

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

**“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN
PACIENTES ADULTOS”**

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

POR

ERICKA SALOMÉ VELÁSQUEZ ALDANA

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2015

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a hat and robe, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a column. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEM INTER" is inscribed around the perimeter. The text of the document is overlaid on this seal.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG.
Archivo
Reg. 0370-2014
CODIPs. 1335-2015

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

20 de julio de 2015

Estudiante
Ericka Salomé Velásquez Aldana
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º) del Acta TREINTA GUIÓN DOS MIL QUINCE (30-2015), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de julio de 2015, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES ADULTOS”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Ericka Salomé Velásquez Aldana

CARNÉ: 2009-16840

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Herbert Everardo Bran Morales y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **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,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby

CIEPs. 090-2015
REG: 0370-2014

INFORME FINAL

Guatemala, 10 de Julio 2015

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES ADULTOS”.

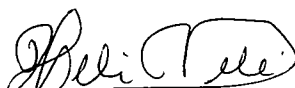
ESTUDIANTE:
Ericka Salomé Velásquez Aldana


CARNE No.
2009-16840

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 23 de Junio del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 10 de Julio del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINADOR
CIEPS
USAC

c.c archivo
Andrea

CIEPs. 090-2015
REG. 079-2014

Guatemala, 10 Julio de 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES ADULTOS”.

ESTUDIANTE:
Erica Salomé Velásquez Aldana

CARNÉ No.
2009-16840

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de Junio 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA



As/archivo

Guatemala, 31 marzo de 2015.

M.A. Helvin Velásquez,
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"


Por este medió me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado: **"Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos"** realizado por la estudiante ERICKA SALOMÉ VELÁSQUEZ ALDANA, CARNÉ 200916840.

El trabajo fue realizado a partir del 15 mayo del 2013, hasta el 31 de marzo del 2015.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Herbert Everardo Bran Morales
Psicólogo y Profesor en Educador Especial
Colegiado 02554
Asesor de Contenido

Guatemala, 31 marzo de 2015.

M.A. Helvin Velásquez,
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante ERICKA SALOMÉ VELÁSQUEZ ALDANA, Carné 200916840, realizó veinte entrevistas a personas con amputación en los miembros inferiores, como parte del trabajo de investigación titulado: **"Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos"**, así mismo asesoró a los familiares y al entrevistado sobre la resolución del proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente, las entrevistas fueron realizadas en horarios diversos desde el mes de agosto del año 2014 al mes de enero del 2015.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Licenciado Herbert Everardo Bran Morales
Psicólogo y Profesor en Educador Especial
Colegiado 02554
Asesor de Contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

NADYEAZHDA VAN TUYLEN
M. Sc. PSICOLOGÍA NEUROCOGNITIVA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
Y PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL
COLEGIADO No. 7287

SANDRA MARISOL CORDÓN SALGUERO
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 02864

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por darme la vida y permitirme llegar hasta esta etapa de mi vida.

A MIS PADRES

Que gracias a sus esfuerzos me brindaron la oportunidad de superarme y sobre todo, por ser mi mayor ejemplo de perseverancia y dedicación. Muy especialmente a mi padre que en vida me enseñó que todo cambio radical, requiere de un apoyo profesional, pero sobre todo el apoyo de la familia, desde el cielo celebra otro triunfo conmigo.

A MIS HERMANOS

Eduardo, Héctor y Betzabé, que me brindaron su apoyo incondicional.

A MIS SOBRINOS

Josué y Rafael, que son mi motor diario para querer ser mejor persona y un ejemplo de profesional para ellos.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS

Por ser una fuente de motivación diaria y apoyarme siempre y por toda su colaboración para conmigo.

A AMPUTADOS UNIDOS

Toda mi admiración ya que me enseñaron que las limitaciones están en la cabeza de cada quien, no en las condiciones en las que nos ha tocado vivir.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por ser esa fuente constante de sabiduría.

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Mi alma Mather por albergarme entre sus paredes y brindarme los mejores conocimientos durante mi tiempo de estudio.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por darme una de las mejores oportunidades para formarme como profesional, sobretodo en el departamento de carreras técnicas.

A LOS DOCENTES DE LA ESCUELA

Por compartir los conocimientos necesarios y forjarme como un profesional digno y ético.

AL LICENCIADO HERBERT BRAN

Por asesorarme en la elaboración de mí proyecto de investigación y confiar en mi potencial.

AL GRUPO AMPUTADOS UNIDOS

Por brindarme sus experiencias de vida y formar parte de este proyecto de investigación para contribuir con el bienestar de otras personas, especialmente a Axel Chinchilla por confiar en mí trabajo.

A ZANDY ANDREA PABLO MARTINEZ Y ING. FATIMA MOIR

Por su asesoría teórica en los aspectos médicos y su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Prólogo	
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	
1.1.1 Planteamiento del problema	6
1.1.2 Marco teórico	8
1.1.2.1 Contextualización Nacional	8
1.1.2.2 Antecedentes	9
1.1.2.3 Diabetes	9
1.1.2.3.1 Características y síntomas	10
1.1.2.3.2 Tipos de diabetes	10
1.1.2.3.3 Consecuencias frecuentes de la diabetes	11
1.1.2.3.4 Prevalencia	11
1.1.2.3.5 Tratamiento	11
1.1.2.3.6 Intervenciones en el estilo de vida	12
1.1.2.3.7 Dieta	12
1.1.2.3.8 Ejercicio físico	13
1.1.2.3.9 Complicaciones	13
1.1.2.4 Amputaciones	17
1.1.2.4.1 Definición	17
1.1.2.4.2 Causas de amputación	17
1.1.2.4.3 Tipos de amputaciones	18
1.1.2.4.3.1 Amputaciones de miembros inferiores	19
1.1.2.4.3.1.1 Historia natural de la enfermedad vascular	20
1.1.2.4.4 Nivel de corte de amputaciones de miembros inferiores.22	
1.1.2.4.4.1 Distales de dedos	22

1.1.2.4.4.2 Digital tranmetatarsiana	22
1.1.2.4.4.3 Transfalángica	23
1.1.2.4.4.4 Transmetratarsiana	23
1.1.2.4.4.5 Amputación de Syme	23
1.1.2.4.4.6 Amputación infracondílea	24
1.1.2.4.4.7 Amputación de Pirogoff	24
1.1.2.4.4.8 Desarticulación de Rodilla	24
1.1.2.4.4.9 Amputación supracondílea	24
1.1.2.4.4.10 Amputación en guillotina	25
1.1.2.4.5 Complicaciones	25
1.1.2.5 Duelo	26
1.1.2.5.1 Concepciones del duelo y la salud mental	26
1.1.2.5.2 Etapas del duelo	27
1.1.2.5.3 Factores influyentes	30
1.1.2.5.4 Duelo patológico	32
1.1.2.5.5 Estrategias de ayuda a las personas en duelo	33
1.1.3 Delimitación	37

CAPÍTULO II

2 .TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas	39
2.2 Instrumentos	39
2.3 Operacionalización de objetivos	42

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población	44
3.1.1 Características del lugar	44

3.1.2 Características de la población	. . .	45
3.2 Análisis e interpretación de datos	. . .	46

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones	. . . . .	64
4.2 Recomendaciones	. . . . .	65
Bibliografía	. . . . .	66
Anexos	. . . . .	70
Consentimiento informado (Anexo No. 1)	. . . . .	71
Cuestionario No. 1 (Anexo No. 2).	. . . . .	73
Entrevista de funcionalidad “ <i>Escala de Bartel</i> ” (Anexo No. 3)	. . . . .	76
Hoja de registro de asistencia (Anexo No. 4)	. . . . .	78
Ficha de registro de testimonios (Anexo No. 5)	. . . . .	79

Título: “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos.”

Autor: Ericka Salomé Velásquez Aldana

Resumen

El objetivo general de la investigación consiste en describir el proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente con propósito de amputación de miembros inferiores en personas adultas, por diversos factores con mayor interés en los sujetos que padecen de la enfermedad crónica como la diabetes. Enumerando las etapas de duelo que se presentan con más frecuencia, identificando los sentimientos que experimentan; explicando los factores psicosociales que influyen en la resolución del duelo en personas que han sido amputadas.

Respondiendo a las interrogantes que se plantearon al inicio de la investigación: ¿Cuáles son las reacciones más frecuentes en los pacientes amputados? y ¿Cuál es el nivel de amputación que produce mayor impacto emocional en el paciente? Se desarrolla la temática en relación a la diversidad de cortes en la intervención quirúrgica con fines de amputación de miembros inferiores tomando en cuenta las complicaciones que puede presentar la persona que presenta un diagnóstico de diabetes. ¿Cuáles son las etapas de duelo que viven con mayor incidencia los pacientes después de haber sido amputados? En un marco psicológico-humanista tomando en cuenta al momento de ser amputado el individuo debe atravesar una faceta de readaptación, durante la cual manifiesta ciertas conductas, somatizaciones y sentimientos que son descritos en el contenido del proyecto, complementándose con una propuesta de estrategias que pueden contribuir al proceso de aceptación de la nueva condición física, estética y funcional del individuo, cuyo contenido se vincula directamente a la respuesta de la última interrogante ¿Cuáles son los factores psicosociales influyentes del proceso de duelo? siendo identificadas así las fases o etapas de duelo comúnmente experimentadas en estos casos y explicando los factores psicosociales más influyentes en el proceso de trabajo de duelo tanto de forma positiva o negativa.

Siendo el lugar idóneo para la recopilación de datos el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- Y el grupo de apoyo Amputados Unidos utilizando la Técnicas de Observación y Muestreo Intencional conjuntamente con la aplicación de los instrumentos propuestos: Cuestionario, entrevista y ficha de testimonios, siendo el sujeto de estudio pacientes con amputación de miembros inferiores durante el mes de agosto 2014 a enero 2015, con la inquietud de verificar la prevalencia de amputaciones en personas con diabéticas, según la información registrada por la OMS el 85% de amputaciones de miembros inferiores SON consecuencia del padecimiento de pie diabético. Se concluye que la asimilación favorable el proceso de duelo de la persona con amputación depende de los factores psicosociales inmediatos y significativos para el sujeto.

Prólogo

La investigación tiene una importancia de carácter social en la modalidad de investigación-acción, ya que por ser una investigación descriptiva permite que la investigadora pueda relacionarse directamente con la población, ubicando la muestra seleccionada con las siguientes características: personas adultas intervenidas quirúrgicamente con fines de amputación de miembros inferiores, preferiblemente las que presenten un cuadro patológico o de complicación debido a la diabetes, para recabar la información que permita comprender las interrogantes planteadas en el proyecto inicial; describiendo e identificando las etapas que se presentan tras un proceso de pérdida de miembros.

Los beneficios que se obtienen a nivel hospitalario son una mejor asesoría y atención a los usuarios de los servicios brindados por el hospital de rehabilitación, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, promoviendo así la calidad de servicio. A nivel científico es un aporte significativo para la asesoría en el campo de la psicología, ya que según la indagación de documentos e información, la misma es muy escasa en cuanto a los procesos de duelo tras pérdida de miembros, únicamente hay un enfoque de resolución o trabajo de duelo por fallecimiento de algún ser querido; siendo éste proyecto el inicio de un aporte en psicoterapia clínica, al trabajar en el ámbito hospitalario con casos similares.

A nivel educativo, la Universidad de San Carlos puede abrir campo en la práctica supervisada del área clínica en el departamento de psicología, especializándose en los casos recientes de intervención quirúrgica, proporcionando estrategias y apoyo a las familias de los pacientes para encausar de mejor forma todo el período transitorio desde la pérdida hasta la aceptación de la nueva condición física del sujeto o bien la adaptación en la utilización de prótesis si el miembro lo permite.

A nivel social, se inicia un proceso a favor de la inclusión de las personas con discapacidad física, carentes de algún miembro, en este caso específicamente de los miembros inferiores, ya sea uno o ambos miembros. Emocionalmente brindará nuevas estructuras de resolución del conflicto a partir de las orientaciones brindadas por el especialista en salud, anticipando la información de las posibles conductas que puede presentar su paciente como familiar o bien al mismo paciente explicarle cuales son las etapas que vivirá a raíz de una situación traumática en su vida. El proceso de investigación es únicamente descriptivo, pretende explicar de la mejor forma posible los sentimientos, conductas, prevalencias, género y etapas que se evidencian durante el periodo de duelo, ejecutando entrevistas no estructuradas y registrando testimonios de pacientes que se ubican cerca de la etapa de aceptación, para formar un parámetro de las posibles conductas que se observan en pacientes con esa condición médica. Fortaleciendo a los psicólogos, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y todo el personal con el cual tiene contacto el usuario de un centro hospitalario, para emplear estrategias que se vinculen hacia la resolución del proceso de duelo tras la pérdida de un miembro del cuerpo con la menor presencia de factores psicosociales negativos, produciendo la aceptación en corto tiempo, evitando un duelo patológico.

La separación de una parte de la estructura corporal para cualquier individuo influye directamente en su movilidad física, funcionalidad dependiendo cuál sea el miembro amputado o la cantidad de estos, la dependencia a familiares es evidente en las etapas iniciales de su recuperación post operatoria, pero sobre todo en la percepción que tienen los sujetos de sí mismos: la actitud y la aceptación de su nueva forma física estéticamente hablando. El éxito o fracaso que se obtenga del proceso de rehabilitación influye directamente en sus relaciones sociales, empiezan a ser más evidentes los factores psicosociales negativos, estancando el proceso de resolución del duelo.

A nivel social se requiere de una campaña de concientización en todo ámbito, es muy poca la empatía que hay en el país hacia el grupo de personas que presentan alguna discapacidad física por consecuencia de amputaciones, ya que a nivel vial, se carece de rampas en las calles, los medios de transporte público no son adecuados para que éstas personas puedan trasladarse de un lugar a otro. En los centros comerciales han iniciado a colocar servicios sanitarios adecuados para ingresar sillas de ruedas, pero han olvidados los pasamanos en el interior de los mismos, adecuaciones que también deben realizarse dentro de los hogares de los sujetos que presentan la condición anteriormente mencionada. Pero sobre todo el lugar dónde debería iniciar las remodelaciones estructuralmente para el resto de empresas y edificios, son los lugares de atención médica, porque parece irónico que en el mismo lugar dónde se rehabilitan personas con amputaciones, deben liderar con varios inconveniente para hacer uso de un sanitario, por mencionar algunos: la puerta es demasiado angosta para que ingrese una silla de ruedas, los lavamanos están muy altos para poder usarlos; de la atención multidisciplinaria en cuanto al recurso humano de los centros hospitalarios a nivel general, se percibe cierta hostilidad por parte de los médico y enfermeras que tratan con éstos pacientes, olvidando que se encuentran en una situación emocional perturbadora, claro no se demanda un sentimiento de compasión o lástima; sino al contrario solamente se exige que su compromiso ético y profesional sea verídico y humano.

Desde el punto de vista psicológico debe comprenderse también como un proceso en el cual el sujeto debe readaptarse a una nueva condición de vida y sobre todo lograr reestructurar una precepción positiva y completa de sí mismo, identificarse como un ser humano completo, con más retos para salir adelante, pero que sigue dándose su valía como persona, que busca una trascendencia. Muchas veces los sucesos tan traumáticos como lo es la pérdida de un miembro puede tener efectos positivos, que impulsan al sujeto a no darse por vencido y emprender un nuevo camino con nuevos objetivos y metas, pero también puede

desviarse hacia una vertiente negativa, situación que los coloca en una posición vulnerable ante la depresión y/o consumo de sustancias adictivas. El concepto que se forme en cada sujeto y la percepción que pueda elegir, depende directamente de autoestima que presentaba la persona antes de ser amputado y del apoyo de los factores externos que reciba, primordialmente de la aceptación y estimulación constante por parte del primer grupo de relación social, de carácter más significativo, su familia. El terapeuta debe identificar el grado de apoyo externo que recibe el paciente recientemente amputado para complementar el impacto emocional que recibe el paciente tras haber sido intervenido. Ubicando bien en qué etapa de la resolución del duelo se encuentra y cuáles son las áreas débiles a trabajar en un proceso terapéutico, así mismo anclar a la familia al proceso, por ser el factor más imprescindible durante las etapas del duelo hasta llegar a la aceptación de la adaptación a la cual se afronta la persona.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y Marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

El tema a investigar es el proceso de duelo tras la amputación de miembros inferiores en pacientes adultos de ambos géneros con el apoyo inicial de afiliados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que asistentes al Hospital de Rehabilitación, concluyendo la investigación con el grupo de apoyo Amputados Unidos, durante el ciclo 2014 al 2015.

Todo proceso de pérdida es significativo para la vida de cualquier ser humano, entendiéndose que en el mismo proceso de adaptación de vivir sin el sujeto u objeto se atraviesa por periodos de altibajos emocionales, al comprender este fenómeno se describe un proceso de duelo; el cual se entiende como la separación permanente de un objeto, sujeto o lugar, proceso en el cual el individuo que lo vive se ve afectado. Se identificó que en el proceso pre y post-operatorio en muy pocos casos los pacientes reciben apoyo psicológico para afrontar de mejor forma el procedimiento médico.

Pero no solamente el paciente requiere de asesoramiento sino también los familiares que acompañan el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente, ellos también manifiestan una carga emocional pesada, con las variaciones emocionales que puede experimentar sus familiares y surge la interrogante base ¿Cómo reaccionar ante la circunstancia o si las conductas son normales? Tal situación es mucho más agobiante en los casos que los pacientes padecen de alguna enfermedad crónica que como complicación de la misma la amputación es la alternativa más inmediata que puede proporcionar alivio, como lo es el caso de los pacientes con diabetes. El departamento de psicología del hospital de rehabilitación del instituto guatemalteco de seguridad social –IGSS-

se ocupa del proceso anímico de los pacientes, pero no se ha encargado de orientar a la familia del paciente describiendo cómo será en el proceso de aceptación y adaptación ante la nueva condición física.

La descripción del proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente con fines de amputación toma un carácter relevante en la actualidad, a nivel social se le da demasiada relevancia al aspecto físico (estética) y sobre todo a la funcionalidad que pueda proporcionar una persona. El conocer cuáles son las reacciones emocionales más comunes que pueden presentarse durante el trabajo de duelo desde la negación hasta llegar a la aceptación del mismo facilita el acompañamiento tanto para profesional en la salud como para los miembros de su familia por ser el núcleo social inmediato tiende a ser un factor influyente para contribuir al proceso de rehabilitación.

Motivo por el cual uno de los objetivos es determinar ¿Cuáles son las etapas de duelo más frecuentes en el proceso?, durante el periodo de adaptación, según la información recabada con la población de muestra, a través de entrevistas estructuradas, observaciones y testimonios, se puede explicar de mejor forma los sentimientos que experimentan los pacientes que tienen un proceso transitorio en el hospital y así pueda asesorar a los familiares de próximos pacientes que hagan uso de los servicios de la institución y presenten las mismas condiciones físicas, médicas y emocionales.

La investigación es de modalidad descriptiva requería que la investigadora tuviera un contacto directo con la población, sobre todo con la muestra que debía reunir algunas características: Ser adultos de ambos sexos que hayan sido amputados, de uno o dos miembros inferiores, por motivos diversos.

El registro que se obtendrá con la utilización de la escala de Bartehl, tiene gran riqueza en sus datos, debido a que con ellos se puede determinar cuál es el autoconcepto que manejan los usuarios del centro de rehabilitación. Lo cual se puede ir vinculando al mismo tiempo con las corrientes existencialistas, para que el paciente resulte de la mejor forma su proceso de duelo.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 Contextualización Nacional

El país de Guatemala en relación al tema de Discapacidad no cuenta con la sensibilización social idónea para la atención y desarrollo pleno como ciudadanos que presenta alguna discapacidad. La legislación en el país está estructurada de forma incompleta ya que carece de protocolos de ejecución y muy pocas entidades privadas se han tomado en cuenta las modificaciones necesarias para la inclusión de las personas, específicamente en el ámbito que se refiere a la discapacidad física (adquirida), por amputaciones, los sujetos enfrentan dificultades severas para su movilidad y acceso a oportunidades en general.

Se ha desvirtuado la percepción de la discapacidad como una condición que requiere apoyo social y compromiso empresarial para visualizarse como un conformismo individual en el cual las personas que tienen la discapacidad física por amputación recurren a implorar algún aporte económico en las calles y dejan por un lado su rehabilitación para superar las limitaciones que son implícitas en la condición no logrando así su autosuficiencia.

En cuanto al acompañamiento psicológico que requiere el proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente con motivo amputación se manifiesta en porcentajes bajos; ya que por situación cultural de la población guatemalteca no se busca o solicita de apoyo profesional para el proceso requiere la adaptación de la persona que presenta amputación y institucional muy pocos centros de salud cuentan con el servicio de psicología en función de la preparación, asimilación y aceptación de la amputación tanto para el paciente como para el acompañamiento a la familia.

1.1.2.2 Antecedentes

La investigación realizada por Maritsa Noemí Hernández Rodríguez Titulada “Las lesiones de la columna y su posible relación con la depresión en mujeres que asisten al hospital general de accidentes del IGSS”, elaborada en el año 2007, tuvo como objetivo principal indagar sobre la relación entre las lesiones físicas y el trastorno de ánimo depresión, investigación en la cual concluyó que los pacientes manifiestan sentimientos de incapacidad, dolor constante que desencadena un cuadro depresivo fácilmente por lo cual la familia es uno de los elementos más beneficiosos para el proceso de recuperación. Recomendó en su investigación al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS, se crearán programas de ayuda individual en el área de psicología en beneficio de los pacientes. Situación que en el 2014 sigue siendo una debilidad en el centro hospitalario, ya que el departamento de psicología atiende procesos anímicos leves y no procesos más complejos como lo es una resolución de duelo por la pérdida de un miembro, sobre todo por la influencia o rechazo social que puede percibir el paciente, ya que la estructura física-estética tomo mayor relevancia en los últimos años.

1.1.2.3 Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.¹

¹ Equipo editorial Oceano, *Primaria Activa* Enciclopedia escolar. Grupo Océano, MMIII Editorial Océano. Barcelona, España, p. 345

1.1.2.3.1 Características y síntomas de la diabetes

Esta enfermedad ocasiona diversos trastornos, como:

- * Eliminación de orina en exceso,
- * Sed intensa y
- * Adelgazamiento.

1.1.2.3.2 Tipos de diabetes

Diabetes de tipo 1

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.

Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

1.1.2.3.3 Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).

- ✓ La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- ✓ La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera.
- ✓ La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.
- ✓ La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.
- ✓ En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.²

1.1.2.3.4 Prevalencia

“En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.

- Se calcula ingresos bajos y años, y un 55% a mujeres.
- Casi la mitad de esas que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de
- muertes corresponden a personas de menos de 70
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.

1.1.2.3.5 Tratamiento

La modalidad más común es el uso de la Bomba de infusión de insulina.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos sus tipos, es imprescindible la educación terapéutica en diabetes que impartida por profesionales sanitarios (médicos, nutricionistas o enfermeras) persigue el

² Centro de prensa de OMS. **2013 Definición de la diabetes utilizada en las estimaciones: paciente con glucemia en ayunas.** Blog <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (dieta + ejercicio físico + tratamiento medicamentoso -si precisa-).

1.1.2.3.6 Intervenciones en el estilo de vida

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son la ingesta excesiva de alimentos y una forma de vida sedentaria, con el consiguiente sobrepeso y obesidad.

Un tratamiento completo de la diabetes debe incluir no solo una dieta especial para el tratamiento de la patología y ejercicio físico moderado y habitual, sino también un control médico constante.

1.1.2.3.7 Dieta

Mantener una dieta especial es una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. Ya que no hay ningún tratamiento que cure la diabetes. Lo que significa es que el diabético no debe hacer muchas comidas con contenido de harina blanca. Elegir panes y pastas hechas de harina integral es no solo mucho más saludable sino que también va a ayudar a la persona controlar mejor la insulina que el cuerpo produce.

En el mercado hay productos hechos para los diabéticos, denominados "sin azúcar". Estos productos tienen contenidos de azúcar artificial que no tiene calorías pero le da el sabor dulce a la comida. Se debe, no obstante, tener mucho cuidado con estos productos, ya que "sin azúcar" (o sin carbohidratos con índice glucémico alto), no es lo mismo que "sin carbohidratos". Además, este tipo

de alimentación "para diabéticos" suele ser mucho más cara que la normal; por lo que, en general, se desaconseja su consumo.

Alimentos convenientes

Son los alimentos que pueden ser consumidos por la persona diabética sin exceder la cantidad ordenada por el nutricionista se encuentran; harinas: Arroz, pastas, papa, yuca (mandioca), mazorca, plátano, avena, cebada, frijol, lenteja, garbanzo, soya, arvejas, habas, panes integrales y galletas integrales o de soja. En las frutas son convenientes las fresas, guayabas, mandarina, papaya, patilla, melón, piña, pera, manzana, granadilla, mango, maracuyá, moras, naranja, durazno, zapote, uvas, banano, y mamey. En cuanto a los lácteos son convenientes la leche descremada, cuajada, y yogur dietético. También son saludables las grasas de origen vegetal como el aceite de maíz, la soya, el aceite de girasol, ajonjolí y de oliva.

1.1.2.3.8 Ejercicio físico

El ejercicio es otro factor muy importante en el tratamiento de la diabetes, ya que la persona debe bajar de peso y la actividad física es necesaria en este procedimiento. El ejercicio también afecta los niveles de insulina que produce el cuerpo y sensibiliza los tejidos a la insulina.

1.1.2.3.9 Complicaciones

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de glucemia (azúcar en la sangre) conduce a sufrir enfermedades agudas y enfermedades crónicas:

Complicaciones agudas

Estados hiperosmolares: llamados de manera coloquial "coma diabético", comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS). Ambos tienen en común como su nombre lo dice, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. Esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 250 mg/dL, llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dL. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente.

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM (diabetes mellitus) tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis.

Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones o ausencia de tratamiento, infecciones agregadas urinarias, respiratorias, gastrointestinales, cambios en hábitos alimenticios o de actividad física, cirugías o traumatismos, entre otros.

Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobre esfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

Complicaciones crónicas

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)
- Daño de los nervios periféricos (polineuropatía)
- Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina (retinopatía diabética)
- Daño renal Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal
- Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (Esteatosis hepática)
- Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas.
- Daño cerebrovascular: causados por una inflamación en la sangre lo que provoca un coagulo sanguíneo, esto obstruye una arteria y puede provocar necrosis en la zona afectada del cerebro.
- Cardiopatía: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- Coma diabético: Sus primeras causas son la Diabetes avanzada, Hiperglucemia y el sobrepeso.
- Dermopatía diabética: o Daños a la piel.
- Hipertensión arterial: Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "hermanadas".

La **retinopatía diabética** es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre percibiendo las imágenes borrosas.

La **neuropatía diabética** es consecuencia de la lesión microvascular diabética que involucra los vasos sanguíneos menores que suministra los nervios de los vasos. Los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen tercera parálisis del nervio; mononeuropatía; mononeuropatía múltiple; amilotrofía diabética; polineuropatía dolor; neuropatía autonómica; y neuropatía toracoabdominal.

La **angiopatía diabética** se caracteriza por una proliferación del endotelio, acúmulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera entre adultos no ancianos.

El **pie diabético** tiene una "base etiopatogénicaneuropática", porque la causa primaria está en el daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como "Neuropatía". En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la sensibilidad dolorosa y térmica, y que los músculos se atrofien, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura ósea.³

³Viáde Julia, *Pie Diabético, Guía para prevención, evaluación y tratamiento*; Buenos Aires, Madrid, Editorial: Médica Panamericana 2006; p 20-48.

1.1.2.4 Amputaciones

1.1.2.4.1 Definición:

“El diccionario de la RAE de la lengua (22ª. ed., 2001) nos informa de que la palabra *amputación* proviene del latín <<*amputatio/-onis*>>, y significa la acción y efecto de amputar. Por su parte, amputar de *amputare*, se traduce como cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él. Por tanto, una amputación supone una pérdida, generalmente de la extremidad inferior, de origen traumático o quirúrgico.”⁴

1.1.2.4.2 Causas de amputación

- Enfermedades vasculares:

“En la vasculopatía isquémica, el tratamiento de elección es una reconstrucción arterial, sin embargo la amputación de una extremidad, es la única vía que existe cuando no es factible ningún tratamiento que restituya la circulación arterial”⁵

Las amputaciones se efectúan conforme a cuatro grupos de vasculopatías principales que son:

- a. Arterioclerosis obliterante
- b. Arterioclerosis obliterante con diabetes
- c. Trombagitis obliterante
- d. Trastornos embólicos

⁴Alós Villacrosa, Jesús, *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular*, un problema multidisciplinar. Barcelona: Editorial Glosa, S.L. 2008; p 15.

⁵Cambell, *Cirugía Ortopédica*. 10ª. Edición. Editorial Mosby. 2004; p 537.

- **Traumatismos:**
Las amputaciones traumáticas completas de extremidades se producen ocasionalmente como consecuencia de accidentes violentos. Ejemplo accidentes con vehículos, máquinas y otros.
- **Neoplastias**
Las neoplasias o tumores óseos, pueden producir resorción del tejido óseo, lo que significa la destrucción del mismo.
- **Infecciones**
El 85% de las amputaciones de los miembros inferiores son relacionadas con la diabetes son precedidas de una úlcera en el pie.⁶

1.1.2.4.3 Tipos de amputaciones

Según el procedimiento quirúrgico que se presente en el momento de la amputación por su ubicación de corte recibe cierto nombre y clasificación por lo cual se reconocen los siguientes tipos de amputación:

Pierna

- Amputación de dedos
- Amputación parcial de pie (Chopart, Lisfranc)
- Desarticulación del tobillo (Syme, Pyrogoff)
- Amputación debajo de la rodilla (transtibial)
- Amputación en la rodilla (desarticulación de la rodilla)
- Amputación arriba de la rodilla (transfemoral)
- Rotación de Van-ness (Rotación del pie y reimplantación de forma que la articulación del tobillo se utiliza como rodilla)

⁶ Op. Cit: Cambell. p 537.

- Desarticulación de la cadera
- Amputación en la pelvis

Brazo

- Amputación de dedos
- Amputación metacarpiana
- Desarticulación de muñeca
- Amputación del antebrazo (transradial)
- Desarticulación del codo
- Amputación arriba del codo (transhumeral)
- Desarticulación del hombro y posterior amputación

1.1.2.4.3.1 Amputación de miembros inferiores

La remoción o separación de un miembro es una de las técnicas más terribles de la cirugía. Es tan repugnante a la humanidad, tan dolorosa al enfermo y tan arriesgada en algunas ocasiones que sólo se debe proponer cuando lo exige la necesidad. ⁷

Benjamin Bell

Para el desarrollo de una cirugía con fines de amputación son múltiples los factores que se han contemplado a lo largo del tiempo. Desde la aplicación del concepto *Cortar por lo sano*, en lugar de hacerlo por las zonas desvitalizadas, o la sustitución de alguna parte fundamental de determinado miembro, el descubrimiento de la anestesia, y los antibióticos con los que se evitan las principales complicaciones, hasta el desarrollo de las prótesis artificiales que han fluido según el tipo de amputación que se ha llevado a cabo.⁸

⁷ Benjamin Bell. *A System of Surgery. Edimburgo, 1782.*

⁸Ibidem, AlósVillacrosa, Jesús. *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular.* Un problema multidisciplinar. Editorial Glosa; Mataró. 2008; p 24.

1.1.2.4.3.1.1 Historia natural de la enfermedad vascular periférica

La patología vascular de las extremidades puede ser causada por diversas enfermedades, pero tiene sin duda como común denominador la naturaleza degenerativa de las mismas, que conduce a un progresivo deterioro del sistema vascular, la presencia del daño por isquemia y, en último caso una necrosis irreversible de los tejidos, lo cual conduce a la necesidad de remover el miembro denominado territorio afectado.⁹

La etiología más frecuente de una gangrena es la obliteración arterial que puede tener su origen en una enfermedad degenerativa (*arterioesclerosis*), metabólica (*diabetes*), inflamatoria (*arteritis*), traumatológica, infecciosa (*embolismo séptico*); así como el caso de trombosis venenosa masiva con afectación isquémica secundaria, aunque ésta no es frecuente no puede excluirse de las posibles enfermedades degenerativas que pueden producir un caso de miembro intoxicado que requiere de amputación.

Arteriopatía diabética

La diabetes afecta de forma difusa a todos los sectores del sistema arteria. La alteración metabólica provocada por la diabetes produce cambios en la estructura que pueden ser previos incluso al diagnóstico de la propia enfermedad. La prevalencia de enfermedad arterial es mayor que en los no diabéticos. En las extremidades inferiores la probabilidad de experimentarla es de tres a cuatro veces superior a la población no diabética. La claudicación intermitente se presenta con el doble de frecuencia.

⁹MiqueslAbbad, Carles; **Historia natural de las enfermedades vasculares**. Editorial Glosa; Barcelona 2008; p 27.

Se hizo mención anteriormente que la diabetes como enfermedad crónica degenerativa que afecta todos los sectores vasculares, aunque en las extremidades es más frecuente el daño.

La amputación pretende anular la fuente de dolor resacando el tejido muerto, gravemente infectado y tratando al mismo tiempo de mantener la funcionalidad y un nivel de calidad de vida aceptable. A pesar de las grandes mejoras tecnológicas, es una realidad, para un porcentaje de pacientes que la amputación suele concentrar mucha patología asociada, y que el procedimiento mantiene unos índices de morbimortalidad muy elevados.

El determinar que un paciente requiere de la amputación depende única y exclusivamente de una correcta evaluación clínica. Con los datos obtenidos en la historia, la exploración clínica y los parámetros objetivos de las exploraciones funcionales hemodinámicas, una amputación de entrada se debería plantear en los siguientes casos.

- Isquemia grave con lesiones cutáneas y/o musculares extensas irreversibles.
- Isquemia aguda de más de 24 horas de evolución con alteración sensitivo-motora.
- Repercusión sistémica de la isquemia en forma de insuficiencia renal o cuadro séptico
- Constatación de la ausencia de troncos distales permeables en la exploración dinámica y angiográfica. En estos casos puede intentarse una exploración quirúrgica distal previa a la amputación.

- Lesiones isquémicas más o menos extensas acompañadas de retracciones articulares irreductibles, que suelen darse en pacientes encamados.¹⁰

1.1.2.4.4 Nivel de corte de amputaciones de miembros inferiores

Según su nivel de corte las amputaciones pueden ser:¹¹

- ✓ Amputaciones menores: Son aquellas que se limitan al pie.
 - a) Amputaciones distales de los dedos: Están indicadas cuando la lesión necrótica se circunscribe a las zonas acras de los dedos.



- ✓ Amputación digital tranmetatarsiana

Este tipo de amputación tiene la ventaja, sobre las más proximales, de que la deformidad del pie es mínima, mantiene su funcionalidad y que no precisa rehabilitación.¹²

¹⁰Ibidem, AlósVillacrosa, Jesús. **Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular**. Capítulo 6 Revascularización frente a amputación primaria en la isquemia crítica, Josep Mariel-Lo Roura; Editorial Glosa; Mataró. 2008; p 105.

¹¹Álvares J., Carreño J., Rodríguez J. **Amputaciones en el pie diabético**. Capítulo X. Endocrinología 6ta Ed. Chicago Illinois, 2010. P. 2

¹²Ibidem. p 3.

✓ Amputacióntransfalángica

La resección de tejido es mínima y no precisa de rehabilitación, ya que después de la misma el pie se mantiene con una buena funcionalidad.

✓ Amputacionesatípicas

Son aquellas circunscritas al pie y técnicamente menos estandarizadas. Están indicadas cuando existe una infección o una gangrena no estabilizada, en función de salvaguardar el apoyo plantar del pie y, sobre todo, el del primer dedo, que tiene un papel muy importante en una dinámica del mismo.

b) Amputaciones transmetatarsiana: se basa en la resección de la totalidad de las falanges y de la epífisis distal de los metatarsianos. Se consigue una aceptable funcionalidad del pie y no precisa de rehabilitación compleja.¹³



✓ Amputación de Syme

Descrita por este autor en 1842, se realiza a nivel de la articulación del tobillo. Se consigue un buen muñón de apoyo, restando espacio suficiente entre el extremo del muñón y el suelo, para la adaptación de la prótesis que supla sus funciones.¹⁴

¹³Ibidem, p 5.

¹⁴Álvares J., Carreño J., Rodríguez J. Loc.cit.

✓ Amputaciones infracondílea

Tiene la ventaja, sobre la supracondílea, de preservar la articulación de la rodilla, lo que facilita la prótesis de aquellos pacientes en los que, por sus condiciones físicas, no sería posible realizarla en el caso de amputaciones más proximales.¹⁵

✓ Amputación de Pirogoff

Técnicamente es similar a la de Syme, diferenciándose únicamente en la conservación de una porción de hueso calcáneo como zona de apoyo.¹⁶

✓ Desarticulación de la rodilla

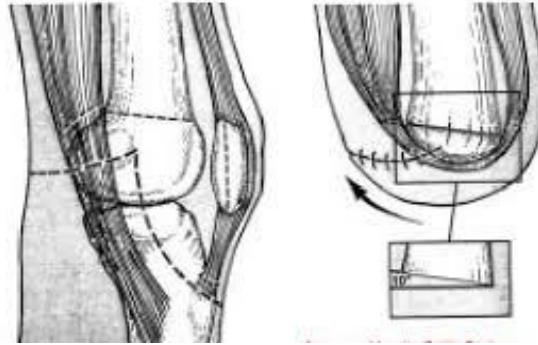
Su técnica es semejante a la seguida en la amputación infracondílea, y se supone la ventaja de que no precisa de la sección ósea. Desde el punto de vista funcional, y con respecto a la supracondílea, su muñón de sustentación terminal presenta un brazo de palanca más largo y controlado por sus músculos potentes y por tanto una mejor posibilidad de rehabilitación funcional.

c) Amputación supracondílea: En este tipo de amputación se pierde la articulación de la rodilla y la carga protésica se concentra en la zona isquiática y no directamente sobre el muñón.¹⁷

¹⁵Ibidem. p 6.

¹⁶Loc. Cit.

¹⁷Álvares J., Carreño J., Rodríguez J. **Tratado de pie diabético.** P 8.



✓ Amputación en guillotina

Indicada cuando la infección abarca amplias estructuras del pie con progresión extensa a través de las vainas tendinosas de la pierna. Consiste en una sección por encima de los maléolos y perpendicular al eje de la pierna, de la piel, tejidos blandos y huesos. Una vez controlada la infección se procede a realizar, en un segundo tiempo, una amputación estandarizada.¹⁸

1.1.2.3.5 Complicaciones

La amputación es una intervención compleja, cuyas complicaciones constituyen a menudo el fracaso de la intervención y consecuencias graves, las principales son:

1. El hematoma
2. La infección
3. Fracaso en la cicatrización como consecuencia de una inadecuada elección de nivel de amputación.
4. Percepción de la extremidad amputada – *Síndrome del miembro fantasma*-
5. Contractura en flexión de la articulación de la rodilla o cadera por dolor en el muñón.¹⁹

¹⁸Ibidem. p 9.

¹⁹ Loc. Cit. p 9.

1.1.2.5. Duelo

1.1.2.5.1 Concepciones del duelo y la salud mental

Para hablar de duelo se deben conocer la premisas de las teorías psicológicas que han modelado la comprensión del duelo, la teoría psicoanalítica y la teoría de la vinculación quizá tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a las pérdidas que pueden acompañar la experiencia traumática, ya que si nos remontamos en los hallazgos de Sigmund Freud es válido mencionar que, él abordó el duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado.²⁰ Para la teoría psicoanalítica y de modo general el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en uno nuevo.²¹

El duelo también es llamado proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo) se adapta y se dispone a vivir sin ello.²² Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo experimenta cambian a lo largo del mismo. Y se trata de que durante el mismo proceso la persona que está activamente implícita, vaya ejecutando una serie de tareas necesarias para lograr esa re-adaptación.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecen entre sí, y en consecuencia, de cómo se hace posible la

²⁰Freud S. ***Duelo y melancolía*** Freud S. Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España; 1948. p 1087-1095.

²¹Fernández, Rodríguez, Diéguez. ***Intervenciones sobre el duelo. Culpa elementos para una psicoterapia estructurada.*** Ecosura, Madrid 2004. p 118.

²²Ibidem, 117.

sociedad. En la guerra o en las catástrofes, el proceso es de destrucción de los lazos afectivos establecidos y el método por el que se llega a ello es abrupto y traumático; al mismo tiempo la tarea general de la sociedad y la individual que experimenta la situación.

1.1.2.5.2 Etapas del duelo

Hay que tener claro que es un conjunto de fases de adaptación que, pasando por distintos estadios, ayuda a comprender y tolerar la nueva situación. Para poder sobreponerse a la pérdida de un miembro es necesario vivir las etapas del duelo. Existen algunos autores que mencionan diferentes etapas. Unos mencionan tres (Grollman, 1986; Rando, 1988; Bourgeois y Verdoux, 1994; Filgueira, 1995; Valdés y Blanco, 1997; Neimeyer, 2000 En: Ochoa de Alda, 2002), otros hacen referencia a cuatro (Bowbly, 1983b; Fernández y Rodríguez, 2002) e incluso siete etapas como en el caso de Kübler-Ross, 1974; Parkes, 1975.

En este caso, en la amputación se hará referencia de cinco etapas.

- **Negación:** Esta es la primera etapa del proceso, permite amortiguar el dolor y asimilar la pérdida, se presenta más marcada cuando es una noticia inesperada. Se reconoce por el “no puede ser” “no lo puedo creer”, etc.

- **Ira:** Se piensa que la pérdida fue injusta, se presenta rabia, envidia y resentimiento, suele haber quejas por todo, además de muchas lágrimas, culpa y vergüenza.

- **Negociación:** Se busca llegar a acuerdos para superar la pérdida, puede ser por medio de acondicionamientos en las expectativas, consigo mismo, con Dios (si la persona profesa alguna religión). En esta fase, los pacientes intentan posponer la realidad de la amputación y la mayoría intentará regatear con su doctor o alguna autoridad superior como, por ejemplo, una figura religiosa.
- **Depresión:** Se presenta cuando ya no se puede seguir negando la pérdida, la persona se debilita, se siente mal, triste o intranquilo; este estado es generalmente temporal y es preferible que se apoye a la persona a superarlo, al permitir a la persona expresar su dolor y buscar una forma de llevarlo a cabo, la aceptación final llegará prontamente.
- **Aceptación:** Es la etapa en la que se acepta la pérdida y se asume que se debe seguir sin aquello que ya no es parte de sí mismo, es en esta parte del proceso en la que se llevan a cabo introyecciones que permiten el aprendizaje de la nueva condición que acaba de comenzar, además de incorporar nuevos fines, intereses y relaciones a la vida.”²³

El duelo estructurado por etapas, sentimientos, somatizaciones y un desenlace ante el fenómeno u objeto de pérdida. Es válido enfatizar que el mismo no es un estado natural luego de cierto período de tiempo, ya que el doliente tras atravesar las fases que conforman el mismo debe obtener una resolución a la situación que ocasiona el sufrimiento o tristeza.

²³FARFÁN, MARIA TERESA. *Las Etapas de Duelo*. <http://mombita.com/etapas-del-duelo/> Fecha de publicación: 31 de mayo de 2012. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2014

Se han propuesto una serie de fenómenos o síntomas que pueden utilizarse como punto de referencia ante el proceso de duelo y la reacción que tienen los pacientes ante la pérdida del miembro removido, clasificados de la siguiente forma:

- ✓ **Sentimientos:**Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, y/o anestesia emocional.
- ✓ **Sensaciones físicas:**Molestias gástricas, dificultades para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos de sueño.
- ✓ **Cogniciones:**Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del fallecido, objeto o miembro de pérdida y/o del evento traumático.
- ✓ **Alteraciones perceptivas:**Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, o sensoriales en el caso de la pérdida de miembros suele presentarse el fenómeno del miembro fantasma, en el cual las personas expresan sentir dolor, comezón del miembro amputado e incluso omitiendo el dato de su memoria lo cual en muchos casos produce caídas de los sujetos., generalmente son transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia.

- ✓ **Conductas:** Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño alteraciones, frecuencia de sueños donde se revelan los deseos reprimidos de aún poseer la extremidad amputada o la situación traumática, distracciones abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conducta de búsqueda del miembro o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionadas con el desaparecido y/o objeto.²⁴

1.1.2.5.3 Factores que influyen en el duelo

Superar un duelo requiere tiempo y un gran esfuerzo personal. El esfuerzo que debe hacer el doliente para superar la pérdida de forma “normal” es lo que varios autores han denominado “trabajo de duelo”; el cual incluye estar activo, expresar los sentimientos, construirse una nueva identidad y rehacer la vida, durante el trabajo de duelo el apoyo del grupo afectivo inmediato *la familia*, es indispensable para el avance significativo que tendrá el sujeto amputado o que esté pasando por un proceso de duelo por fallecimiento de un ser querido.

La duración del tiempo es siempre variable y depende de distintos factores, que en general, los sentimientos más intensos y agudos empiezan a remitir entre los seis meses. Después de la pérdida algunas personas continúan experimentando sentimientos de duelo durante un periodo más largo. Este largo proceso no se considerará anómalo, a no ser que sea de tal intensidad que impida al superviviente adaptarse, reorganizando su vida y reintegrándose al mundo real.

²⁴Parte del contenido del artículo: Ortego Mc y Alconero AR; 2001. *El duelo enfermería científica*, Universidad de Cantabria, 236-237, p 46 -51.

Ciertos elementos: una fecha, una canción, un lugar, pueden reavivar el duelo o bien evocar recuerdos del motivo de la amputación, después de prácticamente haber desaparecido. Con el paso del tiempo la intensidad de los sentimientos emocionales experimentados se van mitigando. En este sentido el tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a recordar con serenidad y aceptación los hechos, adaptarse al cambio y calmar los sentimientos. Sin embargo, la frase popular del *el tiempo todo lo cura*, es válida únicamente si se toma como elemento primordial de un duelo como trabajo, en el cual se afronta la pérdida sin negarla, inhibirla o posponerla y se atraviesa por el dolor sin evitarlo.²⁵

En la resolución normal de un duelo influyen una serie de factores (Novel y Lluch, 1991; Espina, 1995; Ripoll, 1997; Valdés y Blanco, 1997) como:

- ✓ Recursos personales de afrontamiento y adaptación a la crisis
- ✓ Circunstancias específicas de la pérdida, es más difícil aceptar el proceso cuando el suceso que la produce es repentino o imprevisto.
- ✓ Vínculos y significado de la pérdida. Según Valdés y Blanco 1997; comentan que la organización es mucho más difícil en personas de edades avanzadas que sufren el desapego del objeto amado.
- ✓ Recursos de apoyo disponibles. Red de apoyo familiar, fraternal o comunitario. Está demostrado que el apoyo social es un factor fundamental en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con buen apoyo social pueden tolerar las situaciones de estrés sin enfermar, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves desarreglos

²⁵Fernández y Rodríguez, *El duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado*, Universidad Complutense de Madrid, 2002, p: 26-38.

somáticos y psíquicos si no se cuenta con una buena red de apoyo que ayuda a afrontar las situaciones críticas.²⁶

- ✓ Estado físico y emocional, algunos autores indican que el mejor predictor de desenlace negativo del duelo es la falta de salud física o mental anterior al suceso, lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de duelo.

1.1.2.5.4 El duelo patológico

El duelo no se considera como un trastorno psíquico, sino como una reacción normal ante la situación de pérdida. En este sentido no sería normal la ausencia de esta respuesta. La diferencia entre un duelo normal y uno patológico se encuentra en la intensidad y la duración de las reacciones emocionales. La incidencia y la prevalencia del duelo patológico oscila según diferentes autores entre el 5-20% de las reacciones de duelo.²⁷ Además de la presencia intensa o duradera de este tipo de conductas, también consideran duelos patológicos los siguientes:

- ✓ Duelo reprimido: Es en el cual el sujeto no se aflige por la pérdida e incluso a veces se vanagloria de su autocontrol, como si rehusara sentir dolor por la pérdida; suele presentar somatizaciones como cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc. como producto de su represión.
- ✓ Duelo aplazado: El sujeto no exterioriza ningún tipo de sentimiento relativo a su pérdida, pero al cabo de cierto tiempo, con motivo de una pérdida diferente e incluso menos importante, la muerte de un animal de compañía, por ejemplo, reacciona con manifestaciones de aflicción

²⁶Op. Cit: Ortego Mc y Alconero AR.

²⁷ Clayton, P.J. Duelo. *Psicopatología de los trastornos afectivos*, Editorial Pirámide, Madrid; Paykel 1985, p. 601-621.

bastante exageradas, que están motivadas realmente por la primera pérdida.

- ✓ Duelo crónico: El sujeto manifiesta un duelo intenso, durante un tiempo más prolongado de lo que se considera normal. La aflicción es tal, que no le permite reorganizar su vida. ” (Gorer, 1965), que consiste en dejar las cosas como estaban antes de la amputación. También puede aparecer la “conmemoración”, hacer algún tipo de homenaje o ritual diario al miembro perdido.
- ✓ Idealización: El sujeto recuerda únicamente las características positivas y tiende a aferrarse a su prótesis para desplazar su objeto de apego. Esta desvalorización de toda persona, distinta a él puede acarrear serios problemas en las relaciones con ellas, e impedir que el superviviente entable otras relaciones, porque piensa que la “perfección” sólo se alcanza una vez, al estar “completo”.
- ✓ Identificación. El sujeto manifiesta comportamientos, síntomas, actitudes, como de las otras personas ya rehabilitadas, como si así pretendiera mantenerlo “vivo”, o bien pretender ser totalmente independiente con sus prótesis al igual que cuando tenía su miembro naturalmente, sin ubicar realmente que siempre habrá algún rango de dificultad al desenvolverse, porque la prótesis es una opción de traslación más no es la solución completa a su nueva condición.
- ✓ Euforia: Este es el menos frecuente. Se pueden presentar en dos maneras diferentes: en la primera de ellas, la euforia va acompañada de un no reconocimiento de que la pérdida ha ocurrido de hecho, así como de sentimientos persistentes de que el miembro se halla presente. En la segunda modalidad, se acepta como gratificante para el que ha vivido la pérdida, o la resignación en cuanto que es mucho mejor haber perdido un miembro y no la vida.

La presencia de alucinaciones aisladas no debe considerarse patológicas ya que resultan relativamente frecuentes, especialmente en ancianos.²⁸

1.1.2.5.5 Estrategias de ayuda a las personas en duelo

Los profesionales de la salud, están en contacto continuo con los dolientes y sus familiares, deben poseer un amplio conocimiento del duelo y las habilidades para el manejo de emociones y experiencias vitales con el dolor humano, estar conscientes del trabajo en cuanto a la ayuda y consuelo eficaz a las personas que pasan por el trance de perder a un ser querido, un empleo, un patrimonio o bien alguna parte del cuerpo.

Los objetivos de la intervención deben consistir en favorecer el trabajo de duelo para ello es importante:

- ✓ Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida
- ✓ Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella
- ✓ Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido.
- ✓ Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.
- ✓ Respetar el silencio si el doliente nos hace llegar, mediante comunicación verbal como no verbal, este deseo.
- ✓ Acompañar y escuchar al afligido
- ✓ Compartir información sobre el proceso de aflicción. Hacerles conocer cuáles son las reacciones habituales en estos casos, para que comprendan que no es anormal lo que experimentan.

²⁸Santiago López, Alvarez María; **Ciencias Psicosociales II**, Cap.11 El Duelo. Open course ware, 3ra. Edición, Universidad de Cantabria. 2002; p 124.

- ✓ Informarles de la probabilidad de experimentar un sentimiento transitorio de culpabilidad.
- ✓ Indicar la importancia de mantener una comunicación abierta dentro del sistema familiar.
- ✓ Promover el apoyo emocional e instrumental de otros miembros de la familia y allegados.
- ✓ Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos.
- ✓ Identificar patología y derivar.²⁹

El modelo del duelo, entendido como un proceso en el que alguien ha sufrido la pérdida de alguien o algo importante para él, se adapta a vivir sin ello, resulta de utilidad para estructurar la ayuda que puede presentarse a personas que sufren pérdidas como consecuencia de guerras, violencia, catástrofes o experiencias traumáticas. Tiene la ventaja sobre los modelos que entienden estos mismos problemas como resultado de una agresión al organismo por un agente traumático de otorgar un papel al superviviente y a su entorno en el proceso de resolución y tiene, por sí misma un sentido normalizador.³⁰

En el desarrollo ontogénico del ser humano, existe la posibilidad de pérdidas frecuentes que obligan a realizar un trabajo de duelo. Es importante tomar en cuenta la forma de expresar el duelo en cada sujeto ya que el mismo se puede manifestar de diferente manera, ya que el proceso de superación de una pérdida está íntimamente relacionado con el grado de identificación que se tenga con el objeto amado, es por ello que se cree que depende en gran medida de los

²⁹ Loc. Cit;

³⁰ Díaz del Peral, Fernández Lira A. González Aguado F. Ibañez Rojo, Massip Amorós, Rodríguez Vega. **Los programas de salud mental de médicos del mundo en los conflictos balcánicos**. Cuadernos de psiquiatría comunitaria 2. 2002. p 18-26.

recursos o mecanismos emocionales o personales con que cuente un ser humano para poder solucionar su pérdida, y obtener así las herramientas idóneas que permitan experimentar un duelo exitoso.³¹

De acuerdo con Heidegger: El duelo, tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve una serie de sentimientos que precisan de tiempo para resolverse³². El tiempo que cada ser humano requiere se determina en función de cómo cada sujeto construye y da sentido a lo que sucede, es decir, al desarrollo de su propia estructura psíquica, de manera que el morir no es un hecho dado sino un fenómeno que hay que comprender existencialmente.

Con frecuencia se dice que las personas que pierden un miembro físico o la función del mismo sufren de depresión, sin embargo, éste dato es subjetivo, ya que depende de la reacción del sujeto ante la pérdida y ante el proceso de recuperación, es decir que si el trabajo de duelo no se manifestó de forma patológica, más bien el proceso terapéutico en los casos que tiene acceso al acompañamiento psiquiátrico, es normal, entendiéndose la normalidad como la aceptación de la pérdida sin alteraciones que finalmente concluye con la adaptación funcional ante el proceso de recuperación.

Los conceptos de pérdida y muerte, siempre irán acompañados de un proceso de duelo, en algunas ocasiones las personas prefieren no hablar ni pensar en ello, ya que desprenderse de un ser amado o bien un miembro físico, resulta amenazante, por ello Freud ³³ opinó que “cada uno de nosotros está

³¹ Manzo Chávez, María del Carmen, Sierra Mier, Elva Alicia; ***Proceso de duelo y adaptación después de una amputación en la adolescencia. Un estudio de caso.*** Facultad de Psicología de la Universidad de San Nicolás Hidalgo, México. Uaricha Revista de Psicología; Nueva época. 2012. p 34.
http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0920_025-035.pdf

³² Heidegger. M ***El ser y el tiempo.*** Fondo de cultura, México, 1983, p 262.

³³ Freud, S.; ***Duelo y melancolía.*** En Obras completa Tomo XIV, Argentina: Amorrortu, 1923 / 2001: p. 290

convencido de su inmortalidad”, lo cual se presenta como una forma de defensa ante la situación amenazante cuando se afronta una pérdida dolorosa.

La ausencia del objeto amado suele ser en ocasiones trágica, desde un punto de vista realista, lo perdido puede verse como algo que ha desaparecido, sin embargo, esta conclusión conduce a un camino de dificultades, pues no es fácil que cada uno enfrente algo que ya no le pertenece porque se encuentra fuera del sí mismo. El duelo normal no es posible en ausencia de las funciones de un Yo y un Super yo normales. Ya que al descubrir que el yo y super yo de los sujetos poseer un nivel superior de integración, aunque excesivamente severo; cuentan con una integración de las representaciones del sí mismo (libidinal y agresivamente), una adecuada integración de las representaciones objetales totales (libidinal y agresivamente), y un armonioso mundo de representaciones objetales internalizadas, que incluyen los miembros significativos de la familia, amigos cercanos, tomando en cuenta también a los grupos sociales y de auto-apoyo, que promueven una identidad cultural. Todo ello son aspectos relevantes durante el tratamiento de las personas amputadas, ya que en momentos de crisis el individuo puede recurrir temporalmente a su mundo interno, como forma de refugio para ayudarse en los momentos dolorosos de recuperación, para facilitar el proceso terapéutico o la resolución del duelo.

1.1.3 Delimitación:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital de Rehabilitación del Instituto de Seguridad Social –IGSS-, ubicado en la 14 ave. 4ª. Calle zona 12, Colinas de Pamplona, así mismo con el grupo de apoyo Amputados Unidos que no cuentan con una sede física y tienen sus reuniones en diferentes lugares de comida rápida o en los domicilios de los miembros, ubicadas dentro del territorio metropolitano, para compartir sus experiencias en relación al proceso de

rehabilitación. El estudio se realizó con una muestra de 20 personas con amputaciones de miembros inferiores, situados en un nivel socioeconómico bajo, procedentes de diversos lugares en su mayoría provenientes de la capital , Ciudad de Guatemala, ubicados en edad adulta entre el rango de 18 a 80 años de edad.

El trabajo de campo se ejecutó en el período del mes de agosto del año 2014 al mes de enero del 2015, siendo programadas las sesiones para poder aplicar los instrumentos los días que determinará la Dra. Encargada del departamento de Amputados del Hospital de Rehabilitación o bien de las fechas de reunión del grupo de apoyo. Los instrumentos como: Entrevista, Escala de Barthel y testimonio fueron aplicados en una sola sesión por persona, demorando 30 minutos.

El factor predominante para el estudio es el proceso de aceptación tras la amputación así mismo el acompañamiento familiar que el individuo recibe durante su proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- cuenta con un grupo multidisciplinario que se encarga de evaluar, atender y rehabilitar a los usuarios del hospital, atendiendo pacientes con lesiones mínimas o bien lesiones severas, tomando en cuenta su valoración clínica se le refiere una rutina de rehabilitación, haciendo uso del salón de fisioterapia, hidroterapia, gimnasio, área de rampas, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, trabajo social, taller de prótesis y encamamiento. La atención de pacientes puede ser ambulatoria o de sala. Se atiende a la población afiliada al instituto, en su mayoría trabajadores y/o pensionados.

2.1 Técnicas

2.1.1 Técnica de muestreo:

- Se trabajó la técnica de muestreo intencional bajo los siguientes criterios de inclusión: como sujetos de estudio a veinte pacientes asistentes a los diferentes centros hospitalarios del país por motivo de su proceso de rehabilitación, haber sido intervenidos quirúrgicamente por amputación de miembros inferiores, sujetos adultos entre las edades de 18 a 80 años de edad.

2.1.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- **Observación:** Se empleó esta técnica durante todo el proceso de indagación de la investigación con la finalidad de evaluar las reacciones emocionales que presentaban las personas que conformarían el grupo de sujetos de estudio. Así mismo para asegurar el universo de sujetos asistentes a los centros hospitalarios por amputaciones en otros

miembros del cuerpo, no pertenecientes a la muestra que se requiere para el estudio. Ejecutándose de forma mixta (grupal – individual) dentro de las instalaciones del centro hospitalario y al momento de interactuar con los sujetos entrevistados.

- **Consentimiento informado:**Obedeció a la autorización por parte de los sujetos participantes de forma voluntario al uso y manejo de la información proporcionada, sobre el objetivo y beneficios de la investigación, se manipuló el instrumento en la primera y única sesión en la cual se concentró un grupo homogéneo de pacientes amputados, durante el 14º encuentro de amputados organizado por el Hospital de Rehabilitación, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-. (Ver anexo No.1)
- **Cuestionario:**Se aplicó de forma individual un cuestionario constituido por 9 preguntas directas con la finalidad de obtener los datos generales del sujeto y 10 preguntas en la modalidad de respuestas cerradas y selección múltiple con la finalidad de obtener información de las experiencias físicas y emocionales que han presentado los pacientes amputados durante su proceso de rehabilitación, se empleó un período no mayor a 10 minutos por sujeto participante en la resolución del cuestionario.(Ver anexo No.2)
- **Entrevista de funcionalidad:**Instrumento conocido como Escala de Bartehl, fue utilizada con la finalidad de evaluar la condición del entrevistado en cuanto a su independencia, puntuando los aspectos con las calificaciones 10, 5 ó 0, siendo 10 la puntuación mayor, en los parámetros de: ***Comer, higiene personal, vestirse, cuidado personal, continencia fecal, continencia urinaria, uso del baño, trasladarse, deambulación, subir / bajar escaleras.*** Sumando un total y evaluando el

grado de independencia del sujeto contemplado desde dependencia total o independiente. Esta entrevista pretendía dar un perfil de avance del sujeto desde el inicio de su rehabilitación motivándole a continuar con su proceso. El tiempo estimado para la resolución de la entrevista de funcionalidad fue de 3 minutos por sujeto. (Ver anexo No. 3)

- **Hoja de registro de asistencia:** No se pudo utilizar este instrumento debido a que los organizadores del encuentro de amputados no permitió utilizar listados de asistencia ajenos a los de la institución, los cuales se registran por medio de los carné de los pacientes. El objetivo inicial de la utilización del registro de asistencia fue evidenciar la afluencia de usuarios del centro de Rehabilitación con condiciones de amputación.(Ver anexo No.4)
- **Ficha de registro de testimonios:** Debido a que el tiempo que se proporcionó para poder interactuar con los asistentes al Encuentro de amputados fue limitado, se anotó en la ficha de registro los datos más relevantes del inicio del proceso de amputación, el ¿por qué se decidió amputar?, ¿cómo se enteró que sería intervenido quirúrgicamente?, ¿Cuál fue el mayor conflicto que se vivió? Contemplando las preocupaciones de subsistencia, e impacto emocional que sufrió el paciente, así mismo se contempló la resolución, tomando en cuenta los objetivos a corto plazo, los propósitos de recuperación o bien la resolución y aceptación de su nueva condición.(Ver anexo No.5)

2.1.1.3 Técnica de Análisis de datos:

Triangulación: proceso de análisis cualitativo de teoría, datos e interpretación.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo	Unidad de Análisis	Técnicas
<p>Describir el proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente con propósito de amputación en miembros inferiores en pacientes adultos con diabetes.</p>	<p>Diabetes: Enfermedad crónica que produce variaciones de la cantidad de glucosa en el torrente sanguíneo.</p> <p>Duelo: Conjunto de etapas que se experimentan tras la pérdida de algo o alguien significativo.</p> <p>Amputación: Separación permanente de un miembro o varios del cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Consentimiento informado
<p>Enumerar las etapas de duelo que se presentan más frecuentemente en pacientes amputados</p>	<p>Etapas de duelo: Estadios que se experimentan durante un proceso de mucha tristeza o por consecuencia de un evento traumático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación • Ira • Negociación • Depresión • Aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de funcionalidad <i>Escala de Bartehl</i> • Cuestionario de respuestas mixtas
<p>Identificar los sentimientos que se experimentan en cada una de las etapas de duelo luego de una amputación por</p>	<p>Sentimientos: Son emociones conceptualizadas que determinan el estado de ánimo de una persona, que también se asocia a</p>	

<p>enfermedad común, diabetes.</p>	<p>los eventos o situaciones que determinan el transcurso de la existencia.</p>	
<p>Explicar los factores psicosociales que influyen positiva o negativamente en la resolución del duelo por amputación</p>	<p>Factores psicosociales:</p> <p>Conjunto de elementos que influyen directamente en el estado anímico de una persona, positiva o negativamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia • Comunidad • Trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de registro de Testimonios

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 Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se ubica en la 14 avenida y 4ª. Calle Colinas de Pamplona zona 12 de la Ciudad de Guatemala, allí se atiende a personas que requieren de un proceso de rehabilitación física, inicialmente fue el lugar seleccionado para llevar a cabo el trabajo de campo de la investigación y lograr tener el acercamiento directo con los sujetos de estudio; el hospital cuenta con las siguientes áreas: piscina, gimnasio, espacio de fisioterapia, encamamiento, comedor, la oficina de trabajo social, clínica de servicio psicológico, el departamento de amputados, canchas deportivas acorde al proceso de rehabilitación, el taller de prótesis, el taller de terapia ocupacional, un jardín en el cual también se estimula movilidad y vida diaria, las oficinas administrativas y cuenta con dos áreas de servicios sanitarios los cuales estructuralmente no son viables para las personas con sillas de ruedas ya que no pueden ingresar por si solos a los servicios ya que sus sillas no entran en el baño. Debido a dificultades administrativas de acceso en la institución descrita anteriormente, se contactó a un grupo de apoyo llamado “Amputados Unidos”, los cuales no tienen una sede física; las entrevistas se realizaron de forma domiciliar, en su mayoría casas sencillas hechas de block, ubicadas en el área metropolitana, otras formas contacto con los sujetos fue haciendo uso de la tecnología con las videollamadas por Skipe.

3.1.2 Características de la población

La investigación inició con la población que presentará amputaciones en los miembros inferiores como consecuencia de la diabetes, la muestra debió ser ligeramente modificada porque muchas de las personas entrevistadas padecen diabetes pero su amputación no se debió a la consecuencia directa de la enfermedad crónica que padecen sino que ésta complicó su estado clínico por lo cual la amputación de su miembro (os) era la única opción viable para su condición de salud en situación emergente.

Se abordó a veinte sujetos de ambos sexos, entre las edades de 20 a 65 años de edad que presentaban las condiciones anteriormente descritas, con diversos estados civiles, profesiones, ocupaciones, posiciones y estratos sociales. Con una amplia gama de situaciones que propiciaron sus accidentes o enfermedades, así mismo personas amputadas recientemente o bien con un período largo de asimilación del proceso. En su mayoría que recibieron acompañamiento psicológico únicamente en los centros asistenciales y/o hospitales en los cuales permanecieron el periodo post-operatorio.

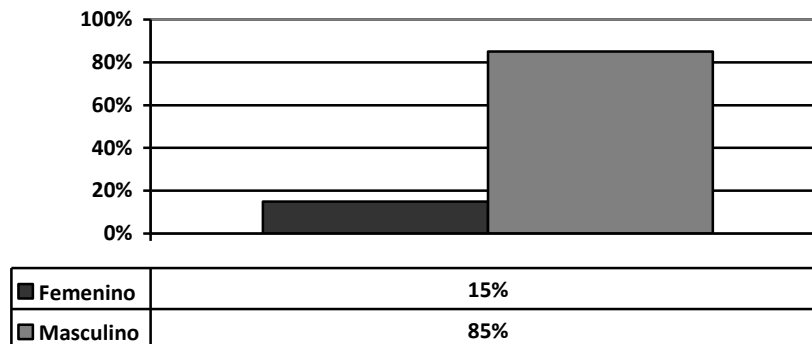
Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de los sujetos, hospitales, restaurantes y lugares públicos según la facilidad del sujeto fuese la idónea, así mismo se tuvieron videoconferencias para poder realizar la entrevista con los sujetos que por diversas razones no podían coincidir en algún lugar para desarrollar el proceso cómo indicaba el protocolo de investigación.

Algunas de la personas entrevistadas hacen uso de sus prótesis para facilitar su deambulación, mientras otras prefieren la silla de ruedas, muletas por la complejidad que implica usar una prótesis, o bien porque se sienten mucho más cómodos con los instrumentos de traslación mencionados.

3.2 Análisis e interpretación de resultados

Gráfica No. 1

Incidencia en amputación de miembros inferiores

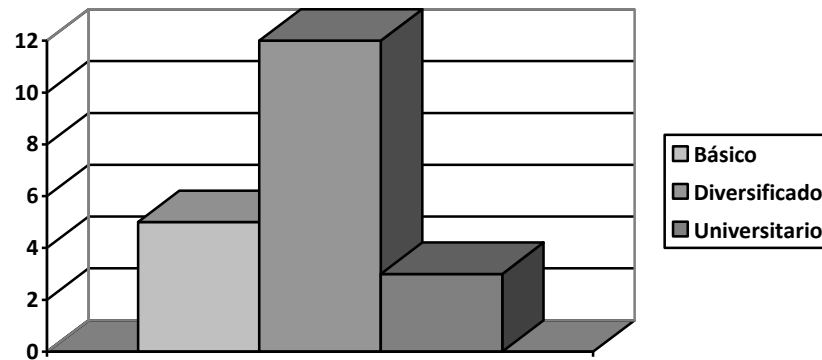


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

En la evaluación de la incidencia de amputación se encuentra mayor población amputada perteneciente al género masculino (17 hombres) y con menor frecuencia el género femenino (3 mujeres) como se muestra en la gráfica No.1 el 85% de la población con amputaciones de miembros inferiores son varones, según las entrevistas se debe a que éstos no respetan las indicaciones médicas y son más propensos a accidentes de tránsito o bien ser víctimas de la violencia social; no se excluye a las mujeres de la vulnerabilidad que se tiene a ciertos factores externos, sin embargo se contempla que la población femenina acata las indicaciones médicas con mayor accesibilidad y disciplina, toma mayor precaución vial y por ideología sociocultural es menos expuesta a incidentes laborales. Este dato se puede comprender de forma más detallada en la gráfica No. 7.

Gráfica No. 2

Nivel académico de la población



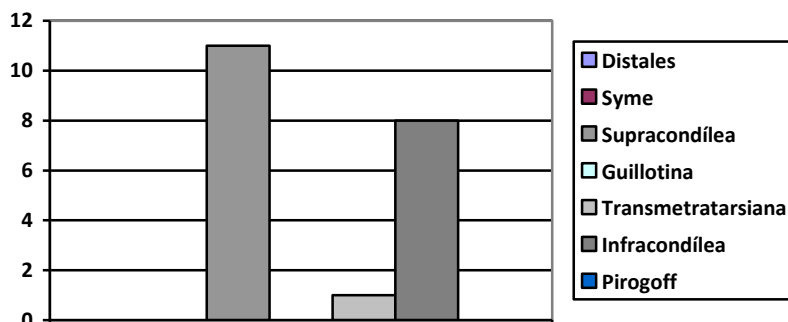
Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Se interrogó el nivel académico de la muestra de estudio con la finalidad de evidenciar la cultura de prevención médica ante la diabetes y obediencia de indicaciones médicas, concluyendo que el estatus académico no es un factor influyente en los cuidados de salud, si bien es cierto que puede facilitar el acceso a información más específica o promover la responsabilidad social en aspectos médicos personales, el estudio evidencia que el 60% de la población entrevistada se encuentra dentro del nivel diversificado, es decir que cuenta con una profesión a nivel medio, por otro lado el 25% posee el nivel primario o básico lo cual los coloca en trabajos informales o bien de manufactura y solamente el 15% de las personas entrevistadas se ubican en el nivel profesional universitario o bien estudiando una carrera universitaria.

La importancia de cuestionar el aspecto académico suscita a raíz que la población alega desconocimiento e ignorancia de sus padecimientos médicos justificando que *"No tengo estudios y por eso no sabía qué hacer"* o bien responsabilizan a los médicos por la pérdida del miembro amputado diciendo: *"Mi perna se podía salvar pero el doctor no quiso hacer nada por ayudarme"*. Ubicándose en la primera etapa del proceso de duelo la *negación*.

Gráfica No. 3

Niveles de amputación por su corte



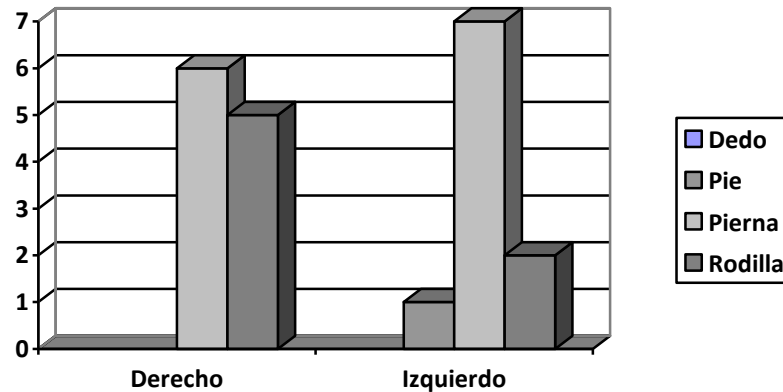
Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Los niveles de corte del miembro inferior se determinan por el cuadro clínico que presenta el paciente, se debe evaluar la calidad de rutas sanguíneas, terminaciones nerviosas y tejido óseo. Los tipos de cortes: a) El corte de infracondílea desde el punto de vista funcional posee la ventaja que preserva la articulación de la rodilla adaptando la prótesis al extremo de la tibia y el porcentaje que se conserva de peroné, b) El corte supracondílea no conserva la articulación de rodilla y se concentra la carga protésica en la zona isquiática y no directamente en el muñón, por lo cual su prótesis debe incluir un engranaje articulado, simulando la rodilla.

A nivel hospitalario los cortes predominantes como lo indica la gráfica son más funcionales para el paciente en su adaptación a la prótesis en el período de rehabilitación, los cortes inferiores más comunes son el corte supracondílea, la desarticulación de rodilla y el corte de Guillotina, dependiendo de cada caso y el corte a nivel infracondílea, la funcionalidad post-operatoria del sujeto influye directamente a su estado emocional.

Gráfica No. 4

Miembro amputado

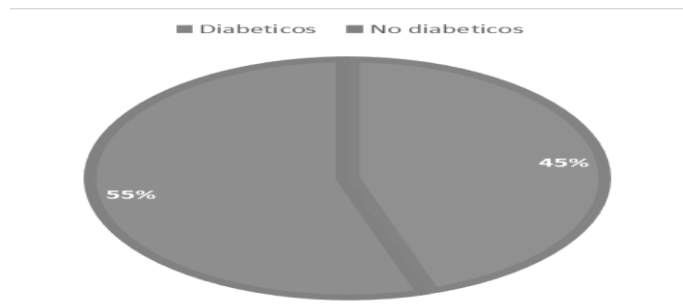


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

El miembro separado según su ubicación (derecho y/o izquierdo) influye en el nivel de funcionalidad del sujeto en rehabilitación, así como en su auto percepción factor que determina la intensidad y el tiempo que demora cada persona en aceptar y superar su situación actual en el mundo de la discapacidad física. Según los resultados de las entrevistas el porcentaje de amputaciones de ubica en miembros del lado izquierdo superando por muy poco a las amputaciones de los miembros de lado derecho. En relación a funcionalidad la falta de miembro derecho resulta ser más influyente en el estado de ánimo del sujeto ya que le impide al principio realizar actividades convencionales de independencia como manejar auto o motocicleta, ya que la extremidad inferior derecha posee la predominancia al realizar las actividades en mención, pero tras el proceso de rehabilitación correcta, nuevamente pueden realizarse, con un grado mayor de dificultad, pero finalmente son ejecutables.

Gráfica No. 5

Frecuencia de pacientes diabéticos

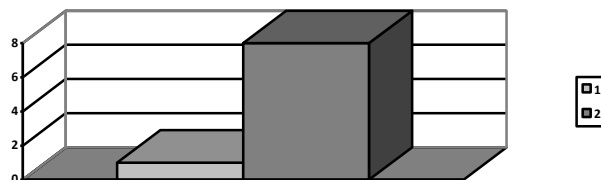


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Una de las causas predominantes de las amputaciones son los accidentes viales y la segunda la enfermedad crónica denominada diabetes, en las entrevistas realizadas se confirma el dato, la incidencia de amputaciones son en su mayoría por accidentes de tránsito, algunas fueron complicaciones de la diabetes tras un accidente de tránsito y en su minoría propiamente como consecuencia de los malos cuidados de la enfermedad.

Gráfica No. 6

Tipo de diabetes

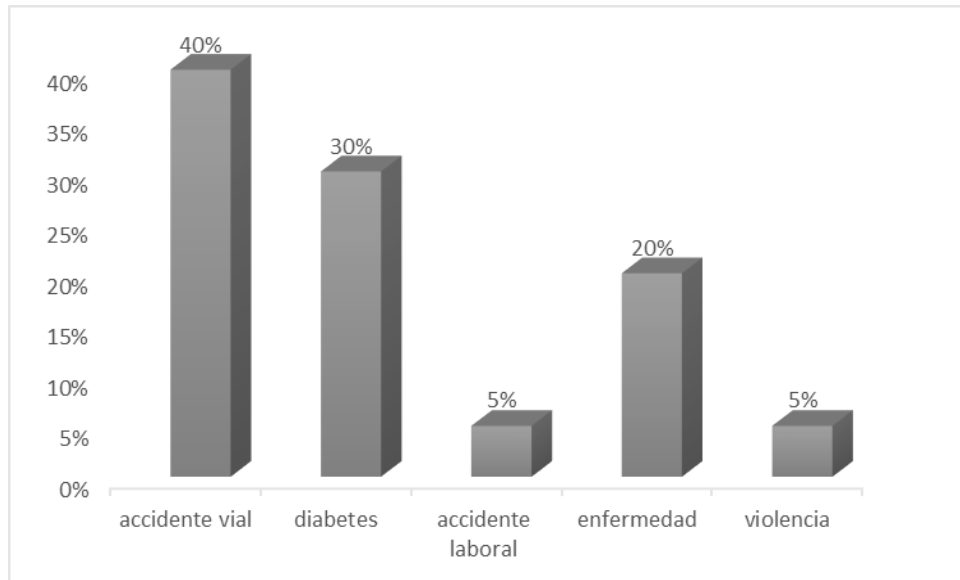


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

El 89 % La población diabética detectada como lo expone la gráfica No. 5 padece diabetes tipo 2, la cual indica que sus niveles de glucosa se elevan y deben tener un mayor control con su dieta y emociones, ya que la alteración de los niveles de glucosa pueden perjudicarle a nivel renal, cardiaco y respiratorio, emocionalmente se interpreta como una carga pesada para el enfermo llevar tantos cuidados médicos.

Gráfica No. 7

Motivos de amputaciones

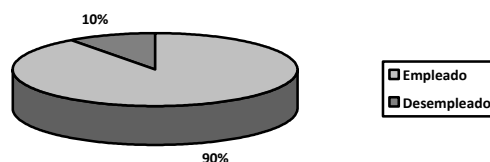


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

La incidencia de amputaciones en Guatemala se deben a accidentes de tránsito, principalmente como consecuencia de colisiones viales, en su mayoría las víctimas se movilizaban en motocicleta, por otra parte el segundo factor externo que influye en las constantes amputaciones en personas adultas, es el mal cuidado de enfermedades crónicas, como lo es la diabetes, en su minoría se contemplan los accidentes laborales y las hechos violentos.

Siendo un dato necesario de actualización y de reevaluación la causa más frecuente de amputación de miembros inferiores, ya que según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el años 1995, indica que el 85% de la incidencia de amputaciones de miembros inferiores se deben a problemas cardiovasculares como consecuencia de la diabetes, colocando esta causa como primera posición y como segunda causa a las enfermedades.

Gráfica No. 8
Inserción laboral



Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

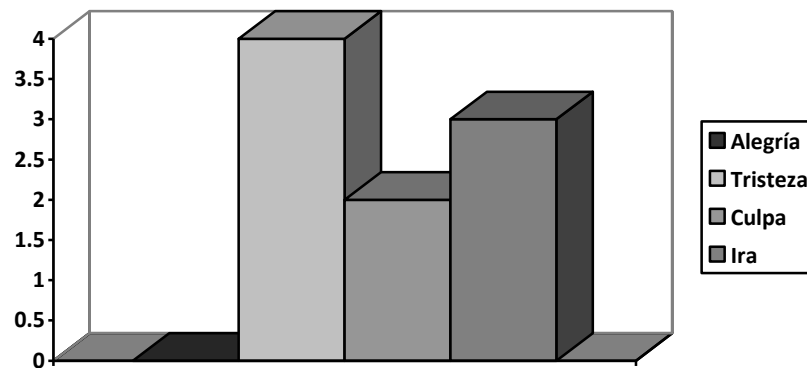
Una de las preocupaciones iniciales de las personas después de haber sido amputadas, es la sobrevivencia de su familia, enfocándose a la subsistencia económica ya que en su mayoría los hombres social y culturalmente son los proveedores del hogar. Un dato positivo a la sociedad guatemalteca es que según la muestra evaluada se evidencia mayor responsabilidad empresarial, principalmente en las políticas de atención de personas con discapacidad³⁴, al permitir que sus colaboradores reanuden labores en sus empresas modificando el puesto que desempeñaban a un puesto administrativo para favorecer su desplazamiento en el caso de las personas con alguna discapacidad física. Uno de los derechos que se utiliza en los casos de amputación es la suspensión laboral durante el proceso de rehabilitación según los convenios del Ministerio de Trabajo y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- que brinda al amputado un porcentaje de su salario mientras asiste a sus terapias de rehabilitación.

Según indica la gráfica No. 8 el 90% de personas entrevistadas laboran actualmente, la mayoría en las empresas que se encontraban laborando cuando fueron amputados, el otro 10% no labora debido a que su condición médica es

³⁴Política Nacional en Discapacidad. Consejo Nacional para la Atención de las personas con Discapacidad – CONADI- 2006.Guatemala junio 2006. pp 91-98.

más delicada o bien porque su edad no se los permite, incluyendo en éste último aspecto las jubilaciones por edad o invalides. El reintegrarse al grupo productivo de la sociedad, con buen ánimo es un indicador de la resolución del duelo.

Gráfica No. 9
Sentimientos experimentados al enterarse del proceso de amputación



Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

La noticia como primera impresión puede tener reacciones diversas, por lo cual según las entrevistas realizadas se identificaron cuatro emociones predominantes, obteniendo un 100% de concordancia entre todos los sujetos entrevistados la *Tristeza*, por sí sola la amputación tiene una connotación de pérdida permanente por lo cual las personas tienden a percibirse como incompletos o defectuosos al principio del proceso de duelo, como se puede observar en la gráfica No. 9, seguido por la ira, ya que no estuvo dentro de su control prever en la mayoría de casos por accidentes el proteger sus miembros inferiores para no experimentar el proceso de amputación, en tercer lugar se encuentra la culpa, la mayoría de pacientes que padecen diabetes se culpan de no haber respetado las indicaciones médicas correspondientes, produciéndose auto reproches, al inicio del proceso, lo cual se contempla en la segunda etapa del proceso de duelo.

Tabla No. 1
Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores

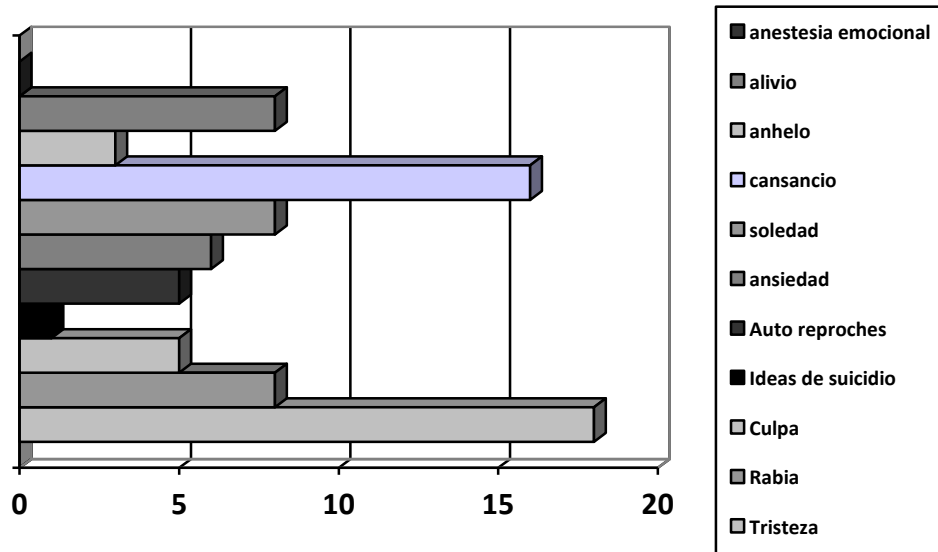
Aspectos	Si		No	
	Fx	%	fx	%
Usted respetaba las indicaciones del médico, antes de la amputación.	9	45%	6	30%
Se sintió apoyado por su familia al enterarse de la amputación.	20	100%	0	0%
Alguien lo acompañó o acompaña a su proceso de rehabilitación.	11	55%	9	45%
Después de la amputación presentó molestias físicas.	6	30%	14	70%
Asistió a terapia psicológica luego de haber sido amputado.	19	99%	1	1%

Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

El 45% de las personas entrevistadas indican haber seguido las indicaciones médicas previo a ser amputados, el 30% indica no haber seguido correctamente las recomendaciones de su doctor este porcentaje corresponde a los pacientes diabéticos identificados en la gráfica No. 5. Como principal factor de apoyo está la familia el 100% de los entrevistados indican que recibieron apoyo por parte de sus familias lo cual contribuyó a su motivación personal para recuperarse pronto. El 55% de los entrevistados fueron acompañados por familiares a sus terapias de rehabilitación, inconscientemente esto influencia directamente en la estructura emocional del sujeto, sintiéndose apreciado y parte de un núcleo familiar, es decir que no se siente excluido o una carga por su nueva condición, mientras que el otro 45% indicó no ser acompañado porque podían realizar sus ejercicios solos. El 70% de las personas amputadas indicaron que no manifestaron molestias post-operatorias. Mientras el 30% indicó que si, en su mayoría son los sujetos que padecen diabetes, las molestias son producto de la enfermedad. El 99% de personas entrevistadas indicaron haber recibido atención psicológica, en su mayoría únicamente en su estancia en el hospital o en su proceso de rehabilitación, el otro 1% indicó no ser participe la disciplina refugiándose en la religión para la resolución y aceptación del proceso.

Gráfica No. 10

Sentimientos experimentados durante el proceso de rehabilitación

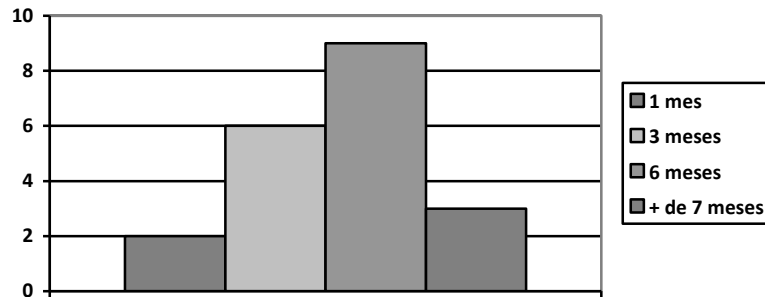


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Durante todo el proceso de rehabilitación se experimentan varias emociones y conductas sobretodo la ansiedad de enfrentarse a una situación desconocida, inicialmente se vive la tristeza según lo expresado por los entrevistados, que reviven mentalmente el momento o la razón de su pérdida. Seguida por el cansancio tanto físico como emocional ya que el realizar los ejercicios físicos que los especialistas en rehabilitación indican, requiere de un sobre esfuerzo físico de cada individuo. Constantemente se reprochan porque no se cuidaron, porque no pueden realizar cierta actividad, inclusive la rabia se complementa con la frustración al verse limitados a ciertas actividades, o que no la realizan a la perfección como ellos esperan. Por último aparece el alivio al comprender sus limitaciones, su nuevo ritmo de desempeño y al aceptar que el remover su miembro pudo ser doloroso, pero aún tiene vida y un sentido de la misma. Como se observa en la gráfica No. 10 la anestesia emocional no se hace presente ya que en todos los entrevistados se manifestó la riqueza de emociones experimentadas en todo su proceso de rehabilitación.

Gráfica No. 11

Tiempo de asimilación

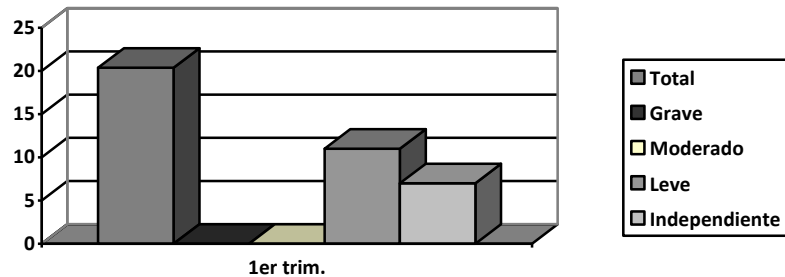


Fuente: Cuestionario No.1 "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos".2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

El periodo estimado por los entrevistados en el cual experimentaron las diferentes etapas del proceso de duelo tras la amputación, oscilan entre el segundo mes a seis meses dentro del rango de normalidad, posterior a los seis meses se puede considerar un duelo permanente o patológico, lo cual requiere de mayor apoyo psicológico para evitar que el sujeto se deprima. No se puede contemplar el primer mes como proceso de aceptación ya que es en este periodo donde el sujeto asimila su nueva condición.

Es sumamente importante que la familia identifique las conductas normales de su familiar ante el proceso y cuáles no se contemplan como idóneas para el proceso, la practica en casa de ejercicios para reforzar y avanzar en la terapia de rehabilitación es crucial, los familiares y/o acompañantes no deben expresar condescendencia exagerada, que haga sentir al individuo compasión de sí mismo, ya que de esta manera se retrocede en los avances que se pueden haber obtenido, también es válido menciona que la motivación familiar y propia de la persona amputada, determina el empeño y avances de su rehabilitación.

Gráfica No. 12
Grado de independencia



Fuente: Entrevista de funcionalidad, Escala de Bartehl "Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos". 2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Un 55% de las personas entrevistadas se ubican en un rango de dependencia leve, es decir que aun requieren de sus muletas, andadores, sillas de ruedas o terceras personas para poder realizar determinadas acciones, sobre todo si son de movilización. Por otra parte el 45% de personas restantes se ubican en una independencia total, considerando acá que ya hacen uso de su prótesis sin ninguna dificultad. Cabe mencionar que, según los criterios de evaluación³⁵ realizada se considera independiente a una persona que fue amputada de ambas extremidades con una ponderación de 90 puntos si hace uso de su silla de ruedas.

La diversidad de niveles de independencia se ve sujeta a la temporalidad o antigüedad de la amputación, claro está que es más dependiente una persona recientemente amputada a otra que ya tiene varios años con esta condición.

La interacción con personas que están viviendo o experimentaron la misma situación es muy enriquecedora debido a que así ven personas reales que les motivan a seguir adelante y no darse por vencido, desde el punto de vista psicológico se establecen lazos de afinidad de iguales, por lo contrario que sucede con los especialistas, los pacientes los ven como un sujeto de posición superior a él que impone y no es empático con su situación.

³⁵ Ver Anexo No. 3 (Escala de Bartehl) Evaluación de funcionalidad.

Registro de testimonios

Se seleccionó algunas historias de las personas entrevistadas en las cuales narran cómo inició su situación preoperatoria, el mayor conflicto que experimentaron durante todo el proceso y la resolución de la situación desde su propio punto de vista. Por respeto a la discreción de los sujetos se hará uso de las siglas de sus nombres.

Testimonio 1:

-“Mi proceso inició alrededor de cinco años atrás, en mi trabajo me lastimé el pie derecho y como consecuencia se originó una ampolla que estuve tratando con especialistas, ya que yo sabía que era propenso a padecer pie diabético, la herida no cerraba, luego tuve otras complicaciones médicas que me llevaron a estar internado en el CMM, estando allí me inyectaron un protector gástrico que me ocasionó una obstrucción arterial, desencadenando una gangrena inmediatamente, a lo que el doctor sugirió que era necesario amputar de emergencia; para mí fue muy frustrante ya que por más de tres años estuve en continuos tratamientos para curar la ampolla de mi pie derecho y un pequeño error médico, cambiaría toda mi vida. Mi preocupación más grande era como sostendría a mi familia, ya que yo era el proveedor principal. Luego de ser intervenido mi familia hizo modificaciones en casa para hacer más fácil mi movilización dentro de ella, e inicié mi proceso de rehabilitación. Estoy en espera de mi prótesis, ya que entrené con ella, pero por la retención de líquidos que presentó como consecuencia de mi diabetes, no me queda... así que debo esperar a deshincharme para poder volver a usarla. En mi trabajo me cambiaron de puesto de piloto de presidencia a recepcionista general de transportes, me gusta sentirme útil, y sé que cuando tenga mi prótesis seré aún más independiente. ”

H.I.V.O

Guatemala, septiembre 2014.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”.2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

En el caso de H.I.V.O el deseo de autosuficiencia y trascendencia es un aspecto relevante ya que por ser la cabeza del hogar al ser amputado percibió de sí mismo incompetencia porque físicamente no se encontraba completo, la asimilación del auto concepto puede beneficiar o dañar la resolución pronta del proceso de duelo, el sujeto entrevistado tiene un sentido de vida muy fuerte por lo que modifica su tristeza en esperanza la cual se deposita en la rehabilitación que como resultado final él pretende superar su nueva condición para poder estabilizarse emocionalmente ya que recibe el apoyo y aceptación de su familia.

Testimonio 2:

-“En el sector en donde yo vivo hay continuas balaceras y hechos de violencia, un día por mala suerte, me tocó estar en una balacera y una bala alcanzó mi rodilla, destrozando una arteria. Mi mayor reto fue aceptar que la vida me cambiaría para siempre porque a mis 20 años en aquel entonces, todo sería diferente de ahora en adelante, con lo mucho que me gusta el futbol no lo podría practicar más, ni ir al grupo de la iglesia. Ahora mi meta es recibir pronto mi prótesis y continuar con buen ánimo mi proceso de rehabilitación, ya que mi pierna fue amputada el 21 de septiembre del año 2014”.

E.E.E.

Guatemala, enero 2015.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”.2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

El sujeto E.E.E. aún se encuentra en la etapa de la negociación de su proceso de duelo debido a que transfiere todo sentimiento de frustración porque a su corta edad su vida su sufrió un cambio radical, evidenciando el mecanismo de racionalización ya que al hablar de la situación trata de responder con argumentos lógicos y alentadores para sí mismo que contribuyan a la asimilación de su amputación.

Testimonio 3:

-“El accidente se dio porque un camión cañero boto algunas cañas, yo iba manejando mi moto a la par del camión, algunas de esas cañas golpearon mi moto y me hicieron caer, luego una canasta cañera cayó también aplastando mi pierna derecha. Estuve en coma siete días según me cuenta mi mamá, al despertar fue una gran impresión verme sin la pierna. Me costó aceptar que no podría continuar mi empleo, sobre todo que no podría cargar, ya que soy devoto de las procesiones en tiempo de cuaresma. Por otra parte mi pierna izquierda estaba fracturada así que tampoco podía parame en una sola pierna ya que estaba enyesada. Cuando fui llevado de Santa Lucida Cotzumalguapa al IGSS de Rehabilitación, fue a moldear mi muñón, y rehabilitarme. Continúe estudiando a distancia ya que los licenciados aceptaron esa modalidad, enviándome las tareas a casa y los libros que debía leer, así estuvo por un tiempo, más o menos año y medio, espero poder graduarme de Ingeniero Agrónomo en el 2,016. Ahora estoy trabajando en la misma empresa, solamente que ahora hago trabajo administrativo del área que antes supervisaba en el campo. Me ayudó sobre todo el no darme por vencido”.

M.E.F.

Guatemala, enero 2015.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”.2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

El proceso de aceptación para M.E.F. fue mucho más digerible ya que durante el accidente que sufrió él estuvo consciente y racionalizó la gravedad de su cuadro médico, el apoyo familiar y laboral que recibió contribuyó a la resolución de la reestructuración emocional lo cual se reflejó en sus avances en rehabilitación. La conducta y responsabilidad empresarial que tomaron los patronos de M.E.F. contribuyó directamente a la recuperación de la confianza del sujeto en sí mismo ya que nuevamente se siente útil, el cual tiene muy claras sus dificultades pero sabe manejar sus momentos de frustración y crisis emocional.

Testimonio 4:

-“Padecía de pie diabético, me cuide la úlcera palmar por más de un año, luego para vacaciones de verano fuimos con mi familia a un balneario en donde adquirí una bacteria en la piscina, al menos eso dijo el doctor. Esa fue la razón por la cual me debían amputar. Aún estoy en proceso de rehabilitación y espero con ansias mi prótesis”.

R.V.

Guatemala, noviembre 2014.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”.2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

R.V. se encuentra en la etapa de negación aún, su el tiempo de su amputación es relativamente reciente y se frustra fácilmente por los avances de otras personas en cuanto a su desplazamiento manifiesta conductas de ira, según indicó, tiende a culpabilizarse por no haber cuidado la úlcera palmar de forma más disciplinada, deposita su confianza en la prótesis como si fuera un artículo mágico que modifique la situación y cambie su realidad tal racionalización funciona como placebo para conllevar el día pero en realidad lo que evidencia es bloqueo su miedo, tristeza y frustración.

Testimonio 5:

-“Mi problema inició con una malformación de nacimiento que estuve tratando con terapias de rehabilitación a las que me llevaba mi madre. Al entrar a mi adolescencia me rehusé a continuar con ellas, ya que en esa edad me preocupaba mucho el qué dirán, y me avergonzaba como me veían las muchachas. Acepte amputarme en el año 88, ya que la malformación impedía mucho más movilizarme en mi edad adulta, ahora con la prótesis siempre es complicado moverme pero es considero que es mucho más sencillo que antes”.

S.G.

Guatemala, enero 2015.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”.2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

S.G. resolvió su duelo de forma más digerible y lenta, ya que su discapacidad física inició por la malformación de su pierna de forma voluntaria removió el su miembro, el acompañamiento de su familia y compromiso por su calidad de vida antes y después de la amputación fue evidente. Lo que permitió que S.G. reestructurará su auto concepto, lo que produjo su autorrealización e independencia.

Testimonio 6:

-“En el trabajo un tráiler de carga me atropelló, siempre estuve consiente que mi pierna estaba en muy mal estado y que debían cortarla. La empresa no quería hacerse cargo de los daños. Me preocupó mucho como iba a sostener a mi familia, pero Dios es grande y provee. Pero me considero un verdadero guerrero de la vida y no me he dejado vencer porque la actitud lo es todo...”

S.M.H.

Guatemala, enero 2015.

Fuente: Ficha de registro de testimonios “Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes diabéticos adultos”. 2014-2015, Ciudad de Guatemala, USAC.

Análisis:

S.M.H está atravesando la etapa de negación ya que manifiesta conductas y sentimientos frecuentes de ira, enojo y frustración, sobretodo de abandono ya que de la institución para la cual laboraba esperaba recibir mayor apoyo la cual incumplió toda obligación empresarial. Manifiesta grandes niveles de ansiedad ya que él era el que proveía de los productos de sobrevivencia a su familia y a raíz del accidente depende totalmente de su familia y la de su esposa.

Por lo cual su idealización de la espera de la prótesis produce una anestesia emocional durante los procesos de rehabilitación ya que su objetivo es manejar su prótesis lo más pronto posible ya que la asimila cómo solución y no como una herramienta que facilitará su desplazamiento.

Brindando un análisis general de los resultados obtenidos en la investigación realizada en el área metropolitana del país de Guatemala, ubicando a personas con amputaciones de miembros inferiores, se logró identificar que las personas que fueron amputadas requieren principalmente del apoyo de las personas con las que se identifica o representan un apoyo emocional o bien relaciones objetales significativas, que son un factor psicosocial primordial para lograr una resolución del trabajo o proceso de duelo tras la amputación de un miembro de forma idónea, contribuyendo así a la modificación y aceptación de su nueva imagen física, la cual influye directamente en la funcionalidad y estructura psíquica del sujeto. La prevalencia de amputaciones en miembros inferiores se ubica en el género masculino ya que son el segmento de la población más vulnerable a los accidentes viales, así mismo son los que tienen menor responsabilidad a cuidar y llevar las indicaciones médicas al padecer enfermedades crónicas como lo es la diabetes. También se identificó la carencia de apoyo psicológico a los sujetos ya que únicamente tienen un control fortuito en este aspecto, sobretodo se identifica como un punto débil en los servicios de los centros hospitalarios del país en general.

Socialmente se cree que cuando se tiene un mayor rango académico la asimilación del proceso de amputación es más fácil, la investigación evidenció que ese dato no es significativo, la asimilación del trabajo de duelo se basa específicamente de la estructura emocional del sujeto previa a la intervención, el primer impacto después de ser amputado es el más fuerte ya que el sujeto se cuestiona sobre sus futuras dificultades para su desenvolvimiento y supervivencia, durante el proceso su mayor inquietud es caerse y soportar el dolor que implica el uso de la prótesis, cuando se llega a la resolución y aceptación de la amputación los individuos adquieren voluntariamente ser un ejemplo de superación para terceras personas, visualizando su nueva condición como una nueva oportunidad para realizar sus metas con procedimientos diferentes.

CAPÍTULO IV

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- No todas las personas experimentan las cinco etapas de duelo más frecuentes, como lo son la negación, ira, negociación, depresión y por último la aceptación. Ya que el proceso depresivo puede no presentarse, dependiendo del grado de la integración del Yo y Super yo del sujeto.
- El tiempo de resolución del duelo depende de cada sujeto y habilidad de adaptación, se establece un parámetro aproximado de 6 meses para identificar avances en el ánimo ante la amputación del miembro inferior.
- Al experimentar el fenómeno del miembro fantasma cuando el inconsciente no lo ha asimilado la separación del miembro generando un punto de conflicto, mientras no se llegue a la etapa de aceptación, no se podrá establecer un perfil de normalidad ante la discapacidad física y tampoco liquidar las conexiones de percepciones sensoriales en el miembro ausente.
- Los miedos más frecuentes en las personas amputadas son: el desempleo, en segundo lugar se ubica el temor a caerse y sobre todo causar lastima, así mismo miedo a extraviar su instrumento de apoyo (muletas, andador, silla de ruedas, etc.).
- La incidencia de amputaciones es mayor en hombres en comparación al número de mujeres amputadas, debido a que los varones son más vulnerables a sufrir accidentes de tránsito y no obedecer las indicaciones médicas ante el padecimiento de una enfermedad crónica, como en éste caso es la diabetes.
- La familia es el factor psicosocial más significativo para el sujeto durante el trabajo de duelo, ya que al no sé alejarse y desentenderse del sujeto en el proceso de rehabilitación, reestructura la seguridad y motivación en la persona ésta se encuentra en crisis.

4.2 Recomendaciones

- El acompañamiento psicológico a las personas con amputaciones, debe ser continuo hasta llegar a la etapa de aceptación de la pérdida de su miembro, ya que es muy burdo dejar el proceso únicamente mientras se encuentra dentro de las instalaciones de un centro hospitalario.
- La familia debe contribuir al proceso de aceptación, evitando la sobreprotección del individuo y motivándole encausar de nuevo su independencia, de preferencia que también reciban acompañamiento psicológico para poder conllevar la situación.
- El socializar con personas en su misma condición, puede favorecer a cerrar los círculos de idealización de la persona “completas”, solamente porque posee ambos extremidades inferiores, es sumamente importante que el sujeto se dé su valía constantemente y enriquecerse con las experiencias de otros.
- Promover y supervisar las modificaciones estructurales de edificios para facilitar el acceso y movilización de personas con discapacidad física, porque a pesar que se encuentra contemplado en los derechos de las personas con discapacidad, no hay un verdadero compromiso y responsabilidad empresarial ante la temática.
- Realizar más campañas de prevención y concientización en el ámbito de la salud, sobre todo con las enfermedades crónicas, así mismo como de un correcto proceso de tratamiento.
- Los centros hospitalarios deben brindar mayor asesoramiento a las familias acerca del apoyo psicológico que pueden brindar a sus familiares y acompañarles también ya que el cambio tras una amputación involucra a todo el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- AlósVillacrosa, Jesús, AMPUTACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR EN CIRUGÍA VASCULAR, UN PROBLEMA MULTIDISCIPLINAR. Barcelona: Editorial Glosa, S.L. 2008; pp. 936.
- Álvares J., Carreño J., Rodríguez J. AMPUTACIONES EN EL PIE DIABÉTICO. Capítulo X. Endocrinología 6ta Ed. Chicago Illinois, 2010. pp., 623
- Álvares J., Carreño J., Rodríguez J. TRATADO DE PIE DIABÉTICO. pp, 12.
- BAKER, ROBERT J., FISCHER JOSEF E. EL DOMINIO DE LA CIRUGÍA. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2004. pp: 3387.
- Benjamin Bell. A System of Surgery. Edimburgo, Artículo 1782.
- Cambell, CIRUGÍA ORTOPÉDICA. 10ª. Edición. Editorial Mosby. 2004; pp, 861.
- Centro de prensa de OMS. 2013 Definición de la diabetes utilizada en las estimaciones: paciente con glucemia en ayunas. Blog <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Clayton, P.J. DUELO. PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS, Editorial Pirámide, Madrid; Paykel 1985, pp. 876
- Díaz del Peral, Fernández Lira A. González Aguado F. Ibañez Rojo, Massip Amorós, Rodríguez Vega. LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DE MÉDICOS DEL MUNDO EN LOS CONFLICTOS BALCÁNICOS. Cuadernos de psiquiatría comunitaria 2. 2002. Pp, 345.

- Dr. Figuerola Daniel, EL PLACER DE COMER MANTENIENDO EL CONTROL, AsummptaMirapleix, Alimentación y Diabetes Editorial: Debols!llo, España; 2004, pp, 125.
- Equipo ediotrialOceano, PRIMARIA ACTIVA ENCICLOPEDIA ESCOLAR. Grupo Océano, MMIII Editorial Océano. Barcelona, España, pp,. 697.
- FARFÁN, MARIA TERESA. LAS ETAPAS DE DUELO. <http://mombita.com/etapas-del-duelo/> Fecha de publicación: 31 de mayo de 2012. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2014.
- Fernández y Rodríguez, EL DUELO COMO UN TRABAJO DE ELABORACIÓN DE LOS AFECTOS DOLOROSOS QUE SIGUEN A LA PÉRDIDA DE UN OBJETO AMADO, Universidad Coplutense de Madrid, 2002, pp: 322.
- Fernández, Rodríguez, Diéguez. INTERVENCIONES SOBRE EL DUELO. Culpa elementos para una psicoteriapia estructurada. Ecosura, Madrid 2004. pp 142.
- Freud S. DUELO Y MELANCOLÍA Freud S. Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España; 1948. pp 2536.
- Heidegger. M EL SER Y EL TIEMPO. Fondo de cultura, México, 1983, pp 262.
- Ibañez V. Mariel-lo J. Epidemiología. TRATADO DE PIE DIABÉTICO, Barcelona; Editorial Pensa, 1999, pp, 68.
- Manzo Chávez, María del Carmen, Sierra Mier, Elva Alicia; PROCESO DE DUELO Y ADAPTACIÓN DESPUÉS DE UNA AMPUTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA. UN ESTUDIO DE CASO. Facultad de Psicología de la Universidad de San Nicolás Hidalgo, México. Uaricha Revista de Psicología;

Nueva época. 2012. pp 36

http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0920_025-035.pdf

- Marso, SP. Peripheral arterial disease: IDENTIFICATION AND IMPLICATIONS. ArchivoMédicointerno, 2003 pp, 247.
- Martínez Vízcaíno Vicente, Alcedo Aguilar Fernando; NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES, Editorial: Universidad de castilla – La mancha: Química farmacéutica BAYER, Colección estudios, 2003, pp, 221.
- MiquelAbbad, Carles; HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES VASCULARES. Editorial Glosa; Barcelona 2008; pp, 189.
- Parte del contenido del artículo: Ortego Mc y Alconero AR; 2001. EL DUELO ENFERMERÍA CIENTÍFICA, Universidad de Cantabria, 236-237, pp, 120.
- Santiago López, Alvarez María; Ciencias Psicosociales II, Cap.11 EL DUELO. Open course ware, 3ra. Edición, Universidad de Cantabria. 2002; pp, 274.
- Secretaría de Salud de México. PROYECTO DE MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES. IMSS 2000; pp, 673.
- TebárMassó, F.J y Escobar Jiménez F. DIABETES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Capítulo 24: Complicaciones de la diabetes mellitus. Clasificación y enfoque general, Mato Mato José Antonio, Pinal Osorio Iria, Editorial médica Panamericana, Buenos Aires 2009; pp, 352.
- Viáde Julia, PIE DIABÉTICO, Guía para prevención, evaluación y tratamiento; Buenos Aires, Madrid, Editorial: Médica Panamericana 2006; pp, 982.
- Zerón Agustín, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA DIABETES, Diabetes Hoy, Para el Médico. 1998; pp,. 421.

- POLÍTICA NACIONAL EN DISCAPACIDAD. Consejo Nacional para la Atención de las personas con Discapacidad –CONADI- 2006. Guatemala junio 2006. pp 91-98.

ANEXOS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado
Licda. Suhelen Jiménez

CONSENTIMIENTO INFORMADO
“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACION DE MIEMBROS INFERIORES EN
PACIENTES ADULTOS”

Se le invita a participar en una investigación sobre el proceso de duelo tras haber sido intervenido quirúrgicamente con fines de amputación de miembros inferiores, tomando en cuenta la diversidad de porcentaje del miembro amputado, estudio que tendrá lugar en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- con el objetivo de describir el proceso de duelo que se experimenta tras haber atravesado la situación anteriormente mencionada como consecuencia de la enfermedad (Diabetes). Una vez haya comprendido de qué se trata y cómo se trabajará el estudio, si desea participar por favor firme este formulario con tinta azul.

Justificación del estudio

Se pretende identificar las etapas de duelo que tienen mayor incidencia en el proceso de rehabilitación tras haber sido amputados de uno o ambos miembros inferiores, con la detallar los sentimientos experimentados por los pacientes que conllevan la condición médica de la enfermedad crónica como lo es la diabetes, y verificar cuales son los factores psicosociales que influyen de forma directa al paciente y el transcurso de la adaptación a su nuevo estilo de vida. Informando a los acompañantes del proceso de rehabilitación sobre las conductas que pueden presentarse durante el mismo y cómo pueden contribuir a la resolución de la pérdida.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

En caso de aceptar participar en el estudio se acordará dos sesiones de aproximadamente media hora, en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- para la aplicación del cuestionarios, entrevista y registro de testimonios que serán gravados (audio) que corresponde al proceso de recolección de datos; en relación a la temática que se pretende desarrollar y describir según su experiencia ante la condición de ser paciente con amputación.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada (o) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin identificación de las personas cuestionadas. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

He explicado a la señor (ita-a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de mis conocimientos y le he preguntado si tiene alguna duda adicional. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Guatemala, ____/____/_____



Universidad de San Carlos de Guatemala
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado
 Licda. Suhelen Jiménez

CUESTIONARIO No. 1

“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACION DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES ADULTOS”

El presente cuestionario obedece al objetivo de recabar información entre los pacientes asistentes al proceso de rehabilitación en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- luego de haber sido intervenidos quirúrgicamente con la finalidad de amputación como consecuencia de las complicaciones de la enfermedad crónica como lo es la diabetes, procurando obtener la muestra seleccionada para el estudio. Por lo cual se le solicita proporcionar la información lo más completa posible según los cuestionamientos que se le presentan en las siguientes preguntas. Utilice tinta azul.

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Género: Femenino () Masculino () **Edad:** _____

Profesión: _____

Nivel de amputación:

- Distales *dedos* () Transmetatarsianafalanges ()
- Syme *Tobillo* ()
- Supracondílea () Infracondílea *rodilla* ()
- Gillotina () Pirogoff *Porción de tobillo* ()

Miembro que fue amputado y la cantidad:

- Dedo () _____
- Pie () _____
- Rodilla () _____

Padece de diabetes:

Si () No ()

Tipo de Diabetes:

1 () 2 ()

Motivo de su amputación:

Por accidente vial () por accidente laboral ()
Por enfermedad /*tumor, cáncer/ etc* () como consecuencia de la diabetes ()

Trabaja actualmente:

Si () No ()

Nombre de la empresa para la que labora: _____

Puesto que desempeña: _____

Responda:

1. ¿Qué sentimiento experimento al enterarse de su proceso de amputación?

Alegría () Tristeza () Culpa () ira ()

2. ¿Usted respetaba las indicaciones del médico, antes de la amputación?

Si () No ()

3. ¿Se sintió apoyado por su familia al enterarse de la amputación?

Si () No ()

4. ¿Qué concepto tuvo de usted antes de ser intervenido quirúrgicamente?

Sano () Inútil () Carga () Activo ()

5. ¿Alguien lo acompaña a su proceso de rehabilitación?

Si () No () Quién: _____

6. ¿Después de la amputación a presentado molestias físicas?

Si () No ()

ENTREVISTA DE FUNCIONALIDAD

Sexo: _____ edad: _____ Motivo de amputación: _____

Tipo de amputación: _____ fecha de amputación: _____

Escala de Bartehl

Parámetro	Evaluación del paciente	Puntuación
Comer	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Higiene personal	Independiente	10
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente	10
	Necesita ayuda para algunas acciones <i>botones...</i>	5
	Dependiente	0
Cuidado personal	Independiente para lavarse la cara, las manos y peinarse...	10
	Dependiente	0
Continencia fecal	Contiene	10
	Ocasionalmente incontinente	5
	Incontinente	0
Continencia urinaria	Contiene	10
	Ocasionalmente incontinente	5
	Incontinente	0
Uso del baño	Independiente	10
	Necesita ayuda para ir al baño	5
	Dependiente en todas las acciones	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda o supervisión	10
	Necesita mucha ayuda, pero se mantiene sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambulaci3n	Independiente	15
	Ayuda o supervisi3n	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
Subir/ bajar escaleras	Independiente	10
	Necesita ayuda o supervisi3n	5
	Dependiente	0
Total		

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de independencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independiente



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado
Licda. Suhelen Jiménez

Ficha de registro de testimonios
“PROCESO DE DUELO TRAS AMPUTACION DE MIEMBROS INFERIORES EN
PACIENTES ADULTOS”

Nombre: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____ **carné No.** _____

Instrucciones: Este instrumento está diseñado para dejar constancia de la información relevante de los testimonios. Favor llenar con tinta azul.

Inicio: _____

Conflicto _____

Resolución o final:

