



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE
REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL**

T E S I S

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

P R E S E N T A

MARÍA GUADALUPE ZEPEDA ESPINOZA
1429869

D I R E C T O R:

LIC. EN PSIC. ERIKA MAGALI JAIMES PÉREZ

TEJUPILCO, ESTADO DE MÉXICO

FEBRERO, 2019



Tejupilco, México a 6 de enero de 2019.

**LIC. EN A. ALEJANDRA MOJICA HERNÁNDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PRESENTE.**

Por medio del presente y una vez realizadas las observaciones del Trabajo de tesis titulado:

“RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL”.

De la alumna: **MARÍA GUADALUPE ZEPEDA ESPINOZA**

Con número de cuenta: **1429869**

Informamos a Usted que se otorga el Voto Aprobatorio de dicho Trabajo.

**ATENTAMENTE
PATRIA CIENCIA Y TRABAJO**

“2018, Año del 190 aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”

**M. EN DAES. CLAUDIA
ADRIANA VARELA
VILLAFRANCA**

**M. EN DAES. LORENA LÓPEZ
VILLAFANÍA**



**UNIDAD ACADÉMICA
PROFESIONAL
TEJUPILCO
DEPARTAMENTO DE
TITULACIÓN**

22-01-19





Tejupilco, México a 10 de enero de 2019.

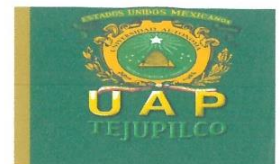
**LIC. EN A. ALEJANDRA MOJICA HERNÁNDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PRESENTE.**

Por medio del presente informo a Usted que una vez que se ha trabajado con la alumna **MARÍA GUADALUPE ZEPEDA ESPINOZA**, con número de cuenta **1429869** en su Trabajo de tesis titulado: **"RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL"**, considero que dicho trabajo está completo y doy por concluida la labor que me fue asignada por este Departamento como Directora.

Sin otro particular por el momento, quedo de Usted.

ATENTAMENTE
PATRIA CIENCIA Y TRABAJO
"2018, Año del 190 aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"


LIC. EN PSIC. ERIKA MAGALI JAIMES PÉREZ
DIRECTORA DE TESIS





Universidad Autónoma del Estado de México

Unidad Académica Profesional Tejupilco

Tejupilco, México a 30 de Enero de 2019.

**C. MARIA GUADALUPE ZEPEDA ESPINOZA
PASANTE DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E.**

Con base en la información existente en el departamento de titulación y en cumplimiento a lo dispuesto en el reglamento de escuelas y facultades, este departamento a mi cargo autoriza a usted la **IMPRESIÓN** de su tesis titulada: **RESILIENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN ADULTOS CON AMPUTACIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL.**

Lo anterior con base en que se han realizado, al trabajo escrito las observaciones dictaminadas por la H. Comisión Revisora. Le recuerdo que el contenido y presentación del mismo será de su entera responsabilidad.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para desearle el mejor de los términos en su proceso de titulación.

**ATENTAMENTE
"PATRIA CIENCIA Y TRABAJO"**

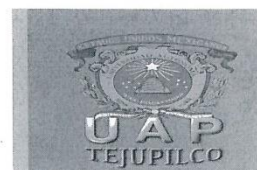
"2018, Año del 190 aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"

**L. en A. MERCEDES ALEJANDRA MOJICA HERNÁNDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
EN LA UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO**



**UNIDAD ACADÉMICA
PROFESIONAL
TEJUPILCO
DEPARTAMENTO DE
TITULACIÓN**

Domicilio Conocido Rincón de Aguirre
Tejupilco, México. C. P. 51412
Tel. (724) 26 75422
www.uaptejupilco.mx



DEDICATORIAS

A mi papá: Has trabajado duro durante mucho tiempo para ofrecernos lo mejor y espero ese esfuerzo algún día poder recompensarlo, te amo inmensamente, gracias por no rendirte y por cada una de tus enseñanzas.

A mi mamá: Lejos de ser una buena madre has sido una excelente amiga y compañera de vida, nunca podré agradecerte tanto amor, apoyo y dedicación que día con día nos has ofrecido, te amo con toda el alma.

A mis abuelos: Por su magistral ejemplo de vida que han dado, gracias por el amor y el cariño que me han brindado y sobre todo por la paciencia y apoyo dado a lo largo de estos años, los atesoraré por siempre.

A mi hermana: Por estar conmigo en todo momento y levantarme en mis momentos difíciles, jamás encontraré las palabras para decirte cuanto te amo y cuanto agradezco que lejos de ser mi hermana seas mi amiga, mi vida. A ti que, con tu apoyo, comprensión, confianza y sobre todo apoyo incondicional, has sido parte eminente de este proyecto, gracias por existir.

A mi directora: Por su gran enseñanza, consejos, regaños, dedicación y profesionalismo. Gracias por dar todo de sí en cada una de sus clases y apoyar en todo momento este trabajo, pero sobre todo por la pasión que dedica en compartir su conocimiento.

A la sociedad en general: Deseando que, gracias a esto, el dolor y sufrimiento que este tipo de personas vive día con día, sea percibido, entendido y recompensado, para que, al mirarlos, apreciemos más allá de un simple cuerpo y aprendamos a ver el espíritu, que sin duda los mantiene y los impulsa a luchar por su bienestar.

A ellos: Porque su capacidad sea mayor que su discapacidad... ¡son escuchados, nunca se rindan!

PRESENTACIÓN

El presente trabajo está compuesto por dos apartados, uno de literatura y otro de metodología, el primer apartado está dividido por 3 capítulos, en donde se trata de dar un respaldo a la investigación, aborda el tema central que es la amputación, donde a groso modo se determina el concepto de lo que es la amputación, los antecedentes que precede la historia de ésta, así como los tipos de amputación donde a su vez se especifican los dos únicos tipos que se manejaron durante todo el proceso de investigación y las causas más frecuentes para un óptimo logro de objetivos.

También se aborda los niveles de amputación basándose en el miembro cercenado, séase de la zona torácica o en la zona distal inferior. Además de esto, se menciona las características de un adulto con amputación: tanto físicas, psicológicas y sociales, para culminar con la especificación de la incidencia de amputaciones que existen en México.

El segundo capítulo habla de la resiliencia, donde se da una breve explicación del origen del término y la evolución que este ha tenido con el tiempo, posteriormente se da un concepto más completo y definido dentro del área psicológica.

Una vez explicado este punto se habló de los factores o dimensiones existentes para obtener la resiliencia, mismos que están basados en el instrumento manejado, seguido de esto, se presentan algunas de las características que una persona debe cumplir para considerarse resiliente, para al final, determinar la resiliencia que existe y la manera en la que se expresa en un adulto con amputación.

El último capítulo manejado, habla de lo que es el Trastorno de Estrés Post-Traumático y de su relación con la amputación, se expone un concepto psicológico, así como los síntomas y características que presentan las personas que padecen este trastorno.

Del mismo modo, se explica en general los criterios diagnósticos del trastorno, basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o mayormente conocido como DSM-V, al final, se brinda un breve resumen de la presencia del trastorno en los adultos con amputación.

El segundo apartado de esta investigación es el de método, donde se expone el objetivo específico y los generales en los cuales está basado este proyecto, también está escrito el planteamiento del problema donde se brinda un respaldo a la investigación indicando el porqué de esta.

Del mismo modo, se plantea el tipo de estudio y las variables manejadas, así como los criterios de inclusión que se manejaron para la población, se explican los instrumentos utilizados y sus criterios de aplicación y evaluación, al mismo tiempo se expone el diseño de la investigación, la captura de información y el procesamiento de información, así como los resultados obtenidos tras el empleo de los instrumentos donde con la utilización de tablas y gráficas se trata de dar un breve resumen de lo recabado.

Posteriormente se muestra la discusión donde se explican los resultados obtenidos y se comparan con anteriores investigaciones, referentes a las variables utilizadas, después de esto, se encuentran las conclusiones a las que se llegó, junto con las sugerencias y al final, para darle un respaldo y mayor veracidad al trabajo, se presenta toda la literatura citada que fue utilizada.

RESUMEN

El objetivo de ésta investigación es analizar los niveles de resiliencia y trastorno de estrés post-traumático en adultos que presentan una amputación y que acuden a terapia física y/o psicológica dentro de la Unidad de Rehabilitación e Integración Social. Relacionándolos a su vez con distintas variables psicosociales como la edad, el sexo, el miembro amputado, el tiempo transcurrido tras la amputación, la dependencia familiar y el empleo.

Con base en esto, la investigación fue de tipo descriptiva, debido a que solo se pretendió medir y analizar el nivel en el que se presentan las variables, por lo que, de acuerdo a estas características, el tipo de estudio de esta investigación fue de tipo no experimental- transversal, ya que las variables en ningún momento se manipularon y los instrumentos utilizados fueron aplicados en un tiempo y momento único.

Para el manejo de la población se utilizó una muestra no probabilística en donde se manejaron diferentes tipos de variables psicosociales para la inclusión de los adultos, estos debían ser mayores de edad, contar con algún tipo de amputación tanto traumática como por enfermedad, dejando a un lado a aquellos de índole congénita ya que no cumplían con los requisitos para lograr los objetivos de esta investigación.

La amputación podía ser en cualquier miembro, tanto torácico como distal inferior, y debían acudir a tratamiento físico o psicológico a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social (URIS), debido a la minoría poblacional de adultos con amputación que acuden, se recabaron tanto de la URIS de Valle de Bravo como de Tejupilco de Hidalgo.

Por lo que, finalmente, se contó con una población compuesta por 11 adultos: nueve de ellos con amputaciones inferiores y dos con superiores, lamentablemente, por la delicadeza con la que se manejó este tema, no se logró

ampliar la población, respetando en todo momento la decisión de cada uno de ellos.

Para el análisis de las variables manejadas dentro del trabajo, se utilizaron dos instrumentos psicológicos diferentes: para determinar el nivel de resiliencia se utilizó la Escala De Resiliencia Mexicana (RESI-M), diseñado por Palomar y Gómez en el año 2010, adaptada a la población mexicana basándose en dos instrumentos no adaptados a México: la *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) realizada por Connor y Davidson en el año 1999 y *The Resilience Scale for Adults* (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen del año 2001.

Este instrumento consta de 43 items con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que se agrupan midiendo cinco dimensiones o factores diferentes, los cuales son: *Fortaleza y confianza en sí mismo; Competencia social; Apoyo familia; Apoyo social y Estructura personal.*

Para el trastorno de estrés post-traumático se utilizó la Escala de Trauma (DTS) creada originalmente por Davidson (1997) siendo traducida y adaptada al español por Bobes, Bascarán, González, Bousoño, Calcedo, Hormaechea y Wallace el 17 de febrero de 1999.

Ésta escala auto administrada, está diseñada para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post- Traumático en sujetos que han sufrido un evento estresante, consta de 17 ítems, a los cuales, cada uno de ellos son contestados y evaluados basándose en dos escalas: una de frecuencia y otra de gravedad.

Los instrumentos descritos anteriormente, fueron aplicados de manera conjunta a cada uno de los adultos con amputación dentro de las instalaciones de las URIS, en un solo momento, donde les fue explicado el objetivo del trabajo y entregado un consentimiento informado, en el cual, se establecía que ningún dato personal manejado, sería revelado dentro o fuera de la investigación.

Los resultados previos, después de capturar la base de datos en el paquete estadístico SSPS, indican que los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor resiliencia respecto a los adultos con resección de tipo traumática, estos obtienen su resiliencia con base al apoyo familiar, social y el respeto a su estructura personal, mientras que, los adultos con amputación traumática tienden a adquirir su resiliencia a través de su fortaleza y confianza en sí mismos.

De acuerdo al Trastorno de Estrés Post-Traumático, los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor frecuencia al trauma y miembro fantasma, pero con menor gravedad que aquellos adultos con amputación de tipo traumática, esto intrínsecamente ligado a la edad en la que se presentan y a los factores psicosociales involucrados.

INTRODUCCIÓN

Todas las áreas en las que se desenvuelve el contexto, ya sean académicas, sociales o laborales, están diseñadas para aquellos que no tienen aparentemente ninguna “anomalía”, para las personas que cuentan con cada una de sus extremidades físicas y por ende con supuestas capacidades en su complejidad (Barrera, 2013); ante este nivel de exigencia las personas que no cuentan con estas características, como aquellas que padecen alguna amputación, no cuentan con cabida suficiente para sobresalir.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014) la amputación es un acto quirúrgico que consiste básicamente en cortar y separar del cuerpo un miembro o una porción de él. Éste tipo de ablación, significa un cambio permanente e irreparable en la vida de una persona.

Una de sus principales complicaciones la limitación; tanto física como emocional, familiar y social, determinados impedimentos en la realización de actividades cotidianas de la persona, así como también impedimentos laborales, recreacionales y una restrictiva participación social, dependen mucho del tipo de incisión que se realice (Grijota, Robles, Muñoz y Maynar, 2015; Espinoza y García, 2014).

Las pérdidas corporales funcionales súbitas, accidentales o quirúrgicas, son siempre inesperadas y difíciles de elaborar, causando un conflicto a nivel psíquico en la persona que lo padece, a nivel psicológico, afectan tanto a las relaciones como al self propio, al esquema corporal, y, además, al propio narcisismo. En lo social, afecta a las capacidades relacionales y laborales. En biológico, al sistema nervioso central, así como el musculo-esquelético y el visceral en los cuales se necesitan toda una serie de adaptaciones (Moretti, 2010; Esquerdo, Maruenda y Robles, 2013).

La amputación no deja de ser un hecho sin precedentes, es un fenómeno al que se está constantemente expuesto pero que nadie quiere padecer, termina siendo un suceso traumático, que, puede dar cabida al origen de un trastorno psicológico; en estos casos uno de los más habituales es el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)

El TEPT incluye síntomas tales como recuerdos estresantes e intrusivos, pesadillas, insomnio y evitación de actividades; los cuales causan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen (APA, 2002).

En este tipo de personas, un evento traumático podría ser la nueva apariencia corporal que sufren, las de tipo traumática o accidental tienden a ser un agente retraumatizador, es decir, la persona se encuentra acostumbrada a cierta imagen corporal, pero cuando ésta cambia, el simple hecho de verse al espejo, les resulta traumante y puede generar recuerdos desagradables. Por lo general un evento estresante es de corta duración, pero en casos, como la amputación, como su concepto lo define es un acto quirúrgico permanente, el agente estresor es constante y duradero, por lo que aumenta la intensidad de posibles síntomas de TEPT (Carvajal, 2002).

Por lo anterior planteado, si se considera que el hecho de ser cercenado es un evento de éste tipo, esta constante percepción de que lo que se está viviendo es severo y afecta el transcurso aparentemente normal de vida, las posibilidades de presentar un TEPT se incrementa, a pesar de ello, es importante mencionar que no todo aquel que se expone ante un suceso traumático como este, presenta TEPT (García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela y Cova, 2013; Palacios y Heinze, 2002).

En estos pacientes, es necesario desarrollar la capacidad de afrontamiento del desmembramiento al que se enfrentan, mediante un proceso que incluya la modificación de los pensamientos y acciones, negativas por positivas (Uriarte, 2005).

Es ahí donde toma parte la intervención psicológica correcta y a tiempo, donde se busca rehabilitar y readaptar a las personas a su nuevo estilo de vida contribuyendo a que el paciente amputado, genere un nuevo proyecto, con la intención de mejorar su calidad vivencial y que, a su vez, se adecue a las demandas del medio en el que se desenvuelve (Tavera, 2015).

Cuando un individuo se desarrolla con normalidad a pesar de sufrir algún evento traumático y desfavorecido, y potencializa los patrones de adaptación positiva sobreviviendo a las adversidades, llegando a superar el nivel de estabilidad en la que se encontraba antes del suceso traumático, es lo que comúnmente es denominada como Resiliencia (de la Paz, 2015; García y Domínguez, 2013; Uriarte, 2005).

Se puede comprender a la Resiliencia como una combinación entre factores internos y externos, es decir, todas aquellas características de la personalidad de un individuo aunadas al contexto familiar y social en el que se desenvuelve, posibilitando a una persona a generar las defensas necesarias para superar un suceso traumático como lo es la amputación (González-Arratia y Valdés, 2013).

Esta capacidad está presente en todas las personas, no es una característica de personas que son extraordinarias, todos pueden ser y promover la resiliencia como método de supervivencia a las psicopatologías; el Trastorno de Estrés Post-Traumático puede llegar a prevenirse comprendiendo las circunstancias a las que se enfrentan, responsabilizándose de la propia vida y la de los demás; y, una persona con amputación puede retomar y mejorar su calidad de vida si se le contribuye en la aceptación de que las diferencias no van encaminadas ni están estrechamente ligadas a un impedimento (Uriarte, 2005).

Es por ello que dentro de esta investigación se trató de conceptualizar, explicar y analizar la presencia tanto de la Resiliencia como del Trastorno de Estrés Post-Traumático en los adultos con amputación, con el fin de conocer la relación y nivel de aparición que existe entre estas variables y la amputación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I La Amputación	17
1.1. Concepto de amputación.	17
1.2. Antecedentes de la amputación	18
1.3. Tipos de amputación.	22
1.3.1. Amputación Traumática	23
1.3.2. Amputación por enfermedad	25
1.3.2.1. Enfermedad vascular o circulatoria.....	26
1.3.2.2. Amputaciones por padecimientos oncológicos.	28
1.3.2.3. Amputación por infección.....	30
1.4.1. Amputación de extremidades inferiores	31
1.4.2. Amputación de extremidades superiores	32
1.5. Características de un adulto con amputación.....	32
1.5.1. Características físicas	32
1.5.2. Características Psicológicas	33
1.5.3. Características Sociales.....	35
1.6. La amputación y su incidencia en México.	35
CAPÍTULO II La Resiliencia y su relación con la amputación	37
2.1. Evolución del término resiliencia.....	37
2.2. Resiliencia como concepto psicológico	40
2.3. Factores/Dimensiones para desarrollar la resiliencia	42
2.4. Características de la persona resiliente.....	47
2.5 La resiliencia en adultos con amputación	50
CAPÍTULO III Trastorno de Estrés Post-Traumático en la amputación	54
3.1 Concepto psicológico del Trastorno de Estrés Post-Traumático.....	54
3.2. Síntomas/Características del Trastorno de Estrés Post-Traumático	55
3.3 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Post-Traumático con base al DSM-V	57
3.4. Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación.....	60
MÉTODO	66
OBJETIVOS	66

Objetivo General	66
Objetivos Específicos	66
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	66
TIPO DE ESTUDIO	68
VARIABLES	68
Resiliencia	68
Trastorno de Estrés Post-Traumático	69
Amputación	69
POBLACIÓN	70
MUESTRA	70
INSTRUMENTO	71
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	72
CAPTURA DE LA INFORMACIÓN	73
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	73
RESULTADOS	74
DISCUSIÓN	88
CONCLUSIONES	101
SUGERENCIAS	102
REFERENCIAS	103
ANEXOS	109

CAPÍTULO I

La Amputación

1.1. Concepto de amputación.

La amputación, es considerada como un procedimiento quirúrgico definido como la resección completa y definitiva de una parte o totalidad de una extremidad (DRAE, 2014) , dicho procedimiento tiene como objetivo remover la porción de una extremidad en estado patológico; dicho de mejor manera, es el corte definitivo de una parte o totalidad de una extremidad del cuerpo, con la única intención de eliminar una zona patológicamente dañada y crear un órgano distal óptimo para la utilización y manejo de prótesis y/o ortesis (DRAE, 2014; Ocampo *et al*; 2010).

De acuerdo a Hajar (2016) la amputación puede ser considerada como una operación destructiva que puede convertirse en constructiva, esto es posible cuando analizamos las dos metas en las que se basa una amputación: la extirpación y la reconstrucción. La extirpación se refiere a cuando se suprime la incapacidad y la enfermedad de determinada zona del cuerpo, es por ello que las amputaciones se deben realizar únicamente en situaciones extremas, como cuando una persona padece una lesión no intencionada y el daño orgánico es significativo, la obligación del médico cirujano es salvar la vida del paciente, aunque de esto dependa una amputación no deseada (Hajar, 2016; Rosas, 2016).

Para que este procedimiento se vuelva de reconstrucción, se debe recordar el objetivo principal de la amputación que es contemplar el hecho de generar, a raíz del corte, un muñón, es decir, lo que queda de una extremidad una vez que esta ha sido seccionada. Este miembro se vuelve de vital importancia ya que se debe de crear el muñón en un nivel distal óptimo conveniente y para que tenga la movilidad suficiente de articulación y esto a su vez produzca un adecuado futuro protésico (Hajar, 2016; Herrera, 2016).

Toda amputación debe de realizarse premeditadamente con la única intención de mejorar la calidad de vida del paciente, es por ello que, se debe de crear un buen

miembro residual, e identificar las características de sanación, esto se observa cuando la musculatura del muñón es fuerte, la piel está correctamente endurecida y aparentemente no presenta patología circulatoria.

Mantener un buen muñón y cuidarlo de la mejor manera, ayuda para buscar la pronta recuperación de la persona con amputación y, a su vez, para reconstruir su capacidad y funcionalidad desde un punto de vista motriz y sensitivo, para el manejo protésico del paciente, si el muñón llegase a infectarse, la probabilidad de una nueva amputación, es mayor (Hijar, 2016; Herrera, 2016; Ocampo *et al*, 2010).

No es posible determinar a la amputación como algo estrictamente negativo o positivo, si la vemos como el hecho de “perder” una parte del cuerpo, ésta, sonará como una situación escalofriante, pero si fisiológicamente se habla de la imposibilidad para restaurar e incorporar una extremidad afectada hasta un nivel compatible con los tejidos restantes sanos; es notorio observar la razón fundamental de la amputación, “como un acto para salvar una extremidad y porque no, salvaguardar la vida de una persona” (La O y Baryolo, 2005).

1.2. Antecedentes de la amputación

Las amputaciones no son un tema nuevo para nuestra sociedad, es considerada uno de los procedimientos médicos más antiguos, aunque ciertamente, a través de los años, ha tenido diversos cambios respecto a su propósito de realización, esto debiéndose a que no siempre fue aplicada como un acto médico para salvaguardar la vida de un paciente.

Hoy por hoy se toma como un acto quirúrgico y que medicamente es únicamente motivado para disminuir o quitar determinada enfermedad, anteriormente, tuvo varios motivos causales, tales como punitivos o incluso de manera ritual Un hecho certero es que desde tiempos inmemoriales hasta la actualidad el escuchar hablar de amputación era y es sinónimo de pérdida (De la Garza, 2009)

De acuerdo a De la Garza (2009) se tienen registros de aparición de las amputaciones, la mayoría de ellas de tipo punitivo, desde hace unos 45,000 a.C. Gracias a la aparición y desarrollo de las diversas culturas que se asentaron en el Oriente Medio, los periodos que cubren estos registros son Acadio desde el año 2300 a 1950 a. C.

El segundo de sumerio de 1950 a 1800 a.C. y la dinastía babilónica cubriendo desde 1800 a 1112 a.C., dentro de este último de encontró un escrito donde mencionaba que los médicos no podían equivocarse en un procedimiento quirúrgico, si llegaban a perforar algún órgano o a matar al paciente sus manos debían de ser cortadas como castigo (De la Garza, 2009).

Posteriormente dentro de la cultura egipcia, uno de los castigos más representativos y crueles tras un crimen o deshonor, eran las amputaciones delante del faraón, estas, no únicamente se realizaban en las extremidades, sino que también en la nariz, orejas y genitales, con la intención de dejar una “marca” permanente en el pecador, si este llegaba a recuperarse de la hemorragia (De la Garza, 2009).

La amputación en la nariz también tuvo lugar en la india, ahí se realizaba a los maridos infieles con la intención de bajar su virilidad, con base en estos antecedentes no solo se abrió camino el desarrollo de la amputación, sino que, también la cirugía reconstructiva y estética comenzaron su curso (De la Garza, 2009; Lain-Entralgo, 1998.).

Por otro lado, como se mencionó, la amputación fue considerada como parte de la medicina y como tal un acto quirúrgico para la conservación de la vida, sino que, fue mucho tiempo considerada tabú e incluso en la época pre-Homérica, las amputaciones traumáticas expuestas eran rotundamente consideradas fatales y no podían recibir tratamiento, hay algunos registros de colocación de prótesis en algunas momias, pero esto no era con motivo de tratamiento, si como arte del mismo embalsamador para conservar un cuerpo aparentemente completo en la persona fallecida (Lain-Entralgo, 1998.).

Las amputaciones no solo se abrieron camino en otros lugares y culturas del mundo, también en América de Sur surgieron hace mucho tiempo, en Perú por ejemplo, se han encontrado figuras de cerámica, votivas o dibujos que muestran lo que parecen ser personas con extremidades amputadas.

Uno de los antecedentes significativos en esta época, es que, en estas figurillas, también aparecen lo que pudieran indicar y funcionar como prótesis en el miembro cercenado, éstas “prótesis”, estaban conformadas por utensilios tales como cuchillos, hachas sierras de piedra, etc. reflejando que, no se buscaba recuperar una funcionalidad, sino simplemente la sustitución del miembro por otra cosa.

También en esta época se encontró lo que pareciera ser individuos momificados con desarticulaciones de pie y amputaciones con miembro residual o muñón ya cicatrizado. En esa misma época, dentro de la cultura Mexica o Azteca no se encuentran aún registros de que se practicasen como tal las amputaciones, pero sí de que tenían conocimiento de ellas, cada una de acuerdo a la zona en la que era realizada tenía un determinado nombre: Tlanquatepunctic para las realizadas en el muslo, Mantepultic o Macotonqui para las realizadas en el brazo y Nitzatzayana para las desarticulaciones (De la Garza, 2009; Lain-Entralgo, 1998.).

De la Graza (2009) también indica en su investigación que Hipócrates (460-377 a.C.) no apoyaba la amputación realizada en un tejido sano para la formación de un muñón funcional, el por su parte, en casos de gangrena, proponía dejar que la naturaleza hiciera el trabajo hasta que el tejido en estado de necrosis se esfacelara, para evitar el dolor y hemorragia provocado por el corte, no fue hasta los años 25-50 a.C. que se comenzó a utilizar las ligaduras vasculares como método de curación.

La utilización de ligaduras o torniquete fueron formalmente utilizados por Hans von Gersdorff (1480-1540) que al escribir una obra llamada Feldrbuch Der Wundartzney se encontró una ilustración de una amputación donde aparece la utilización de este método, de acuerdo a algunos informes, él realizó cerca de 200

amputaciones por gangrena y comenzó a señalar las ventajas que existen de amputar sobre tejido sano para la creación de muñón, aunque la hemostasia la realizaba utilizando aceite hirviendo o cauterio, se puede denominar el primer avance como tal, para la creación de un miembro óptimo (De la Garza, 2009; Lain-Entralgo, 1998.).

Siguiendo este procedimiento Ambroise Paré (1510-1590) un afamado cirujano francés, comenzó a dejar a un lado la cauterización con aceite o agua hirviendo o con hierro al rojo vivo, efectuando el ligar de manera individual los vasos de muñón. Del mismo modo William Clowes (1558-1604) se dedicó a la cirugía de las heridas desfasó el uso de ligaduras de los vasos para usar astringentes, eso sin mencionar que fue de los primeros en utilizar colgajos de piel funcional para cubrir el muñón.

Al pasar de los años, el grado de avance en las técnicas de amputación como método terapéutico no tuvo grandes cambios. Cirujanos como William Fergusson (1808-1877); Henry Hancock (1809-1880); Nikolai Ivanovitch Pirogoff (1810-1881) y Bernhard von Langenbeck (1820-1887) hicieron contribuciones respecto a las mejores técnicas para las amputaciones inferiores, como a las realizadas en tobillo o la rodilla, contribuyendo al uso de colgajos de injerto para un muñón resultante con mayor funcionalidad.

No fue hasta que Frank Hastings Hamilton (1813-1854) un cirujano norteamericano, señaló que para mayores beneficios el muñón debía de tener una mayor longitud, ya que esto permitiría que tuviera mayor movilidad y por ende mayor funcionabilidad para que la persona con amputación tuviera posibilidades reales de rehabilitación.

Friedrich von Smarch (1823-1908) un cirujano alemán, diseñó un torniquete a-traumático y realizó las amputaciones con métodos antisépticos y bajo anestesia gracias a esto, realmente se dio un avance significativo para lo que sería hoy en día la cirugía de amputaciones de la nueva era, proporcionando nuevas oportunidades y mejores resultados a las personas con amputación.

Aprovechando las ventajas de la anestesia y la antisepsia, Francisco Montes de Oca (1883) aplicó una técnica depurada, al desarticular el hombro conservaba el músculo deltoides para cubrir la cavidad glenoidea y para la amputación infracondílea conservaba las masas gemelares para modelar un muñón bien acolchonado para un mejor uso protésico.

Respecto a las prótesis, en las ruinas Pompeya se encontraron prótesis de bronce provenientes de aproximadamente 300 a.C. y no fue hasta que personajes como Ambroise Paré y Leonardo da Vinci diseñaron prótesis articuladas lo que dio paso para llegar a lo que hoy en día, gracias al avance biomédico y biomaterial, son las prótesis de grafito, más ligeras y con movimientos más finos y funcionales (De la Garza, 2009; Lain-Entralgo, 1998.).

Después de lo anterior mencionado, queda claro que la amputación no es un tema nuevo, ha estado presente desde hace mucho tiempo y ha tenido cambios sustanciales para lo que hoy en día ya es un método quirúrgico establecido y empleado como técnica eficaz para salvaguardar la integridad de las personas, sigue siendo un tema controversial, pero gracias a los avances logrados a partir del siglo XX, las probabilidades de rehabilitación cada vez son más altas, ya no se puede hablar de la amputación como una mutilación, si no como una oportunidad.

1.3. Tipos de amputación.

La amputación, puede denominarse una discapacidad debido a que en un término general

La discapacidad abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales OMS (2014).

Dichas limitaciones y deficiencias van a depender del nivel en el que se realice el corte y de las causas de éste, nadie sin importar la raza o religión, está exhorto a padecer una amputación a lo largo de su vida y es por ello que es importante mencionar cuales son los tipos de amputación y la manera en que se presentan cada una de ellas, existen varias clasificaciones pero, dentro de ésta investigación se manejaran dos tipos: la amputación por traumatismo o accidente y la amputación como resultado de enfermedades (González *et al*, 2017; Ospina, 2009).

De acuerdo con Firshman (como se cita en Garret y Levine, 1961) la amputación traumática, por su parte, aparece cuando se ha sufrido un accidente y como método de salvaguardar la vida del paciente se amputa la extremidad dañada; y la última manifestación se da cuando determinada enfermedad ha deteriorado significativamente la salud de la persona y se debe de cortar el órgano dañado (Barrera, 2013).

Para efectos de la presente investigación, la información desarrollada se centrará únicamente en las amputaciones de tipo traumática y por enfermedad, basándonos en las causas y consecuencias más comunes de cada una de ellas debido a que, como fue mencionado anteriormente, la amputación congénita al presentarse en niños, es decir que se nace con ella, no cumple con las características necesarias ni tiene el grado de impacto en el paciente que se requiere para los objetivos planteados.

1.3.1. Amputación Traumática

Históricamente las amputaciones traumáticas se han relacionado con las guerras, siendo estos de sus principales causantes en esos tiempos, sin embargo, en la actualidad, las lesiones en el trabajo y los accidentes viales, han dejado las batallas a un lado, volviéndose estas, las causas de cercenación más frecuentes a nivel mundial (Gómez, 2007).

El incremento en este tipo de amputaciones se debe a una mejora en los medios de transporte, así como en el desarrollo industrial y uso de maquinaria pesada, las personas que se han distinguido por ser las más afectadas son las que se encuentran en un rango de edad de entre 20 y 39 años de edad, es decir, personas con actividad social y laboral más vigorosa (Rosas, 2010).

Las amputaciones generadas por accidentes y traumatismos tienden a ser uno de los acontecimientos más perturbadores para la persona que la padece, ya que, como seres sociales, estamos acostumbrados a percibir nuestro cuerpo de determinada manera para poder encajar en un grupo y dependemos de él para expresar emociones y sentimientos, en estos casos, ya se tiene una vida socialmente estable, por lo que el impacto es más complicado de tratar (González *et al*, 2010; Gómez, 2007).

El accidente causante de la amputación, debe de generar una destrucción vasta de tejidos, ya sea por impedimento de riego, complicación de sutura o lesiones graves nerviosas a un nivel que provoque que la recuperación del miembro resulte imposible, en los casos más graves de amputación traumática se da la desarticulación y pérdida total del hueso (La O y Baryolo, 2005).

La amputación queda clara que es irreversible; no existe una regresión después de ella, actualmente a pesar de los avances tecnológicos, no existe ninguna prótesis artificial con una percepción sensitiva que logre suplir la extremidad amputada; es por ello que la amputación debe de realizarse solo cuando se ha perdido la función motora y sensitiva, y no hay manera de recuperación del miembro (Herrera, 2016).

De acuerdo a registros de ingresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (2014) las amputaciones por lesiones traumáticas son causadas principalmente por la manipulación de herramientas manuales y artefactos del hogar seguidas inmediatamente de aquellas que resultaron de accidentes viales, sobre todo motociclistas, que con frecuencia manejan a altas velocidades, con lesiones tanto en las extremidades torácicas como pélvicas (Rosas, 2010).

De acuerdo a La O y Baryolo (2005) los accidentes de trabajo producen un mayor índice de amputaciones en extremidades superiores (73 a 81%) y los accidentes de tráfico y tienen un porcentaje más elevado sobre las extremidades inferiores (63%).

No se puede distinguir sobre cual es mejor de estos dos tipos, todas las personas recientes la amputación de manera subjetiva y mientras que, para algunos perder un dedo resultaría algo sencillo de asimilar, para otros sería lo peor que pudiese pasarles, en todos los casos hay un cambio drástico donde el respeto a sí mismos está intrínsecamente ligado al respeto de los demás y a la no exclusión social (González *et al*, 2010).

Las personas con amputación traumática, tienen una discapacidad adquirida, por lo que su forma de tratamiento va a depender principalmente de la capacidad que tengan de aceptar su nueva condición, debido a que pasan de ser completamente autónomas a ser parcialmente dependientes, esto al menos durante el comienzo mientras que logran adaptarse a la nueva condición para desenvolverse adecuadamente dentro de la sociedad, amparándose de la rehabilitación para aclimatarse a la situación (Rueda *et al*, 2002).

1.3.2. Amputación por enfermedad

Las amputaciones generadas por enfermedad, tienen casi el mismo impacto que las ocasionadas por accidentes, ya que, a diferencia de su manifestación primaria congénita, esta se presenta en su mayoría en personas de la tercera edad que, debido a complicaciones de alguna enfermedad crónica o degenerativa, pierden un miembro patológicamente dañado para frenar una enfermedad y así evitar mayores complicaciones postergando así la vida del paciente (González *et al*, 2017).

Una de las principales diferencias que existen entre la amputación traumática y la originada por enfermedad es que, este tipo de amputación es anticipada al paciente, es decir, antes del acto quirúrgico la persona ya debe de estar enterada

del procedimiento, por ende, ya ha tenido un tiempo de asimilación, por lo que el proceso de adaptación tiende a ser menos complicado. De acuerdo a Herrera (2016) las enfermedades más frecuentes que motivan una amputación de este tipo pueden englobarse dentro de 3 grandes grupos: Por enfermedades vasculares y/o circulatorias, padecimientos oncológicos o cáncer e infecciones.

1.3.2.1. Enfermedad vascular o circulatoria

Este tipo de padecimientos, como su nombre lo dice, generan una falta de circulación en algún miembro, generalmente en los miembros inferiores, lo cual, en consecuencia, para evitar que llegue y/o avance la necrosis, se debe de originar una absoluta amputación (Herrera, 2016).

La enfermedad vascular arterioesclerótica es considerada la causa más frecuente para las amputaciones en miembros inferiores, ya que la presión sanguínea en esa zona es más baja, en comparación con las extremidades superiores y va asociada al mismo tiempo, a un padecimiento frecuente en adultos mayores, la diabetes mellitus (DM) (Herrera, 2016; La O y Baryolo, 2005).

La Diabetes tipo 2 o Diabetes Mellitus (DM), tan solo en América Latina se ha convertido en una preocupación pública, ya que afecta a numerosos sectores de la población en la actualidad, no es nuevo escuchar de la diabetes como tal, pero la mayoría de datos que engloban a este padecimiento se desconocen (Herrera, 2016; La O y Baryolo, 2005).

La condición primordial de esta enfermedad es el mal control glicémico, es decir, un mal funcionamiento en el control de la glucosa sanguínea, esta se da una vez que el organismo comienza a utilizar otro tipo de energéticos originando un proceso inflamatorio que afecta directamente al aparato cardiovascular, lo que provoca una inestabilidad en el metabolismo de lípidos (Herrera, 2016; Zarate y Saucedo, 2010 Mahía y Perez, 2000).

La salud del paciente con este padecimiento va en decadencia progresivamente y puede llegar a originar desde ataques cardiacos, ceguera, insuficiencia renal o una amputación de los miembros inferiores (Zarate y Saucedo, 2010; Mahía y Pérez, 2000). En el caso de que ocurra una herida o infección en los pies por un inapropiado cuidado de ellos tiende a ser la mayor causa de amputaciones y la principal razón por lo que la DM se ha superpuesto como principal causa de amputación a nivel global es el denominado “pie diabético” (Zarate y Saucedo, 2010; Mahía y Pérez, 2000).

Dentro de las enfermedades vasculares que se engloban en un paciente diabético se encuentra la enfermedad arterial periférica (EAP) que es bien definida como la existencia de arterosclerosis en las extremidades inferiores que genera isquemia al interferir en la circulación vascular, a menudo se presenta con el desarrollo de una úlcera generada por la isquemia y la neuropatía periférica en pacientes mal controlados en su dismetabolismo de la glucosa e hipertensión arterial (Zarate y Saucedo, 2010).

Lo peligroso de la EAP en pacientes diabéticos es que, en su mayoría, las úlceras que se presentan en los pies son indoloras, por ende, pasan inadvertidas completamente por el paciente que, al no hacerse chequeos consecutivos, al momento de darse cuenta del daño, este ya es notorio o alcanza el hueso.

Llegando a esta fase el diagnostico pasa de ser reservado a malo y es cuando se ve obligada la persona a realizarse una amputación, como única alternativa de solución, para postergar su vida, aun cuando ésta, no lo desea (Zarate y Saucedo, 2010; Mahía y Pérez, 2000).

Según Zarate y Saucedo (2010) el riesgo de un diabético de sufrir una amputación de extremidad inferior oscila en un 30% por arriba de una persona no diabética, por lo que, el diagnóstico oportuno de la EAP pudiese prevenir llegar a tal extremo, la revisión clínica, consiste en checar el estado de la piel, la posible presencia de infección, además, calidad de los pulsos poplíteos y pediales, claudicación intermitente, y dolor al caminar que se exagera cuando el enfermo se sienta y

eleva las extremidades a un nivel superior a la cadera revelando palidez cutánea en las piernas.

El adulto con diabetes mellitus se enfrenta de igual manera a un padecimiento denominado neuropatía inflamatoria sarcoósea y artropatía o “pie de Charcot”, esta patología se traduce como la presencia de un trastorno vascular periférico e inflamatorio que genera deformación y dislocación articular (Mahía y Pérez, 2000).

En un inicio se caracteriza por una inflamación indolora y una distorsión ligera en el pie, lo cual conduce a una ulceración e infección; frecuentemente este padecimiento se acontece de un traumatismo al que no se le da importancia debido a la neuropatía que contribuye a un efecto protector donde se pierde el dolor y la persona continúa caminando hasta que la afección ya es grave (Zarate y Saucedo, 2010; Mahía y Pérez, 2000).

La mayoría de los casos de amputaciones a adultos con diabetes mellitus se pudieron haber evitado con un correcto control de su estado metabólico y de su hipertensión arterial, pero indudablemente todo depende de que tan consciente se está de las medidas preventivas.

Esto conlleva a mencionar que en la actualidad la Diabetes Mellitus se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad en América, provocando complicaciones en la salud de los que la padecen y también en la calidad de vida de la familia de este, ya que una diabetes mal controlada genera obligadamente una carga económica para el paciente y también para la familia (Zarate y Saucedo, 2010; Mahía y Pérez, 2000).

1.3.2.2. Amputaciones por padecimientos oncológicos.

Las amputaciones causadas por este tipo de padecimientos son el resultado de la presencia de un tumor maligno, es decir, cáncer; estas neoplastias de acuerdo a Vásquez Vela (2010) pueden clasificarse en dos grupos: por tumores óseos (osteosarcomas) y por tumores en los tejidos blandos de las extremidades

(osteosarcomas extraesqueleticos), su clasificación se basa en las características de las células que los componen, la identificación de los tumores malignos de los benignos es de vital importancia para la anticipación del tratamiento y que no llegue a la amputación como tal del miembro.

Existen diferentes padecimientos que se engloban al mencionar tumores malignos óseos, estos están clasificados en ectodérmicos y endodérmicos según su origen embriológico y la matriz de los tejidos extracelulares, a grandes rasgos es un tema muy amplio de tratar por lo que se tratará de mencionar y explicar algunos de los padecimientos que más tienden a relacionarse con la amputación como tal.

Como primer plano se encuentra la Histogénesis ósea (osteosarcoma) que es de los principales padecimientos oncológicos que generan amputación, esta presencia de osteosarcomas comprenden un conjunto de neoformaciones del tejido conjuntivo con determinados grados de malignidad. Este se caracteriza por generar material osteoide neoplático o hueso, siguiendo estudios de Vásquez Vela (2010) el osteosarcoma tiende a afectar en un 60% a los hombres respecto a las mujeres que presentan un nivel de incidencia de 40%.

Por lo regular los osteosarcomas tienden a afectar huesos con crecimiento rápido como lo son el fémur, tibia y húmero; la mayoría de los casos con este tipo de cáncer no tienen un origen conocido, si bien hay algunos padecimientos que se asocian a ellos como lo es la enfermedad de Paget, los infartos óseos y la displasia fibrosa, la mayoría no entra en esa etiología; del mismo modo el tipo de clasificación que tenga el osteosarcoma va a depender de la zona o localización en que se encuentre dividiéndose en axiales o apendiculares (Vásquez Vela, 2010).

Existen, como ya se mencionó, varios tipos de osteosarcoma, pero en general el osteosarcoma clásico se manifiesta en sus comienzos por dolor y la aparición de una masa palpable, esta masa en las radiografías se observa como una lesión metafisiaria que produce y destruye el hueso, así como una reacción perióstica

muy intensa, la cual puede corroborarse por el signo del “sol naciente” y el triángulo de Codman.

Lo difícil de este padecimiento es que la evolución es rápida y puede producir metástasis por vía hematogena desde fecha temprana, por ello es importante atender el padecimiento lo antes posible, aunque en la mayoría de los casos una vez que se diagnóstica ya han sido dañados los tejidos blandos, por lo que la intervención ya no resulta efectiva y la amputación es eminente para frenar el avance del cáncer.

1.3.2.3. Amputación por infección.

De acuerdo a La O y Baryolo (2005) este tipo de padecimientos como lo son: la tuberculosis, gangrena por arteriosclerosis o diabética y osteomielitis, todavía se constituyen como causas imputadoras, si bien, su frecuencia ha disminuido manifiestamente con un diagnóstico precoz y el empleo de antibióticos, aún hoy en día con el avance médico de atención de urgencia, se presentan amputaciones, la mayoría de ellas originadas por dejación.

La gangrena periférica, es muchas veces un síntoma más de la enfermedad vascular generalizada, pero por sí sola no constituye un proceso maligno. En estos casos, antes de llegar a la amputación del miembro conviene efectuar una cirugía arterial reconstructiva, para llevar a cabo un estudio cuidadoso de las condiciones cardíacas, la existencia de diabetes, la movilización pasiva y apoyo sobre el miembro gangrenado, con tras el proceso, pudiese evitarse la amputación

1.4. Niveles de amputación

Cualquier nivel puede ser usado para realizar una amputación, es decir, son infinitos desde la raíz del miembro hasta la porción más distal. Muchas veces el nivel lo determina la extensión de la lesión o enfermedad que compromete el miembro. Sin embargo, frente a ellos se tienen los llamados "niveles ideales". Se les denomina así, porque conservan buena movilidad, fuerza y buen brazo de

palanca o muñón que les permiten la adaptación y manejo de la prótesis (La O y Baryolo, 2005)

Estos niveles, se consideran dividiendo en tercios los segmentos: brazo, antebrazo, muslo, pierna o las articulaciones cercanas, como es el caso de la interescápulo torácica, hombro, codo, muñeca, hemipelvectomía, cadera, rodilla, tobillo, mediotarsiana y transmeta-tarsiana. Cuanto más elevado es el nivel de amputación, más articulaciones se pierden y hay menos potencia, debido a la pérdida muscular y al disminuido brazo de palanca funcional para controlar una prótesis (Herrera y Madriñan, 2014).

Siempre es preferible una buena amputación a cualquier nivel que una amputación de mala calidad a nivel más bajo. Por lo tanto, se debe preservar lo más posible de la extremidad comprometida, tomando en consideración no sólo su longitud, sino los niveles funcionales de la misma, es decir, las articulaciones. Todo esto independientemente de la zona donde se realice la amputación, séase en las extremidades inferiores o en las superiores (Herrera y Madriñan, 2014; La O y Baryolo, 2005).

1.4.1. Amputación de extremidades inferiores

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con la diabetes, como ya fue mencionado anteriormente, la etiología y el mal cuidado hace que sean este tipo de amputaciones las más predispuestas a realizarse en esos casos (González et al, 2017; La O y Baryolo, 2005).

La extremidad inferior desempeña múltiples funciones por ejemplo, brindar soporte al resto del cuerpo también llamada función de apoyo en carga, proporciona un control de la fuerza de gravedad y permite la bipedestación y la deambulación o locomoción, esto a su vez origina que las personas que pierden una o ambos miembros inferiores les resulte complicado el adaptarse a la situación limitante que

la amputación genera, eso sin mencionar que, al ser personas con una bipedestación ya establecida, el nuevo comienzo con apoyo de terapia física resulta un potencializador de trauma (González et al, 2017).

1.4.2. Amputación de extremidades superiores

Las amputaciones en estas extremidades tienen un grado de complejidad, esto debido a que el miembro superior se articula con el tronco a través de una cintura escapular y se divide en tres segmentos: brazo, antebrazo, y mano. Estas extremidades superiores se caracterizan principalmente por su considerable movilidad, esta movilidad hace que resulte difícil la adaptabilidad protésica ya que estas no brindan la misma calidad de función y por ende tampoco la sensibilidad (González et al, 2017).

Si a esta situación se suma el hecho que la mayoría de las amputaciones causadas por accidente de trabajo son las producidas en extremidades superiores, se evidencia que existe una mayor pérdida a nivel funcional; debido a las deficiencias en las estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación social y laboral, generándose una condición de discapacidad.

La manera en la que se percibe la pérdida es subjetiva, cada caso es diferente y toda amputación acarrea una limitación, pero si se habla de que la extremidad superior gracias a la movilidad principalmente de los dedos y muñeca, ofrece más campo funcional y utilizable, la deficiencia fisiológica funcional tras la amputación, es mayor (Herrera y Madriñan, 2016).

1.5. Características de un adulto con amputación

1.5.1. Características físicas

En la actualidad el ser humano le da una valoración muy importante al cuerpo, los estándares estéticos, sociales y psicológicos establecen la necesidad de que los cuerpos de las personas estén integrados plenamente. Y la pérdida de una parte

de él supone la pérdida de funcionalidad dentro del medio social, pérdida estética, y de oportunidades educativas y laborales, ya que casi todo está diseñado para el ser humano en su complejidad física (Gonzalez et al, 2017).

Los pacientes con una extremidad amputada por encima de rodilla presentan alteración en la mecánica y adaptación anatómica, debido a que el fémur ya no presenta una alineación normal en relación con la tibia, aunado a eso existe la presencia de lo que se llama el síndrome de des acondicionamiento físico, que se define como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada agravando aún más este padecimiento si existe alguna patología simultanea concomitante como lo es la diabetes mellitus (Ocampo, 2010).

De acuerdo a Ocampo (2010) dentro de los cambios físicos a los que se somete un adulto tras la pérdida de una o varias extremidades se encuentran aquellas en el sistema musculo- esquelético donde se produce una pérdida de masa y fuerza muscular, así como la reducción de la densidad mineral ósea, proporcionales a la duración del periodo de inmovilización. Es probable que el ritmo de pérdida, así como la reducción de la densidad mineral ósea, sean rápidos en un primer momento y después se lentifiquen a medida que se alcance un periodo estable.

Los grupos musculares y los lugares óseos más afectados por la inmovilización prolongada, son los músculos posturales anti gravitatorios de las extremidades inferiores y la espalda, si se enfoca en la amputación de miembros inferiores, esto debido a la falta de uso muscular que genera una atrofia tras la amputación, la consecuencia más visible y frecuente en estos casos es la absorción ósea y muscular (Ocampo, 2010).

1.5.2. Características Psicológicas

Las amputaciones traen consigo alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales en los individuos que las padecen, implicando con ello, un cambio radical en su estilo y calidad de vida, ya

antes establecida, reestablecerse como una persona funcional nuevamente, tiende a ser un proceso largo en donde se generan varias defensas internas para salvaguardar la salud mental del paciente.

En estos casos lo más frecuente es generar un duelo que da como resultado ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando se es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se puede invertir de nuevo la propia energía en el presente y en el propio contexto (González, 2017; Ocampo, 2010).

En la mayoría de los casos de adultos con amputación estos se enfrentan a un desajuste psicosocial, este sucede principalmente no solo por la amputación de determinada extremidad, si no por lo que la pérdida como tal implica, es decir, tras la amputación no solo se pierde el miembro, sino también la autonomía, la imagen corporal y la identidad personal que ya se tenía (Gonzalez et al, 2017).

La reacción ante la pérdida de un miembro conduce a ciertas actitudes, como alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación (Ocampo, 2010).

Por otro lado, la amputación traumática o por enfermedad no es un acontecimiento que involucre únicamente al individuo que la sufre; los miembros de su familia y el contexto social que lo rodea (amistades) también sufren desajustes emocionales debido a las circunstancias o a la manera como se producen estas amputaciones. La mayoría de los casos tienden a ser inesperadas y todos, no solo la persona con amputación, entran en un proceso para la asimilación del cambio y de apoyo para el paciente que, con frecuencia se encuentra ya en senectud (González, 2017; Ocampo, 2010).

1.5.3. Características Sociales

Para el logro de aceptación y superación de lo que la amputación de un miembro implica, los adultos con amputación que se enfrentan a estas situaciones requieren de ciertos recursos internos y externos como fuente de apoyo, entre los recursos externos se encuentra el apoyo familiar, social y económico. En cuanto a los factores internos, se encuentran diferentes tipos y cada autor lo maneja diferente, de manera general pudiese considerarse: el sentido del humor, el auto control, la visión del futuro, la espiritualidad y sus propias habilidades que orientarían a lo que se denomina como resiliencia (Ocampo, 2010).

La persona después de la amputación se confronta con diversos cambios sociales que se relacionan con impedimentos motores, el uso de la prótesis, dolor, cambios en el ámbito laboral y en el auto concepto entre otros. Así mismo conlleva dificultades en la adaptación social por presencia de ansiedad, Trastorno de Estrés Post-Traumático, pérdida del sentido de pertenencia, aislamiento social, decremento de la actividad sexual y depresión.

Por todo lo anterior mencionado la calidad del apoyo social que las personas con amputación reciban puede tener efectos positivos en él mismo y en la adaptación a dicha situación, los seres humanos se denominan seres sociales por naturaleza y esa misma naturaleza del hombre obliga a “pertener”, entre más parte de la sociedad y de un grupo se sientan, mejor es la funcionalidad, dicho esto, entre más aceptados por los vínculos de apoyo se encuentren las personas con amputación mayor adaptabilidad tendrán (Gonzalez et al, 2017).

1.6. La amputación y su incidencia en México.

En México hay 5.73 millones de personas con discapacidad, según el Censo Nacional de Población 2010, y los especialistas prevén que esta cifra crezca exponencialmente en los próximos años debido a enfermedades relacionadas con el estilo de vida, como la diabetes, que en ocasiones trae como consecuencia la

amputación de las extremidades, entre otras condiciones médicas (Gonzalez et al, 2017; Cruz, 2012).

Dicho esto, poder caminar o moverse de forma independiente es el principal tipo de discapacidad que existe en México, ya que afecta a casi seis de cada 10 personas que componen esta población. Al menos 3.5 millones de personas no pueden desplazarse sin ayuda de una prótesis, silla de ruedas o de otras personas, según el Censo Nacional de Población 2010 (Cruz, 2012).

De acuerdo a Hajar (2016) un aproximado de 75000 amputaciones fueron reportadas como realizadas en el año 2013, tanto por enfermedad como por traumatismo, el mayor número de personas que padecen la pérdida de alguna extremidad se encuentra en edad de senectud, oscilando entre los 60 y 75 años, en relación a esto se puede identificar que del total de amputaciones que se realizan en México cerca del 40 al 85% son a causa de enfermedades vasculares (Cisneros *et al*; 2015).

Según la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) "el 80 % de las amputaciones mayores de miembros inferiores se realiza en pacientes diabéticos", estudios de Cruz (2010) confirman que actualmente alrededor de seis millones de mexicanos mayores de 20 años sufren ésta enfermedad. De mantenerse las tendencias actuales, en 2025 habrá en México 12 millones de diabéticos, aumentando así las cifras de amputación en México.

Considerando estas cifras, las amputaciones realizadas a adultos resulta ser un tema alarmante para la sociedad, ya no solo mundialmente hablando; la manera en la que se observa a un adulto con este padecimiento va de lastima y rechazo a aceptación y apoyo, dependiendo de cuál sea la manera en la que se le trata, esta persona tendrá oportunidades de salir adelante, es en este punto donde la importancia de buscar la resiliencia en los adultos con amputación toma más fuerza, ya que si las cifras aumentan, pronto existirá una población mayor de adultos con amputación que de no ser resilientes, pasan a ser olvidados.

CAPÍTULO II

La Resiliencia y su relación con la amputación

2.1. Evolución del término resiliencia

A lo largo de ésta investigación se encontraron varios conceptos referenciales del término Resiliencia, en los cuales, se pudo notar el cambio que a lo largo de los años ha estado padeciendo éste término, con base a esto, es importante mencionar cada uno de estos momentos, que distinguen el marco conceptual de la resiliencia hoy por hoy en diferentes disciplinas.

De acuerdo a la Real Academia Española (2011) el término Resiliencia proviene del latín *resilio* o *resiliere*, que significa *rebotar*, que, si bien no es un concepto homogéneo, sirve para explicar algo, no se puede esclarecer la resiliencia con una definición única, ésta varía por su amplia utilidad, ya que, la psicología no es la única que ha empleado éste término, otras disciplinas ya la empleaban con anterioridad.

Para la Física, la Resiliencia es la capacidad de un material de recobrar su forma original luego de someterse a altas presiones; para la ingeniería metalurgia, el término termina siendo ligeramente similar al referirse a la capacidad de los materiales de contraerse, dilatarse y recuperar su estructura interna; de lado de las ciencias sociales. Para la Sociología, la Resiliencia es la capacidad que tienen los grupos para sobreponerse a los resultados adversos mientras que, para Derecho, es la capacidad de las personas, dentro del marco general de los Derechos Humanos para recuperar su estado original de libertad, igualdad, etcétera (DRAE, 2011).

Dentro de este punto, fue Bowlby (1992, Como se cita en Vera, 2014) quien retomó el concepto de la física metalurgia referente a la capacidad de un cuerpo a recuperarse aún después de un cambio, para referirse a la Resiliencia como una cualidad que permite no abatir a la personalidad y recuperarse, un resorte moral y personal que apoya y no deja desanimar.

Un momento importante y relevante dentro del estudio de la Resiliencia es el aporte de Werner (como se cita en Vera, 2014), quien descubrió las cualidades personales de los grupos vulnerables de sobresalir, esto fue determinado tras un estudio que realizó durante treinta años con niños de la Isla Kauai (Hawái). Estos niños se encontraban dentro de un contexto social vulnerable y de riesgo, pero a pesar de no contar con apoyo por parte de su contexto, terminaban por convertirse en personas socialmente integradas y adaptadas constructivamente a la sociedad.

Este tipo de comportamiento de los menores, que, lejano a lo que lo que Werner y su equipo habían predicho, los llevó a adaptarse adecuadamente a las situaciones y resistir a las adversidades contra toda posibilidad, la capacidad reflejada fue considerada y nombrada como un tipo de “invulnerabilidad, la invulnerabilidad indicaría una capacidad interna de los niños para subsistir (Vera, 2004).

Estas aportaciones contribuirían a las investigaciones dentro de un marco teórico moderno gracias a Rutter (1993) que terminó por atribuir a la invulnerabilidad el término de Resiliencia, reforzando el hecho de que la invulnerabilidad no es más que un rasgo intrínseco de la personalidad de un individuo, mientras que la Resiliencia puede ser promovida, adaptada y mejorada por cada una de las personas.

De acuerdo a esto, es difícil plantear un momento único en el cual se dé un concepto definitivo, el principal pionero de la Resiliencia y que la considera como una respuesta global en lugar de una atribución, demostrando que es un fenómeno de evolución favorable a pesar de los factores de riesgo a los que se enfrente, el concepto de Rutter se convirtió en uno de los más reconocidos y manejados aún en la actualidad, remitiéndose las nuevas investigaciones a su contribución (Rutter, 1993).

Como ya fue mencionado Rutter defendía que la aparición de la Resiliencia en los adultos jóvenes se atribuía a las características individuales y ambientales en las cuales se encontrara el sujeto inmerso, Saleebey (1996) por el contrario, consideraba que la Resiliencia no es una característica ni algo estático si no como

el conjunto de capacidades y conocimientos personales que, tras la interacción con factores de riesgo, estos se desarrollan.

Algo que queda más que claro, es que conforme ha pasado el tiempo, las definiciones y contribuciones han ido aumentando, esto debiéndose a las diferencias de opinión y a que la Resiliencia como objeto de estudio, es un tema nuevo y que, por ende, continua y seguirá en evolución constante, no se puede hablar de una sola definición, y, no existe hasta el momento una completamente aceptada para negar las demás.

Partiendo de esto, en las investigaciones recientes y contribuciones de teóricos actuales, Castillo y Haz (2003, como se cita en Piña, 2015) por su cuenta, comenzaron a considerar a la Resiliencia como un mecanismo de defensa psicológico, que aparece como método de enfrentar los eventos traumáticos, que, aunque ellos se inclinaron más a aquellos presentes en la infancia, bien se puede hablar también de los eventos estresantes que ocurren a cualquier edad.

En términos más recientes, para Cornejo (2010, como se cita en Piña, 20015), considera la Resiliencia como una cualidad de la propia personalidad de los individuos, esta cualidad permite enfrentarse a las adversidades utilizando los recursos personales y sociales necesarios para lograr éxitos y transformar la realidad traumante en un logro.

Es a raíz de este concepto que se debe mencionar las atribuciones actuales de González-Arratia (2012) que determinan la Resiliencia como toda aquella interacción entre los atributos internos del individuo y los propios del ambiente, tanto familiar, social y cultural que orientan a la superación de adversidades de una manera constructiva

En razón de lo mencionado, la Resiliencia aún no se determina si es un atributo, una característica o un resultado; no se puede adaptar una sola definición para un término tan amplio y aún desconocido, que con el tiempo avanzará y cambiará, en lo que se puede coincidir con cada uno de los autores es que, a partir de un

momento estresante o factores de riesgo en específico, la persona resiliente hace uso de lo que le confiera y conlleve a la resiliencia para subsistir de la mejor manera.

2.2. Resiliencia como concepto psicológico

La Resiliencia hoy en día se concibe de diferentes maneras, generalmente como una actitud y/o conducta orientada a la normatividad, que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de uno mismo por una que refleje la competencia del individuo, el equipo y el grupo social que se tenga para la solución de problemas y lograr un alto estándar de vida, obteniendo resultados positivos ante las adversidades (Flores, 2007).

Los diversos esfuerzos investigativos, han otorgado un campo amplio de formas creativas en que las personas se enfrentan y construyen las respuestas a la adversidad y generan su proceso de Resiliencia, por ello la puede considerarse también como una respuesta adaptativa, en el sentido de que, inherente o circunstancialmente, como seres biológicos y sociales, estamos predispuestos a desarrollar la resiliencia (Piña, 2015).

Con el objeto de reconciliar definiciones tan dispares de Resiliencia que se presentan en la actualidad desde el punto de vista psicológico, que aseveran tanto un resultado como un proceso individual y del entorno, es necesario incluir algunas concepciones más recientes, con la intención de esclarecer el término resiliencia de una manera más estratificada y menos compleja.

Como inicio, Murray (2013, como se cita en Flores, 2013) por su parte, se centra en el individuo, concibe la Resiliencia y la define como una actitud que permite resultados positivos al individuo ante la adversidad, sin importar cuán difícil sea o cuan pocas expectativas se tengan, respondiendo o afrontando exitosamente a la adversidad y a todos los problemas de la vida, desarrollando fortalezas para resistir a los problemas.

Robert J. Flynn (2006) aclara diciendo que la Resiliencia se refiere a patrones de funcionamiento y/o desarrollo positivo, llevados a cabo durante o después de estar expuesto a la adversidad o de lograr una buena adaptación en un entorno de riesgo. De forma general, es una inferencia de qué tan bien un sistema respondió al afrontar un reto y que tanto este reto o adversidad afectó a la persona para que este pudiese superarlo.

La Resiliencia está latente dentro de nuestro sistema psíquico, todas las personas tienen determinados factores internos y externos que pueden contribuir a su desarrollo, pero para utilizarla debe de ser activada por algún estímulo interno o externo como respuesta a aquellas situaciones percibidas como adversas o dañinas para la estabilidad psicoemocional de la persona (Gaxiola, 2012).

Es importante hacer conciencia que el concepto de Resiliencia desde el punto de vista psicológico, no es algo definitivo, es un término abstracto y relativo el cual depende de cómo lo vea la persona; puede ser considerada como una capacidad, pero debido a que la capacidad describe un acto subsecuente como tal y no la posibilidad, la Resiliencia ya no encajaría, ya que no siempre se obtendrá un mismo resultado o mejor dicho una respuesta absoluta resiliente a todos los conflictos.

En tal virtud, no es un concepto del que se pueda decir que existe probabilidad de que algo será o que se practicarán determinadas conductas, porque las palabras o expresiones de capacidades implican posibilidades. Así, ser resiliente en tanto se es capaz, no significaría otra cosa que estar en condiciones de hacer algo siempre y cuando se dé la oportunidad o que se configure una determinada circunstancia, por consiguiente y partiendo desde ello, la resiliencia no solo va a depender de las capacidades, habilidades y personalidad, si no de la unión de cada uno de ellos para desarrollarla (Piña, 2015; González-Arratia *et al*, 2011).

El concepto de Resiliencia como se puede apreciar es variado, pero en definitiva con el concepto que se trabajó durante investigación es la resiliencia como todos aquellos atributos internos y externos necesarios que posee una persona,

resultantes de un mecanismo interactivo entre las cualidades del sujeto y los factores de riesgo y protección procedentes del entorno; empleados para superar y adaptarse a las situaciones adversas a las que se enfrenta para así lograr una vida estable o incluso tener una transformación positiva emocional fortaleciéndose del trauma (Palomar y Gómez, 2010; Uriarte, 2005).

2.3. Factores/Dimensiones para desarrollar la Resiliencia

Las primeras investigaciones para estudiar este fenómeno dentro de las ciencias sociales estuvieron en el campo de la psicopatología, en donde se centraban básicamente en describir exhaustivamente las enfermedades con la intención de descubrir las causas y factores que pudiesen explicar los resultados negativos en las personas.

Estas interrogantes se quedaron sin bases y respuestas, pasando a investigar los factores de riesgo y/o investigar aquellos factores que impulsaban a las personas a ser potencialmente sanas dejando a un lado las patologías (Amar; Martínez y Utria, 2013). La Resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permite contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.

Desde los primeros planteamientos teóricos de la Resiliencia desarrollados por los pioneros: Rutter y Werner, se enfatizaron diferentes características o factores de personalidad que distinguían a los niños o niñas que a pesar de vivir en “riesgo” superaban las adversidades y lograban una estabilidad, estos factores en un inicio fueron denominados como factores “invulnerables” de las personas (García-Vesga y Domínguez, 2013).

Este concepto de “invulnerabilidad” perdió su fundamento al pasar el tiempo, debido a que la invulnerabilidad implicaba una resistencia total al daño, sugería inconscientemente que eran aplicables a todas las circunstancias de riesgo y que

era estable con el tiempo, cosa que no era aplicable a estas características descubiertas, pasando de ser factores invulnerables a factores protectores (Amar; Martínez y Utria, 2013).

Estos factores protectores se centraban en determinar el desarrollo biopsicosocial del individuo logrado tras la superación del trauma, entre los principales factores a describir se encuentran aquellos efectuados por Werner (1982, como se cita en Amar; Martínez y Utria, 2013) quien mediante un prolongado estudio longitudinal con niños en la Isla de Kauai, logró identificar varios factores protectores, entre ellos se encontraban: la autoestima, la introspección, la independencia, la moralidad, el humor, la capacidad de relacionarse y el pensamiento; estos fueron denominados, “pilares de la Resiliencia”.

Wolín y Wolín (1993) por otro lado, dejaron la utilización de los pilares de la Resiliencia manejados por Werner y comenzaron a utilizar la teoría del Mándala de la Resiliencia, donde se determinan al conjunto de características o cualidades protectoras que todos los individuos supervivientes exitosos, tienen para afrontar las adversidades a las que se enfrentan, aunque retoman la mayoría de los factores descritos por Werner, estos autores los definen de la siguiente manera:

1. *Introspección:* se refiere a la capacidad de comprender las cualidades de sí mismo y de los otros;
2. *Interacción:* es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas;
3. *Iniciativa:* es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes; se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos;
4. *Independencia:* es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener una sana distancia emocional y física, sin llegar al aislamiento;
5. *Humor:* es la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia;

6. *Creatividad*: significa crear e innovar en lo personal, lo familiar, lo artístico, lo científico y lo social para transformar la realidad por medio de la solución de problemas y por último;

7. *Moralidad*: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo (Wolín y Wolín, 1993)

Otro punto de vista respecto a los factores de Resiliencia son los planteados por Clarke y Clarke (2003) que establecen estos expresan la resiliencia a través de los denominados recursos internos, es decir, todas aquellas características personales, al igual que el apoyo externo y el tiempo de apoyo que se destine a la persona. Estos factores se entienden como recursos internos la inteligencia social del individuo, su habilidad para resolver problemas o el desarrollo de su autoestima, mientras que el apoyo externo como: las redes afectivas, algún intento deliberado de ayuda.

Para que una persona opere protegida y logre desempeñar la Resiliencia de una manera correcta dentro de un entorno hostil, según Saavedra (2005, como se cita en Palomar y Gómez, 2010), deben intervenir tres diferentes factores protectores que el describe como establecidos dentro de las diversas áreas del desarrollo tales como:

1. *Factores personales*: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

2. *Factores cognitivos y afectivos*: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.

3. *Factores psicosociales*: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares.

Debido a que, dentro de ésta investigación se manejó la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010) es importante mencionar los factores resilientes manejados en los dos instrumentos en las que fue basada esta prueba para poder ser adaptada a la población mexicana, esto con el fin de que sean entendidos mejor.

Aunque tienden a ser casi iguales los factores, cada autor lo maneja de diferente manera, el primero es el *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) realizado por Connor y Davidson en 1999 que contiene cinco dimensiones o factores resilientes:

1. *Competencia personal, altos estándares y tenacidad:* Es la convicción de que se está lo suficientemente preparado para poder enfrentar cualquier situación que se presente, aunque sea imprevista;
2. *Confianza en sí mismo, tolerancia a las situaciones negativas y el fortalecimiento de los efectos del estrés:* Se refiere al conjunto de expectativas positivas sobre uno mismo o más específicamente sobre las acciones de uno mismo;
3. *Relaciones seguras y aceptación del cambio:* Se refiere a la posibilidad de establecer relaciones interpersonales con personas que brindan apoyo, confianza y permiten el desarrollo personal. La aceptación al cambio se refiere a la posibilidad de las personas de ser flexibles para adaptarse a situaciones nuevas;
4. *Control:* Es la capacidad de las personas para promover su bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que quieren o han decidido hacer con su vida y;
5. *Influencia espiritual:* Se refiere a la influencia positiva que la vida espiritual puede tener en las personas.

El segundo instrumento manejado para la creación de RESI-M es *The Resilience Scale for Adults* (RSA), elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el año 2001 (Palomar y Gómez, 2010) que, de igual manera, maneja cinco

dimensiones o factores resilientes, este instrumento es el que termina siendo más similar al utilizado en esta investigación, aunque de igual manera que el anterior, varía ligeramente en las dimensiones y descripciones manejadas:

1. *Competencia personal*: Sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas;
2. *Competencia social*: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes;
3. *Coherencia familiar*: Se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares;
4. *Apoyo social*: Está referido a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza y;
5. *Estructura personal*: Se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida.

Una vez explicados los factores o dimensiones manejadas a lo largo de los años para una mejor explicación del desarrollo de la Resiliencia, y los utilizados en los dos instrumentos en las que está basado el aplicado dentro de este trabajo, resulta más fácil comprender las dimensiones manejadas en RESI-M, que, al igual que las dos anteriores, se manejan cinco:

1. *Fortaleza y confianza en sí mismo*: Se refiere a la claridad que tienen los individuos sobre sus objetivos, al esfuerzo por alcanzar sus metas, la confianza que tienen de que van a lograr el éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que se enfrentan a las adversidades;

2. *Competencia Social*: Hace referencia a la capacidad del individuo para relacionarse con los demás, a la facilidad que mantienen para hacer amigos, hacer reír a los demás y disfrutar la convivencia.
3. *Apoyo Familiar*: Referente a las relaciones familiares, el apoyo que brinda la familia, la lealtad de los miembros y al tiempo que se le dedica a la familia y convivencia;
4. *Apoyo social*: Se refiere al vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos, y;
5. *Estructura personal*: Entendido como el conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático (Palomar y Gómez, 2010).

2.4. Características de la persona resiliente

La Resiliencia por sí sola, no es una característica absoluta de la personalidad, de hecho, tampoco se adquiere para siempre, en base a lo que ya se ha estado mencionando de ella, podemos decir que es un proceso dinámico, cada aparición de la Resiliencia va a depender de la naturaleza del trauma, el contexto en el que se desarrolle el trauma y de la etapa de vida en la que se encuentre el individuo, no es el mismo nivel ni factor potencializado de resiliencia el que presenta un niño comparándolo con un adulto (Peralta, Ramírez y Castaño, 2006).

La Resiliencia, una vez que se presenta, depende y se potencializa de determinadas características de la personalidad ya presentes en el individuo y del entorno en el que se encuentra, para un mejor desempeño y logro de metas, que a su vez permitan aprender y mejorar tras las experiencias positivas y/o negativas a las cuales se enfrente (Amar, Martínez y Utria, 2013).

Algunas características de la personalidad resiliente que se han encontrado tras las diversas investigaciones realizadas hasta el momento son las manejadas por Palomar y Gómez (2010), siendo:

Respuesta rápida al peligro, hacerse cargo de sí mismo, separación de sentimientos intensos de sí mismo, búsqueda de información, capacidad para crear relaciones afectivas para subsistir, capacidad de imaginar un futuro mejor, decisión de tomar riesgos, creencia de poder ser amado por los demás y como último la idealización de los rivales.

Es importante destacar que la Resiliencia se sustenta en la interacción entre la persona y el entorno, de manera que ni procede exclusivamente del entorno ni es algo puramente innato, está constantemente bajo proceso de desarrollo entre la persona y el entorno por lo que nunca es puramente estable; es por ello que cada una de las características personales deben de ser potencializadas por separado, para un aumento resiliente en general (Amar, Martínez y Utria, 2013).

De acuerdo a Flores (2013) no es un don estático, es un don tan dinámico que si se descuida se pierde, como cualquier otra cualidad personal, debe de cuidarse para fortalecerla. Dentro de las principales características de una persona resiliente relativamente estable, se encuentran:

- 1. Afrontamiento: En este caso, afrontamiento implica necesariamente adversidad como un obstáculo en el alcance de un objetivo, peligro, fuerza en contra, o dificultad. Afrontar es resolver un peligro, problema o situación comprometida. Afrontar es abordar con éxito una situación difícil. En algunos estudios se destaca que el convertir la adversidad en reto hacía la diferencia en la actitud de afrontarla exitosamente;*
- 2. Autonomía: Es la condición de quien, para determinadas cosas, no depende de nadie. Estar libre de miedos para lograr lo que nos proponemos en nuestro desarrollo, eso es autonomía. La autonomía propicia una interdependencia familiar y social sana. Pero, donde hay menos desarrollo, predomina la dependencia familiar que forma miembros incapaces de afrontar adversidades por ellos mismos;*
- 3. Autoestima: La autoestima es la evaluación que la persona realiza y que habitualmente mantiene en relación a sí misma. Es un juicio personal*

de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma, donde refleja una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna;

4. *Tolerancia a la frustración: Tolerar es sufrir, llevar con paciencia. Resistir, soportar especialmente una adversidad, un alimento, o una medicina (DRAE, 2001). Es un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado. Es una situación o vivencia emocional en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se satisface o se cumple;*

5. *Conciencia: Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta (DRAE, 2001). Darse cuenta constantemente de los cambios, las oportunidades, errores y éxitos. Reconocer la verdad, implica un alto grado de atención de sí mismo y del entorno;*

6. *Responsabilidad: Cualidad de responsable. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente (DRAE, 2001). Que pone cuidado y atención en lo que hace o decide;*

7. *Esperanza: Es un sentimiento, un deseo, una expectativa, o promesa. Es creer en una posibilidad. Querer lo posible, desearlo o confiar que es posible. Creer que el mañana será mejor que hoy. Confiar en un mañana con paz y prosperidad, en un bienestar. Es muy difícil lograr una meta sin esperanza. La falta de esperanza se acompaña generalmente de irresponsabilidad y falta de afrontamiento. Las personas sin esperanzas no planifican, no ejercitan la toma de decisiones, se tornan inseguras, con baja autoestima, sin identidad clara y;*

8. *Sociabilidad: Es la habilidad de tener una buena relación con los demás. Creer y saber que la mayoría de las personas son amables y atentas. Saber que puedes contribuir al bienestar de otras personas y lo haces.*

2.5 La Resiliencia en adultos con amputación

Aunque vivir una amputación, del tipo que sea, es efectivamente un suceso estresante y traumático; para algunas personas supone una oportunidad, una oportunidad de reestructurar la manera en la que se desarrolla y entiende el mundo, así como de tomar conciencia de las fortalezas personales que aún se tienen (Ruiz y López, 2012; Vera *et al*; 2006).

Esta capacidad de transformar la desdicha en oportunidad, el miedo como fortaleza y el cambio como beneficio, reafirma el hecho de que, un suceso traumático y algunas veces inesperado como lo es la amputación, no es totalmente determinante para el origen de una desadaptación y/o un trastorno psicológico (Uriarte, 2005).

El proceso psicológico que ofrece las pautas necesarias para que un individuo se desarrolle con normalidad a pesar de sufrir algún evento traumático y desfavorecido, que desarrolla y potencializa los patrones de adaptación positiva sobreviviendo a las adversidades, llegando a superar el nivel de estabilidad en la que se encontraba antes del suceso traumático, es lo que comúnmente es denominada como Resiliencia (García y Domínguez, 2013; Uriarte, 2005).

Hablar de este tema resulta muy complejo, tomando en cuenta el hecho de que, no se puede negar la existencia de las psicopatologías, estas están presentes desde el nacimiento de la raza humana, y, sin embargo, pareciera que la resiliencia aparece para quitarlas, casi como un mecanismo de defensa, que la propia mente genera para subsistir ante la adversidad.

La mayoría de los investigadores, se han enfocado a lo largo de la historia en lo negativo que un suceso traumático implica, asegurando y dando lugar al entendimiento de que es la única manera normal de responder ante una crisis (Vera *et al*; 2006). Hoy en día, la resiliencia ha demostrado que existen diferentes formas de reacción; y que, en la mayoría de los casos, las personas son capaces de salir adelante a pesar de las adversidades.

Siempre van a existir diferentes opciones de las cuales una persona puede retomar su vida sin resultar gravemente afectada, una persona amputada no necesariamente se debe quedar estancada en el trauma, ya que esta puede retomar las fortalezas y aspectos positivos de su propia personalidad y del entorno para mejorar, retomando y creando alternativas de solución y readaptación social (Vera *et al*; 2006).

Una persona resiliente se distingue de los demás por la manera de concebir el mundo, mientras que algunos se dejan llevar por las desgracias y cierran los ojos ante las posibilidades; otros, se benefician de los factores individuales de supervivencia, así como del entorno (familiar, social y cultural), para lograr una correcta interacción entre las habilidades y fortalezas personales con el soporte social (Ospina *et al*; 2005).

El interés en la Resiliencia y los factores causales de esta, se ha venido desarrollando desde inicios de los años setenta, donde una serie de investigadores se comenzó a preocupar por encontrar las causas que provocaban que las personas superaran un proceso de desarrollo denigrante, teniendo un futuro positivo, yendo en contra de todas las probabilidades negativas (García y Domínguez, 2013).

Existen diferentes factores que caracterizan a la Resiliencia, como lo es la autoestima, la confianza en sí mismo, el nivel de autonomía y el entorno en el que uno se desenvuelve, aunque no son determinantes, si se puede decir que la mayoría de las personas resilientes cumplen con estos puntos.

Existe mucha discrepancia entre las causas de la Resiliencia y no se ha llegado a un acuerdo totalmente concreto, mientras que algunos consideran que es innata otros aun defienden que se desarrolla y que incluso puede llegar a ser enseñada (Ospina *et al*; 2005).

En torno a esto, la fuerza de un individuo para enfrentarse a un suceso estresante o traumático, puede ser concebida de diferentes maneras, como lo refiere Ospina

(2005) existen 3 modelos de reacción que funcionan como mecanismos protectores de una persona y que conllevan a la resiliencia:

1. *Modelo compensatorio: En el que se combinan los factores estresantes y los atributos personales para provocar una disminución del estrés;*
2. *Modelo de desafío: En el que el sentimiento de estrés es tomado como generador de competencia, y;*
3. *El modelo de inmunidad: En donde existe una estrecha relación entre los factores estresantes y los factores de protección.*

De acuerdo a lo planteado, se puede comprender a la Resiliencia como una combinación entre factores internos y externos, es decir, todas aquellas características de la personalidad de un individuo aunadas al contexto familiar y social en el que se desenvuelve, posibilitan a una persona a generar las defensas necesarias para superar un suceso traumático como lo es la amputación (González-Arratia y Valdés, 2013).

De acuerdo a González-Arratia (2013) las capacidades resilientes también están intrínsecamente ligadas con la edad, ya que en esta subyace la sensación de control de determinadas situaciones; mientras que los adultos resultan ser más resilientes en base a la regulación emocional y la capacidad de resolución de problemas; los más jóvenes se inclinan hacia la resiliencia generada por el apoyo social.

Desde éste punto de vista se puede decir que los adultos, buscan mayormente la manera de subsistir ante las adversidades; uno de los factores que potencian este hallazgo es que, un adulto ya se considera parte de la comunidad, en otras palabras, está integrado al mundo laboral; esto demanda una serie de vínculos afectivos y laborales que obliga a un proceso de crecimiento, un crecimiento emocional que surge a raíz de una responsabilidad social (González-Arratia y Valdés, 2013).

La Resiliencia y la responsabilidad social de un adulto ó adulto mayor, puede estar ligada en torno a la generatividad, si se retoma el punto de partida que es la amputación, esta discapacidad genera un sentimiento de estancamiento e inutilidad, pero que a su vez, ese mismo sentimiento, puede volverse resiliente si se le promueve hacia un esfuerzo interno, un esfuerzo de crear algo nuevo, de emprender y generar nuevos proyectos de vida que los encaminen a la productividad (González-Arratia y Valdés, 2013).

Un factor, como los ya mencionados, por sí solo, no puede volver a una persona resiliente, es necesario mezclar varios de éstos aspectos positivos de la personalidad para que un individuo logre salir adelante (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013).

Por consiguiente y de acuerdo a lo mencionado, la orientación que se brinde para llegar a la resiliencia, debe de estar encaminada a la comprensión del suceso traumático y no en su olvido; si al hablar de suceso traumático, se habla de aquellas personas que han sufrido una amputación, se debe recalcar el sentido de la existencia misma, enseñándoles a reproducir el trauma evitando la victimización y a su vez la sobreprotección que, generalmente, se les es brindada equívocamente (Uriarte, 2005).

CAPÍTULO III

Trastorno de Estrés Post-Traumático en la amputación

3.1 Concepto psicológico del Trastorno de Estrés Post-Traumático

En su primera aproximación al concepto, Freud (1926, como se cita en Mandariaga, 2002) establece que el trauma psíquico es la consecuencia de un gran evento traumático o de una secuencia temporal de traumas parciales de menor envergadura que han operado sobre el psiquismo del sujeto sobrepasando su barrera protectora.

Por un lado, la atención está puesta en una cierta condición de sobrecarga energética impuesta, ya sea en forma inmediata o acumulativa, por ciertas experiencias negativas vividas por el sujeto, de forma que el hecho traumatizante interfiere abrupta o progresivamente sus procesos psíquicos. Por otro lado, el mecanismo por el cual el o los eventos desestabilizantes derivan propiamente en un trauma sería la alteración del llamado “principio de constancia” que a nivel intrapsíquico equilibraría esta carga energética para permitir el normal funcionamiento de los procesos mentales (Mandariaga, 2002).

El fundador del psicoanálisis continúa desarrollando su teoría y en un momento posterior considera que la barrera protectora utilizaría el recurso de los procesos asociativos a los que el individuo puede echar mano a la hora de internalizar los eventos potencialmente traumáticos, enfoque explicativo que configura ya una concepción dinámica del psiquismo (Mandariaga, 2002).

El trauma se establece como acontecimiento psíquico sólo cuando la barrera protectora ha sido superada por la intensidad energética del evento y se ha roto el principio de constancia; recién bajo estas condiciones internas del psiquismo emergen las manifestaciones propias del trauma, es decir, el acontecimiento debe de generar una afección mayor a antiguos problemas o sumarse a una serie de estos para que las defensas se rompan y se genere el trauma (Mandariaga, 2002)

3.2. Síntomas/Características del Trastorno de Estrés Post-Traumático

A pesar del amplio debate sobre los principales síntomas característicos del Trastorno de Estrés-Postr Traumático, de acuerdo a Sosa y Capafons (2005) se pueden destacar por lo menos 12 características del trastorno, dividiéndose en síntomas primarios y síntomas secundarios para su mayor entendimiento y lógica, como síntomas primarios se encuentran:

1. El evento traumático en específico:

No puede existir un Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) sin la presencia previa de un acontecimiento estresante que altere la estabilidad psíquica una persona, es decir, requiere por propia definición, de una presencia de naturaleza perturbadora que, a su vez, sea capaz de desencadenar un conjunto de reacciones, eso sin mencionar que, para un mejor diagnóstico se debe de evaluar las características de la experiencia estresante que desencadena el trauma (Sosa y Capafons, 2005);

2. Las manifestaciones de re experimentación:

Los síntomas de re experimentación son los síntomas prototipos del TEPT, se tratan específicamente de: pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el evento traumático; la característica principal de este síntoma es que es de naturaleza intrusiva, ya que el pensamiento no es deseado por la persona, y aparece cuando el paciente menos se espera, volviendo a revivir el trauma;

3.Las manifestaciones de evitación y conductas de embotamiento emocional

Los pacientes con TEPT tienden a evitar todos aquellos estímulos relacionados con la situación traumática que generan reacciones de pensamiento perturbadoras y dolorosas, estos estímulos pueden presentarse de distintas maneras, ya sea como pensamientos, sentimientos, actividades, lugares, o personas.

El embotamiento emocional no es otra cosa más que el mecanismo psicológico a través del cual el organismo se protege frente a los sentimientos de dolor intolerables, el embotamiento afectivo surge cuando las conductas de evitación no son lo suficientemente efectivas como para controlar las emociones negativas de la persona (Sosa y Capafons, 2005).

4. Las activaciones en el nivel de activación automática:

El estado de alerta y de intensa activación automática, se genera como una reacción completamente normal tras una situación traumante y se mantiene aún ya pasado tiempo del peligro. Algunas características que resaltan dentro de este apartado es la hipervigilancia, problemas para conciliar el sueño (diurno o nocturno), respuestas de exalto sin motivo realmente aparente, irritabilidad, ataques de ira, etc (Sosa y Capafons, 2005).

Llegado este punto, como fue mencionado anteriormente, además de las manifestaciones centrales y primarias del Trastorno de Estrés Post-Traumático, se encuentran las siguientes manifestaciones denominadas secundarias o asociadas, no significa que pierdan importancia dentro del trastorno, sino que, van acompañando a las características primarias, aumentando o disminuyendo su gravedad.

A. *Depresión*: Las manifestaciones depresivas, pueden llegar a estar muy presentes después de una experiencia traumática; los sentimientos encontrados y la hipersensibilización provoca que exista una pérdida de control de pensamientos y sentimientos;

B. *Duelo complicado*: Este apartado refleja lo que muchas situaciones traumantes traen consigo, como lo son las pérdidas, llámese muerte de seres queridos, destrucción de los bienes materiales por determinada situación y la amputación, que entra dentro del apartado de deterioro físico, social y psicológico por la pérdida que implica del miembro;

C. *Conducta agresiva*: Este tipo de conductas puede estar presente en personas que han vivido determinadas situaciones estresantes, estos en

ocasiones muestras una marcada hostilidad frente a los que lo rodean, principalmente a los seres queridos;

D. *Deterioro en el nivel de autoestima:* El deterioro de la autoestima de las personas que han estado bajo una situación traumática o de estrés, se ve traducida por una falta de confianza en sí mismo y en los demás, tienden a valorar de forma negativa las capacidades que se tienen y a abandonar todas las metas que se pudieran tener establecidas hasta antes del trauma;

E. *Alteraciones en la identidad personal:* Este apartado se manifiesta como niveles avanzados de confusión respecto a los deseos que se tienen, metas y gustos, incluso en situaciones más graves se puede llegar a presentar la despersonalización e incluso la amnesia;

F. *Dificultades en las relaciones interpersonales:* Aquí se encuentran dificultades para establecer relaciones íntimas con los demás, las relaciones familiares y/o conyugales se vuelven conflictivas, así como con los amigos y la sexualidad. Estos cambios surgen como consecuencia directa de los cambios psicossomáticos que se dan de manera indirecta o directa después de un suceso traumático;

G. *Sensaciones de culpabilidad y vergüenza:* Para las personas que se encuentran en esta situación, el hecho de vivir el suceso traumático puede traerles consigo sentimientos de culpabilidad, estos pueden tomar diferentes formas como lo es el remordimiento, la sensación de responsabilidad o vergüenza de enfrentarse a la sociedad, y por último;

H. *Quejas somáticas y problemas físicos:* Estos se presentan como síntomas físicos después del trauma, pueden ser: dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, disminución de defensas del sistema inmune, mareos, dolor en el pecho, etc (Sosa y Capafons, 2005; Mandariaga, 2002).

3.3 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Post-Traumático con base al DSM-V

El proceso de diagnóstico del TEPT debe de realizarse a partir de la información que se obtiene de diferentes fuentes, las cuales pudieran ser, la entrevista inicial,

la historia clínica, inventarios y/o escalas de evaluación del trauma; esto, contribuyendo siempre al aumento de la precisión de la formulación diagnóstica.

Una pieza clave dentro de la detección de dicho trastorno, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V), el cual establece determinados factores para tener fundamentado un diagnóstico más certero (Sosa y Capafóns, 2005).

A pesar de las muchas controversias que se han estado estipulando respecto a la validez y confiabilidad del DSM-V y de las posibles limitaciones diagnósticas; lo cierto es que, hasta la actualidad, no existe otra base teórica que respalde tanto un diagnóstico dentro del área psicológica como lo es el DSM-V.

Es por ello que varios o la mayoría de los clínicos optan por su utilización de guía para el trabajo terapéutico, eso sin mencionar que, la mayoría de las pruebas psicométricas aplicables para el diagnóstico oportuno de psicopatologías, se basan en este libro. Los siguientes criterios diagnósticos se aplican a adultos, adolescentes y a niños mayores de 6 años (APA, 2014), definidos como:

A.- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:

- Experiencia directa del suceso traumático;
- Presencia directa del suceso ocurrido a otros;
- Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental;
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático;
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático;
- Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático;
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático;
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

- Estado emocional negativo persistente
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño

3.4. Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación

La poca atención que se les brinda a éstas personas, y el poco intento de buscar ayuda de estas, termina aunándose al duelo que ya por si sola una amputación implica, “no sólo genera alteraciones de orden anatómico o fisiológico, sino que también afecta la parte psicológica”, como ya fue mencionado, estas afecciones dependen de cada persona, pero todas, terminan padeciendo (Ocampo *et al;* 2010).

Tanto de la persona que la padece como los familiares involucrados; habitualmente, se generan al instante diversas reacciones emocionales las cuales deben ser atendidas lo más pronto posible, para evitar que causen perjuicios más complejos y que a la larga, llegasen a afectar de manera significativa a la persona (Ocampo *et al;* 2010),

Dentro de la sociedad se está acostumbrado a sentir cierta libertad, libertad de movimiento y de asistir a cualquier lado, pero para la persona amputada, la percepción de libertad se trunca. Este tipo de emociones tienden a ser generadas por el sentimiento de dependencia que le resulta a consecuencia de la amputación (Vázquez, 2016), es decir, este tipo de personas “están en una situación en la que tienden a depender de los demás, lo que genera sentimientos de miedo e ira” (Ocampo *et al*; 2010).

Dicho proceso quirúrgico provoca una incapacidad funcional, este tipo de circunstancias generalmente afectan la autonomía y el estado de ánimo del paciente, ya que:

Las amputaciones no sólo corresponden a cambios físicos, sino que además traen consigo transformaciones mentales, afectando la esfera biopsicosocial como las relaciones sociales, cambios en el estado de ánimo, disminución de la autoestima, pensamientos de inutilidad y un proyecto de vida reconstruido que, al no ser tratadas a tiempo, pueden generar diferentes trastornos, síndromes y dificultades (Tavera, 2014, pp. 22).

Aunque está claro que, como ya se ha señalado, las secuelas emocionales, físicas, sociales y psicológicas por las que una persona en esta situación se enfrenta, van a variar de acuerdo a la causa; las amputaciones por enfermedad, en la mayoría de los casos, son una alternativa de solución a una serie de determinados malestares y dolores intensos que aquejan a una persona.

De igual modo, terminan siendo una salida favorable para extender el pronóstico de vida de los pacientes; más sin embargo, en caso de las amputaciones por traumatismo, que como fue mencionado anteriormente, son en su mayoría realizadas a jóvenes involucrados en accidentes este tipo de ablación, tiende a aparecer de sorpresa, esto repercutiendo notoriamente al transitar de la salud a la enfermedad casi de forma inmediata, provocando que, los deseos e ideas del futuro ya planteados se vean afectados (Hijar, 2016; Díaz *et al*; 2013).

El nivel de afección psicológica a la que se enfrenta una persona con amputación, es subjetivo, no se puede comparar cada uno de los casos, ya que ante los ojos de cada persona sus vivencias son fuertes y son incapaces de salir de ese sufrimiento por cuenta propia, se podría suponer que

Es un fenómeno relativo, pues cada persona sufre a su manera, dentro de un determinado contexto social y en un marco temporal específico. Un paciente que perdió tres dedos de la mano derecha que utilizaba para labores motoras especializadas llega a sentir la misma limitación que alguien que perdió las dos piernas (Repetto, 2016, pp. 105).

Viéndolo de ésta manera la amputación no deja de ser un hecho sin precedentes, termina siendo un suceso traumático, que, si no es intervenido a tiempo, como fue dicho antes, puede dar cabida al origen de un trastorno psicológico; en estos casos uno de los más habituales es el Trastorno de Estrés Post-Traumático, que como su nombre lo indica, se origina tras un suceso impactante para la persona y para su entorno.

Este trastorno esta puntualizado por una serie de características las cuales incluyen síntomas como, recuerdos estresantes e intrusivos, pesadillas, insomnio y evitación de actividades; los cuales causan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen, asociando así una intranquilidad y desgaste personal y social (APA, 2014).

Este trastorno se centra específicamente en el trauma psíquico, el suceso precipitante del trauma debe de generar un impacto emocional grande para dar pauta a manifestaciones físicas y psicológicas (Carvajal, 2002); si se trata de dar una definición al Trastorno de Estrés Post-Traumático se puede concluir que es toda aquella situación psicológica que genera un nivel de estrés que sobrepasa el nivel funcional de una persona y; por ende, provoca una reexperimentación del miedo, terror, síntomas disociativos y una serie de amenazas a la integridad psíquica y física del afectado (APA, 2014).

Por lo anterior planteado, si se considera que el hecho de ser cercenado es un evento de éste tipo, un suceso precipitante de trauma, y se mantiene esta constante percepción de que, lo que se está viviendo es severo y afecta el transcurso aparentemente normal de vida, las posibilidades de presentar un TEPT se incrementa.

A pesar de ello, es importante mencionar que no todo aquel que se expone ante un suceso traumático como este, presenta TEPT, para poder especificar en qué consiste y su posible relación que existe con la amputación, es necesario puntualizar los criterios diagnósticos de este padecimiento (García *et al*; 2013; Palacios y Heinze, 2002).

El primero es la exposición directa y/o repetida a una muerte, violencia sexual o lesión grave; el segundo incluye la presencia de dos o más síntomas de intrusión, es decir, recuerdos angustiosos, sueños recurrentes del suceso traumático y malestares psicológicos intensos; el tercero consiste básicamente en evitar pensamientos del suceso aislándose de situaciones o lugares que provoquen el recuerdo; el cuarto abarca toda aquellas alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo tales como, miedo, vergüenza, terror, entre otros; y, por último, una alteración de alerta asociada al suceso. Todos estos síntomas comienzan y empeoran después del evento traumático (APA, 2014).

Existen múltiples factores de riesgo que tienden a incrementar la posibilidad de padecer este trastorno, así como el nivel de gravedad con la que se presente, tales como:

Experimentar el evento en etapas tempranas, que se padezcan múltiples hechos traumáticos, su severidad, el género de quien lo experimenta, una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, psicopatología comórbida, factores genéticos, historia familiar de psicopatología, historia de TEPT en los padres o una exposición subsecuente a sucesos medioambientales reactivantes (García, et.al; 2013, pp. 122).

En este tipo de personas, un evento traumático y estresante podría ser la nueva apariencia corporal que sufren, las de tipo traumáticas o accidentales tienden a ser un agente retraumatizador, es decir, la persona se encuentra acostumbrada a cierta imagen corporal, pero cuando ésta cambia, el simple hecho de verse al espejo, les resulta traumante y puede generar recuerdos desagradables.

Por lo general un evento estresante es de corta duración, pero en casos como la amputación, el agente estresor es constante y duradero, por lo que aumenta la intensidad de posibles síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático (Carvajal, 2002). Los recuerdos, los sueños y la constante victimización a la que es expuesta una persona con este tipo de discapacidad, aumentan de manera significativa la aparición del trastorno, si se hace un recuento; la amputación resulta ser un acontecimiento psicológicamente desagradable para la persona que la padece, y, es ahí donde si no se es tratado el trauma e identificados a tiempo los síntomas emocionales, este puede intensificarse (Azahar *et al*; 2008).

Una persona que se enfrenta a una situación de ésta índole, tiende a buscar apoyo de sus familiares o seres cercanos a él, con la intención de compartir y descargar la carga emocional, esta carga emocional está estrechamente ligada a lo que se denomina rumiación intrusiva (pensamientos indeseados) y deliberada (pensamientos por elección), si la rumiación es intrusiva, conllevará al desarrollo de síntomas post-traumáticos, pero si la rumiación es deliberada, esta conllevará al crecimiento post-traumático (García *et al*; 2014).

La rumiación intrusiva, también puede tener aspectos positivos, no puede haber una aceptación si el trauma no es enfrentado, es por ello que el hecho de evitar el recuerdo constantemente, aumenta la sintomatología del trastorno (García *et.al.*, 2014).

Eso sin mencionar que este tipo de sintomatología y la manera en la que se va a desarrollar depende del significado que se le dé y de la inmediata intervención que se le brinde, ya que, para la mayoría de las personas afectadas, los pensamientos recurrentes del trauma, son considerados normales (Palacios y Heinze, 2002).

Como ya anteriormente fue mencionado, no todas las personas que se enfrentan a un suceso traumático como lo es la amputación tienden a padecer TEPT (García *et al*; 2013; Palacios y Heinze, 2002), esto está estrechamente ligado a las capacidades psicológicas de una persona para enfrentar un problema; todas las personas están constantemente susceptibles a situaciones de estrés, pero la vulnerabilidad que se tiene ante ello va a depender del nivel de interacciones favorables y desfavorables que se haya tenido en el desarrollo (Ospina *et al*; 2005).

El Trastorno de Estrés Post-Traumático puede llegar a prevenirse o combatirse comprendiendo las circunstancias a las que se enfrentan, responsabilizándose de la propia vida y la de los demás; y, una persona con amputación puede retomar y mejorar su calidad de vida si se le contribuye en la aceptación de que las diferencias no van encaminadas ni están estrechamente ligadas a un impedimento.

MÉTODO

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la Resiliencia y el Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y Tejupilco de Hidalgo.

Objetivos Específicos

- 1.- Evaluar los factores de Resiliencia: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura; que presentan los adultos con amputación.
- 2.- Determinar la frecuencia y nivel de gravedad del Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación.
- 3.- Examinar la Resiliencia y el Trastorno de Estrés Post-Traumático en razón de la edad, el sexo, el miembro amputado, el tiempo transcurrido posterior a la amputación y el tratamiento psicológico recibido en la Unidad de Rehabilitación e Integración Social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad en México existe un registro de 25000 amputaciones anuales de alguna de las extremidades del cuerpo, estas cifras dan un total aproximado de 75 amputaciones diarias de las cuales alrededor de un 40% a 85% son a causa de enfermedades vasculares, de estas, la población que resulta más afectada se encuentra oscilando de entre los 60 y 75 años de edad (Hijar, 2016)

Alrededor de 2,179 amputaciones son a causa de traumatismos, afectando en el mayor número de casos a personas de entre 20 a 39 años de edad; donde las zonas más afectadas son las superiores con un 75% de prevalencia y solo un 17% en extremidades inferiores (Rosas, 2016).

Esto representa no solo un problema de salud física si no también un problema de salud mental, el cual desencadena un proceso de duelo que, en caso de no recibir la atención necesaria, provoca una serie de afecciones a nivel psicológico tales como miedo intenso, sentimiento de alerta, desesperanza e ira, que pudiesen generar afecciones como el Trastorno de Estrés Post-Traumático (González *et al*; 2017; APA, 2014).

En base a estudios realizados por Pérez (2009), los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de padecer un evento traumático relacionado con la amputación con un 13% de nivel de exposición mientras que las mujeres tan solo un 4.7%, pero son las mujeres las que presentan mayor índice de TEPT con un 19% de prevalencia.

De acuerdo a lo mencionado, la amputación resulta ser un evento traumático potencial desencadenante de enfermedades, el cual requiere una serie de atenciones psicológicas con el objetivo de aumentar la identificación de las fortalezas aún existentes en la persona, en otras palabras, buscan la Resiliencia como acompañamiento al tratamiento y recuperación (Ruiz y López, 2012; Vera *et al*; 2006).

El inconveniente de esto radica principalmente es eso, en la identificación de fortalezas y en la búsqueda de apoyo ya que para los adultos jóvenes de entre 20 y 25 años su fortaleza resiliente se establece a base de atributos como la experiencia y personalidad, mientras que, para los adultos mayores, de 50 años en adelante, su fortaleza es la familia (González-Arratia y Valdéz, 2013).

Todo esto aunado a recurrentes sentimientos de desesperanza y dependencia, pudiese representar un impedimento para que la persona con amputación sea capaz de liberarse del miedo e ira que el trauma le desencadena (Vázquez, 2016; Ocampo *et al*; 2010).

Debido a esto, éste trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación **¿Cuáles son los niveles de Resiliencia y Trastorno de Estrés Post-**

Traumático en adultos con amputación que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y Tejupilco de Hidalgo??

TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo, debido a que solo se pretendió analizar los niveles de Resiliencia y Trastorno de Estrés Post-Traumático presentes en adultos con amputación que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y de Tejupilco de Hidalgo.

VARIABLES

Resiliencia

Definición Conceptual:

Es considerada como todos aquellos atributos internos y externos necesarios que posee una persona, resultantes de un mecanismo interactivo entre las cualidades del sujeto y los factores de riesgo y protección procedentes del entorno; empleados para superar y adaptarse a las situaciones adversas a las que se enfrenta para así lograr una vida estable o incluso tener una transformación positiva emocional fortaleciéndose del trauma (Palomar y Gómez, 2010; Uriarte, 2005).

Definición operacional:

Para medir el nivel de Resiliencia presente en los adultos con amputación, se empleó la Escala De Resiliencia Mexicana (RESI-M) diseñada por Palomar Lever y Gómez Valdez en el año 2010, debido a que mide el nivel de Resiliencia basándose en cinco factores: Fortaleza y confianza en sí mismo, Competencia social, Apoyo familiar, Apoyo social y Estructura personal (Palomar y Gómez, 2010).

Trastorno de Estrés Post-Traumático

Definición conceptual:

Es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la aparición de síntomas determinados que le siguen a la exposición de un evento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se encuentra envuelto en hechos que le representan un peligro y/o amenaza para su integridad; éstos síntomas incluyen re experimentación del miedo, síntomas disociativos, horrores intensos, insomnio y una re experimentación persistente del acontecimiento traumante que genera malestar psicológico y; respuestas neuropsicológicas y fisiológicas involuntarias (APA, 2014).

Definición Operacional:

Para medir el Trastorno de Estrés Post-Traumático se utilizó la Escala de Trauma (DTS) originalmente creada por Jonathan R. T. Davidson en el año 1997, ésta escala está diseñada para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático en sujetos que han sufrido un evento estresante (Bobes *et al*; 2000).

Amputación

Definición conceptual:

Es definida como un acto quirúrgico, referente al corte definitivo de una parte o totalidad de una extremidad del cuerpo, con la intención de eliminar una zona patológicamente dañada y crear un órgano distal óptimo para la utilización y manejo de prótesis (DRAE, 2014; Ocampo *et al*; 2010).

Definición operacional:

Para la realización de ésta investigación se trabajó con 11 adultos con amputación que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y de Tejupilco de Hidalgo.

POBLACIÓN

Dentro de ésta investigación se trabajó con adultos con amputación que se encuentran asistiendo a las Unidades de Rehabilitación e Integración Social (URIS) de Valle de Bravo y de Tejupilco de Hidalgo; estas instituciones se encargan de brindar servicios rehabilitatorios a personas con diferentes discapacidades, se cuenta con un área de terapia física, otra de Terapia ocupacional, área de psicología y el área médica.

Los adultos con amputación que acuden, reciben terapias de diversas índoles, no todos la misma, y, en su mayoría, recurren a estos servicios para que, con base en el sistema de diseño y elaboración de prótesis de parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

MUESTRA

Para la aplicación de los instrumentos se laboró con una muestra no probabilística de tipo intencional de 11 adultos en un rango de edad mayor de 18 años que han padecido alguna amputación, basándose únicamente en aquellas realizadas por causas accidentales o por enfermedad, tanto de extremidades superiores como inferiores y reciban rehabilitación física y tratamiento psicológico o estén en proceso de éste último; que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y de Tejupilco de Hidalgo.

Del total de encuestados, 6 fueron hombres y 5 mujeres, donde 9 del total de ellos, mantenían una amputación inferior y solo 2 una amputación superior, dentro de los criterios de inclusión, se tomó además, en cuenta que supieran leer y escribir, habilidades necesarias para la aplicación de las pruebas y se les otorgó un consentimiento informado, en el cual se estipuló los motivos por los cuales se llevó a cabo esta investigación, los objetivos planteados e infería en que ningún dato personal que revelara su identidad, sería expuesto en el trabajo, respaldando la confidencialidad y la seriedad de la investigación.

INSTRUMENTO

En ésta investigación se utilizaron dos variables: Resiliencia y Trastorno de Estrés Post- Traumático por lo cual es necesario el uso de dos instrumentos diferentes.

En base a esto los niveles de Resiliencia fueron evaluados por la **Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)** de Palomar Lever y Gómez Valdez (2010), que está basada en dos instrumentos no adaptados a México: la *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) realizada por Connor y Davidson (1999) y *The Resilience Scale for Adults* (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001).

Este instrumento fue diseñado con el objetivo de generar un nuevo instrumento de Resiliencia adaptado a la población mexicana, consta de 43 items con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que se agrupan en cinco dimensiones o factores diferentes, los cuales son:

1. *Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos)*: Que se refiere al conjunto de capacidades y expectativas que tenga una persona de sí mismo.
2. *Competencia social (8 reactivos)*: Considerada como la capacidad de una persona de interactuar correctamente en su contexto.
3. *Apoyo familiar (6 reactivos)*: En el cual se considera básicamente la fortaleza de los lazos familiares.
4. *Apoyo social (5 reactivos)*: Se refiere al vínculo que existe entre la persona afectada y el conjunto de personas con las que mantiene comunicación y confianza, principalmente con los amigos, y,
5. *Estructura personal (5 reactivos)*: Entendido como el conjunto de reglas y normas que respeta y utiliza la persona para llevar un orden en su vida aun tras un suceso traumático.

La confiabilidad de los factores de esta escala oscila entre .79 y .92 y la escala total tiene una confiabilidad de .93, con un 43.60% de varianza; por lo que fue

adecuada para ser utilizada en la investigación y aplicada a los adultos con amputación (Camacho, 2016; Palomar y Gómez, 2010).

El Trastorno de Estrés Post-Traumático fue medido por la **Escala de Trauma (DTS)** originalmente creada por Davidson (1997), traducida y adaptada al español por Bobes, Bascarán, González, Bousoño, Calcedo, Hormaechea y Wallace (1999). Ésta escala auto administrada, está diseñada para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post- Traumático en sujetos que han sufrido un evento estresante, como lo es en este caso la amputación. Consta de 17 ítems, a los cuales cada uno de ellos son contestados y evaluados basándose en dos escalas: una de frecuencia y otra de gravedad.

La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4 y la escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema) puntuadas de la misma manera que la anterior.

A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia, en base a esto, el rango de las sub escalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos mientras que el del total de la escala radica de entre 0 a 136. Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

Esta escala tiene un valor de confiabilidad de acuerdo al alfa de Cronbach de 0.9, por lo cual fue adecuada para su utilización en esta investigación (Bobes *et al*; 2000).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a las características de la investigación, el tipo de estudio que se utilizó fue de tipo No Experimental, ya que las variables a utilizar no se manipularon en ningún momento. Del mismo modo, de tipo Transversal debido a

que las pruebas fueron aplicadas a los adultos con amputación en un tiempo y momento único.

CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Para la obtención de los datos, fue necesario establecer un convenio con la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Valle de Bravo y con la Unidad de Rehabilitación e Integración Social de Tejupilco de Hidalgo a través de la entrega de un oficio dirigido a las directoras de dichas unidades; para la aplicación de los instrumentos psicológicos, a cada uno de los adultos integrantes de la población, se les entregó un consentimiento informado donde se establecieron y explicaron los fines de la investigación, haciendo hincapié en la confidencialidad de la información que otorgaron y que los resultados serían manejados únicamente por el investigador.

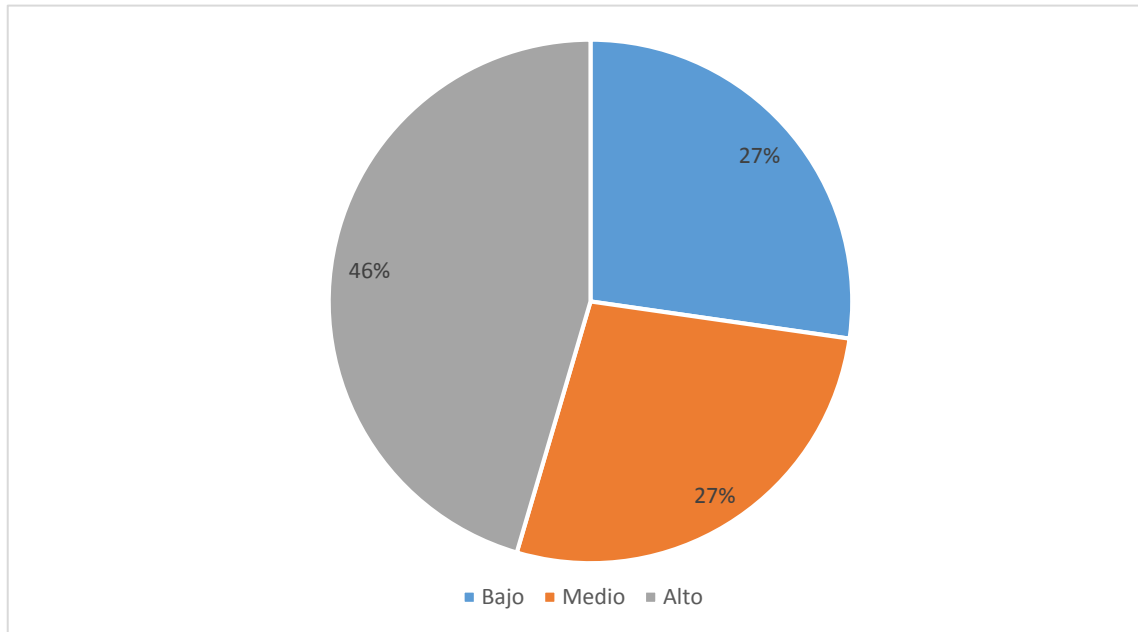
La aplicación de los instrumentos psicológicos fue de manera individual y directa en el espacio destinado para dar terapia psicológica de cada una de las unidades, se aplicaron ambos instrumentos (RESI-M y DTS) en un mismo momento debido su corta duración, una vez contestados se agradeció a cada uno de los participantes por su colaboración.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez contestadas la Escala de Resiliencia Mexicana y la Escala de Trauma de Davidson, se introdujeron los datos en el Paquete Estadístico de las Ciencias Sociales (SPSS) 22. Donde se obtuvieron las modas, frecuencias y porcentajes de cada una de las variables; de éste modo se hizo uso también de tablas y gráficas para su mayor análisis descriptivo.

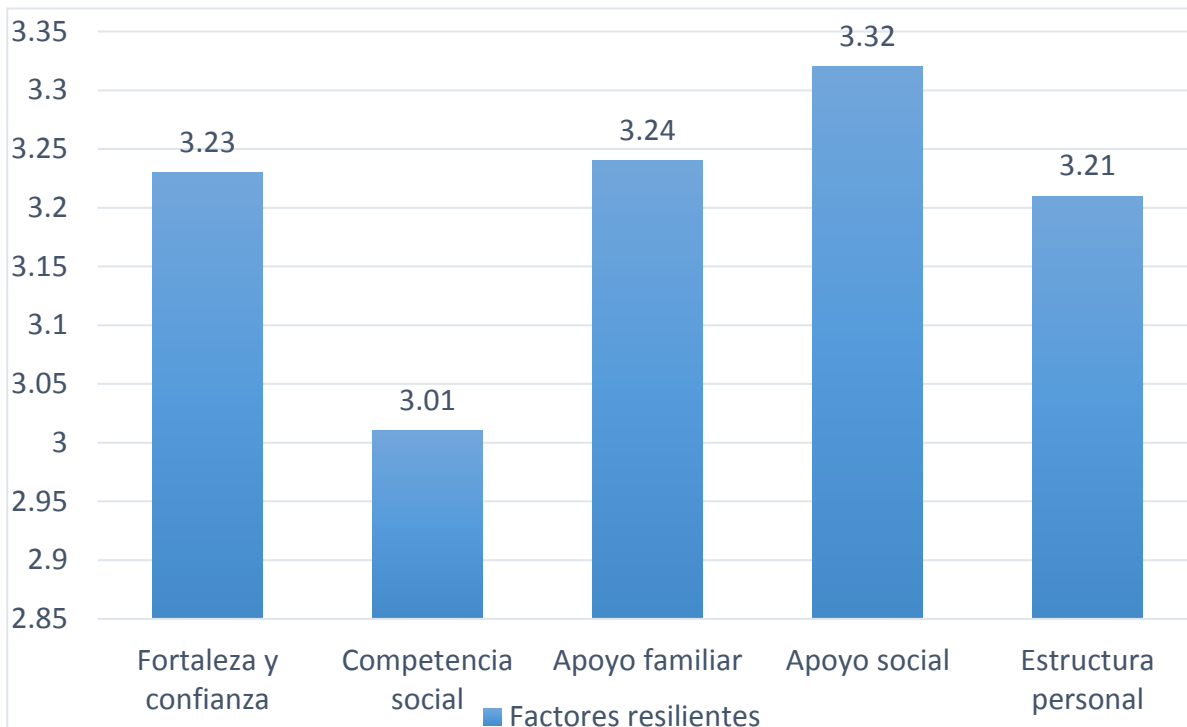
RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se encuentran en forma ordenada iniciando por la variable de Resiliencia y después con el Trastorno de Estrés Post-Traumático para una mejor comprensión.



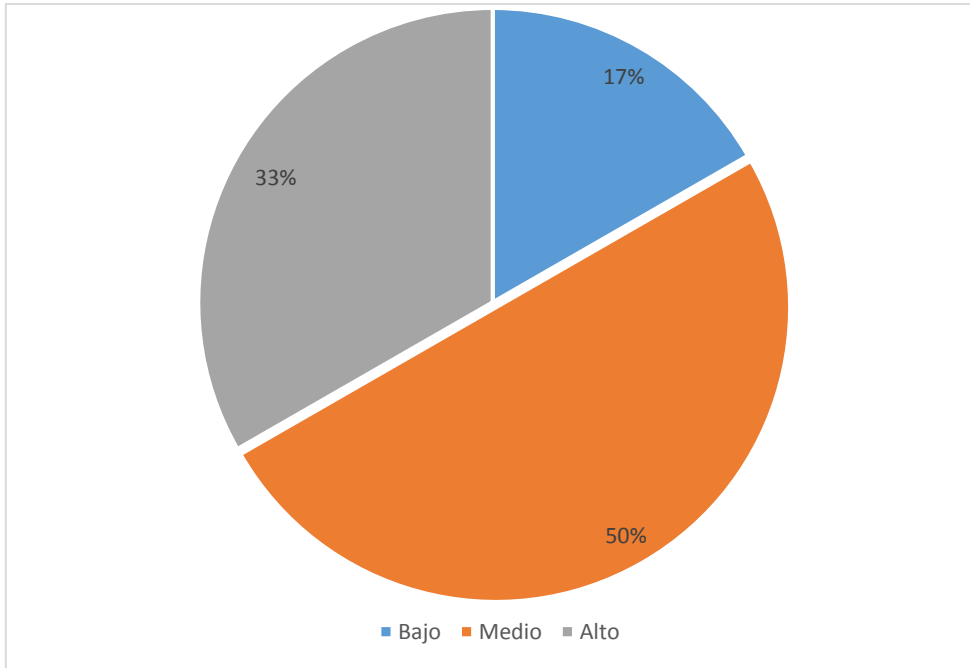
Gráfica 1: Nivel de resiliencia en adultos con amputación.

De acuerdo al instrumento aplicado y como se puede observar, los adultos con amputación reflejan tener un nivel de Resiliencia alto con un porcentaje de **46%**, el **27%** con un nivel de Resiliencia medio y el otro **27%** de los adultos con amputación con Resiliencia baja.



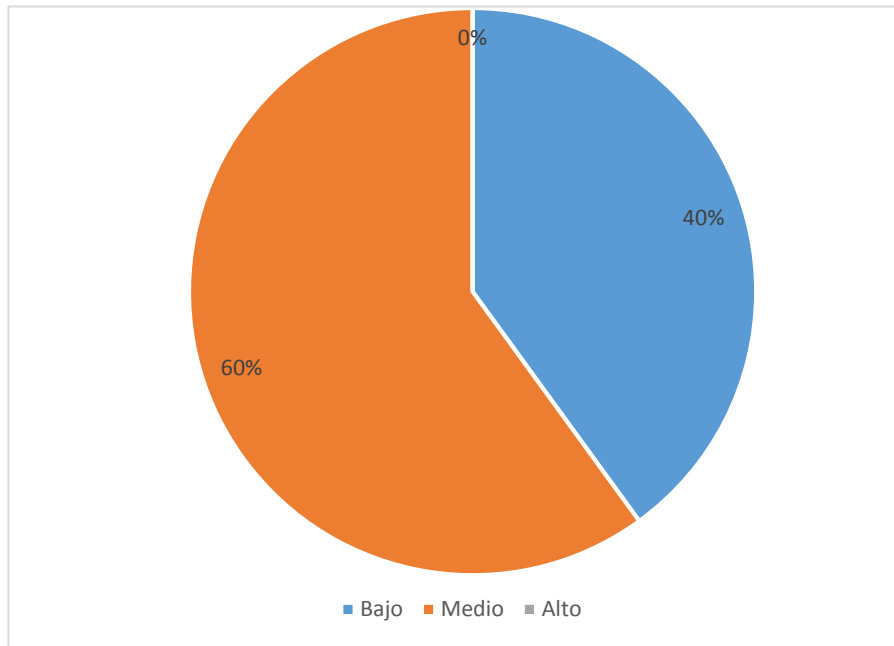
Grafica 2: Factores de Resiliencia generales en personas con amputación.

Con base a los resultados obtenidos, el factor de Resiliencia que más predomina en los adultos con amputación es el apoyo social con una media de **3.32**, seguido del apoyo familiar con una media de **3.24**, la fortaleza y confianza en sí mismos con una media de **3.23**, el de estructura personal obtuvo una media de **3.21** y como último, se encontró la competencia social con una media **3.01**.



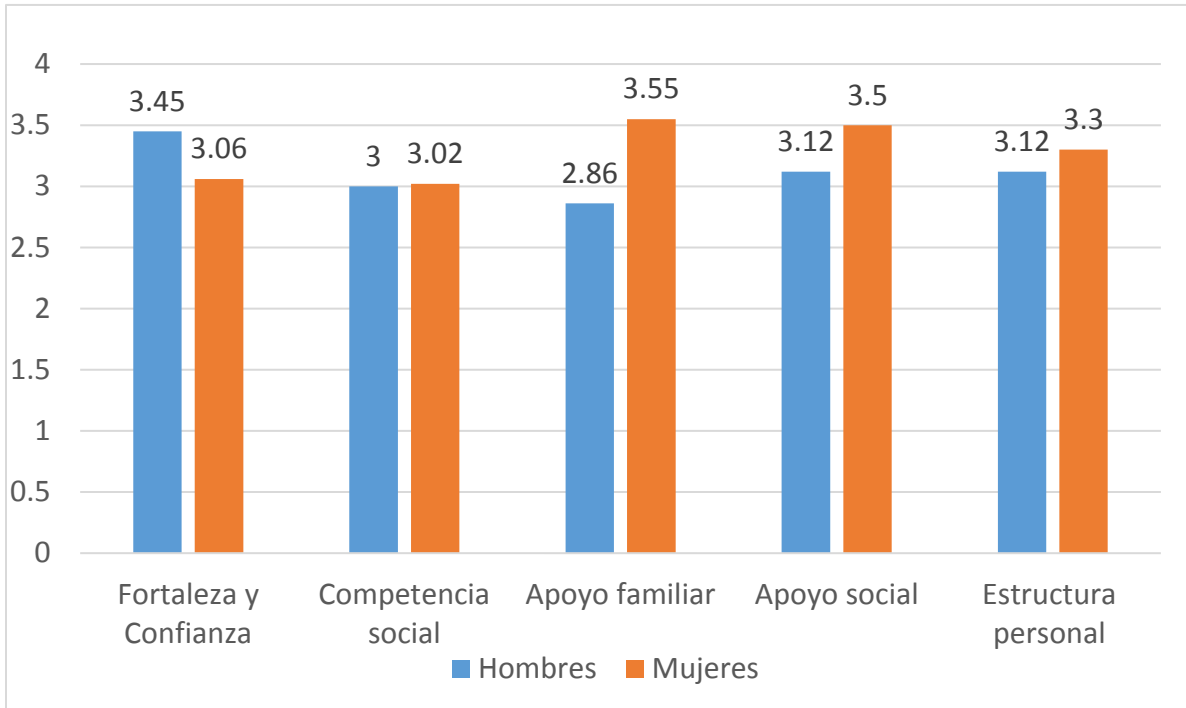
Gráfica 3: Nivel de Resiliencia en mujeres con amputación.

El nivel de Resiliencia que presentan las mujeres con amputación, predomina en un porcentaje de **50%** estando en un nivel de Resiliencia medio, un **33%** de ellas refieren un nivel alto y solo un **17%**, obtuvo un porcentaje de Resiliencia bajo.



Gráfica 4: Nivel de Resiliencia en hombres con amputación.

El nivel de Resiliencia que presentan los hombres adultos con amputación pondera en un porcentaje del **60%** con un nivel de Resiliencia medio y un **40%** bajo, por ende, ninguno de los hombres adultos con amputación encuestados reflejó un nivel de Resiliencia alto.



Gráfica 5: Factores de Resiliencia en personas con amputación de acuerdo al sexo.

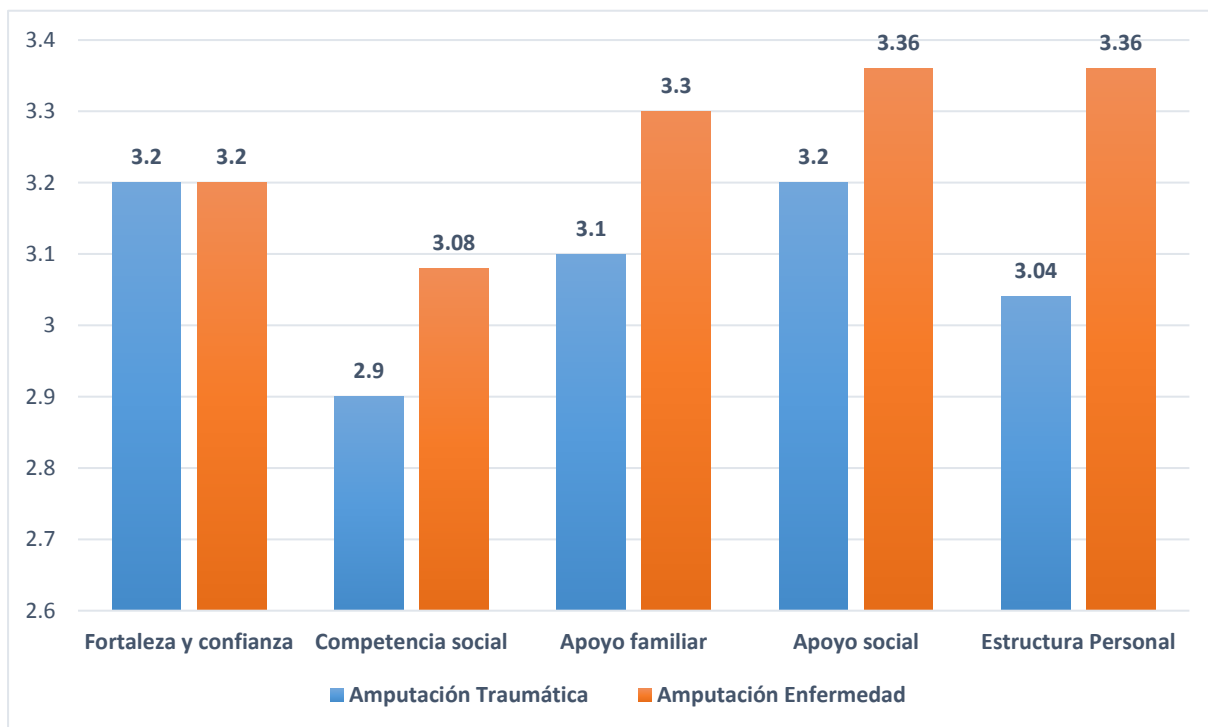
Analizando los factores de Resiliencia presentes en los adultos con amputación de acuerdo al sexo se puede determinar que el elemento resiliente que más predomina en las mujeres es el apoyo familiar con una media de **3.55**, seguido del apoyo social con una media de **3.5**, la estructura personal con una media de **3.3**, seguido de la fortaleza y confianza en sí mismos con una media **3.06** y finalmente, la competencia social con un **3.02**.

Por otro lado, en los hombres, el factor que más predomina es la fortaleza y confianza en sí mismos con una media de **3.45**; seguidos del apoyo social y estructura personal, ambas con una media de **3.12**, la competencia social puntúa en una media de **3**, mientras que el apoyo familiar quedó con una media de **2.86**.

De acuerdo al tipo de amputación, el nivel de Resiliencia que se obtuvo en aquellos adultos con amputación de tipo traumática, oscila en un porcentaje de **40%** en nivel bajo y un **40%** rasando alto en Resiliencia; mientras que los adultos con amputación por enfermedad obtuvieron un **50%** porcentajes altos de resiliencia y solo un **16.7%** un nivel bajo.

Tabla 1: Nivel de Resiliencia de acuerdo al tipo de amputación (Traumática o por enfermedad).

Tipo de Amputación		Frecuencia	Porcentaje
Traumática	Bajo	2	40.0
	Medio	1	20.0
	Alto	2	40.0
Enfermedad	Bajo	1	16.7
	Medio	2	33.3
	Alto	3	50.0



Gráfica 6: Factores de Resiliencia en adultos con amputación de acuerdo al tipo de amputación (Traumática o por enfermedad).

Los adultos con amputación traumática, obtienen mayor Resiliencia de la fortaleza y confianza en sí mismos y del apoyo social, ambas con una media de **3.2**; mientras que el factor con menor prevalencia en ellos es la competencia social con una media de **2.9**.

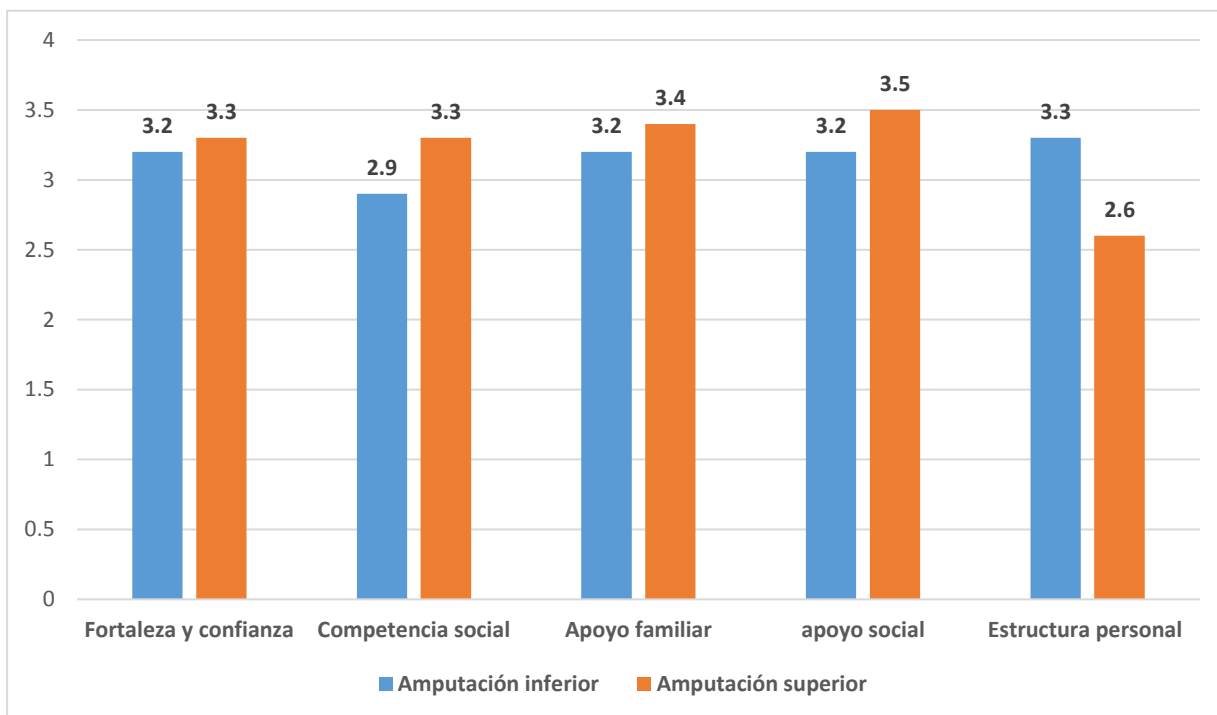
Los adultos con amputación por enfermedad, obtienen su Resiliencia principalmente de dos elementos: del apoyo social y estructura personal; ambas con una media de **3.36**, siguiéndoles, el apoyo familiar con una media de **3.3**, el que se presenta con menor frecuencia en estas personas es la competencia social con una media de **3.08**.

La Resiliencia en razón del nivel de amputación presente en los adultos analizados, refleja que aquellos con corte en niveles inferiores, obtuvieron un nivel de Resiliencia alto con un 44.4% y medio con un **33.3%**, dando como resultado una Resiliencia por arriba de la normatividad con un **77.7%**.

Por otro lado, en los adultos con amputación en niveles superiores, se obtuvo como resultado un nivel de Resiliencia alto de **50%** y un **50%** alto también.

Tabla 2: Nivel de Resiliencia en adultos por el nivel de amputación (inferior o superior).

Nivel de Amputación		Frecuencia	Porcentaje
Inferior	Bajo	2	22.2
	Medio	3	33.3
	Alto	4	44.4
Superior	Bajo	1	50.0
	Medio	0	00.0
	Alto	1	50.0



Grafica 7: Factores de Resiliencia en adultos de acuerdo al nivel de amputación (Inferior o superior).

Los factores de Resiliencia que presentan los adultos con amputación de acuerdo al corte son los siguientes: para los adultos con amputación a nivel inferior, el factor que más les brinda Resiliencia es la estructura personal con una media de **3.3**, siguiéndole los de apoyo social, apoyo familiar y fortaleza y confianza en sí mismos ambos con una media de **3.2**, resultando con menor frecuencia resiliente la competencia social con una media de **2.9**.

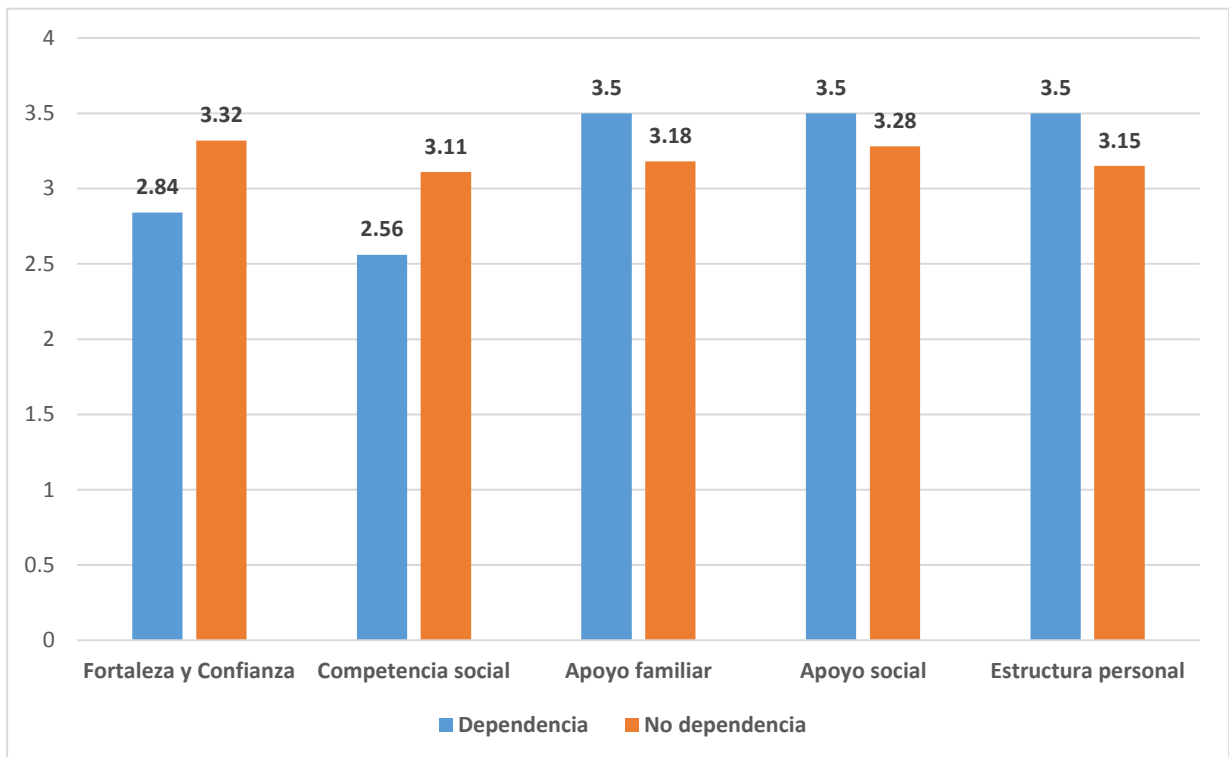
Por otro lado, los adultos con amputación en nivel superior, obtienen su Resiliencia del apoyo social con una media de **3.5**, seguido del apoyo familiar con una media de **3.4**, en este caso, el factor resiliente que se presenta con menor constancia es la estructura personal con una media de **2.6**.

Dentro de los aspectos a analizar, se encuentra la Resiliencia en razón de la dependencia personal y, de acuerdo a esto, los adultos con amputación obtuvieron un nivel de Resiliencia medio del **50%** y un **50%** bajo para aquellos

que son dependientes; mientras que, aquellos que no presentan dependencia reflejan un nivel de Resiliencia alto de **55.6%**, un **22.2%** medio y un **22.2%** bajo.

Tabla 3: Nivel de Resiliencia en adultos con amputación de acuerdo a la dependencia personal.

Dependencia		Frecuencia	Porcentaje
Si	Bajo	1	50.0
	Medio	1	50.0
	Alto	0	00.0
No	Bajo	2	22.2
	Medio	2	22.2
	Alto	5	55.6



Grafica 8: Factores de Resiliencia en personas con amputación de acuerdo a la dependencia personal.

Aunado a esto, los factores de Resiliencia de acuerdo a la dependencia personal se graficaron de la siguiente manera: para los adultos con amputación y dependencia personal, los que generan mayor Resiliencia son los de apoyo familiar, apoyo social y estructura personal, ambos con una media de **3.5**, seguido de la fortaleza y confianza en sí mismos con una media de **2.84**, quedando como último la competencia social con una media de **2.56**.

En cuanto a los adultos con amputación que no presentan dependencia personal, su mayor factor resiliente es la fortaleza y confianza en sí mismos con una media de **3.32**, seguido del apoyo social con una media de **3.28**, el apoyo familiar obtuvo una media de **3.18**, la estructura personal una media de **3.15** y quedando con menor frecuencia el de competencia social, con una media de **3.11**.

Una vez analizada la Resiliencia, es importante mencionar los resultados obtenidos en cuanto al TEPT en razón del sexo; las mujeres con amputación presentan una frecuencia de trauma moderada con un porcentaje de **50%**, un **33.3%** para trauma baja y un **16.7%** se encuentra en una asiduidad de trauma alta. En cambio, un **60%** no presenta ninguna continuidad de trauma, un **20%** puntúa bajo y un **20%** en una frecuencia al trauma alta.

Tabla 4: Frecuencia y gravedad del Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación de acuerdo al sexo.

Sexo	Frecuencia del trauma		Gravedad del trauma	
Mujer	Ninguna	00.0	Ninguna	00.0
	Baja	33.3	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	50.0
	Moderada	50.0	Moderada	50.0
	Alta	16.7	Alta	00.0
	Extrema	00.0	Extrema	00.0
Hombre	Ninguna	60.0	Ninguna	60.0
	Baja	00.0	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	00.0
	Moderada	20.0	Moderada	20.0
	Alta	20.0	Alta	00.0
	Extrema	20.0	Extrema	20.0

Al analizar la frecuencia y gravedad del trauma de acuerdo al tipo de amputación, se encontró que un **40%** de los adultos con una amputación traumática no presentan ninguna asiduidad al trauma, en frecuencia baja, moderada y alta, puntúan cada una de ellas en un **20%**, en cuanto a la gravedad del trauma, los adultos con amputación traumática un **40%** no presentan nada de gravedad, un **40%** fue moderada y un **20%** presentaron una gravedad extrema.

En cuanto a los adultos con amputación por enfermedad, un **16.7%** no presenta ninguna frecuencia al trauma, un **33.3%** la presenta baja, otro **33.3%** moderada y el **16.7%** obtuvo una presencia alta; de ellos en cuanto a la gravedad del trauma, un **16.7%** no muestra, un **50%** exhibe una gravedad leve y un **33.3%** puntuó en moderada.

Tabla 5: Frecuencia y gravedad del Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación de acuerdo al tipo de amputación (Traumática o por enfermedad).

T. Amputación	Frecuencia del trauma		Gravedad del trauma	
Traumática	Ninguna	40.0	Ninguna	40.0
	Baja	20.0	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	00.0
	Moderada	20.0	Moderada	40.0
	Alta	20.0	Alta	00.0
	Extrema	00.0	Extrema	20.0
Enfermedad	Ninguna	16.7	Ninguna	16.7
	Baja	33.3	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	50.0
	Moderada	33.3	Moderada	33.3
	Alta	16.7	Alta	00.0
	Extrema	00.0	Extrema	00.0

El nivel de frecuencia y gravedad del trauma analizado en los adultos con amputación de acuerdo al nivel del desmembramiento, reflejan que un **22%** de los que presentan ablación en niveles inferiores no acontecen ninguna frecuencia al trauma, mientras que, en baja y moderada ponderan un porcentaje de **33.3%** y, un **11.1%** una frecuencia alta. En cuanto a la gravedad del trauma, un **22.2%** no presentan nada de gravedad, un **33.3%** la mantienen leve y en un **44.4%** es moderada.

En cuanto a los adultos con amputación en miembros superiores, un **50%** no presenta ninguna frecuencia al trauma y un **50%** puntuó alto; de ellos; en cuanto a la gravedad del trauma, un **50%** no presenta agravación y un **50%** puntuó en extrema complicación.

Tabla 3: Frecuencia y gravedad del Trastorno de Estrés Post-Traumático en adultos con amputación de acuerdo al nivel de amputación (Inferior o superior).

N. Amputación	Frecuencia del trauma		Gravedad del trauma	
Inferior	Ninguna	22.2	Ninguna	22.2
	Baja	33.3	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	33.3
	Moderada	33.3	Moderada	44.4
	Alta	11.1	Alta	00.0
	Extrema	00.0	Extrema	00.0
Superior	Ninguna	55.0	Ninguna	50.0
	Baja	00.0	Baja	00.0
	Leve	00.0	Leve	00.0
	Moderada	00.0	Moderada	00.0
	Alta	50.0	Alta	00.0
	Extrema	00.0	Extrema	50.0

DISCUSIÓN

La amputación es un tema controvertido, que muchas veces es difícil de hablar, tanto para la persona con amputación como para las personas que están cercanas a ellos, es una situación que no solo representa un cambio físico si no también un cambio mental y contextual, que representa a su vez una oportunidad de cambio, tanto positivo como negativo, dependiendo de las capacidades personales y sociales de cada una de las personas que la padecen.

De acuerdo a esto, la necesidad de prevenir el Trastorno de Estrés Post-Traumático en los adultos con amputación, implica que estas no se re victimicen y obtengan una re significación de la misma imagen corporal orientada en todo momento a la aceptación de la pérdida, es un proceso, la duración de este depende meramente de la persona, pero el logro de esta aceptación y reintegración social se genera a través de la Resiliencia, que a su vez depende de diferentes factores personales y sociales para su desarrollo fortuito, conocer estos factores así como la importancia de cada uno, resulta vital para futuras atenciones psicoterapéuticas, orientadas a la solución del trauma, es por esto que la investigación realizada se basó principalmente en esto, en conocerlos, identificarlos y fomentar su aplicación.

Una vez entendido esto, es importante mencionar que de acuerdo a los resultados obtenidos de ésta investigación indican que, respecto a la Resiliencia y su presencia en los adultos con amputación, estos presentan una capacidad resiliente alta, esto se puede comprender al analizar lo que la pérdida de un miembro implica, ya que, no solo se enfrentan a un proceso de duelo, sino que, se enfrentan a diferentes cambios tanto físicos y psicológicos que generan una alteración a nivel psíquico por un desajuste emocional, motivacional y sintomatológico afectando no solo al adulto amputado sino también a su entorno (González *et al*, 2017; Tavera, 2014).

A pesar de ello, no se observó una diferencia estadísticamente significativa ya que algunos de los adultos con amputación, puntuaron en una Resiliencia alta, esto es

debido a que la capacidad de superación de cada uno de ellos depende de los recursos y atributos de personalidad de cada uno, es decir es relativo, y eventualmente, el proceso de superación de la pérdida de un miembro es más eficiente conforme el tiempo del desmembramiento deja de ser reciente y se genera una reintegración resiliente, en el caso de esta investigación, más de la mitad de los encuestados refirieron que la amputación había sido hacía más de un año.

Los adultos con amputación obtienen su Resiliencia mayormente por el apoyo social que reciben, tanto de los amigos como de la familia, su contexto toma parte muy importante en la superación de la amputación, requieren sentirse queridos por los demás, eso sin mencionar el hecho de saber y sentir que alguien se preocupa por ellos y que realmente no están solos.

En segundo plano se encuentra el apoyo familiar, del cual los adultos con amputación desarrollan su Resiliencia en base al apoyo recibido, a la buena relación con sus familiares más cercanos y al optimismo con el que, en conjunto, manejan las adversidades; esto contradice lo mencionado por Repetto (2010), donde afirma que los adultos con amputación logran superar la pérdida por la seguridad y confianza que tienen de sí mismos y la convicción de creer en un futuro mejor para ellos; mientras que Ocampo, Henao y Vásquez (2010) confirma los resultados, al referir que el apoyo social y familiar, toman un papel importante al momento de lograr el éxito de ajuste social en la persona con amputación.

De acuerdo a los resultados generales de Resiliencia, los adultos con amputación, obtienen menor Resiliencia del factor de competencia social, infiriendo que los adultos con amputación pierden el interés en conocer a nuevas personas e interactuar con los demás, esto se entiende porque una vez que se realiza el desmembramiento, estos se enfrentan a sentimientos de depresión, pérdida de autoestima y rechazo a la nueva imagen corporal, de acuerdo a Repetto (2010), la mayoría de los adultos amputados generan un miedo a la sociedad, un temor a ser rechazados y a sentimientos de inferioridad, que confirma el hecho de que la

competencia social no oscile como factor estadísticamente importante para la reintegración resiliente.

Referente al nivel de Resiliencia encontrado en los adultos con amputación en razón del sexo, se obtuvo como resultado que las mujeres tienen mayor capacidad resiliente que los hombres; los hombres por su parte, orientados por los roles tradicionales de género, han sido educados a ocultar sus sentimientos, principalmente los de tristeza y miedo afectando significativamente el desarrollo de la resiliencia, mientras que, para las mujeres, el sentimentalismo y expresión de las emociones nunca ha sido mal visto y por ende tienen mayor libertad de expresión y liberación de tensión.

Estudios de Farro, Tapia, Bautista, Montalvo e Iriarte (2012) afirman que existe un predominio de amputaciones realizadas en hombres en comparación con las mujeres, lo que explicaría también, el por qué la Resiliencia es menor en ellos; por su parte Saavedra, Castro e Inostroza (2012) afirman que, de acuerdo al sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al desarrollo de la resiliencia, refutándolo con esta investigación se contradice lo afirmado por estos investigadores.

En razón del sexo, en los factores de Resiliencia encontrados en los adultos con amputación, resultó que para las mujeres el factor que más predomina y genera resiliencia es el apoyo familiar, para ellas la relación con su contexto familiar cercano, principalmente los padres, es de vital importancia para el ajuste y estabilización emocional, seguido del apoyo social y la estructura personal, lo que nos indica que la mujer encuentra su empoderamiento del aliento y compañía que reciban de sus iguales y del respeto de reglas y rutinas para un cumplimiento de metas específicas.

González-Arratia y Valdéz (2013) citando a Bastón, Fulz y Schoenrade (1987) explican esta tendencia de las mujeres a empatizar con los demás y tener una sensibilidad emocional mayor que los hombres, determinando que les resulta

beneficioso, en el sentido de subsistir ante la adversidad con ayuda de otros, relacionándose y apoyándose.

Por otro lado, en los hombres, el factor resiliente que más predomina es la fortaleza y confianza en sí mismos, en este sentido se puede decir que, los hombres se basan más en los factores protectores internos que externos, no buscan la aceptación de los demás para salir adelante, o el apoyo de los iguales, si no que se generan ellos mismos su propio empoderamiento psicológico y resignifican su motivación, esto coincide con las investigaciones de González Arratia, Valdez y González (2012) donde se encontró que las mujeres puntuaban más alto en los factores protectores externos, es decir familia y amigos, mientras que los hombres se inclinaban por los factores internos en el sentido de confianza en sí mismos.

Esto puede ser una diferencia importante a considerar a la hora de realizar intervenciones psicológicas a pacientes con amputación, no obstante, existen investigaciones que contradicen estos resultados indicando que no existen diferencias en razón del sexo para el desarrollo de la Resiliencia (Walter Ginzburga, Shmotkina, Blumsteinb y Shoreka, 2005).

La Resiliencia de acuerdo al tipo de amputación, indica que adultos con amputación traumática presentan un nivel bajo de Resiliencia en comparación con la de por enfermedad que es alta, esto si se analiza en el sentido del origen de cada una de ellas, se puede notar que, las personas con amputación por enfermedad, se encuentran ligeramente preparadas a la situación, ya que la amputación llega tras un largo periodo de latencia, producto de una respuesta a complicaciones de salud.

La amputación para ellos es vista como un proceso de atención, un proceso de solución a un problema de salud más grave, por lo que no es más que un enfrentamiento a otra enfermedad y el hecho de saber que la amputación mejorará de forma parcial o total su salud, permite que la persona genere una respuesta a su duelo y lo supere de una manera más amena que si esta fuera por alguna otra

causa; investigaciones de Hajar (2010), corroboran lo mencionado, donde refiere que los adultos con amputaciones por enfermedades vasculares, tienen un proceso de superación a la amputación relativamente mejor, ya que es vista como una solución, lejos de un problema.

A diferencia de la anterior, las personas con amputación traumática, presentaron un nivel bajo de Resiliencia, indicando con esto que el impacto es mayor en ese tipo de personas, en su mayoría completamente sanas hasta que determinado acontecimiento de trauma o accidente los lleva a perder un miembro del cuerpo y reestablecerse en el medio como una persona diferente, el hecho de que este tipo de amputación tiende a aparecer de sorpresa, repercute fuertemente en la estabilidad de la persona, transitando de la salud a la enfermedad casi de forma inmediata provocando que los deseos e ideas del futuro ya planteados se vean afectados; defendiendo este punto.

Rosas (2010) afirma que la amputación traumática afecta la calidad de vida y productividad que ya tenía establecida una persona, generando problemas de adaptabilidad y traumas fuertes, del mismo modo Castro y Zuñiga (2002) en su investigación mencionan que las personas con amputación traumática experimentan un trauma relativamente más fuerte a diferencia de las otras causas, en el sentido de que, siendo en un principio personas con total autonomía y físicamente “normales”, la pérdida parcial o total de un miembro suele ser algo difícil de superar.

Por su parte, Ross (2005) en sus investigaciones demostró que los pacientes que sufrieron una amputación por enfermedad sufren un impacto emocional menor, que dependerá mucho de cómo se le diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión.

Los factores de Resiliencia predominantes en cada uno de ellos, varían uno de otro; por un lado, los adultos con amputación traumática obtienen mayor Resiliencia de la fortaleza y confianza en sí mismos, es decir, tienen mayor

confianza en enfrentar nuevos retos, se consideran personas fuertes y se apoyan de la convicción por un futuro mejor forjado por sí mismos, esto a su vez va de la mano con lo mencionado por Hajar (2010) que menciona que las personas con amputación traumática tienden a ser adultos jóvenes los cuales buscan subsistir a las adversidades por sí solos y, por el apoyo y respeto de sus iguales; mientras que los adultos con amputación por enfermedad obtienen su Resiliencia en gran medida por los factores de apoyo social, estructura personal y apoyo familiar.

Esto indica que son personas que requieren organizar su vida a través de rutinas, reglas y planes, requieren sentir el apoyo de sus familiares y amigos, estar conscientes de que estas acompañados y que disfrutan de no estar solos, si al mismo tiempo se considera que los adultos con este tipo de amputación en su mayoría son adultos mayores, se entiende porqué requieren el apoyo de familiares y de la estabilidad para obtener Resiliencia en el sentido de que, ya de por sí, debido a la edad, pueden considerarse parcialmente dependientes.

García Y., del Olmo D., Zoe I., Barnés J., Valdés C. (2012) en sus investigaciones indican que la gran mayoría de los adultos con amputación por enfermedad son mayores de 60 años, con enfermedades con las cuales han batallado gran parte de su vida, los cuales dependen del apoyo familiar y social para no dejarse abatir por el trauma, además de que son considerados un grupo vulnerable, confirmando lo establecido en los resultados de la investigación.

Otro punto a considerar es el nivel de Resiliencia presente en los adultos con amputación, en razón del miembro amputado y el nivel de amputación; de acuerdo a los resultados obtenidos, aquellos adultos con amputaciones en miembros inferiores puntuaron una mayor Resiliencia en comparación con los que presentan una amputación en miembros superiores; con base en esto se puede explicar que las amputaciones en miembros inferiores afectan significativamente la motricidad gruesa de las personas, es decir, hay una pérdida parcial o total de la calidad de la marcha y el equilibrio.

González, Arce y Zarza (2017) confirmando lo anterior refiere que uno de los principales problemas es la afección directa al soporte del cuerpo, que le genera a su vez a la persona, sentimientos de inferioridad y rechazo que puede ser disminuido parcialmente con el apoyo de silla de ruedas, andadera y/o prótesis, ayudando a la superación del conflicto y generando Resiliencia e independencia personal parcial.

Para los adultos con amputación en miembros superiores el nivel de Resiliencia es menor, esto se entiende debido a que de acuerdo a González, Arce y Zarza (2017) la movilidad en estas zonas torácicas es relativamente más compleja, es decir, la motricidad fina manejada por estos miembros, difícilmente puede ser sustituida por una prótesis, que en este caso es la única alternativa de solución parcial a la discapacidad.

De acuerdo a investigaciones de Rosas (2010) cerca del 75% de las amputaciones traumáticas son realizadas en esta zona, mayormente por desarticulación de muñeca o amputaciones transhumerales en las que la recuperación de la autonomía solo puede llevarse a cabo a través de la adaptación de la persona a usar un solo miembro para todo tipo de actividades personales, disminuyendo significativamente su capacidad resiliente.

En estos casos los factores para desarrollar la Resiliencia que se obtuvieron reflejan que los adultos con amputación en miembros inferiores obtienen mayor Resiliencia de la estructura personal, es decir, para este tipo de personas el hecho de seguir reglas y normas establecidas por su contexto, regirse por rutinas y organizar sus tiempos en razón de metas, les brinda estabilidad emocional, de acuerdo a Palomar y Gómez (2010) este factor aunque no protege como tal a las personas de eventos negativos ni traumas, refleja una capacidad resiliente sistémica y organizada, que propicia una flexibilidad para la superación de problemas y lidiar con la amputación de una mejor manera.

Para ellos el factor del cual no obtienen destacada Resiliencia es la competencia social, indicando que, tras una amputación en miembros inferiores, el interés por

interactuar con las personas, en su mayoría con los iguales, la capacidad de socialización con nuevas personas y de ver la vida con humor, no les causa mayor impacto ni les es significativo para obtener su Resiliencia y salir adelante; contrariando a lo mencionado por Repetto (2010) que en su investigación menciona que la socialización y el manejo del humor en los momentos difíciles, es un papel de vital importancia para el logro de la integración resiliente.

Por su parte, los adultos con amputación en niveles superiores, en los resultados obtenidos se reflejó que obtienen su Resiliencia con base al factor de apoyo social y apoyo familiar, lo que se interpreta como que las personas este nivel de amputación, buscan su empoderamiento y Resiliencia para subsistir a las adversidades en sus iguales, tanto en amigos, vecinos, como en sus familiares directos, buscan sentirse queridos y apoyados por ellos, ser alentados y que su esfuerzo de superación sea valorado.

Para esto Rueda y Miranda (2002) recomiendan que, desde el seno familiar, las personas sean educadas de manera en que el trato y apoyo que se le brinde a las personas con amputación de cualquier tipo y nivel, sean más naturalizada, del modo en que el apoyo social se desarrolle de mejor manera y ellos encuentren su Resiliencia a través del respeto recibido.

Como último punto a tratar respecto a la Resiliencia, se encuentra la dependencia personal de los adultos con amputación, siendo entendida la dependencia personal como la necesidad de apoyo para la realización de actividades cotidianas y de cuidado personal diario; los adultos con amputación que refirieron ser dependientes de familiares y amigos, mostraron un nivel de Resiliencia bajo en comparación de aquellos que indicaron no necesitar ayuda para llevar a cabo sus actividades, esto se explica debido a que la capacidad de superación del trauma en las personas dependientes, se ve intrínsecamente ligada a los demás, al trato que les den y al apoyo recibido, es decir, necesitan saber que cuentan con los demás para decir que se encuentran bien.

De acuerdo a esto Repetto (2010) corrobora lo anterior mencionado, dentro de su investigación refiere que aquellas personas con amputación sufren miedo y sentimiento de inferioridad asociados a la dependencia personal, donde por estas causas la persona tiene mayores fuentes de sufrimiento ya que no tiene la autonomía con la que contaba anteriormente, es por ello que aquellos que no tienen una dependencia personal, tienden a ser más resilientes, ya que el sufrimiento de pérdida de autonomía no les afecta, y aumentan su autoestima al mismo tiempo que se esfuerzan por salir adelante.

Los factores de Resiliencia presentes en los adultos con amputación en razón de si existe o no dependencia personal; de acuerdo a los resultados obtenidos, aquellos adultos con dependencia personal obtienen mayor grado de resiliencia de los factores de apoyo familiar, apoyo social y estructura personal, lo cual indica que cuando se tiene el apoyo de los seres queridos, la sensación de tener compañía y se realizan las actividades que son consideradas difíciles para la persona con amputación estos logran salir adelante.

Investigaciones de Font, Jimenez, Llauradó, Pallarés y García (2016); Ocampo *et al* (2010) y Repetto (2010) refieren y confirman la importancia del apoyo social, principalmente el de la familia, para la estabilización y “normalidad” del paciente con amputación; aunque, cuando se es dependiente, de acuerdo a los resultados, la Resiliencia la obtienen en menor medida del factor de fortaleza y confianza, esto refleja que se puede ser resiliente con el apoyo familiar y social siempre y cuando este se mantenga, al no tener confianza en ellos mismos y en sus capacidades personales, en cuanto esos factores sociales se pierden, todo el empoderamiento y Resiliencia que se tuviese se verían afectados.

De este modo, los adultos con amputación que no reciben apoyo y por ende no son dependientes de los demás, puntuaron más alto en el factor de fortaleza y confianza en sí mismos, es decir, tienden a tener mayor confianza en su futuro, orgullo de sus logros, mayor planteamiento de su futuro realista y conocen como y cuando recibir apoyo, es decir, saben mejorar y avanzar por sobre los problemas

por sí solos, sin necesidad de generarse incapacidad y dependencia, para que esto se logre, se debe de mantener una conducta al trauma de la amputación referida mente positiva.

Fishman (1961) menciona que la conducta de la persona amputada, depende de la confianza en sí mismo que tenga y viceversa, si esta es negativa el paciente se desviará a dos estados patológicos como la hostilidad o depresión, si esta es positiva, confiará en sus facultades residuales para mejorar, es por ello que Barrera (2013) en su investigación, refiere y confirma lo mencionado, impulsando y fomentando el establecimiento de metas, la confianza, el respeto y calidez para sí mismo como estrategia terapéutica funcional para reforzar la valía del paciente amputado.

Una vez esclarecido estos puntos, es importante mencionar la parte aparentemente negativa de lo que es una amputación, ya que no es una enfermedad ni es una condición temporal, es, irremediamente, un cambio permanente que, por ende, provoca una serie de reacciones físicas y psicológicas ante las cuales el paciente debe de enfrentarse de la mejor manera posible, evitando caer en alguna patología y/o psicopatología, como lo es en este caso, el Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Dentro de la investigación, los resultados encontrados en razón del sexo reflejan que los hombres adultos con amputación presentan menor frecuencia a trauma en comparación de las mujeres, referente a esto las mujeres tienden a tener vivencias más dolorosas respecto a recordar la amputación, mayor incidencia de síntomas depresivos como tristeza e irritabilidad, presentan un aumento relativo de manifestaciones físicas molestas como taquicardia o sudores al recordar el evento traumante así como una alta prevalencia a presentar dolor del miembro fantasma, esto se entiende al analizar la importancia de la imagen corporal a la cual es sometida la mujer a diferencia del hombre.

Barrera (2013) por su parte refiere que los adultos con amputación, en especial las mujeres, entran en una etapa de estrés en la que se les genera una crisis

existencial, esta crisis esta generada porque la apariencia corporal cambia ante los ojos de uno mismo y de los demás y al no cumplir con los modelos suficientes para encajar, se produce una pérdida de aceptación y potencializa el proceso precipitante de trauma; contrariando lo mencionado por ... que refiere en su investigación que no existe una diferencia significativa de trauma por estética o respecto al sexo en adultos con alguna extremidad.

A pesar de ello en cuanto al análisis de gravedad de trauma, los hombres adultos con amputación puntuaron en porcentajes altos de trauma grave a diferencia de las mujeres que se mantuvieron en gravedad moderada, esto en otras palabras refiere que los hombres tienden a tener manifestaciones físicas de trauma más graves, mayores pensamientos e ideaciones del suceso traumante, así como pensamientos ruminantes de la amputación relativamente más graves.

Weiss y Berger (2010) respecto a este tema, menciona que la rumiación se presenta como una necesidad de establecer las propias creencias acerca del mundo que ha sido alterado por el suceso precipitante de trauma, se presentan como recuerdos deseados o no deseados a priori del suceso y a posteriori; esto aunado a que la mayoría de los hombres son jóvenes que padecieron de una amputación traumática, el suceso tiende a ser más grave, pues al ser joven el cambio corporal implica también cambios en sus relaciones sociales y expresión de su sexualidad.

En su libro Rivera (2012) menciona que el Trastorno de Estrés Post-Traumático, tiende a sentir un trauma como lo es la amputación de manera más severa que alguien mayor, debido a que la capacidad de procesamiento y restauración emocional tarda en madurar en cuanto más joven eres y los procesos de socialización, personalización y expresión sexual se ven atrofiados.

Otro punto importante a analizar es la frecuencia y gravedad del trauma respecto al tipo de amputación, los resultados obtenidos en esta investigación reflejaron que los adultos con amputación traumática tienen una frecuencia al trauma menor que los adultos con amputación por enfermedad, pero su trauma que pueden

presentar tienden a tener mayor gravedad en comparación con los de amputación por enfermedad, esto indica que aquellos con amputación traumática, tienden a tener mayores recuerdos del trauma, dolor del miembro fantasma, insomnio , dificultad para concentrarse, etc. en comparación de si fuese por enfermedad, esto se ve reflejado y se explica debido a que los adultos con amputación por enfermedad de alguna manera se les dio una previa preparación, tanto preoperatorio como post operatorio.

González *et al* (2017) refieren en su investigación que, efectivamente, los adultos con amputaciones por enfermedad tienden a ser resultado de enfermedades crónicas vasculares y de tiempo latente de tratamiento, por lo que el impacto de la amputación no tiende a ser tan grave que si se tratara de una amputación por trauma; Barrera (2013) por su parte, menciona que las amputaciones traumáticas causan un impacto más grande en las personas, afectando el desarrollo de sus actividades, su estado laboral y/o profesional que ya mantenía y por ende una complicación psicológica y estresante elevada, confirmando los resultados expuestos en esta investigación.

Finalmente, como último punto a analizar, se encuentra el nivel de frecuencia y gravedad del trauma en adultos en razón del nivel de amputación en donde de acuerdo a los resultados obtenidos, los adultos con amputaciones inferiores tienen menor frecuencia al trauma y menor gravedad de trauma en comparación de aquellos con amputaciones superiores, esto quiere decir que aquellos con amputaciones superiores presentan mayor sintomatología de estrés.

Si se analiza lo que Rojas (2010) menciona en su investigación respecto al impacto que tiene un adulto con amputación en miembros inferiores respecto al control distal, equilibrio y la afección en el uso y gasto de energía, se puede entender el cambio radical que mantienen este tipo de personas respecto a la vida que tenían y los cambios a los que se enfrentan que les genera estrés; al mismo tiempo menciona también que los adultos con amputaciones torácicas o en miembros superiores, padecen de una falta de la funcionalidad, es decir, ni aun

obteniendo una prótesis estos pueden recuperar la movilidad tan amplia que la mano genera ni la sensibilidad de tacto, confirmando que el impacto pudiese ser mayor en ellos que en los adultos con amputación en miembros inferiores.

Según Herrera y Madriñan (2016) y González *et al* (2017) las amputaciones en miembros superiores efectivamente representan un mayor impacto psicológico por la elevada pérdida funcional, ya que la mano mantiene una considerable movilidad, que representa un mayor uso práctico en la vida de la persona en comparación de los miembros inferiores que su función básica es el soporte y marcha.

CONCLUSIONES

- ✓ Los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor Resiliencia respecto a los adultos con amputación traumática.
- ✓ Los adultos con amputación por enfermedad obtienen su Resiliencia en base al apoyo familiar, social y del respeto a su estructura personal.
- ✓ Los adultos con amputación traumática obtienen su Resiliencia con su fortaleza y confianza en sí mismos, de acuerdo a experiencia y también del apoyo social de iguales que se tenga (amigos).
- ✓ Las amputaciones por enfermedad se dan más en adultos en senectud y su Resiliencia la obtienen de su vínculo familiar cercano
- ✓ Las amputaciones traumáticas tienden a darse más en adultos jóvenes y buscan la superación del trauma basándose en su experiencia y atributos personales.
- ✓ De acuerdo al Trastorno de Estrés Post-Traumático los adultos con amputación por enfermedad tienden a tener mayor frecuencia al trauma y miembro fantasma.
- ✓ El nivel de gravedad de trauma en pacientes con amputación por enfermedad oscila entre leve y moderado, esto debiéndose a que en su mayoría son pacientes diabéticos, que se les da un previo aviso de la amputación y pueden tener una breve asimilación al cambio corporal.
- ✓ Los pacientes con amputaciones traumáticas tienen menor porcentaje de trauma y miembro fantasma.
- ✓ El grado de gravedad en pacientes con amputación traumática es extrema cuando se presenta, debido a que no existe previo aviso del trauma y no hay una preparación necesaria para evitar un desajuste psicológico.
- ✓ Es importante identificar los factores personales y externos que generan Resiliencia en los adultos con amputación para posibles futuras intervenciones psicológicas.
- ✓ Se debe de analizar la calidad y cantidad de impacto psicológico y/o trauma que les es generado tras dicha pérdida con prontitud.

SUGERENCIAS

- ✓ Realizar investigaciones con los adultos con amputación ya que son una población poco estudiada y brindar la importancia de apoyo necesaria para su desarrollo y mejora de calidad de vida
- ✓ Identificar más factores que intervienen en la Resiliencia de cada uno de los adultos con amputación, para explicar a la sociedad que es lo que pudiese apoyarlos y que no.
- ✓ Analizar los tipos de enfermedades que con más frecuencia ocasionan amputaciones en niveles inferiores en adultos en senectud, ya que la mayoría de los registros encontrados presentaban antigüedad, esto con la intención de fomentar el conocimiento y comenzar un sistema de prevención de amputaciones por enfermedad.
- ✓ Realizar programas de intervención en instituciones médicas y educativas para que haya una mejora a futuro de estos casos., no sólo para los casos de enfermedad si no, también para los accidentes, que, en su mayoría, de acuerdo a lo estudiado, son provocados por incidentes viales en adultos jóvenes; estos programas alertarían a la población de la realidad misma que se vive actualmente.
- ✓ Realizar otra investigación con mayor población y muestra.
- ✓ Tomar en cuenta otras situaciones, como el nivel de Resiliencia de acuerdo a los niveles de amputación: humerales, radiales, hemipelvectomías, femorales y tibiales, para un análisis más completo para futuras intervenciones médicas y psicológicas de primeros auxilios.
- ✓ Realizar una investigación correlacional, en la que se vea reflejada la diferencia estadística que existe entre aquellos con Resiliencia alta o baja y frecuencia y gravedad al trauma, esto fomentaría y facilitaría futuras intervenciones.
- ✓ Realizar una correlación de la frecuencia y gravedad del trauma entre los niveles de amputación, así como en los tipos de amputación.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Editorial médica panamericana. Barcelona, España. pp. 271-280.
- Ayala J., Ochoterena J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. 16(1): 45-49.
- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex*. 49 (4) :459-466.
- Barrera E. (2013). Dolor fantasma, impacto emocional y abordaje tanatológico. *Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.* México, DF.
- Bobes J., Calcedo-Barba A., García M., François M., Rico-Villademoros E., González MP., Bascarán MT., Bousoño M y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*. 28(4): 207-18.
- Camacho D. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia Mexicana en población del Norte de México. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 21(1): 78-83
- Carvajal C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 40(2): 20-34.
- Cisneros N., Ascencio I., Libreros V., Rodríguez H., Campos A., Dávila J., Kumate J., Borja V. (2016). Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes

con diabetes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(4): 472-479.

Cyrulnik, B. y Anaut, M. (2016). *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*. Gedisa editorial. Barcelona. 12 (3). 29-75.

De la Garza, L. (2009). Cronología histórica de las amputaciones. *Revista Mexicana de Angiología*. 37 (1). 9-22.

Díaz J., Leal C., Echavarría P., Martín M. (2013). La comunicación entre el personal sanitario y afectados por una amputación traumática. *La sábana por encima. Rev. De Comunicación y Salud*. 3(2): 5-19^{SEP}

Diccionario De La Real Academia Española. (2014). 22ª Edición.

Espinoza M., García, D. (2014). Niveles De Amputación En Extremidades Inferiores: Repercusión En El Futuro Del Paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(2): 279-280.

García F., Cova F., Melipillán R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*. 30(2): 145-153.

García M.F.E., Jaramillo C., Martínez A.M., Valenzuela I., Solar F.C. (2013). *Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático*. Universidad Santo Tomás, Chile. Universidad San Sebastián, Chile. Universidad de Concepción, Chile.

García-Vesga M. C., Domínguez-de la Ossa E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 11(1): 63-77.

- García Y., del Olmo D., Zoe I., Barnés J., Valdés C. (2012). *Caracterización clínica de pacientes hospitalizados con una primera amputación de miembros inferiores por pie diabético*. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana. Cuba.
- González A., Arce M., Zarza S. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con Amputación de una extremidad superior o Inferior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 20 (1): 1-23.
- Gonzalez-Arratia L., Valdés M. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*. 3 (1): 941-956
- Grijota J., Robles C., Muñoz D., Maynar M. (2015). *Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura*. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte., Universidad de Extremadura Cáceres. España.
- Gutiérrez A. (2014). Amputación de extremidades ¿Van a la alza?. *Revista Mexicana de Angiología*. 42(3). 112-114.
- Fernández, O. y González, A. (s/f). *Amputación, desarticulación: Definición, indicaciones; Niveles de amputación en miembros inferiores y superiores: Tipos de ortesis y prótesis; Amputación en niños y enfermedades vasculares periféricas, Técnicas operatorias*. Cirugía radical en el aparato psicomotor. Pp. 235-245.
- Hijar M. (2016). *Epidemiología de las amputaciones en México*. En: Vázquez E., Anaya J., Caudillo G., Domínguez L., Espinoza I., Govea R., Hijar M., Hinojosa C., Kenney J., Muñoz L., Núñez T., Catalan M., Reppeto M., Rodríguez M., Rojas X., Rosas S., Ruíz L., Saucedo R., Urquiza F., Vázquez A., Zarate A. (2016). Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado. *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*. Intersistemas, SA. México, DF. pp. 5-9.

Herrera, B. y Madriñan, L. (2016). Tendencia de discapacidad física en trabajadores por amputación en miembro superior causada por accidente laboral en la ciudad de Santiago de Cali, en el período enero 2012-diciembre 2014. Universidad libre Facultad de ciencias de la salud Maestría en salud ocupacional Santiago de cali. Pp. 1-79.

La O R., Baryolo A. (2005). Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior. *Medicina de Rehabilitación Cubana*. Camaguey, Cuba.

Lain-Entralgo P (1998.). Historia Universal de la Medicina. México: *Masson-Salvat*.

Ocampo M., Henao L., Vásquez L. (2010). *Amputación de miembro inferior*. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá: Universidad del Rosario. 40: 1-26.

Ospina J., Serrano F. (2009). El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. *Revista Ciencias de la Salud*.7(2): 36-46.

Ospina M., Jaramillo V., Uribe V. (2005). *La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 23(1): 78-89.

Palacios L., Heinze G. (2002). Trastorno Por Estrés Postraumático: Una Revisión Del Tema. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 25(3).

Palomar J., Gómez N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 27(1): 7-22.

Pérez B.C.I., Vicente B., Zlotnick C., Kohn R., Johnson J., Valdivia S., Rioseco P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*. 32(2): 145-153.

- Repetto M.A. (2016). *Evaluación y tratamiento psicológico de los amputados*. En: Vázquez E., Anaya J., Caudillo G., Domínguez L., Espinoza I., Govea R., Hajar M., Hinojosa C., Kenney J., Muñoz L., Núñez T., Catalan M., Repetto M., Rodríguez M., Rojas X., Rosas S., Ruíz L., Saucedo R., Urquiza F., Vázquez A., Zarate A. (2016). *Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*. Intersistemas, SA. México, DF. pp. 105-110.
- Rosas S. (2016). *Amputaciones por traumatismo: lesiones no intencionales*. En: Vázquez E., Anaya J., Caudillo G., Domínguez L., Espinoza I., Govea R., Hajar M., Hinojosa C., Kenney J., Muñoz L., Núñez T., Catalan M., Repetto M., Rodríguez M., Rojas X., Rosas S., Ruíz L., Saucedo R., Urquiza F., Vázquez A., Zarate A. (2016). *Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*. Intersistemas, SA. México, DF. pp. 22-28.
- Ruiz G., López A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*. Universidad de Málaga, 15(2):1-11
- Tavera J. (2014). Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *Revista El Dolor*. pp. 20-22.
- Uriarte A. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*. 10(2): 61-79.
- Vázquez E. (2016). *Fundamentos del Documento*. En: Vázquez E., Anaya J., Caudillo G., Domínguez L., Espinoza I., Govea R., Hajar M., Hinojosa C., Kenney J., Muñoz L., Núñez T., Catalan M., Repetto M., Rodríguez M., Rojas X., Rosas S., Ruíz L., Saucedo R., Urquiza F., Vázquez A., Zarate A. (2016). *Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*. Intersistemas, SA. México, DF. pp. 1-5.

Vera P., Carbelo B., Vecina J. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. 27(1): 40-49.

Zarate A., Saucedo R. (2016). *Etiología de las amputaciones*. En: Vázquez E., Anaya J., Caudillo G., Domínguez L., Espinoza I., Govea R., Hajar M., Hinojosa C., Kenney J., Muñoz L., Núñez T., Catalan M., Reppeto M., Rodríguez M., Rojas X., Rosas S., Ruíz L., Saucedo R., Urquiza F., Vázquez A., Zarate A. (2016). Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado. *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*. Intersistemas, SA. México, DF. pp. 11-14.

ANEXOS

ANEXO
ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

(Continúa)

ANEXO (CONTINUACIÓN)
ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Item	Totalmente en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mi hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiare que valoran mis habilidades</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p>				

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace,
17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

<p>Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Frecuencia</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Gravedad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 = nunca</td> <td>0 = nada</td> </tr> <tr> <td>1 = a veces</td> <td>1 = leve</td> </tr> <tr> <td>2 = 2-3 veces</td> <td>2 = moderada</td> </tr> <tr> <td>3 = 4-6 veces</td> <td>3 = marcada</td> </tr> <tr> <td>4 = a diario</td> <td>4 = extrema</td> </tr> </tbody> </table>	Frecuencia	Gravedad	0 = nunca	0 = nada	1 = a veces	1 = leve	2 = 2-3 veces	2 = moderada	3 = 4-6 veces	3 = marcada	4 = a diario	4 = extrema
Frecuencia	Gravedad												
0 = nunca	0 = nada												
1 = a veces	1 = leve												
2 = 2-3 veces	2 = moderada												
3 = 4-6 veces	3 = marcada												
4 = a diario	4 = extrema												

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |