia que dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y para otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente”.⁶

Empleando la resolución de problemas para mejorar la vida de los pacientes.

⁵ Willard Spackman. “Terapia Ocupacional” **10ma edición Editorial: Medica Panamericana** Año: 2007 Pág. 80

⁶ÍDEM. Willard, Spackman Pág. 4

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

“Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, y por ello conforman uno de los objetivos primordiales de la Terapia Ocupacional”.⁷

Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. Va más allá del auto atención, e implica el desarrollo funcional completo de la persona.

- **HAY DOS TIPOS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Las actividades de la vida diaria, se pueden dividir en dos grupos siendo uno de ellos las actividades de la vida diaria básicas; y la segunda muy similar aunque con diferente inclinación de actividades denominadas entonces, actividades de la vida diaria instrumentales.

Las actividades de la vida diaria básicas se refieren más directamente a las funciones de auto atención: entre las que sobresalen el control de esfínteres, así mismo la alimentación, de la misma manera la movilidad, aseo e higiene, deambulación, vestido, transferencias.

De la misma manera es importante considerar las actividades de la vida diaria instrumentales, las cuales implican otras funciones imprescindibles para un desarrollo normal de la vida, pero más elaboradas: siendo las más sobresalientes la comunicación, el manejo del dinero, el uso del transporte,

⁷ <http://www.avd.com> (en línea) Actividades de la Vida Diaria

Sin desestimar la realización de las tareas del hogar, y el manejo de la medicación.

“Es necesario establecer rutinas de higiene y auto cuidados, incluyendo el muñón y posteriormente la prótesis. Por ello desde el comienzo del tratamiento iniciamos con miras a que el paciente utilice el miembro amputado”.⁸

Con el fin de crear independencia y por consiguiente que el paciente logre realizar de una forma adecuada sus actividades de la vida diaria de una forma adecuada bien guiados por el terapeuta ocupacional.

- **CLASIFICACIÓN**

Estas escalas pueden ser aplicadas por los distintos profesionales del equipo multidisciplinar, pero el encargado directo de esta función es el Terapeuta Ocupacional. Existen gran cantidad de escalas de valoración, que serán seleccionadas por el Terapeuta Ocupacional, según sus necesidades y preferencias.

- **ESCALA DE VALORACIÓN**

En nuestro trabajo de investigación podemos considerarla como el pilar fundamental de las personas, y por ello conforman uno de los objetivos primordiales de la terapia ocupacional. Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente.

⁸ Begoña López, Polonio “Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos”; Editorial Médica Panamericana 2003 pág. 181

Así como actividades que son eficaces para prepararse y desarrollarse en el rol que le es propio y la tarea que el mismo requiera.

- **OCUPACIÓN EN LA VIDA DIARIA**

En nuestra convivencia diaria con otras personas nos agrada ser aceptados, es por eso que nuestro aspecto, el arreglo personal, las normas de higiene influyen en la imagen que proyectamos hacia los demás.

A las personas con movilidad reducida actividades como partir carne, sostener un cubierto, cepillarse los dientes, ducharse etc., se les puede dificultar. Es aquí donde el terapeuta ocupacional empieza su tarea de proporcionar mecanismos para que estas actividades tan esenciales le sean más fáciles de realizar al paciente. A través de ello se incrementa la independencia, se eleva la autoestima, esto conlleva a mejorar la calidad de vida.

- **EVALUACIÓN**

Hay que considerar que los términos de evaluación tienen dos consideraciones siendo las mismas la evaluación específica y la evaluación total, las cuales se han utilizado con una estrecha relación con los procedimientos empleados para datos antes y durante el tratamiento.

“En Terapia Ocupacional, la evaluación específica es un proceso de recolección y organización de la información relevante sobre un paciente, de modo que el terapeuta puede planificar y ejecutar un programa eficaz y

significativo de tratamiento en este caso específico en el área trans-humeral con pacientes amputados guiados a la independencia en las Actividades de la Vida Diaria”.⁹ Es importante notar que el terapeuta debe observar y a la vez registrar los datos de una manera precisa y hacer uso de una amplia gama de fuentes apropiadas de información que se ha recaudado en el proceso terapéutico.

1.1.2.7 EVALUACIÓN PREPROTÉSICA

La mayoría de la gente no está consciente de la gran importancia que tienen estas fantásticas herramientas en la calidad de nuestra vida, si no hasta que por desgracia nos enfrentamos a su ausencia. La cadena profesional de atención en el proceso de rehabilitación integral de un paciente amputado debe estar conformada e iniciada por la parte quirúrgica, posteriormente la parte de rehabilitación física y emocional, la evaluación pre-protésica, la parte protésica y de ingeniería, la terapia ocupacional y el trabajo social. Si alguno de los eslabones profesionales falla o no hace bien su trabajo, el trabajo de los demás puede no brillar o incluso llevar al fracaso todo el proyecto. “La identificación de los puntos musculares y el número de puntos necesarios para el manejo de la prótesis depende del nivel de la amputación y de la habilidad del amputado para aislar y utilizar las contracciones musculares”.¹⁰ Para nuestro estudio utilizaremos los componentes referentes al área que se está considerando de una forma detallada.

⁹: **Smith Helen D.** “**Terapia Ocupacional**”. 2^a Ed. Madrid: Editorial Médica-Panamericana, año 1998. Pág. 179

¹⁰ Op. Cit. Willard, Spackman Pág. 670

Como lo es el específicamente el área Trans-humeral a fin de iniciar de una forma adecuada el proceso de la programación de la utilización pre-protésica

1.1.2.7.1 CONDICIÓN DEL MUÑÓN

- **CUIDADOS DEL MUÑÓN**

Primeramente consideraremos que el muñón es parte de un miembro amputado comprendido entre la cicatriz y la articulación inmediatamente por encima. Debe hacerse, como mínimo, cada día con un lavado con jabón neutro sin aditivos y aplicación de productos protectores de la piel.

1.1.2.7.2 SENSACIÓN Y DOLOR

Después de una lesión traumática y de la cirugía de una extremidad, el amputado puede experimentar distintos cambios sensitivos. Inicialmente, el paciente experimenta el dolor del traumatismo brusco y luego el de la cirugía. Dado que la representación sensitiva del miembro amputado permanece en el cerebro una vez que éste se haya escindido.

1.1.2.7.3 SENSACIÓN DE MIEMBRO FANTÁSMAS

“La mayoría de las personas que sufren una amputación de las extremidades superiores experimentarán, en mayor o menor grado, la sensación del miembro fantasma. Algunos pacientes sienten dolor en la parte residual del brazo o bien en la parte amputada (miembro fantasma). La duración, intensidad y forma varían considerablemente de un paciente a otro, y en la actualidad no disponemos de un marco teórico a partir del cual pueda explicarse este fenómeno. El cual manifiesta un buen porcentaje de pacientes que se presentan en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Así como

En lo cual contextualiza este fenómeno”.¹¹ Después de casi cualquier amputación, el paciente tiene la sensación de que la parte amputada todavía existe. Los pacientes con este proceso incapacitante, deben someterse a una valoración psicológica de paciente. Este problema lo experimentan las personas que han tenido lógicamente una amputación, se manifiesta debido a que las persona aun cree tener el miembro amputado. Hay que considerar que debe existir un lapso de tiempo prudencial para la adaptación de la patología.

1.1.2.7.4 ALINEAMIENTO CORPORAL

Es importante considerar este concepto ya que para alcanzar nuestros objetivos planteados con anterioridad no se debe de omitir ningún aspecto que este asociado a la rehabilitación, destacando que el alineamiento corporal es la coordinación de las partes del cuerpo para armonizar los ángulos en los que se desplazan, de manera que se muevan juntas, en línea y en una dirección.

Este principio, cuando se sigue, pone en funcionamiento el principio de apoyo de masa, donde el peso del cuerpo aumenta la acción. Y debemos de recordar que en este caso los pacientes con amputación específicamente en el área trans-humeral tienen que tener una alineación adecuada para la realización de una mejor manera las Actividades de la Vida Diaria, ya que lo que se persigue es que se logre la independencia en dichas actividades.

Teniendo en cuenta lo importante que es una buena alineación corporal.

¹¹ Op. Cit. Marg Foster, Sybil Y Johnson, E. Pág. 380

1.1.2.7.5 DESEMPEÑO EN AVD (cuidado personal, alimentación, arreglo personal, vestido baño e higiene para defecar y orinar).

Se debe basar específicamente, en un estudio detallado de las funciones que el paciente tiene y a la vez las deficiencias, lo cual nos llevará a la realización de actividades que se requieren siendo las básicas la alimentación, higiene personal así como y actividades que se requieren en sus hogares lo cual conlleva a la autorrealización. Teniendo en consideración la preparación pre-protésica, el control, el entrenamiento y el manejo de las necesidades que se requieran en los pacientes con amputación trans-humeral, existen muchas formas en las cuales el Terapeuta Ocupacional puede contribuir a la rehabilitación funcional del amputado de miembros superiores.

Por lo tanto en esta etapa se abarcaran las tareas de cuidado personal, alimentación, arreglo personal, vestido baño e higiene para defecar y orinar. Con el fin primordial de que el paciente identifique, y desempeñe las mismas tareas con eficiencia, repitiendo cada uno de los procedimientos que vayan influyendo en la participación activa del paciente para que por medio de las repeticiones el paciente se pueda entrenar y a la vez ser constante en la realización de sus actividades para que por medio de este proceso se logre el objetivo principal que es la independencia en las Actividades de la Vida diaria las cuales son básicas para todo ser humano y más en los pacientes con amputaciones en miembros superiores específicamente en el área trans-humeral. Ya que con el desempeño adecuado de la realización de las actividades de la vida diaria lograremos la deseada independencia.

1.1.2.8 PRÓTESIS

Las prótesis en términos generales nos referimos a instrumentos de auto ayuda que son de suma importancia para un paciente amputado ya que se consideran como medicamentos, pero no medicamentos comunes sino que mecánicos, pero que en si son medicamentos al fin y como tales tienen sus indicaciones y contraindicaciones. Ni el elemento más caro y sofisticado es necesariamente el mejor, ni el más barato y simple es necesariamente el peor. Es por eso que los componentes mecánicos de toda prótesis son Cono de enchufe, que sirve como su nombre lo indica como un enchufe, las articulaciones intermedias así como los elementos terminales, segmentos intermedios, sistemas de suspensión, y, los sistemas de alineación. “Podemos clasificar los tipos de prótesis existentes en el mercado en tres grandes grupos: prótesis estéticas, prótesis mecánicas y prótesis mioeléctrica. Cada una de ellas está indicada en un caso diferente”.¹² Y se considera por consiguiente que toda prótesis debe ser confortable debido a que debe el paciente estar cómodo con ella para poder realizar así los movimientos necesarios, destacando para ello que sea de igual manera funcional, y de ello por consiguiente debe de ser Cosmética. Y algo que es importante es el factor económico y es por ello que es importante que la prótesis deba ser económica. Aunque a los trabajadores del seguro social IGSS la misma institución se las provee. Por medio de una cuota que paga la empresa y luego el usuario.

¹²Op. Cit. Beñoga López, Polonio Pág. 175

1.1.2.9 PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR

1.1.2.9.1 TIPOS DE PRÓTESIS

- **SEGÚN EL MECANISMO DE ACCIÓN**

MECÁNICAS: Emplea un sistema de engranaje con el muñón de formas variadas y a través de sistema de muelles y válvulas facilitan el movimiento de una articulación. Se emplean con mayor facilidad en los miembros inferiores por su facilidad para reproducir una marcha funcional, en los miembros superiores su utilidad es muy restringida, solo facilitan movilidad del codo y la función de la mano es a través herramientas de trabajo y de A.V.D.

NEUMÁTICAS: Tiene un sistema de bombas de aire que reproducen movimientos lentos y limitados, se emplea con mayor utilidad para reproducir movimientos de los miembros superiores, son más ligera que las mecánicas y brindan mayor comodidad.

ELÉCTRICAS: Utilizan dispositivos de carga por pilas con un sistema de motores que reproducen patrones típicos del movimiento en un solo sentido de amplitud de movimiento.

BIOELÉCTRICAS: Solo de un nivel de complejidad mayor pues la misma está diseñada a través de un sistema de sensores especiales adosados a la musculatura sana del cuerpo que no tiene que guardar relación con la extremidad amputada.

Con todos estos tipos de prótesis cuenta el Instituto de Seguridad Social para poder brindarle al paciente amputado una atención adecuada y una rehabilitación excelente en base a los planes de tratamiento planteados.

1.1.2.9.2 PERÍODO PROTÉSICO EN EL ENTRENAMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Éste período protésico comienza con la adaptación psicológica a la amputación y de la misma manera se basa prácticamente en la orientación adecuada hacia el paciente con el fin de ir dándoles un entrenamiento adecuado, el cual conlleva un proceso adecuado en base al plan de tratamiento a seguir el cual consiste en enseñarles la forma en que deben de realizar cada una de las actividades que empieza desde lo más simple a lo más complejo como lo es el poder utilizar la prótesis como lo es el ponerse la prótesis de una forma adecuada lo cual conllevará un tratamiento continuo sin omitir cada uno de los procesos, y luego procesos que vayan orientados al entrenamiento de adecuado de cómo utilizar cada una de las partes de la prótesis para luego poder agarrar un cubierto para que puedan alimentarse; a sabiendas que estos procesos cada vez se van haciendo más complejos y así seguir el proceso para que el paciente en base a una excelente disposición y comprensión del tratamiento orientado por el Terapeuta Ocupacional y así de la misma manera, con la misma constancia el poder orientarlo para que pueda realizar sus necesidades fisiológicas que incluyen el poder defecar y orinar de una manera independiente.

El Terapeuta Ocupacional debe de contribuir entonces en el programa de entrenamiento con la adaptación general del amputado en cada una de las necesidades y no olvidar que lo que necesitamos juntamente con el paciente es una independencia total en la realización de las Actividades de la Vida Diaria. Todo en base a la contribución adecuada del mismo terapeuta.

1.1.2.9.3 COMPONENTES DE LA PRÓTESIS

AD VII: DESARROLLO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ADULTOS

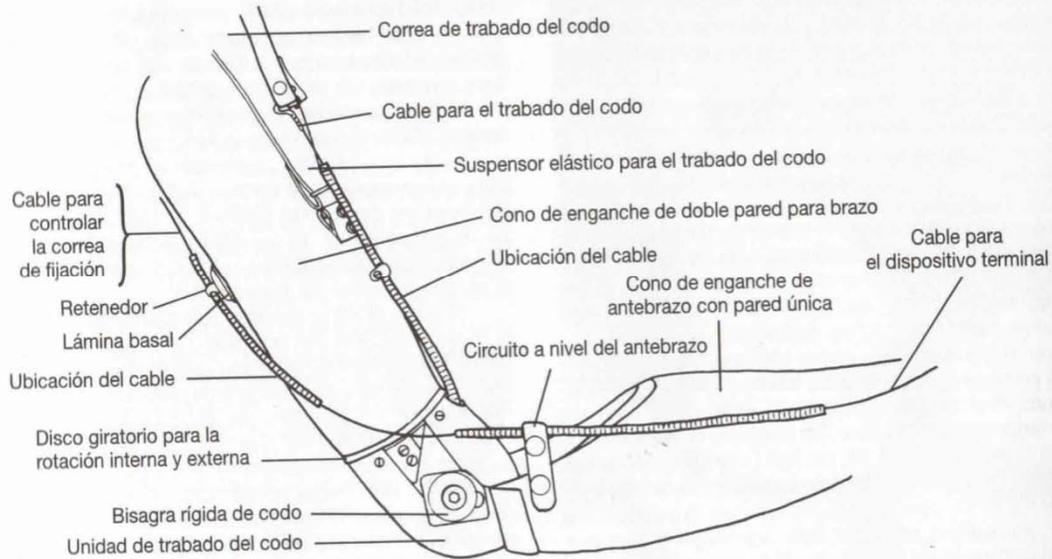


FIGURA. 18-13. *Prótesis derecha convencional por encima del codo con unidad de trabado de codo*

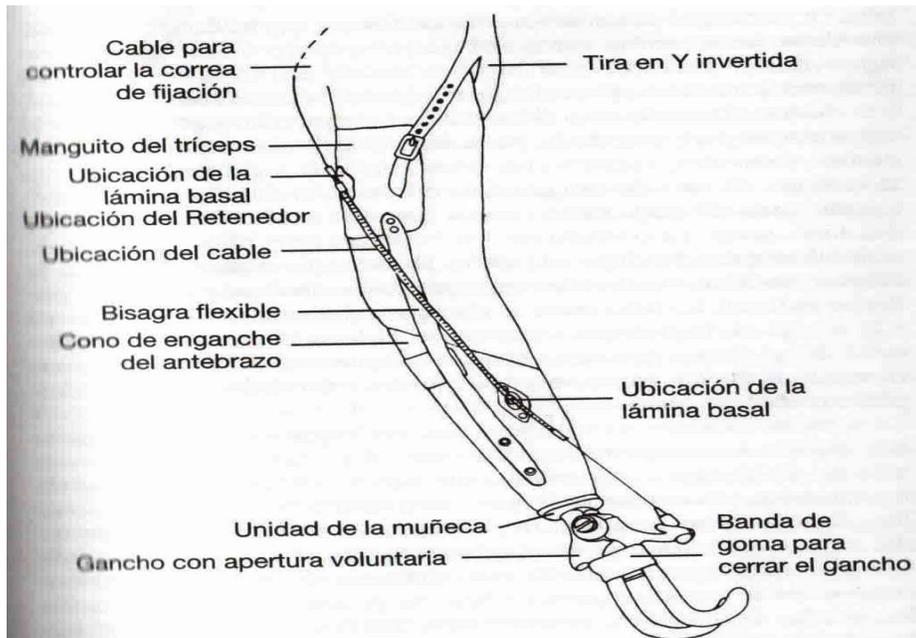


FIGURA. 18-15. *Prótesis derecha convencional por debajo del codo.*

- **CUIDADOS DE LA PRÓTESIS**

El beneficio de una prótesis en los pacientes amputados de los miembros superiores debe ser analizado.

Su adaptación depende de numerosos criterios entre los cuales, el comportamiento físico del paciente y la experiencia del equipo de rehabilitación son parte importante.

El objetivo del trabajo de rehabilitación es la mejor funcionalidad y no se relaciona necesariamente con la utilización apresurada de la prótesis más moderna.

El Terapeuta Ocupacional para que el paciente reciba orientación y tratamiento para lograr con su miembro remanente, independencia en las Actividades de la Vida Diaria y en su exigencia las actividades laborales. Debe de hacer conciencia en el paciente y además establecer un plan de tratamiento detallado para lograr cada una de las demandas.

- **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PROTÉSICO**

Un programa pre-protésico satisfactorio acelera la adaptación física y psicológica a la prótesis y minimiza los problemas para lo que es de suma importancia y que es el primer paso fundamental como lo es la colocación y el uso adecuado de la prótesis trans-humeral, es importante aconsejar y guiar al amputado en relación a la aceptación de su trastorno y a la aceptación del dispositivo mecánico que debe de sustituir a la fuerza motora natural. Este programa de entrenamiento protésico, por supuesto que es diseñado por un terapeuta ocupacional y por ende es él quien lo llevará a cabo en base a la planificación antes establecida para acelerar e el proceso de rehabilitación.

- **APRENDIZAJE DE LA UTILIZACIÓN**

“Por lo común, se utilizan dos enfoques para el entrenamiento de los amputados. En uno, el programa de entrenamiento se dirige a desarrollar un nivel potencial máximo de rendimiento; con éste enfoque, un amputado unilateral aprende coordinación fina con la prótesis, de modo que pueda tener un uso máximo de ella incluso en el caso de una extremidad remanente.

El otro enfoque difiere en que el amputado es entrenado para utilizar la prótesis solo como auxiliar en las actividades bimanuales”.¹³

Pinza activa:

Fase analítica: por intermedio de juegos que necesitan una prensión cada vez más fina y aumentando la precisión en el curso de la rehabilitación, con la mano (prensión tridigital) o con el gancho (prensión bicipital).

Es también en esta fase que se pueden trabajar, en función de la amputación, el control de la flexión y extensión del codo, fácilmente recuperable; el control de la pronosupinación, más difícil y más lento; el control de la postura con un trabajo en espejo; la integración del esquema corporal; la propiocepción; los problemas de compensación; el descubrimiento de posibles sin cinesias y su control; y el dominio de la presión de la pinza.

Fase global: por medio de una técnica que utiliza la mano o el gancho como el mosaico, el tejido, la cestería, etc.

En trabajo simétrico, asimétrico o coordinado es fundamental para el aprendizaje de la utilización de la misma lo que facilita la progresión en el proceso de la rehabilitación con fines de la independencia del paciente.

¹³ Op. Cit. Willard, Spackman Pág. 666

Pinza pasiva: el aprendizaje de la utilización de la pinza pasiva requiere una técnica bimanual. La prótesis sostiene pasivamente el instrumento.

Sostén por presión

Una vez que esta técnica ha sido explicada y practicada con el paciente (trabajo con cartón, trazo en ebanistería, escritura, etc.) Puede reutilizarse en las actividades de la vida cotidiana.

Trabajo de la sensibilidad: Consiste en buscar nuevas capacidades sensitivas a partir del muñón y de la cintura escapular. Los daños sensitivos del muñón, la presencia de edema y las lesiones de la piel (quemadura) toman aquí toda su importancia. El desarrollo de la sensibilidad táctil permite, luego de ejercicios repetidos, apreciar las formas, las consistencias y los volúmenes de los objetos y de los materiales. La sensibilidad propioceptiva es indispensable y condiciona la adquisición de una independencia funcional correcta. Luego de esta rehabilitación, el amputado podrá identificar un objeto, incluso con los ojos cerrados. La integración sensorio-motriz y espacial requiere un trabajo específico conocido, guiado por una ergoterapia adaptada y controlada. La rehabilitación bimanual lleva al paciente progresivamente a una independencia para las actividades de la vida corriente.

- **INDEPENDENCIA**

El Terapeuta Ocupacional valida el conjunto de las adquisiciones de la rehabilitación simulando situaciones de la vida cotidiana e instaura el aprendizaje de técnicas mono manuales que harán al paciente lo más independiente posible. Siendo uno de los objetivos de terapia ocupacional la independencia de los pacientes amputados en sus fases.

El Terapeuta Ocupacional vigilará también la autonomía en la puesta de la prótesis. Sin embargo, la persona queda dependiente para determinados gestos, en la realización de sus Actividades de la Vida Diaria.

Para el aseo: Ayuda técnica para el aseo y para cepillarse y cortarse las uñas del lado sin prótesis. Y lo más importante el poder bañarse para estar presentable.

Para vestirse: Hacer el nudo de la corbata, abotonar una manga del lado sin prótesis, siendo las más complicadas pero también es importante que el paciente se ponga y quite tanto la camisa como el pantalón y las demás prendas que dan como resultado la forma en que el mismo se viste.

Para las comidas: Cortar la carne, pero el amputado puede utilizar una ayuda técnica (cuchillo-tenedor) o sostener el tenedor con su prótesis.

Basándonos en que todos hemos venido al mundo como personas totalmente independientes de otros. Hemos sido dirigidos, educados y sustentados por otros durante bastante tiempo, y está claro que si no hubiera sido así no habríamos vivido más que unas pocas horas, o a lo sumo unos pocos días.

Después, nos fuimos haciendo cada vez más independientes. Se podría decir que nos fuimos haciendo cargo gradualmente de nosotros mismos.

1.1.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO

- El entrenamiento en actividades de la vida diaria sistemáticamente permitirá al paciente amputado del miembro superior a desempeñarse con independencia.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- El entrenamiento en actividades de la vida diaria sistemático: se refiere a la adquisición de conocimiento, habilidades, y capacidades como resultado de la enseñanza de habilidades prácticas, relacionado con aptitudes que encierran cierta utilidad en la esfera del desarrollo de actividades en este caso de la vida diaria.

INDICADORES

- Discapacidad Física
- Discapacidad funcional
- Estado de conciencia
- Superación del Trauma
- Evaluación de fuerza muscular

VARIABLE DEPENDIENTE

- Paciente amputado del miembro superior a desempeñarse con independencia: Se refiere a la forma de actuar del amputado en el cumplimiento de sus funciones y en la consecución de los resultados asignados para el período objeto de evaluación con el fin de que el mismo paciente logre realizar sus actividades. Para lo cual el paciente amputado deberá tener una consecución de actividades.

INDICADORES

- Relación Mente-Cuerpo
- Dificultad de desempeño
- Falta de costumbre de tener y utilizar la prótesis
- Falta de independencia
- Falta de la resistencia y la coordinación de los grupos musculares

AMPUTACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR: Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de parte o la totalidad de una extremidad a través de una o más estructuras óseas, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro.

Lo cual abarca cada una de las extremidades que se fijan a la parte superior del tronco. Está compuesto por cuatro partes fácilmente distinguibles: mano, antebrazo, brazo y cintura escapular.

En otras palabras, va desde el hombro hasta los dedos. Cuando se efectúa a través de una interlínea articular se denomina desarticulado.

1.1.4 DELIMITACIÓN

La investigación nos da parámetros centrados en especial en la importancia de fomentar en los pacientes amputados de miembros superiores actividades adecuadas para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, lo cual conlleva a comprender la importancia que existe en la rehabilitación de pacientes amputados; comprendiendo que las limitaciones que cada uno de los pacientes tiene pueden ser absorbidas por el mismo paciente, realizando de una forma adecuada su proceso de práctica de las técnicas que se le presenten en la sala de terapia ocupacional.

Así como el comprender de que la mayoría de pacientes amputados que fueron la muestra que se tomó para la realización de la investigación; son externos y ello conlleva un proceso más prolongado debido a que los pacientes no están a tiempo completo en el proceso de su rehabilitación, esto se debe a que los pacientes por el área afectada tienen la opción de ser considerados como externos. Considerando que el ámbito en el cual se desenvuelven los pacientes, es en el perímetro de la ciudad capital ya los pacientes que vienen de algún departamento se hospedan ya sea en casa de algún familiar o de algún amigo en el área de la ciudad capital. Lo cual disminuye el costo que tendría que pagar en caso de ir y venir hasta su lugar de origen.

Por supuesto se han logrado intervenir por medio de las tres fases de rehabilitación que incluyen la conclusión de las mismas debido a que se ha

logrado fomentar en los pacientes las capacidades físicas para el perfeccionamiento en la realización de las actividades de la vida diaria.

Para ello se realizó la aplicación de un test de actividades de la vida diaria en sus diferentes fases, teniendo en cuenta la primera fase como lo es la primera evaluación que es la fase en que los pacientes están en cero y deben de tener una continuidad, no solo psicológica sino física considerando que la terapia ocupacional es la base para la rehabilitación y la incorporación a la realización de actividades de la vida diaria de forma independiente. Considerando que la población atendida era la totalidad de pacientes que se presentaban al área de amputados. Encontrando a dos pacientes que eran del área rural, y uno de ellos estaba internado para la realización de sus actividades y obtuvo la rehabilitación adecuada. Refiriéndonos a los pacientes que asisten a rehabilitación al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; destacando que una intervención oportuna y una rehabilitación adecuada conlleva así a la realización de los objetivos planteados, ya que en la interpretación de resultados se ha podido concretar que se ha logrado que los pacientes sean independientes en la realización de las actividades de la vida diaria. Teniendo en cuenta que la investigación permite que se extienda no solo el conocimiento sino el juicio crítico acerca de las técnicas que se deben de utilizar y abordar. La realización del presente trabajo de campo fue iniciado el día 7 de julio al 12 de agosto del 2011 con los pacientes amputados que asisten a rehabilitación en área de terapia ocupacional del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

CAPÍTULO II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TÉCNICAS

TÉCNICA DE MUESTREO PROBABILÍSTICO:

Hay que considerar que para ello se utilizó el muestreo no aleatorio o bien puede ser conocido como intencional o de juicio, en otras palabras podemos catalogar que ya se tenía un previo conocimiento de la muestra.

Debido a que consideramos que existieran pacientes amputados de miembro superior. Y que además el paciente haya asistido al Departamento de Rehabilitación en el área de Terapia Ocupacional del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Luego de tener establecidas estas características la muestra quedó conformada por 6 pacientes amputados de miembro superior los cuales son los que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Llevando a cabo todo el proceso de trabajo de campo en la sala de terapia ocupacional.

OBSERVACIÓN

Se utilizó esta técnica para poder de esa manera observar cada una de las formas con las cuales el paciente se desarrolla en todos sus ámbitos, debido a que por medio de ella pudimos observar la forma en que realizaba cada uno de los pacientes actividades específicas y por medio de ello poder utilizar técnicas adecuadas en donde haya dificultad para el desarrollo psicomotriz del paciente y ayudarlo a que sea independiente en sus actividades.

ENTREVISTA

Es una técnica mediante la cual se recolectaron datos de suma importancia a través de las respuestas obtenidas por los pacientes, fue éste nuestro contacto directo con el paciente y a la vez se escuchó desde cómo se sentía hasta las dificultades que tenía por su patología. Se realizó los primeros días que se trabajó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

TEST DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Esta prueba se utilizó para evaluar las capacidades funcionales lo cual se adecua a la investigación que se realizó, se centralizó en el problema que presentan los pacientes que tienen diagnóstico de amputación de miembros superiores; para medir los principales aspectos de la función del miembro superior en las Actividades de la Vida Diaria; y así orientarlos en base a los resultados a la realización adecuada de sus actividades.

2.2 INSTRUMENTOS

TÉCNICA DE MUESTREO PROBABILÍSTICO:

Hay que destacar que estando en el Instituto de Seguridad Social, se hizo la investigación en el área de terapia ocupacional en donde se procedió a averiguar cada una de las características de los pacientes con problemas de amputación y fue allí donde se obtuvo el dato exacto de los pacientes con los cuales se trabajó.

Destacando que en ese momento la encargada de terapia ocupacional dio indicaciones de cómo poder desarrollar el trabajo en dicha área.

OBSERVACIÓN

Para la presente investigación se desarrolló el trabajo de observación sistemática en la sala de amputados pudiendo observar la actividad de cada uno de los pacientes objetos de estudio destacando con detalle la actividad de cada uno para no omitir momentos importantes en sus actividades de la vida diaria y poder desarrollar un plan de tratamiento en mejorar técnicas y destrezas en su proceso de rehabilitación.

ENTREVISTA

Por medio de la entrevista se pudieron conocer aspectos importantes desde la edad hasta las causas de la amputación y sabiendo por medio de la misma si su dominancia era izquierda o derecha, ya que es una técnica mediante la cual se recolectaron datos de suma importancia, a través de las respuestas obtenidas por parte de los pacientes que han servido para tener un marco de referencia y esto se realizó en el área de terapia ocupacional.

TEST DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Este test se realizó en el área de terapia ocupacional, a cada paciente específicamente ya que a cada uno se le pidió que realice ciertas habilidades y además se le preguntó una serie de cuestiones a las que respondieron.

Así mismo se les realizó pruebas poniéndolos a utilizar sus prótesis y a los pacientes que no tenían prótesis se les pidió de la misma manera que realizaran tareas específicas para poder evaluar cada uno de los resultados enfocando en el arreglo personal, higiene y alimentación.

CAPÍTULO III

III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3. 1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es uno de los centros hospitalarios más completo que existe en nuestro país y además el lugar donde se encuentra la mejor esfera de rehabilitación para pacientes en sus diferentes patologías, destacando el área de terapia ocupacional como punto de referencia en la rehabilitación de pacientes amputados. Está ubicado en Pamplona zona 12, teniendo un amplio espacio para desarrollar cada una de las actividades así como un amplio parqueo para los pacientes que se movilizan en vehículo.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

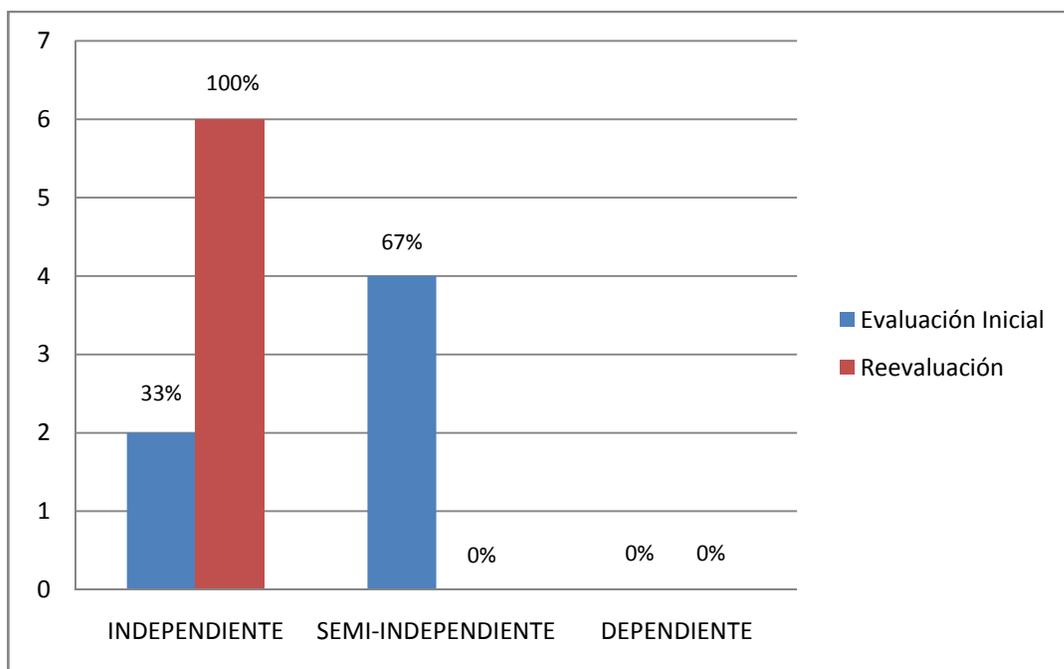
Se ha podido observar que la población atendida es de clase media-media, trabajadora que cotiza al seguro social.

La mayoría de pacientes que se atendieron mostraban interés de poder realizar cada una de sus actividades, querían recuperarse lo más pronto posible para poder seguir aportando en sus hogares, además se presentaban higiénicamente adecuada y así mismo tenían mucho optimismo en metas para poder seguir desarrollándose de una forma productiva no solo para sus familias sino que también para la sociedad, así mismo les costó un poco en un inicio reconocer su estado aunque luego fueron recuperándose; de la misma manera habían tres pacientes con problemas de sensación de dolor y del miembro fantasma.

3.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICA # 1

ALIMENTACIÓN



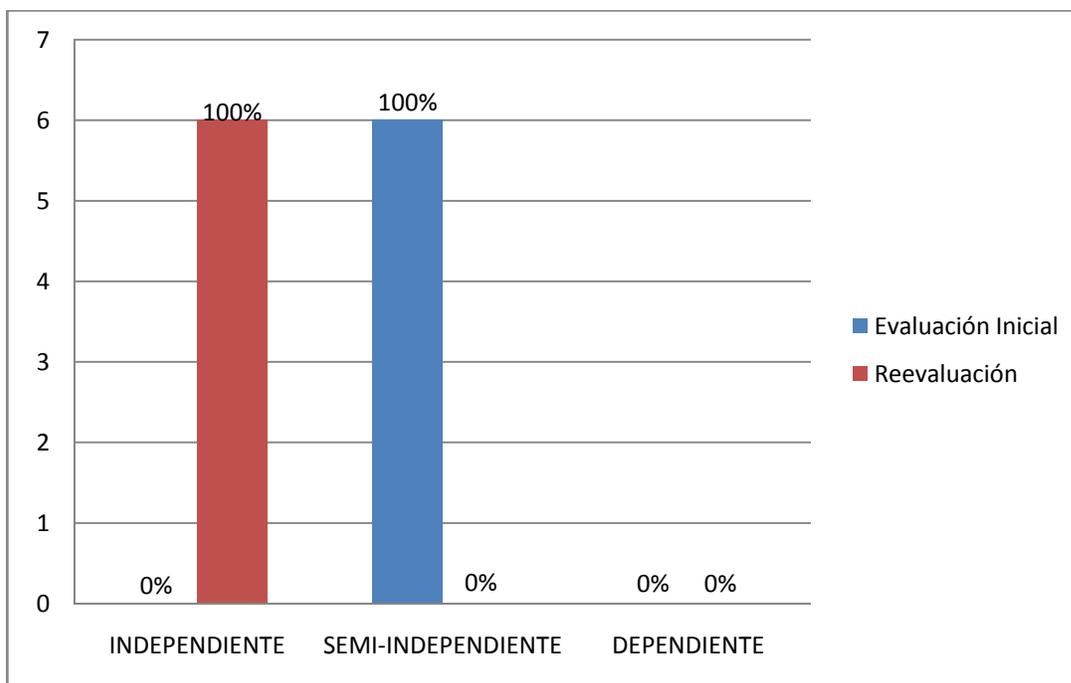
FUENTE:

Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación: Como podemos observar en los resultados obtenidos en la presente grafica, se considera que en la evaluación inicial dos pacientes eran independientes los cuales corresponden al 33% de la población y cuatro de la misma manera se puede observar que el rubro de pacientes semi-independientes correspondientes al 67% lo constituyen los cuatro pacientes restantes; así mismo se considera que los pacientes realizaron de una forma adecuada su rehabilitación que dio como resultado que en la reevaluación los pacientes mostraron independencia en su totalidad en el área de alimentación. Desarrollándose las actividades de una forma adecuada.

GRÁFICA # 2

VESTIDO DEL TRONCO SUPERIOR



FUENTE:

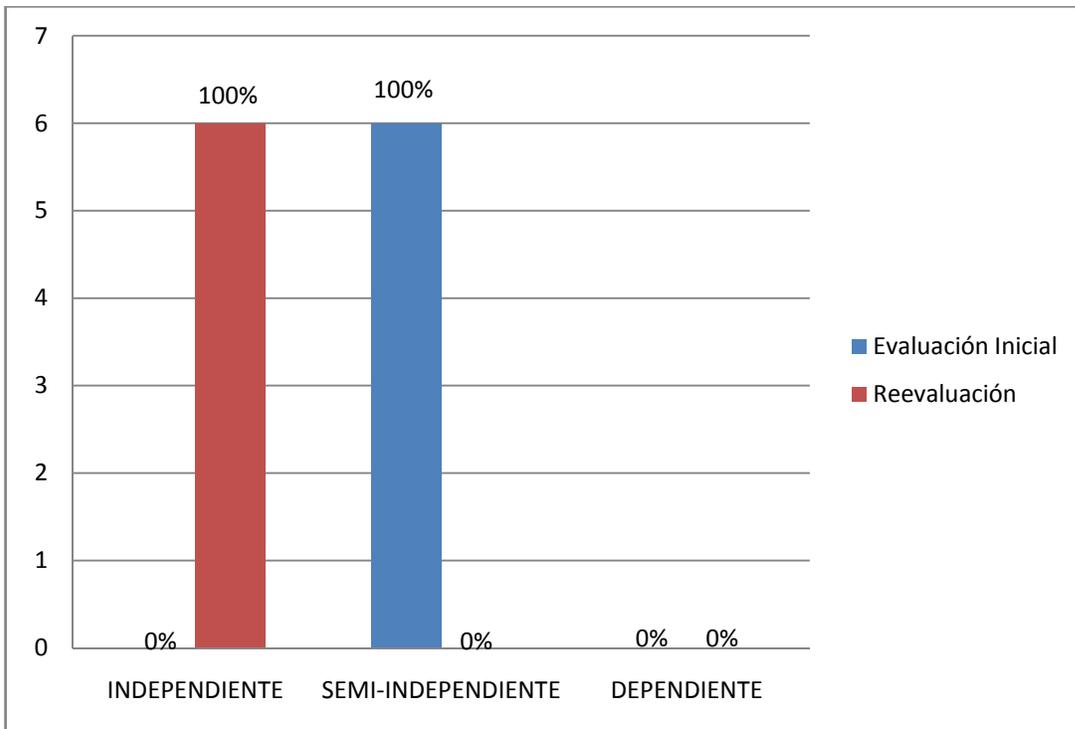
Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

La gráfica anterior nos ilustra que en la primera evaluación o evaluación inicial el 100% de los pacientes eran Semi-independientes en la realización del vestido del tronco superior y que en la reevaluación el 100% de los pacientes logro su independencia en la realización de dicha actividad. Debido a que el vestido del tronco superior es una de las prioridades en el área de terapia ocupacional por lo tanto los pacientes que fueron motivo de la muestra en un inicio correspondían al cien por ciento en la fase semi-independientes ya que se les facilitó la rehabilitación completa y por lo tanto en la reevaluación quedó en evidencia que la totalidad de los pacientes logro verdaderamente el cien por ciento de independencia en la realización de dicho arreglo.

GRÁFICA # 3

ARREGLO DEL TRONCO SUPERIOR



FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

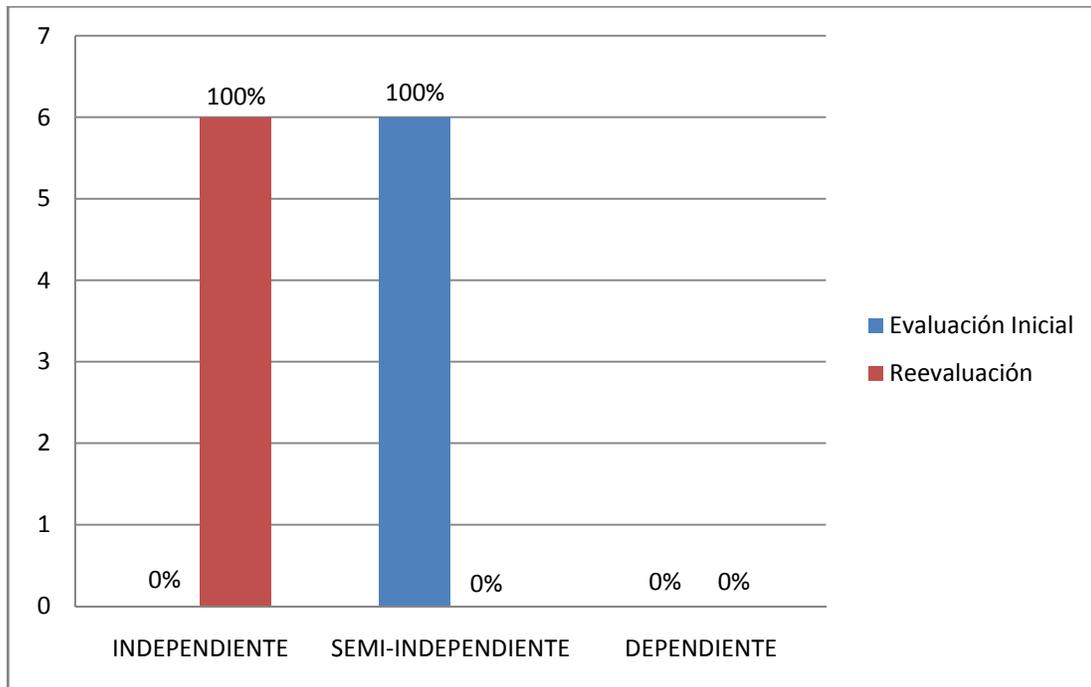
Interpretación:

La siguiente gráfica representa los resultados que se obtuvieron en la aplicación del test. De Actividades de la Vida Diaria destacando que en la evaluación inicial el 100% de pacientes era Semi-independientes y en la reevaluación se obtuvo el 100% de la independencia en la realización del arreglo del tronco superior.

Considerando que el arreglo del tronco superior es de suma importancia vale la pena aclarar que los pacientes que se presentaron a la sala de terapia ocupacional evidenciaron que en un cien por ciento los pacientes eran semi independientes estos datos se obtuvieron en la primera consulta o en la evaluación inicial y luego el cien por ciento logró su independencia.

GRÁFICA # 4

ACTIVIDADES DEL LUGAR



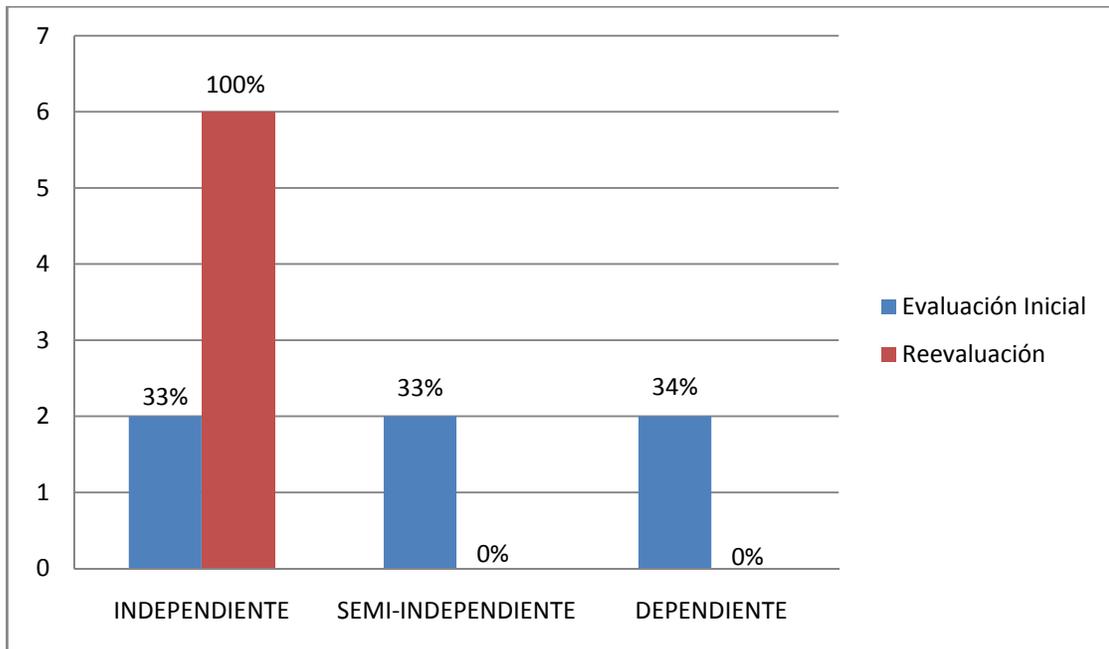
FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

La gráfica anterior nos demuestra que en la primera evaluación los pacientes que se presentaban a la sala de terapia ocupacional en la realización de las actividades del lugar eran el 100% Semi-independientes mientras que en la reevaluación el 100% fueron en un 100% independiente. En lo que respecta a las actividades del lugar se puede considerar que algunos pacientes se retiraban rápido del área de trabajo en el departamento de terapia ocupacional, en algunas ocasiones porque tenían que ir a otra área siendo este el caso de que en la primera evaluación fueran los pacientes semi independientes y en la reevaluación se dio la totalidad en la independencia.

GRÁFICA # 5

ACTIVIDADES DEL HOGAR



FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria realizada a los pacientes amputados del Instituto

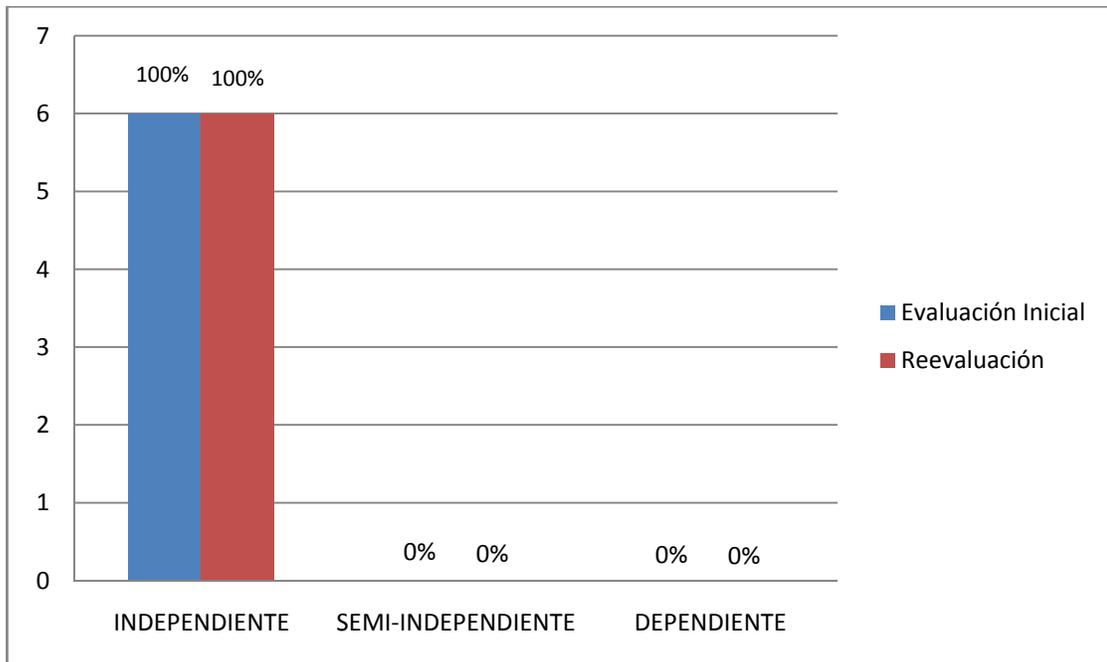
Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

La siguiente gráfica representa los resultados obtenidos en la realización por parte de los pacientes amputados en las actividades del hogar que: en la evaluación inicial el 33% eran independientes, por supuesto que estos datos pertenecen a pacientes de sexo femenino; el 33% Semi-independientes que lo constituían hombres, y el 34% dependientes los cuales en un inicio tuvieron una amputación en el área del cuarterón del hombro; y en la reevaluación se obtuvo que el 100% de la población recuperó su independencia total en las actividades del hogar y se obtuvo a través de la motivación hacia los pacientes y en hacerles conciencia de que era importante involucrarse en todas las áreas para la mejora de las habilidades en las AVD.

GRÁFICA # 6

COMUNICACIÓN ORAL



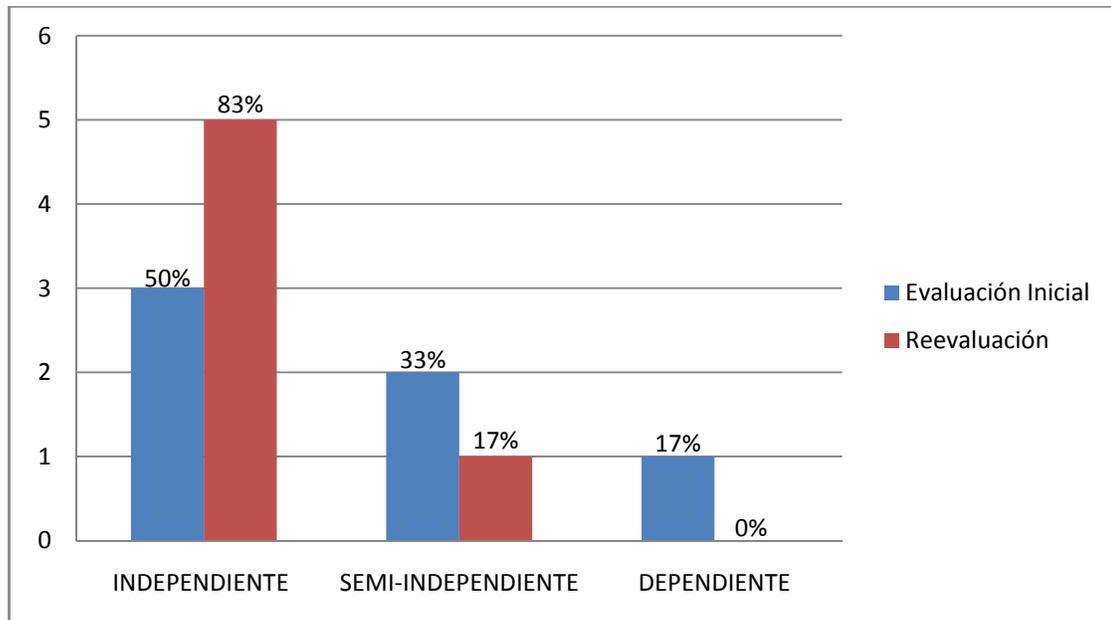
FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

En base a los resultados obtenidos en la aplicación del test de actividades de la vida diaria en lo que respecta al área de comunicación oral, podemos considerar que en la primera evaluación se obtuvo un 100% lo cual nos indica lógicamente que para la reevaluación se mantuvieron los mismos resultados ya que no existía ningún impedimento para ello. Aunque se pudo comprobar que los pacientes se presentaban de una forma adecuada en lo que respecta a su vocabulario y en ningún momento titubearon en dar alguna respuesta, además se expresaban de una forma adecuada, teniendo dentro del grupo bastante confianza para que se logaran platicar acerca del proceso de su amputación y las causas de las mismas.

GRÁFICA # 7

COMUNICACIÓN ESCRITA A MANO



FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria aplicado a los pacientes amputados del Instituto

Guatemalteco de Seguridad Social.

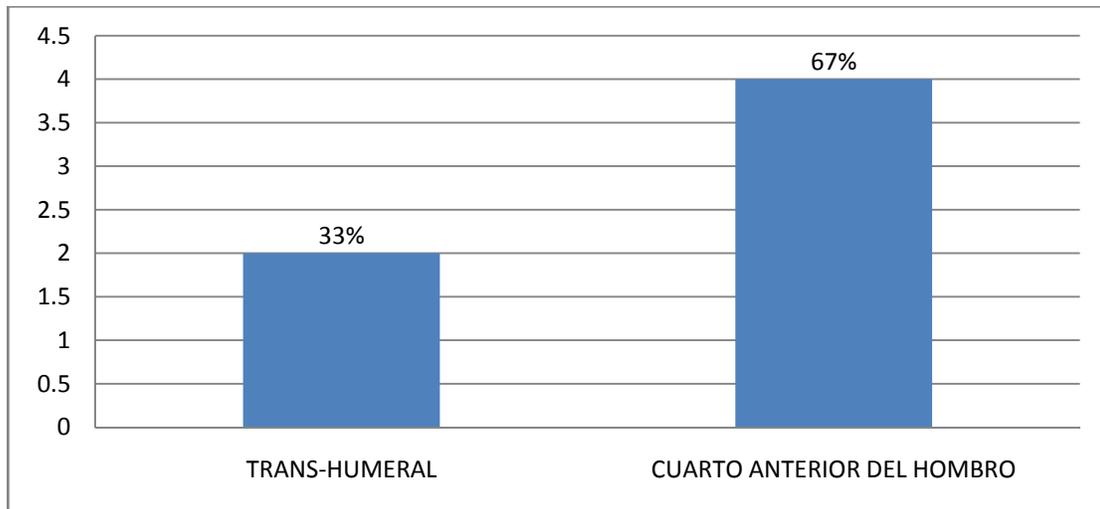
Interpretación:

La presente grafica nos da como resultado que en la evaluación inicial el 50% era independiente, el 33% Semi-Independiente, mientras que el 17% dependientes; y en la reevaluación el 83% fue totalmente independiente y solamente un 17% Semi-independiente.

Es importante considerar que el 17% que equivale a una persona es debido a que el paciente no sabía leer ni escribir. En lo cual se contribuyó para que el paciente comprendiera conceptos básicos, así como la realización de distintas furas con el fin de coordinar su motricidad tanto fina como gruesa logrando el objetivo de una forma satisfactoria ya que logró desarrollar y unificar frases y oraciones.

GRÁFICA # 8

NIVELES DE AMPUTACIÓN



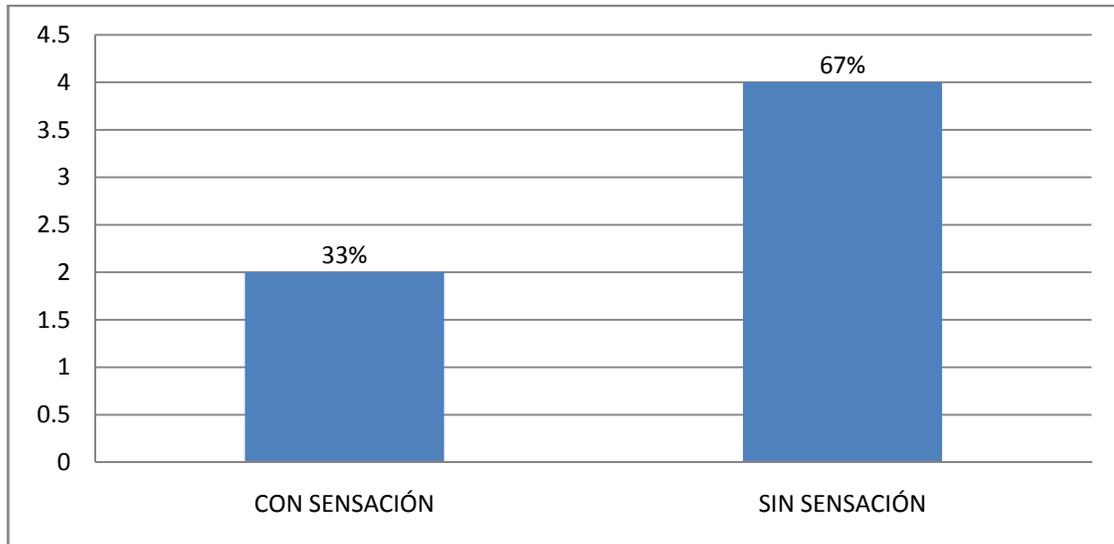
FUENTE: sala de Terapia Ocupacional con pacientes amputados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

La gráfica anterior representan los niveles de amputación que sobresalen en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, considerando que un 33% de la población representa la amputación trans-humeral lo cual lo constituyen dos pacientes los cuales tuvieron su amputación uno porque le cayó un muro perimetral en el área donde él trabajaba y el otro por un golpe severo no tratado a tiempo y el 67% han sido amputados del cuarto anterior del hombro. Tomando en cuenta que aquí el sesenta y siete por ciento equivale a cuatro pacientes que fueron amputados tres por tumores que en su momento no fueron tratados a tiempo y luego se convirtieron en la causa principal para la Amputación y un paciente quien laborando en una empresa que fabricaba plástico, introdujo su brazo por accidente en una maquina que lo amputó.

GRÁFICA # 9

PACIENTES CON SENSACIÓN DEL MIEMBRO FANTÁSMASMA



FUENTE: Test de Actividades de la Vida Diaria realizada a los pacientes amputados del Instituto

Guatemalteco de Seguridad Social.

Interpretación:

La presente gráfica representa que el 33% tiene la sensación del miembro fantasma y el 67% no presenta la sensación del miembro fantasma. Para ello consideramos que después de cualquier amputación, el paciente tiene la sensación de que la parte amputada todavía existe. Los pacientes con este proceso incapacitante, deben someterse a una valoración psicológica de paciente. Este problema lo experimentan las personas que han tenido lógicamente una amputación, se manifiesta debido a que las persona aun cree tener el miembro amputado. Logrando la evolución en los pacientes debido a la concientización y además un adiestramiento que desde la buena postura hasta un ejercicio que se le hace al paciente en el espejo pidiéndole que identifique y acepte su situación observándose en el espejo.

3.2.1 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados anteriores demuestran que el entrenamiento en actividades de la vida diaria sistemáticamente permitirá al paciente amputado del miembro superior desempeñarse con independencia.

Por lo tanto se considera que la hipótesis planteada es verídica, ya que se ha podido propiciar la rehabilitación de pacientes amputados de miembro superior y se ha logrado la incorporación a las Actividades de la Vida Diaria, logrando su independencia trabajando a través del enfoque rehabilitativo en la Terapia Ocupacional. Para ello se realizó en primera instancia la observación dirigida directamente hacia los pacientes en donde se pudieron obtener datos específicas que enmarcaron cada una de las ventajas como desventajas a la hora de realizar su tratamiento, así mismo se emplearon entrevistas las cuales sirvieron en gran manera para determinar en si cada una de la patología después de saber cuál era el área afectada. Por medio de la misma se comprendió cada uno de los aspectos importantes como lo constituye la ocupación, teniendo en cuenta que se encontraban en el área de terapia ocupacional en la especialización en amputados dos mujeres una de las cuales, comento que tuvo una amputación por segmentos; ya que en una oportunidad ella se encontraba de descanso en su casa y se puso a jugar con su hijo de luchas y cuando este le pego de una forma sutil en el brazo a ella no se le quitaba el dolor, luego se presentó al médico y desde allí le detectaron el cáncer primeramente en el antebrazo hasta llegar a la donde se sitúa exactamente el cuarterón del hombro. La otra mujer tuvo un problema en el área donde trabajaba ya que en esa

oportunidad estaba realizando sus labores y hubo un cambio imprevisto de horarios y el jefe se confundió y la puso a velar cuando ella recién había cumplido su turno, cuando ella sintió en horas de la madrugada se durmió y al despertar en un momento vio su brazo desecho en la maquina y gritó hasta que un compañero de labores logro desconectar la maquina y fue así como le amputaron el brazo hasta el área trasn-humeral.

Así mismo se encuentran pacientes restantes con problemas de la misma manera en el área del cuarterón del hombro, destacando que el otro paciente que tiene amputación trasn-humeral es quien trabaja en una empresa de seguridad privada y cuando se encontraba en la hora de almuerzo se llevo a recostar en un mujo y este se desplomó y amputo automáticamente el brazo.

En unos momentos el ánimo de los pacientes no estaba del todo bien ya que se ponían nostálgicos y gracias a la ayuda que se les brinda por medio de psicología que existe en el mismo lugar, se logro restablecer y por consiguiente se tuvieron excelentes resultados ya que los pacientes a la hora de la realización del tratamiento lograron responder a las expectativas y se lograron concretar los objetivos que se habían planteado ya que en las fases pre-protésica se tuvo una intervención directamente por el centro ya que se dio la estimulación necesaria al muñón lo que ha constituido un inicio ventajoso para el terapeuta ocupacional que dirige las actividades en el área de amputados; en la fase protésica se lograron concretar de igual manera los objetivos planteados ya que el trabajo eficiente por parte no solo de los terapeutas sino las ganas y el optimismo que presentaron los pacientes y el deseo de salir adelante fue fundamental para la culminación de dicha fase y

por ultimo en la fase post-protésica se lograron concretar en si cada uno de los propósitos que se tenían destinados ya que en esta fase quedó en evidencia que trabajando en quipo se logran las metas planteadas ya que se había previsto que con la unificación de los ejes medico y su tratamiento, psicólogo y su aportación así como el terapeuta ocupacional y físico se lograrían concretar las fases para que el paciente pudiera concretar lo que en un inicia se había planteado y que era la importancia de la rehabilitación de pacientes amputados de miembros superiores con prótesis, a la independendencia en las actividades de la vida diaria. Sin olvidarnos de que se realizaron a la vez actividades de diferente índole teniendo entre ellas el aseo personal en el miembro superior no afectado el cual por el hecho de no tenerlo era casi imposible el poder aseárselo, aunque se incorporaron técnicas como el hecho de pegar en la pared del baño un pashte incorporándole jabón con el fin de que cuando el paciente así lo requiriera pudiera utilizarlo para dicha actividad. Además la concientización hacia los pacientes en el sentido de la situación del miembro fantasma que afecta en gran marea, haciéndoles conciencia de que el miembro que había sido amputado iba a tener una funcionalidad por medio del equipamiento de la prótesis esto por supuesto se dio en la fase pre-protésica y que en momentos se presentaba en la fase pre y pos-protésica.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron se considera que en el área de la alimentación se obtuvieron resultados que reflejan el arduo trabajo de los terapeutas ocupacional ya que se obtuvieron casos semi independientes en la primera evaluación mientras que en la reevaluación los pacientes

respondieron de una forma satisfactoria ya que alcanzaron su independencia total; en el vestido y arreglo del tronco superior se obtuvieron de la misma manera resultados asombrosos ya que los pacientes en un cien por ciento se presentaron semi independientes ya que tenían únicamente una extremidad superior amputada y en la reevaluación que se realizó en un tiempo prudencial se obtuvo un cien por ciento lo que constituye que se les dio un excelente seguimiento así como se obtuvo ni colaboración excelente por parte de los pacientes atendidos. En lo que concierne a las actividades del lugar y del hogar se obtuvieron de la misma manera el cien por ciento de los resultados en los que se refiere a la independencia total de los pacientes, así como en lo que respecta a la comunicación oral que desde su primera evaluación era totalmente independiente, tomando como punto de referencia que en la comunicación escrita a mano no se pudo llegar a un cien por ciento debido a que había un paciente que era analfabeta y se logró concretar la escritura en él de frases y palabras así como la estimulación completa del miembro no afectado.

Los niveles de amputación que más se presentaron fueron cuatro de cuarterón de hombro y con un porcentaje más bajo lo constituía la amputación tras humeral con dos personas. Así mismo se llegó a disminuir en forma considerable la sensación del miembro fantasma en cuatro pacientes en su totalidad tomando en cuenta que dos de los pacientes que constituían el treinta y tres por ciento de la población en ocasiones lo sentían pero ya había mermado en gran manera.

CAPÍTULO IV

IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- La intervención oportuna en la etapa pre-protésica de un paciente es de suma importancia para iniciar el proceso de la rehabilitación dependiendo de la evaluación inicial en cuanto al desempeño de las actividades de la vida diaria relacionadas a su independencia.
- La realización de técnicas del enfoque rehabilitativo en terapia ocupacional enfocadas a mejorar las actividades de la vida diaria dará como resultado la independencia en pacientes amputados en la realización de las actividades de la vida diaria.
- El entrenamiento en actividades de la vida diaria, permitirá al paciente amputado de miembros superiores, a desempeñarse en un 100% de forma independiente.
- La hipótesis de trabajo planteada el entrenamiento en actividades de la vida diaria sistemáticamente permitirá al paciente amputado del miembro superior a desempeñarse con independencia, en base a los resultados obtenidos es aceptada teniendo un 100% en la efectividad del tratamiento.

4.2 RECOMENDACIONES

- Seguir observaciones sistematizadas en cuanto al desempeño de las actividades de la vida diaria de una persona con amputación de miembro superior para determinar áreas deficientes de funcionalidad y plantear planes de tratamiento para buscar la independencia.
- Que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social continúe con el trabajo interdisciplinario en la atención del paciente amputado considerando la terapia ocupacional como base para la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Dar seguridad y confianza a los pacientes a través de las actividades que realicen en el área de terapia ocupacional y se den cuenta que pueden desarrollar muchas más habilidades, poniéndolas en práctica para alcanzar su independencia.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Begoña López, Polonio “Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos”; Editorial Médica Panamericana 2003 pág. 181
2. McDonald, E.M. “Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación”; Segunda Edición Española 1979
3. Marg Foster, Sybil Y Johnson, E. “Terapia Ocupacional y Disfunción Física” Quinta Edición pág. 379
4. Polonio López, Begoña “Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos; Editorial Médica Panamericana 2003 pág. 181
5. **Smith Helen D. “Terapia Ocupacional”**. 2ª Ed. Madrid: Editorial Médica-Panamericana, año 1998. Pág. 179
6. **Willard Spackman. “Terapia Ocupacional”** 10ma edición Editorial: Medica Panamericana **Año:** 2007 **Pág.** 80
7. Actividades de la Vida Diaria (en línea) <http://www.avd.com>
8. Amputación (en línea) <http://www.amputacion.com>
9. Amputación Carpiana (en línea) <http://amputacionmetarcapiana.com>
10. Amputación debajo del Codo (en línea)
<http://amputacionespordebajodelcodo.com>
11. Principios de Anatomía y Fisiología. (en línea) Editorial Médica Panamericana
[http://www. Principios de Anatomía y Fisiología](http://www.Principios de Anatomía y Fisiología)
12. Publicado por UNER-Fac. Ciencias de la Salud (en línea) Carrera: Lic. Kinesiología y Fisiatría <http://www.Kinesiologia y Fisiatria>

ANEXOS

GLOSARIO

ACTIVIDAD: Conjunto de tareas o acciones realizadas por un ser vivo, que las desarrolla impulsado por el instinto, la razón, la emoción, o la voluntad, hacia un objetivo.

AMPUTACIÓN: Es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo.

BIOELÉCTRICAS: Solo de un nivel de complejidad mayor pues la misma está diseñada a través de un sistema de sensores especiales adosados a la musculatura sana del cuerpo que no tiene que guardar relación con la extremidad amputada.

CICATRIZACIÓN: Es un proceso natural que posee el cuerpo para regenerar los tejidos de la dermis y epidermis que han sufrido una herida.

ENCHUFE: Es un dispositivo formado por dos elementos, que se conectan uno al otro para establecer una conexión

ENFERMEDAD: La enfermedad es un proceso y el *estatus* consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.

ELÉCTRICAS: Utilizan dispositivos de carga por pilas con un sistema de motores que reproducen patrones típicos del movimiento en un solo sentido de amplitud de movimiento.

HERIDA: Es una lesión que se produce en el cuerpo de un humano o animal. Puede ser producida por múltiples razones, aunque generalmente es debido a golpes o desgarros en la piel. Dependiendo de su gravedad, es necesaria asistencia médica.

HUMERAL: Área de estudio que se encuentra situada exactamente en el humero.

INFECCIÓN: Es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores.

INVALIDEZ: La palabra incapacidad se utiliza para hacer referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse).

MECÁNICAS: Emplea un sistema de engranaje con el muñón de formas variadas y a través de sistema de muelles y válvulas facilitan el movimiento de una articulación.

MUÑÓN: Parte de un miembro cortado que permanece adherido al cuerpo.

NEUMÁTICAS: Tiene un sistema de bombas de aire que reproducen movimientos lentos y limitados

PATOLOGÍA: Es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado y por otro lado el que dice que la patología es aquella parte de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades y del conjunto de sus síntomas.

PRÓTESIS: Es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

REHABILITACIÓN: Es el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles.

SANGUÍNEO: Es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes o no en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre.

TISULAR: Cualquier reacción o respuesta de un tejido vivo frente a enfermedad, toxina u otros estímulos externos.

VENDAJE: Se define el vendaje como la ligadura que se hace con vendas o con otras piezas de lienzo dispuestas de modo que se acomode a la forma de la región del cuerpo donde se aplican y sujeten el apósito.

VENDAJE BLANDO: Utilizado para sostener las piezas de una cura o apósito.

VENDAJE COMPRESIVO: Utilizado para ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso.

VENDAJE RÍGIDO: Con él se logra una inmovilización completa de la parte afectada.

VENDAJE SUSPENSORIO: Es el sostenedor del escroto o de la mama.

VENDAJE PROTECTIVO: Tiene como objetivo cubrir una parte sana o enferma para protegerla de una acción nociva.

UNILATERAL: Que atañe o se circunscribe solamente a una parte o a un aspecto de algo.

Caso: _____

Paciente Registro: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Ingreso: _____

Paciente de: _____; Sexo: _____; Ocupación: _____; Dominancia: _____; con grado de escolaridad: _____

Historia de Accidente:

Evaluación de Actividades de la Vida Diaria:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

I: Independiente, **SI**: Semi independiente, **D**: Dependiente.

COMUNICACIÓN: **F**: Funcional, **SF**: Semi funcional, **NF**: No funcional

EVALUACIÓN	1º.	2º.
Alimentación		
Vestido tronco Superior		
Arreglo Tronco Superior		
Actividades de Lugar		
Actividades del Hogar		
Comunicación Oral		
Comunicación Escrita a mano		
Comunicación escrita a maquina		

USO

Adaptaciones	
Modificaciones	
Auto-ayudas	

OBJETIVOS:

- _____
- _____

No.	Día/Mes/Año	Nombre del Evaluador
1		
2		

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
CIEPs-MAYRA GUTIÉRREZ
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	
	- Dependiente	
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	
	- Dependiente	
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	
	- Necesita ayuda	
	- Dependiente	
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	
	- Dependiente	
Realización de sus actividades fisiológicas	- Continencia normal	
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	
	- Incontinencia	

7=Independiente; 6=Independiente con equipamiento/ambiente modificado; 5=Independiente con control/supervisión distante; 4=Asistencia mínima/supervisión intermitente (el paciente desempeña el 75% o más); 3=Asistencia moderada/supervisión continua (el paciente desempeña del 50 al 75%); 2=Asistencia máxima (incluye a los dependientes pero que pueden dirigir su cuidado) (el paciente desempeña del 25 al 50%); 1=Dependiente (25% o menos); 0=No aplicable o el paciente no es responsable de éstas tareas. Solamente seleccionable para ciertos puntos.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
CIEPs-MAYRA GUTIÉRREZ**

Paciente:	No. De H. clínica	Fecha:	Inicial
Destrezas funcionales AVD			Reevaluación
			Alta
	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7
<u>ALIMENTACIÓN</u>		<u>HIGIENE:</u>	
		<u>ORINAR/DEFECAR</u>	
Uso de utensilios		Manejo de prendas	
Come con los dedos		Vaciar el colector	
Beber/sorber		Cambio del colector	
Uso de taza		Cateterización	
Cortar comida		Estimulación digital	
		Higiene	
		Lavado de cabello	
	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7
<u>VESTIDO SUPERIOR</u>		<u>ARRÉGLO PERSONAL</u>	
Ponerse la parte sup.		Lavado de cara	
Quitarse la parte sup.		Cepillado dientes	
Subir Zíper		Peinar cabello	
Bajar zíper		Afeitarse/maquillarse	
		Aplicar desodorante	

7=Independiente; 6=Independiente con equipamiento/ambiente modificado; 5=Independiente con control/supervisión distante; 4=Asistencia mínima/supervisión intermitente (el paciente desempeña el 75% o más); 3=Asistencia moderada/supervisión continua (el paciente desempeña del 50 al 75%); 2=Asistencia máxima (incluye a los dependientes pero que pueden dirigir su cuidado) (el paciente desempeña del 25 al 50%); 1=Dependiente (25% o menos); 0=No aplicable o el paciente no es responsable de éstas tareas. Solamente seleccionable para ciertos puntos.

Recuerda que...



**...“No es lo que has
Perdido lo que cuenta;
Sino lo que haces
Con lo que queda”.**