



Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Extensión y Postgrado
Centro Regional Universitario de Los Santos
Programa de Maestría en
Educación en Población, Sexualidad y Desarrollo Humano
Con Enfoque de Género

**ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS
INFERIORES ATENDIDOS EN EL LABORATORIO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS
MADRID – CSS EN LA CIUDAD DE PANAMÁ**

**Trabajo de Investigación Descriptiva para optar por el título de Magíster en Educación en
Población, Sexualidad y Desarrollo Humano Con Enfoque de Género**

Por

Díaz Córdoba, Sugelys Beatriz cédula 7-706-752

Las Tablas, 2016

14 JUL 2016 57

Obsequio

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño a mis padres la **Sra. Leydis Córdoba** y el **Sr. Ezequiel Díaz**, ya que con la ayuda de Dios, me han permitido seguir cosechando éxitos como una persona profesional y poder seguir hacia adelante

AGRADECIMIENTO

A **Dios** por darme salud y fortaleza para culminar otra de mis metas

A mi hermana **Anabelis Díaz** por ayudarme y brindarme todo el apoyo cuando más lo necesité, a todas esas personas que sin mencionar sus nombres nunca me cerraron las puertas y a todos mis profesores por transmitirme sus conocimientos de una u otra forma

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE CUADROS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICAS	XIII
JUSTIFICACIÓN	XIV
INTRODUCCIÓN	XVI
CAPITULO I – TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	
1 1 Antecedentes	2
1 2 Descripción Institucional	2
1 3 Objetivo General	17
1 3 1 Objetivos Específicos	17
1 4 Problema	18
CAPÍTULO II –MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2 1 Marco de Referencia	20
2 2 Definición	20
2 3 Fases por las que pasa un individuo que sufre amputación	21
2 4 Sexualidad en Personas Amputadas	23
2 5 ¿Puede un amputado sentir un orgasmo en su miembro fantasma?	24
2 6 Homúnculo sensorial y Motor	26

2 7 El Síndrome del Miembro Fantasma	33
2 7 1 Factores de Riesgo	34
2 7 1 1 Dolor de pre-amputación	34
2 7 1 2 Coágulo sanguíneo	34
2 7 1 3 Infección	34
2 7 1 4 Daño previo	34
2 7 2 Síntomas	34
2 7 2 1 Dolor	34
2 7 2 2 Sensación de que el Miembro aun está unido y funcionando normalmente	35
2 7 2 3 Entumecimiento del miembro amputado	35
2 7 2 4 Hormigueo	35
2 7 2 5 Sensación de deformidad	35
2 7 2 6 Sensación de frío y calor	35
2 8 Necesidades Alteradas del Paciente Amputado y su Familia	35
2 8 1 Fisiológicas	35
2 8 2 Sociales	36
2 8 3 Psicológica	36
2 9 Reacción del Paciente ante el Diagnóstico	36
2 10 Comportamiento de la Familia con el Tratamiento	37

CAPITULO III - METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3 1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
3 1 1 Tipo de Estudio	39
3 2 Fuentes	39
3 2 1 Humanas	39
3 2 2 Materiales	39
3 2 1 1 Internet	39
3 2 1 2 Documentos de Sexualidad Humana	39
3 2 1 3 Documentos de Sexualidad de Discapitados	39
3 2 1 4 Programa de Derechos Humanos y Discapacidad	40
3 3 Población	40
3 4 Muestra	40
3 5 Variable Dependiente	40
3 6 Variable Independiente	40
3 7 Instrumentos	41
3 7 1 Encuestas	41
CAPÍTULO IV – ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
CONCLUSIONES	59
PROPUESTA	63
BIBLIOGRAFÍA	68

INFOGRAFÍA

71

ANEXOS

73

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No	DETALLE	Pág No
1	Principales Causas de Amputación	43
2	Rango de Edades de los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores	45
3	Sexo de los Amputados	47
4	Presencia del Miembro Fantasma en los Pacientes Amputados	49
5	Conocimiento de Algún Programa que Incentiven a Integrarse a la Sociedad	51
6	Consideración de la Sexualidad como un Tabú	53
7	Pacientes Amputados de Miembros Inferiores que llevan una Vida Sexual Activa	55
8	Presentación de las Necesidades Alteradas después de la Amputación	57

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No	DETALLE	Pág No
1	Principales Causas de Amputación	44
2	Rango de Edades de los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores	46
3	Sexo de los Amputados	48
4	Presencia del Miembro Fantasma en los Pacientes Amputados	50
5	Conocimiento de Algún Programa que Incentiven a Integrarse a la Sociedad	52
6	Consideración de la Sexualidad como un Tabú	54
7	Pacientes Amputados de Miembros Inferiores que llevan una Vida Sexual Activa	56
8	Presentación de las Necesidades Alteradas después de la Amputación	58

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, a el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social Dr Arnulfo Arias Madrid, se atienden muchos pacientes amputados de miembros inferiores quienes manifiestan el rechazo del que son objeto de parte de la sociedad, incluso de su propia familia

Obviamente esta manifestación deja ver en ellos cierto grado de afectación que les produce frustración y algunos reflejan episodios de inadaptación social, lo que disminuye sus actividades cotidianas

Es por ello que en la presente investigación se realiza un estudio descriptivo relacionado con la vida sexual de estos pacientes y se propone la creación de un programa de integración para pacientes amputados, que les permita desarrollar su vida con normalidad a pesar de su discapacidad

Dicho programa servirá para que en adelante no sólo los pacientes amputados atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social sino, todos los que tengan que atravesar por esta situación pueden beneficiarse del mismo

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y la función sexual en las personas discapacitadas son partes no aceptadas por la sociedad en general que, por el contradictorio, lo estigmatiza, llevándolos a la marginación, malos tratos, violación de los derechos sexuales y reproductivos, explotación, asignación de papeles pasivos, olvido y a la instauración de un sinnúmero de mitos y tabues en torno a la salud sexual y reproductiva de estas personas discapacitadas

En el **primer capítulo** de este trabajo de investigación descriptiva se plantean los antecedentes de la actividad sexual en pacientes amputados de miembros inferiores y la descripción institucional del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid- C S S, como también el planteamiento del problema con respecto a los pacientes amputados de miembros inferiores por diversas causas

El **segundo capítulo** es marco teórico referencial, donde planteamos todo en cuanto a la actividad sexual en pacientes amputados de miembros inferiores, se plantea desde la aceptación de ser una persona discapacitada hasta la adaptación a las actividades de la vida diaria

El **tercer capítulo** se refiere al tipo de **metodología** utilizada para la elaboración de este trabajo de investigación descriptiva, como también se detallan los tipos de fuentes, la población afectada y la muestra para la elaboración de dicho estudio real

En el **capítulo cuarto** se encuentra el análisis e interpretación de los resultados, los cuales fueron obtenidos mediante encuestas aplicadas a los pacientes

El **quinto capítulo** presenta la propuesta, la misma trata de la creación de programas que ayuden a los programas a reintegrarse a la sociedad y a continuar con sus actividades de la vida diaria

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES

La Actividad Sexual Humana, definida por Heli Alzate como “El conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana”, es inherente a la vida misma y descubre dimensiones incomparables a las de otros seres vivos, la sexualidad en el ser humano adquiere ajustes más complejos, ya que la cabida de reflexión, de suposición y análisis de la adecuada conducta sumada a la fuerza emocional origina el deseo y la fantasía

Cuando la discapacidad es adquirida, el nivel de los problemas sexuales, es considerado por todos, el problema central, entonces, la persona discapacitada siente miedo de ser incapaz de funcionar en todos los aspectos, ocasionandole mayores preocupaciones que la misma afección musculoesquelética

1.2. Descripción Institucional

La Caja de Seguro Social fue fundada por medio de la Ley 23 del 21 de marzo de 1941 Dicha Ley empezó a regir a partir del 31 de marzo de ese mismo año, por lo cual el día de la Seguridad Social en Panama se conmemora en esa fecha. Ahora bien, no fue a partir de ese momento que existieron en nuestro país por primera vez sistemas previsionales, ciertamente, desde los inicios de nuestra vida republicana habían existido leyes tendientes a brindar protección a la clase trabajadora

Fue la primera que se dictó en materia de protección al trabajador panameño en relación con accidentes de trabajo. Después, se promulgó la Ley 9a de 1924, que establece un sistema de jubilación para los telegrafistas. Luego, siguió la Ley 65 de 1926, para empleados de la Agencia Postal de Panamá, del Banco Nacional de Panamá y del Hospital Santo Tomás y después la Ley 78 de 1930 para los maestros.

Merece especial atención la creación de la Ley 7a de 1935, que establece el derecho al retiro para todos los empleados públicos en base a sus aportes, los cuales se registraban en su cuenta individual. Con la misma, se fija por primera vez una contribución del financiamiento del sistema, y se establece un régimen uniforme de beneficios para todos los empleados públicos.

Antes del inicio de la Ley 23 de 1941, la población trabajadora panameña disfrutaba de diversos beneficios en relación con los riesgos que amenazaban su capacidad de trabajo.

1 Los empleados públicos, de conformidad con disposiciones de la Ley 7a de Pensiones e Invalidez y Vejez, tomando en cuenta los años de servicios prestados.

2 Los empleados del comercio y de la industria de acuerdo con lo establecido por la Ley 8a estaban comprendidos dentro de un plan de jubilados por edades y años de servicios, beneficio que podía obtenerse con un mínimo de veinte años de trabajo continuos, al servicio del patrono.

3 Los empleados y obreros de cualquier actividad, con excepción de los trabajadores agrícolas y servidoras domésticas, tenían derecho a prestaciones médicas e indemnizaciones en dinero a causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, las cuales estaban a cargo directa y exclusivamente de los patronos. Como es fácil advertir, los servidores del Estado tenían derechos muy diferentes a los empleados y obreros de empresas particulares, además de que ambos grupos carecían del derecho a la asistencia médica.

No obstante, la existencia de esa legislación, la realidad se presentaba de otra manera. La gran mayoría de los sistemas previsionales, muy en particular las leyes especiales de jubilación a los maestros, guardias, telegrafistas, etc., no descansaban sobre una base contributiva, y dependían de la disponibilidad de fondos del presupuesto estatal, el cual muchas veces no podía cubrir estas prestaciones, tornando en ilusorias las expectativas de estos trabajadores.

Por otra parte, las leyes que contemplaban beneficios para los empleados del sector privado, no ofrecían mayor garantía. Sólo bastaba con que la empresa despidiera al empleado antes de adquirir su derecho o, peor aun, declararse insolvente, para no pagar los beneficios.

- **Período 1943 - 1954**

Si bien la Ley 23 de 1941 creó el régimen de Seguridad Social en Panamá, es oportuno señalar que dicha legislación no cubría una serie de aspectos relevantes que

debían permitir organizar dicho régimen sobre bases técnicas, científicas y doctrinarias, razón por la cual se procedió a cubrir esta etapa mediante la Ley 134 de 1943

- **Período 1954 – 1962**

A medida que pasaba el tiempo, las reformas se hacían cada vez más necesarias y fue así como en 1954 se aprobó el Decreto-Ley 14 de 1954, mediante el cual se hizo una revisión integral al Régimen de Seguridad Social en Panamá

En efecto, por virtud de dicho precepto legal, se amplió el campo de aplicación extendiéndose la cobertura a los Distritos de David, Boquete, Barú, Bocas del Toro, Chitré, Santiago, Aguadulce y Natá

- **Período 1962 - 1970**

Para este lapso, son notables algunos avances de gran significación, tales como la inauguración del Hospital General, la extensión de la cobertura del Programa de Enfermedad a los miembros de la familia del asegurado, la concesión de pensiones de sobrevivientes, el pago de subsidio por incapacidad temporal, la creación de las asignaciones familiares y la mejora del subsidio de maternidad a catorce (14) semanas, calculado a base de 100% del salario promedio de la trabajadora

- **Período 1970-1972**

Durante el año 1970, el Régimen de Seguridad Social marca una de sus más relevantes conquistas, al centralizar la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales. Otro avance significativo lo constituyó la incorporación efectiva de las zonas bananeras en la C S S.

- **Período 1972-1975**

Se inicia la integración de los servicios de salud. Este controvertido avance, si bien permitió llevar respuestas en materia de salud, y en corto plazo, a una importante población de nuestro país, lo cual de ninguna manera hubiera podido lograrse, no operó bajo una equitativa distribución de la carga financiera entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, correspondiendo a la Caja efectuar el mayor aporte.

- **Período 1975-1979**

Se inaugura la Policlínica Especializada y se ofrece la protección integral del trabajador y su familia en materia de enfermedad, brindando los servicios tanto ambulatorios como hospitalarios. Se crea el Fondo Complementario de Prestaciones Sociales para los servidores públicos y se mejora el régimen de vejez e invalidez, aumentando las pensiones vigentes y mejorando el cálculo de las prestaciones por conceder.

- **Período 1979-1982**

Como resultado de los Tratados Torrijos-Carter, se incorpora al Seguro Social obligatorio, algunos sectores de trabajadores de la antigua Zona canalera, quienes residían en su mayor parte en las provincias de Colon y Panamá

- **Período 1982-1989**

Se produce el descalabro financiero del Programa Colectivo de Vivienda, con las consiguientes implicaciones administrativas económicas y morales para la Caja de Seguro Social Según los informes financieros, las sumas por recuperar superan los 100 millones de balboas, entre capital e intereses

- **Período 1989-1990**

Luego de los acontecimientos que conmocionaron la vida nacional a fines de 1989, se inicia la reconstrucción nacional, sin recursos económicos, producto de la profunda y prolongada crisis que confrontó la economía del país

Es necesario tomar medidas eficaces

Transcurridos 50 años desde la creación del régimen panameño de Seguridad Social, en 1991 el panorama se presentaba lleno de incertidumbre para la Caja a causa del grave déficit actuarial que confrontaba

En el marco de esta situación, el entonces Presidente de la República, Lic Guillermo Endara Galimany, expresó públicamente su voz de alerta sobre la crítica

situación financiera de la Caja de Seguro Social, resaltando que "el desbalance, que no es perceptible a primera vista o que muchas veces se pretende ignorar, tarde o temprano comienza a producirse, entonces, no hay quien lo detenga, a menos que se comprenda el problema y se tomen las medidas heroicas y eficaces"

El Presidente Endara solicitó el compromiso de todos los ciudadanos a fin de atender en forma responsable y seria la crisis de la CSS, realizando los esfuerzos necesarios para evitar que la Primera Institución de Seguridad Social sucumbiera por no haberse actuado a tiempo

El día viernes 13 de diciembre de 1991, el pleno de la Asamblea Legislativa aprobó en tercer debate las reformas a la Ley Orgánica de la C S S , determinando un incremento de dos años en la edad de jubilación de los asegurados, a partir de 1995

Según las modificaciones aprobadas, a partir del primero de enero de 1995, la edad requerida para tener derecho a la pensión de jubilación sería de 57 años para las mujeres y 62 años los hombres

La Asamblea Legislativa mantuvo en 180 los meses de cotizaciones para tener derecho a la jubilación, al igual que el 60 por ciento del sueldo base mensual para el monto de las jubilaciones

Se aprobó que el asegurado que cumpla con el requisito de edad, tenga las cuotas requeridas para tener derecho a la pensión de jubilación, y aún continúe trabajando, se le reconocerá dos por ciento adicional del salario base cada 12 meses de cotizaciones pagadas después de cumplir la edad normal de retiro

Igualmente, entre las reformas a la Ley se incluye que a partir de la fecha se tomará como salario base mensual, para el cómputo de las pensiones, el promedio de los salarios correspondientes a los siete mejores años de cotizaciones acreditadas, en Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS), en Las Cumbres, San Cristóbal (Río Abajo), en Nuevo San Juan y Portobelo, ambas en la provincia de Colón, en La Chorrera, en Volcán (Chiriquí) y en Las Tablas, a ellas se suman dos proyectos adicionales de ULAPS para Cañita de Chepo y otra en Divalá, provincia de Chiriquí, con las cuales la Caja completaría un total de 10 Unidades de Atención Primaria, que acercarán los servicios de salud a la población que actualmente los necesita

A estas importantes inversiones del Seguro Social habría que agregar la construcción del Almacén Central y la Sala de Fisioterapia de la Policlínica de San Francisco, por 2 millones de balboas, la ampliación del servicio de Laboratorio de la Policlínica de Las Tablas, por 116 mil balboas, la adquisición de tres ascensores para el Complejo Hospitalario Metropolitano, por un costo de 513 mil balboas, y el proceso de remozamiento total de ese centro hospitalario, a un costo de 2 9 millones

2004

Al inicio del año, la Administración se centró en los ejes básicos para preservar el carácter solidario del sistema, fortaleciendo las prestaciones sociales para que podamos recibir atenciones médicas independiente de cuánto cotizamos y siendo oportuno en las prestaciones económicas

Igualmente, se han realizado esfuerzos para contar con los instrumentos legales que permitan diversificar el portafolio de inversiones y así aumentar el rendimiento de las reservas. De igual forma se han tomado acciones para disminuir la morosidad, la evasión de cuotas y la detección de patronos que no cumplen con sus obligaciones obreros patronales

Se inició un programa de Desarrollo Organizacional, tendiente a que la institución realice la ingeniería a fin de adaptar los procesos a las situaciones actuales

Se ha insistido en la necesidad que la gestión se centre en resultados, una política que tendrá efecto si los funcionarios tienen los valores culturales que le permitan acometer con eficiencia sus tareas, porque al final, a los asegurados les interesa resultado

PRESTACIONES SOCIALES Y MÉDICAS

- Como hechos relevantes en materia de prestaciones sociales
- Se ha implementado el denominado, Nuevo Modelo de Atención de salud
- Se ha fortalecido el fármaco-vigilancia

- Se ha constituido el Comité Técnico para la compra de equipos médico quirúrgicos
- Se han ampliado y adecuado las áreas de rápido crecimiento, como la Policlínica de Santa Librada
- Desarrollo de un plan piloto en Herrera y el desarrollo en las provincias de Chiriquí y Panama, para el establecimiento de la Red de Servicios, con una planificación conjunta con el Ministerio de Salud
- Se elaboró un proyecto para la reducción de incapacidades prolongadas en Barú, Chiriquí
- Se diseñó un Plan de Readaptación Laboral en Puerto Armuelles
- Se inició la atención en el CAPPs de La Pintada, provincia de Coclé
- Se tramitó la compra de los terrenos para la realización de los CAPPs de Pedasi, Tonosí y el nuevo Hospital de Changuinola, en Bocas del Toro
- Se inauguraron las Salas de Urgencia y de Pediatría en el Complejo Hospitalario Amador Guerrero de Colón

PRESTACIONES ECONÓMICAS

Las prestaciones económicas de la Caja de Seguro Social, colocan en el mercado durante el último cuatrimestre, la suma de 240 5 millones de balboas. En los casos recibidos en el último cuatrimestre, se atendieron favorablemente un 88 por ciento

INGRESOS Y FINANZAS

- Se negoció con el Banco Nacional y la Caja de Ahorros, para mejorar la tasa de interés en los depósitos de plazo fijo e implementar un programa de préstamos para jubilados y pensionados
- Se presentó ante la Junta Directiva de la CSS, la modificación de la ley 40 del 23 de junio de 2001
- Se diversificó el portafolio de inversiones de la institución en concepto de Notas del Tesoro por 8 9 millones de balboas a una tasa promedio de 5 7 por ciento y Letras del Tesoro por 12 5 millones a tasa promedio de 2 88, ambas tasa su periores a las que paga el Banco Nacional de Panamá
- Se produce un alcance de auditoría por 745 mil 520 balboas con 96 centésimos por omisiones de salarios no declarados
- Se recibió pago del gobierno nacional por la suma de 27 8 millones de balboas en concepto de cuotas obrero-patronales
- Se procesaron planillas complementarias para una facturación de 1 8 millones de balboas
- Se planteó una Ley de Moratoria que pretende reducir en un 12 por ciento lo que representaría un ingreso de caja adicional de 15 millones de balboas

PROYECTOS DE INVERSIÓN

El aumento de la cobertura del 70 por ciento de la población y la necesidad de mantener nuestras instalaciones en óptimas condiciones de servicios, demanda la inversión de equipos e infraestructura

Se ha fortalecido la red de servicios de salud a nivel de atención primaria, incorporando los Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud, en regiones suburbanas y rurales, inversión que tiene como objetivo, llevar los programas de atención a regiones apartadas

ACCIONES MÁS RELEVANTES

- Ordenes de proceder por tres millones 154 mil 860 balboas en distintas partes del país
- Inspección de 15 proyectos por la suma de seis millones 400 mil balboas
- Elaboración de planos y o especificaciones por cuatro millones de balboas
- Adquisición de equipos por 10 millones 95 mil, 807 balboas

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Estamos reestructurando nuestros procesos en la organización. Cada una de estos cambios, implica un proceso de capacitación, ya que se requiere de nuevos valores culturales para implementar nuevos procesos

GESTIONES REALIZADAS

Proceso de evaluación por parte del Dpto Actuarial de la herramienta contratada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para realizar proyecciones demográficas, financieras y actuariales como parte del compromiso de la institución con el Diálogo Nacional por el Seguro Social

- Reorganización de la Dirección Nacional de Planificación
- Elaboración de un diagnóstico sobre el Sistema Nacional de Suministro de Sangre
- Infraestructura administrativa de seis Policlínicas y dos Centros de Atención, Promoción y Prevención de la Salud, en la Región Metropolitana
- Proyecto para la reorganización del Laboratorio de Patología del Hospital El Vigía, de Chitré, provincia de Herrera
- Implementación de una nueva estructura del Sistema de Contabilidad en la provincia de Colón
- Creación de un Centro de Gestión Prioritario para acelerar las contrataciones públicas a nivel institucional
- Constitución de la Unidad de Control de Procesos
- Se Continuó con el proyecto de Modernización de la Dirección Nacional de Compras y Abastos
- Propuesta de un sistema de Fijación de Precio Único
- Integración de la Dirección Nacional de Compras y Abastos al Sistema de Administración Financiera de Panamá (SIAFPA)

- Unificación de criterios con el Ministerio de Salud para la expedición de fichas técnicas y demás instrumentos legales
- Reestructuración de los aspectos funcionales de los Juzgados Ejecutores y el Departamento de Relaciones Obrero Empleador
- Actualización del reglamento de inscripción patronal
- Implementación del Sistema de Control Automático para la suspensión de la invalidez a sus fechas de vencimiento

CONVENIOS

- Convenio de colaboración con la Universidades de Panamá, Nebraska, Latina y Columbus
- Convenio de colaboración Caja de Seguro Social con el Ministerio de Salud y el Hospital Santo Tomás para el Programa de Trasplantes Renal, a la población asegurada y no asegurada Se ubicó como sede del Programa, al Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr Arnulfo Arias Madrid

Período 1990-1991

La Caja de Seguro Social, afectada en sus finanzas durante la década de 1980, padecía una profunda crisis, al punto de que, para enero de 1990, se encontraba con un inventario de 3 millones de balboas en medicamentos, es decir, muy por debajo del mínimo de 10 millones de balboas requerido, encontrándose la mayor parte ya vencidos

Así como también la mayoría de los hospitales y policlinicas sin condiciones para brindar un servicio aceptable, y con dificultades para cumplir con eficiencia su labor

DÉFICIT ACTUARIAL

Por otra parte, las prestaciones que integran el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte, se han visto afectadas en los últimos años con un déficit actuarial que ha llegado a los 900 millones de balboas, por las siguientes razones

- Baja en los ingresos por cuotas, a consecuencia de la contracción en la actividad económica y el desempleo en el país
- Aumento en el número de pensiones, principalmente de vejez anticipada
- Eliminación de la segunda Partida del décimo tercer mes, como fuente de financiamiento del programa

De acuerdo con análisis actuariales realizados se comprobó que el Programa de Vejez, invalidez y Muerte era un esquema costoso de prestaciones, que a la larga supondría cuotas insostenibles para empleadores y trabajadores. Por tal motivo se consideró urgente la revisión del mismo con el propósito de frenar los gastos y aumentar los ingresos, sin dismantelar conquistas sociales, sino más bien adaptando las mismas a la realidad que vivimos

1.3 Objetivo General

- Conocer como es la vida sexual y social del los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social a pesar de su discapacidad y la presencia del miembro fantasma

1.3.1 Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades alteradas en cuanto al tratamiento postoperatorio y con respecto a su vida (personal, social, cultural y económica) de los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social
- Identificar las causas de amputación de los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social
- Determinar cómo es la vida sexual de los Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Ortesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro

1.4 Problema

¿Cuáles son los efectos que produce la amputación en la actividad sexual en pacientes amputados de miembros inferiores?

CAPÍTULO II

2.1 Marco de Referencia

Una discapacidad obtenida en la vida adulta produce una crisis vital que incluye al sujeto y al medio ambiente donde se desenvuelve. Los cambios más importantes que la persona debe resistir son los del cuerpo sano perdido, el rol disipado dentro de la dinámica familiar y social (alteración de actividades cotidianas y laborales), el aumento de la subordinación y la pérdida de intimidad que involucra la colocación de un equipo de salud en la rutina de su vida cotidiana. En algunos casos además del cambio en la imagen corporal se deben integrar elementos y ayudas técnicas como Órtesis, ferulas, bastones, sillas de rueda, prótesis exoesqueléticas etc. Esta situación estimula una crisis de equivalencia y una serie de duelos que la persona deberá remediar a medida que se adecua a la nueva realidad, el trabajo de duelo enlaza el pasaje por numerosas fases que logran reactivarse en cualquier instante y en cualquier opinión.

El paciente amputado presenta diferentes tipos de fases, en el transcurso de aceptación a la discapacidad, ya sea con sus familiares, entorno social y la adaptación a las actividades de la vida diaria. Donde el mismo se puede percatar de que su vida continua.

2.2. Definición

Actividad Sexual en Amputados:

La discapacidad puede tener un impacto en la sexualidad y la función sexual.

Una amputación no afecta el órgano sexual al menos de que esa amputación tenga que ver con el intestino o la vejiga. Las amputaciones no afectan ni disminuyen el nivel de deseo y actividad sexual. La pérdida de una extremidad puede causar depresión o baja autoestima.

La amputación puede limitar algunas de las actividades físicas que pueden darle placer a la pareja. La comunicación abierta con la pareja es la clave para deshacer ese estigma que rodea la amputación.

2.3 Fases por las que pasa un individuo que sufre una amputación

- **Fase de anhelo y búsqueda de lo perdido:** Generalmente cuestionan el diagnóstico o lo rechazan totalmente. La persona puede manifestar enojo, irritabilidad y presentar reacciones de autorreproche, intolerancia y rencor. Estructura una identidad de lucha, pelea con el personal de salud, niega sus dificultades y las proyecta en los otros. Comienza la toma de conciencia de las limitaciones y posibilidades reales.
- **Fase de desorganización y desesperanza:** La persona comienza a tomar conciencia de la invalidez y percibe un futuro incierto. Se suele instalar un sentimiento de autodesprecio que puede llevar a una depresión activa. En este periodo la persona debe renunciar a la esperanza de volver la situación atrás.

- **Fase de mayor o menor grado de reorganización:** Cuando el duelo sigue un curso favorable la persona acepta gradualmente las limitaciones, reconociendo el presente con sus posibilidades y límites reales y redefine las metas hacia donde conducirá sus esfuerzos para poder desempeñar nuevos roles y adquirir nuevas experiencias y habilidades
- **Fase de la actitud del entorno familiar y social:** es de suma importancia para que la persona con discapacidad pueda aceptar su nueva realidad, se debe acompañar a la persona durante todas las etapas del proceso de duelo ya que será imprescindible para llevar a cabo con éxito la reinserción familiar, social, emocional, y laboral

La sexualidad es una propulsión importante, fundamental para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un trascendental medio de comunicación interpersonal

La mayoría de los autores coinciden en que el placer erótico puede obtenerse de diversas formas, incluso sin que intervengan los genitales

La sexualidad no es semejante a la genitalidad, esta es uno más de sus componentes, junto a la propulsión sexual, la comunicación, los sentimientos, la comprensión, la ternura, el cariño y los contactos corporales extragenitales, es decir todo aquello perteneciente al placer sexual. El ejercicio de la sexualidad tiene tres objetivos

fundamentales **La gratificación individual, la gratificación de la pareja y la conservación de la especie.**

Para poder hablar de salud sexual es necesario un estado de equilibrio bio-psico-social, si alguno de estos componentes no está en equilibrio puede originarse una disfunción sexual. La sexualidad implica una expresión integral, involucra aspectos biológicos, aspectos psicoafectivos y socioculturales, siempre con la intención de lograr placer.

2.4. Sexualidad en Personas Amputadas

La amputación es un Procedimiento quirúrgico que consiste en la destitución de una parte o del total de una extremidad, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro.

Según su etiología pueden ser traumáticas (accidentes automovilísticos, accidentes laborales, por electrocución, etc) o no traumáticas (enfermedades vasculares, diabetes mellitus, infecciosas, neoplásicas, etc)

La amputación de un miembro impacta en la vida de una persona, no solo afecta la marcha o el desempeño de las actividades de la vida diaria, sino también la imagen corporal, los aspectos psicológicos de ajuste a una nueva realidad y las relaciones interpersonales, **no las sexuales.**

2.5 ¿Puede un amputado sentir un orgasmo en su miembro fantasma?

Aproximadamente a mediados de los años noventa, el neurocientífico **Michael Gazzaniga**, uno de los más influyentes del mundo, fue informado del insólito caso de una persona amputada en Florida, dónde este exclama que su pierna fantasma (Miembro Inferior Izquierdo) aumentaba su presencia durante el orgasmo, y que, de hecho, la sensación orgásmica se extendía hacia abajo por toda la pierna fantasma hasta el pie, y resultaba mucho más placentera que antes de la amputación

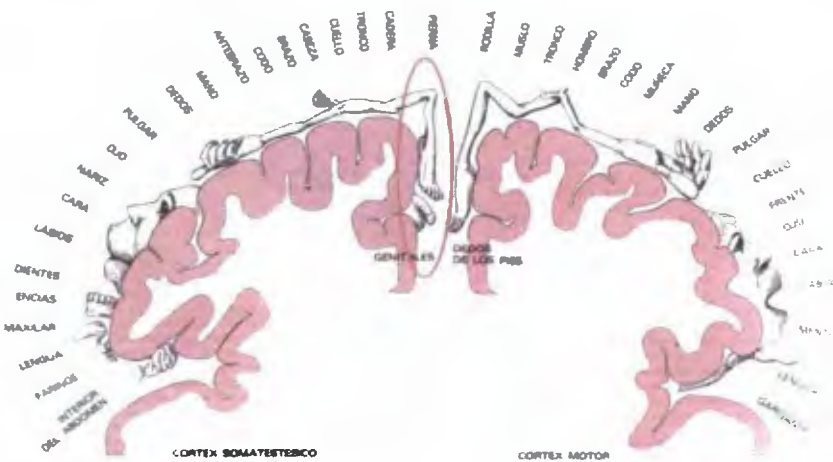
Sobre los miembros fantasmas existen muchas leyendas urbanas Pero la sensación de que un miembro amputado (incluso un órgano, como el apéndice) está todavía en el cuerpo no sólo es real, sino que hasta puede resultar incluso más placentera

Michael Gazzaniga, que cuenta este hecho en su libro (**“El pasado de la mente” University of California Press, 1998**) se basa en un caso asombroso analizado unos años antes por los neurólogos **Ramachandran** y **Stewart**, que empezaron a investigar a principios de los 90 una creciente rumorología sobre pacientes amputados que afirmaban que disfrutaba del sexo mucho más después de su amputación

La implicación era curiosa, pues no sólo la sensación táctil era la que se transfería al miembro fantasma, sino también las sensaciones eróticas de placer sexual, por lo que el doctor Ramachandran (más conocido entre amigos y colegas como *Rama*) empezó a preguntarse por el tipo de reasignación que tiene lugar en el cerebro cuando se pierden partes del cuerpo como las piernas o los brazos

El **Dr. Ramachandran** explica el fenómeno en diagramas del **Mapa de Penfield**, un mapa de la corteza cerebral en donde cada modalidad sensorial estaba representada por una parte de la corteza cerebral. Y no solo había una región cortical para cada modalidad sensorial, sino que cada parte del cuerpo tenía asignada su región en la corteza, dependiendo del grado de sensibilidad que tuviera.

Y en este mapa resulta que **el pie está al lado de los genitales**. Sin embargo, una persona pierde una pierna y luego se estimula en los genitales, ella experimentará sensaciones en la pierna fantasma. “Muchas de las personas amputadas disfrutaban del sexo más después de su amputación” llegó a asegurar el **Dr. Ramachandran**.



“El orgasmo fantasma” que explicaba este insólito hecho. **Michael Merzenich**, de la Universidad de California en San Francisco, ya había demostrado la plasticidad del cerebro y su forma de reagruparse ante la falta súbita de miembros probando que la amputación de un dedo modifica la mano del **homúnculo sensorial**, que es la proyección de las áreas sensoriales de la piel y articulaciones sobre una sección del área cerebral.

En algunos casos el miembro fantasma sólo dura unos meses, pero otras veces persiste toda la vida. Pero la forma de despertar al fantasma es siempre la misma **estimar la piel adyacente a la amputación.**



2.6 HOMÚNCULO SENSORIAL Y MOTOR

El neurocirujano **Wilder. Penfield**, en 1950, creó un tipo extraño con manos enormes, una boca enorme y de pies muy pequeños, resultado de su investigación de las partes del cerebro encargadas de la función motora y sensorial

El término **homúnculo** (del latín *homunculus*, ‘**hombrecito**’, a veces escrito *homonculus*) es el diminutivo de hombre (a menudo despectivo) y se usa frecuentemente para ilustrar el funcionamiento de un sistema

Al estimular ciertas partes de la corteza motora o sensorial con una corriente eléctrica débil, se producía un estímulo a menudo hormigueo o movimiento en una parte del cuerpo, así construyó Penfield, notó que el cerebro de los humanos hace gran hincapié

en el habla y en la manipulación de objetos, es por esto que tenemos grandes cantidades de corteza cerebral dedicadas a la boca, la lengua y las manos.

El siguiente diagrama representa una porción de la corteza, cerca de la fisura de Rolando, que va desde la parte superior de la cabeza hacia el oído. El mismo indica la ubicación y la cantidad de corteza dedicada a cada parte del cuerpo.



Se usa también comúnmente para describir una figura humana distorsionada dibujada para reflejar el espacio sensorial relativo que nuestras partes corporales representan en la corteza cerebral.

Un **homúnculo cortical** es una representación pictórica de las divisiones anatómicas de la corteza motora primaria y la corteza somatestésica primaria, por ejemplo, de la porción del cerebro humano directamente responsable del movimiento y el intercambio de información sensorial y motora del cuerpo.

El homúnculo cortical es una representación visual del concepto “el cuerpo dentro del cerebro”, de que la mano o cara de uno existe tanto como una serie de estructuras nerviosas o un “concepto neuronal”, como de forma física. Este concepto se relaciona con muchos fenómenos neuro-biológicos incluyendo el miembro fantasma y el desorden de identidad de la integridad corporal.



El **homúnculo sensitivo** se puede definir como la proyección de las áreas sensoriales de la piel y articulaciones sobre una sección del cerebro, la corteza

somatosensorial Se registra esta información mediante electrodos, se puede hacer un mapa con el destino de las señales sensitivas

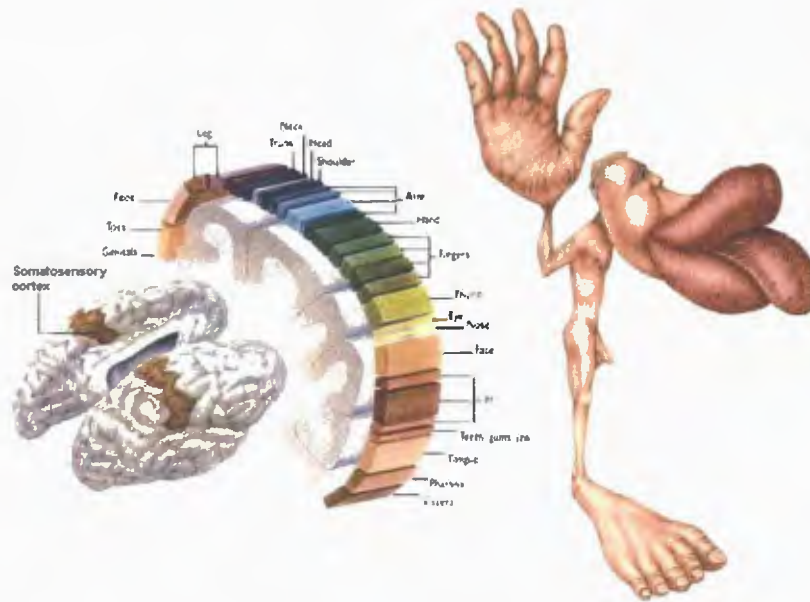
Se representa la mitad contralateral invertida del cuerpo, ya que las fibras nerviosas se entrecruzan a nivel del **tronco encefálico**

Esta representación es flexible y se puede modificar con la experiencia

Las áreas que más espacio ocupan son los **labios**, las **manos** y en líneas generales la **cara**

Esto es debido a la mayor sensibilidad de estas partes y a la complejidad de movimientos de los músculos faciales que mediante la **mímica** son capaces de expresar una gran cantidad de emociones

Las manos son características de nuestra evolución El hecho de “oponer “el pulgar, es decir, poder tocarse la punta de los dedos con el pulgar permite cerrar el puño y ejecutar movimientos delicados Esto le permitió a nuestros antepasados como el homo habilis, evolucionar, y junto con la capacidad de hablar (mímica, expresión) crear una sociedad compleja, arte, culturas, obtener más recursos del entorno, etc



Por eso nuestras manos y rostro (ojos, boca) están ligados a la evolución del pensamiento, reflejando el estado de la mente y lo que hacemos con estas partes influye en el cerebro, mucho más que por ejemplo, la información proveniente de los muslos o la espalda.

También hay un homúnculo motor; las partes del cuerpo se representan en la **corteza motora primaria**, ubicada en el lóbulo frontal.

Al igual que para la sensibilidad, en el **área motora**, la mano, la boca y los pies están representados con mayor tamaño que el resto, es evidente ya que sus movimientos son más complejos y requieren mayor precisión. Por ejemplo el pulgar, que se usa en miles de actividades complejas, aparece mucho más grande que el muslo o el antebrazo, que tienen un movimiento relativamente simple. La corteza motora primaria de un hemisferio controla el lado opuesto.

Otra zona relacionada es la **corteza pre-motora** que está vinculada con la elaboración de patrones de respuesta e interviene en movimientos complejos

Está situada delante de la corteza motora primaria (áreas 6 y 8 de Brodman)
Recibe aferencias desde los ganglios basales

Desde el punto de vista de la circulación de la **energía vital**, las manos y los pies son grandes conductores de energía, de hecho los principales **canales** por donde esta circula se inician o terminan en los dedos

Esto es conocido desde la antigüedad En el **chi kung** y en el **taichi** la forma en que se mueven y posicionan las manos y pies es muy importante, al igual que su conexión con la mente y la respiración

En la postura de **zazen** la posición de las manos es fundamental Se le llama **hokai jojin**. Se dice que en ellas se contiene el cosmos entero En otras formas de meditación las manos adoptan diferentes posiciones (mudras) Esto genera una influencia directa y profunda en la conciencia

También en el **homúnculo** se refleja la propiocepción cinestésica, es decir, cómo se siente el cuerpo al moverse Esta representación cortical desempeña un papel principal

en el fenómeno del miembro fantasma y su opuesto, o sea la desaparición de miembros corporales de la percepción consciente causada por ciertas lesiones cerebrales

El homúnculo motor evoluciona con la edad y difiere de una persona a otra

La mano en el cerebro de un recién nacido es diferente a la mano en el cerebro de un pianista. Este tipo de diferencias está presente también en otras condiciones.

Probablemente pueda flexionar y extender sólo la punta de tu pulgar a voluntad. La mayoría de la gente puede hacer esto con bastante facilidad, pero relativamente poca gente puede hacer movimientos análogos con el resto de los dedos. Algunos pueden plegar o girar la lengua, otros mover en forma independiente cada oreja o arquear una sola ceja. La diferencia se debe a las variaciones en la organización funcional de las áreas del cerebro relacionadas, es decir presentan un mayor número de neuronas asociadas.

Hay que destacar la gran capacidad plástica del cerebro y la maleabilidad de su estructura funcional.

Esto significa que si utilizamos más una parte del cuerpo, el cerebro generará un mayor número de conexiones (sinapsis) en el área correspondiente a esa parte, modificando y reestructurando la **red neuronal** y por lo tanto su fisiología.

2.7. EL SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA

Es la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste, se suele creer que esto se debe a que el cerebro sigue recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos al miembro perdido. Sin embargo, la explicación más plausible hoy día consiste en que el cerebro sigue teniendo un área dedicada al miembro amputado por lo que el paciente sigue sintiéndolo ante la ausencia de estímulos de entrada que corrijan el estado del miembro, el área genera por su cuenta las sensaciones que considera coherentes.

Esta área sin función, tras la amputación, puede ser invadida por áreas vecinas con lo que utiliza sensaciones de otras partes del cuerpo para disparar las sensaciones del miembro amputado ("Fantasmas en el Cerebro", Ramachandran).

Entre el 50 y 80% de las personas amputadas experimentan estas sensaciones fantasma en su miembro amputado, y la mayoría de estas personas dicen que las sensaciones son dolorosas. Las sensaciones fantasma también pueden ocurrir después de quitarse otras partes del cuerpo y no necesariamente un miembro, por ejemplo después de quitarse un seno, un diente (dolor del diente fantasma), o un ojo (síndrome del ojo fantasma).

Se desconoce la causa exacta del síndrome del miembro fantasma. Se presume que las sensaciones se deben al intento del cerebro por reorganizar la información sensorial que sigue a la amputación. Esencialmente, el cerebro debe "renovar los cables por sí mismo" para ajustarse a los cambios en el cuerpo.

2.7.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores que incrementan las probabilidades de desarrollar síndrome del miembro fantasma son:

2.7.1.1. Dolor de pre-amputación

Un paciente que tenga dolor en el miembro antes de ser amputado tiene más probabilidad de experimentar dolor fantasma posteriormente.

2.7.1.2. Coágulo sanguíneo En el miembro amputado

2.7.1.3. Infección En el miembro antes de la amputación

2.7.1.4. Daño previo

En la médula espinal o en los nervios periféricos que abastecían al miembro afectado.

2.7.2 SÍNTOMAS

Los síntomas ocurren en las personas a las que se les ha amputado un miembro y a las que nacieron sin un miembro. Los síntomas se perciben en un miembro que no existe, e incluyen los siguientes:

2.7.2.1. Dolor.

2.7.2.2. Sensación de que el miembro aún está unido y funcionando normalmente.

2.7.2.3. Entumecimiento del miembro amputado


2.7.2.4. Hormigueo

2.7.2.5. Sensación de deformidad

2.7.2.6 Sensación de frío y calor

2.8 NECESIDADES ALTERADAS DEL PACIENTE AMPUTADO Y SU FAMILIA

2.8.1 Fisiológicas:

Es cuando el Paciente sufre múltiples fracturas o trauma craneoencefálico u otras causas, en consecuencia de ello fue necesario amputarla pierna izquierda impidiéndole  caminar

El paciente se rehúsa a alimentarse y se aísla La Familia debe afrontar la situación por la condición en que se encuentra su miembro y al parecer deben asumir situaciones económicas para el manejo del mismo

2.8.2 Sociales:

El paciente presenta un rechazo total a su nueva condición, lo que lo hace aislarse y culpar a otro por su situación. Su autoestima está en un nivel muy bajo por su imagen corporal.

Los padres entran en un estado de confusión ya que deben tomar decisiones radicales en el aspecto de la salud de su hijo y al parecer económico. Son rechazados y culpados por su hijo, deben prepararse para manejar la nueva situación.

2.8.3 Psicológica:

Tanto el hijo como los padres deben afrontar la nueva situación ya que se han presentado cambios muy dramáticos y deben aprender a adaptarse y aceptarla. Por tal motivo deben recibir orientación Psicológica y quizá Psiquiátrica.

2.9. REACCIÓN DEL PACIENTE ANTE EL DIAGNÓSTICO

Una vez el paciente se entera de su nuevo diagnóstico, su reacción no es normal, al ver que uno o sus dos miembros inferiores fue (ron) amputado(s), muchas veces estas personas no aceptan su diagnóstico, lo cual se convierte en un cuadro traumático y a la vez psiquiátrico.

Existen también personas que presentan una reacción totalmente adversa, donde los mismos siguen adelante como un discapacitado(a) más, ya que también siguen ejerciendo sus profesiones para sacar su familia adelante

2.10. COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA CON EL TRATAMIENTO

Muchas veces el familiar que es el responsable del paciente en el momento de tomar la decisión de amputarle la extremidad ya sean inferior o superior, se niega, siendo la muerte el único camino que le quedaria al paciente, para el personal idóneo que realiza este tipo de tratamientos, la amputación es la ultima opcion a la cual se acude

Así también existen personas que aceptan el tratamiento exitosamente, motivan al paciente a enfrentar su nueva realidad y a buscar las ayudas técnicas necesarias para conseguir una buena rehabilitación física y psicológica, donde el mismo continúe hacia adelante y acepte ser una persona con discapacidad

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación descriptiva, la cual trata de la actividad sexual en pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid – C S S

En este estudio, se busca especificar las propiedades importantes (Dankhe, 1986) de los pacientes amputados de miembros inferiores, con respecto a su calidad de vida e integración a la sociedad como una persona discapacitada

3.2 Fuentes

3.2.1 Humanas

(Las fuentes humanas en este estudio son los pacientes amputados de miembros inferiores, atendidos en el Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid – C S S, en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis)

3.2.2 Materiales

(Para este estudio se utilizaron diferentes medios como fuentes materiales como)

3.2.1.1 Internet

3.2.1.2 Documentos de Sexualidad Humana

3.2.1.3 Documentos de Sexualidad de Discapacitados

3.2.1.4 Programa de Derechos Humanos y Discapacidad.

3.3 Población:

El presente estudio se realiza con 140 pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid- C S S en el periodo de Agosto 2013 a Agosto 2014

3.4 Muestra

Esta es de 27 pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid – C S S, durante el año 2014, lo que representa el 19,3% de la población atendida, por lo que se considera una muestra confiable

3.5 Variable Dependiente

- Actividad Sexual

3.6 Variable Independiente

- Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias M, C S S

3.7 Instrumentos.

3.7.1 Encuestas

En esta cabe señalar que se utilizó un cuestionario dirigido a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid – C S S, de trece (13) preguntas, de las cuales siete eran de respuesta cerrada, tres de respuesta abierta y tres de respuesta en escala

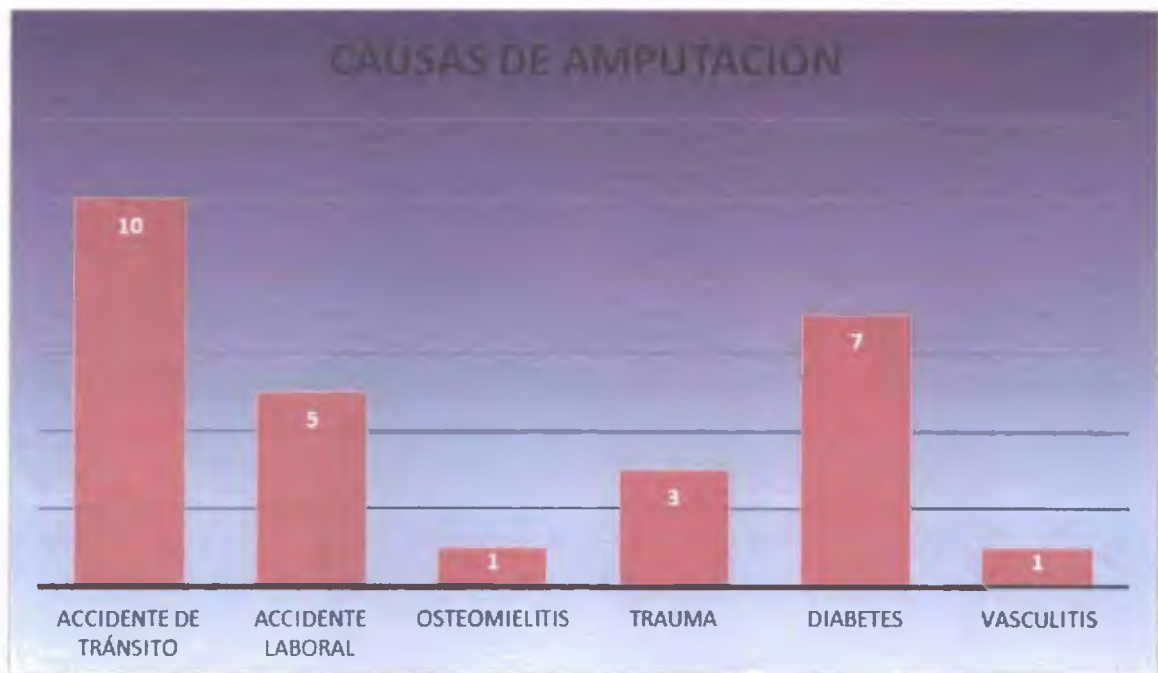
CAPÍTULO IV

CUADRO DE N° 1

PRINCIPALES CAUSAS DE AMPUTACIÓN.

CUADRO DE PORCENTAJES		
CAUSAS	CANTIDAD DE PACIENTES	PORCENTAJE
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	10	37,00
ACCIDENTE LABORAL	5	18,5
OSTEOMIELITIS	1	3,7
TRAUMA	3	11,1
DIABETES	7	26,00
VASCULITIS	1	3,7
TOTAL	27	100

4.1 GRÁFICA N° 1 PRINCIPALES CAUSAS DE AMPUTACIÓN



Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

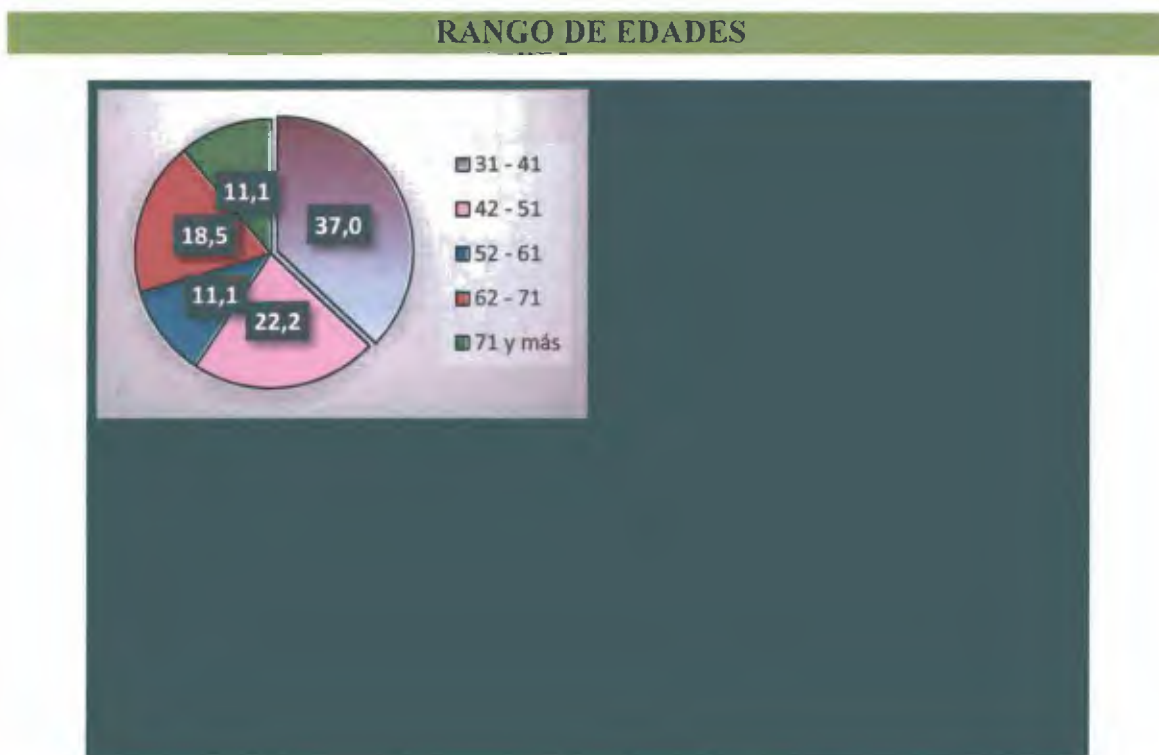
Se observa como resultado con respecto a las causas de amputación que la mayoría son debido a los accidentes de tránsito, ya que se presenta mucho desorden al momento de conducir, sea bajo los efectos de bebidas alcohólicas entre otras; como también se refleja un alto porcentaje la diabetes como otra causa de amputación, debido a

los desórdenes alimenticios que presenta la sociedad, con respecto a la misma también se presenta mala orientación cuando se tiene herencia de dicha enfermedad.

CUADRO N° 2 RANGO DE EDADES DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES.

RANGOS DE EDADES		
RANGOS	PACIENTES	PORCENTAJE %
31 - 41	10	37,0
42 - 51	6	22,2
52 - 61	3	11,1
62 - 71	5	18,5
71 y Más	3	11,1
TOTAL	27	99,9

4.2 GRÁFICA N°2 RANGO DE EDADES



Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

Con respecto a las edades se presenta mayor incidencia en el rango de 31 – 41 años, ya que estas son personas relativamente jóvenes que como se refleja en otros estudio tienen la mayor incidencia de los accidentes de tránsito.

Es razonable pensar que la mayor incidencia de accidentes de tránsito también se de en personas entre el mismo rango de edad, lo que deja ver una relación entre la principal causa de amputación y el rango de edad de los amputados.

CUADRO N° 3 SEXO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS

SEXO		
	PACIENTES	PORCENTAJE %
FEMENINO	22	81,5
MASCULINO	5	18,5
TOTAL	27	100

4.3 GRAFICA N° 3 SEXO DE LOS PACIENTES



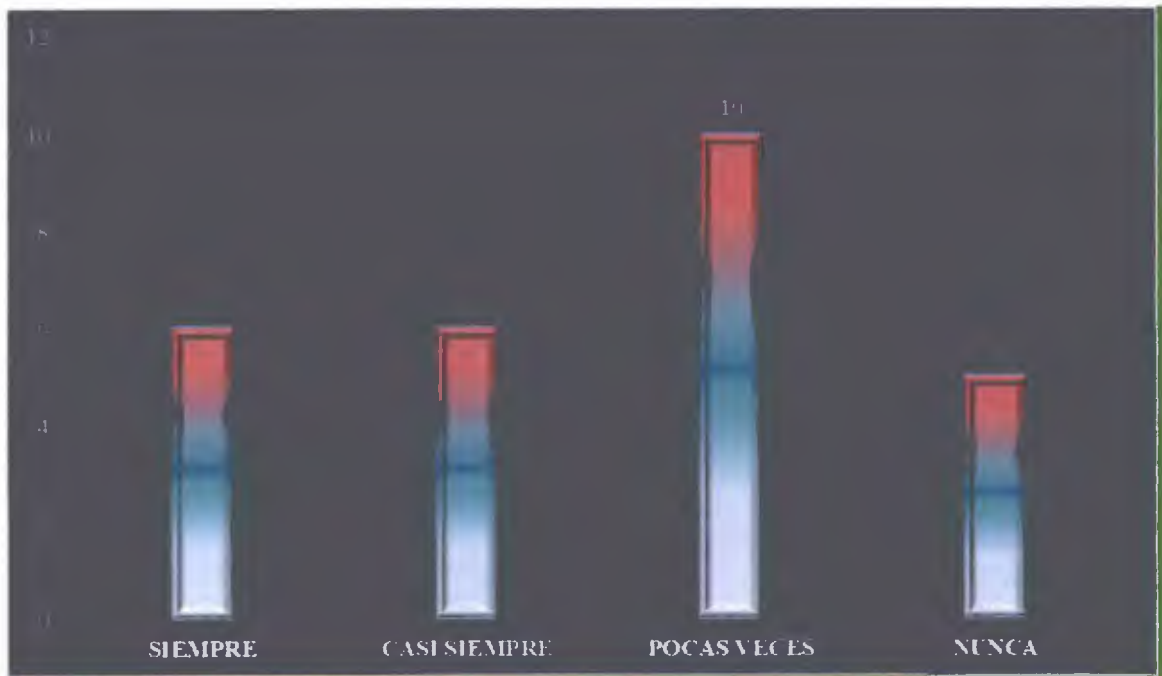
Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

Con respecto a la gráfica de sexo, se puede observar que el 81% de la población de amputados es del sexo masculino, ya que estos realizan trabajos más fuertes y de mayor riesgo que el sexo femenino, partiendo del hecho de que los accidentes de trabajo son la segunda causa de amputación.

**CUADRO N° 4 PRESENCIA DEL MIEMBRO FANTASMA EN LOS
PACIENTES AMPUTADOS**

PRESENCIA DE MIEMBRO FANTASMA		
	PACIENTES	PORCENTAJE %
SIEMPRE	6	22,2
CASI SIEMPRE	6	22,2
POCAS VECES	10	37,0
NUNCA	5	18,5
TOTAL	27	99,99

4.4 GRÁFICA N°4 PRESENCIA DEL MIEMBRO FANTASMA



Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

Esta gráfica, demuestra que la mayor incidencia de la población amputada pocas veces tiene esta afección musculoesquelética, ya que la presencia del miembro fantasma es más frecuente en otras patologías.

**CUADRO N° 5 CONOCIMIENTO DE ALGÚN PROGRAMA QUE
INCENTIVEN A INTEGRARSE A LA SOCIEDAD**

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD COMO DISCAPACITADO		
	PACIENTES	PORCENTAJE %
SÍ	3	11,1
NO	24	88,9
TOTAL	27	100

4.5 GRÁFICA N° 5 CONOCIMIENTO DE ALGÚN PROGRAMA QUE INCENTIVE A INTEGRARSE A LA SOCIEDAD.

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD COMO DISCAPACITADOS



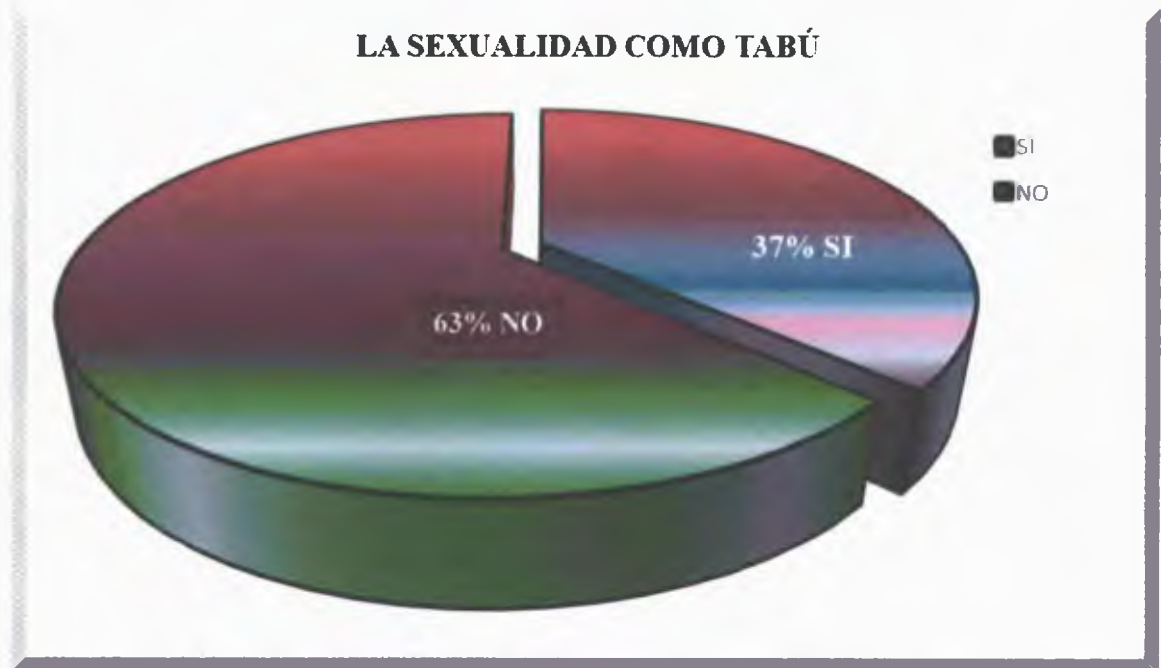
Fuente: Encuestas Aplicadas a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

Se observa que el 88,9% de la población amputada no posee conocimiento de ningún programa que lo ayude a reincorporarse a la sociedad y que este a la vez sea como complemento para que dichos pacientes puedan realizar sus actividades de la vida diaria, que acepten su diagnóstico.

**CUADRO N° 6 CONSIDERACIÓN DE LA SEXUALIDAD COMO UN
TABÚ**

SEXUALIDAD COMO TABÚ		
	PACIENTES	PORCENTAJE %
SÍ	10	37,0
NO	17	63,0
TOTAL	27	100

4.6 GRÁFICA N°6 CONSIDERACIÓN DE LA SEXUALIDAD COMO UN TABÚ.



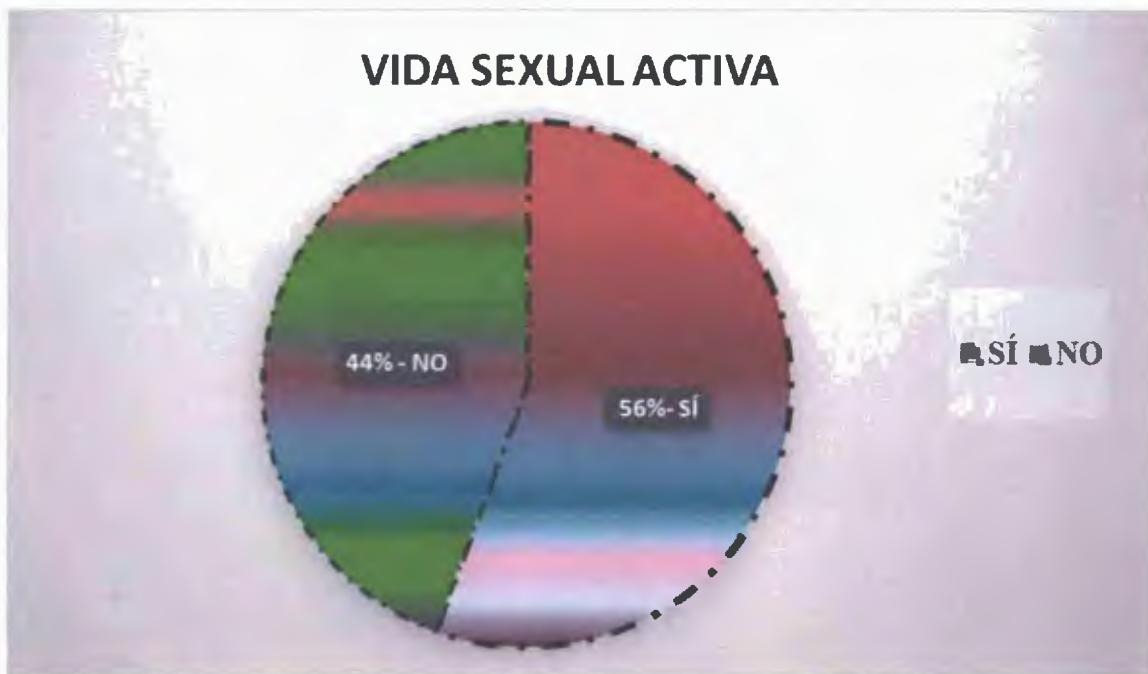
Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

El 63% de los pacientes amputados respondió que consideran que la sexualidad no es un tabú para la sociedad. Esta respuesta difiere de la percepción general que hay en la sociedad respecto a la sexualidad.

**CUADRO N° 7 PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES
QUE LLEVAN UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.**

VIDA SEXUAL ACTIVA		
	PACIENTES	PORCENTAJE %
SÍ	1	55,6
NO	12	44,4
TOTAL	27	100

4.7 GRÁFICA N° 7 PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES QUE LLEVAN UNA VIDA SEXUAL ACTIVA



Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

Se observa que el 56% de las personas amputadas encuestadas llevan una vida sexual activa y se puede comprobar en relación a la gráfica de los rangos de edades, donde el rango que hace mayor incidencia son personas de 31- 41 años, por lo que son mujeres y hombres en edad fértil, y con toda una vida por delante.

Si se observa el rango de edad que ocupa el segundo lugar en amputaciones, va de 42 a 51, el cual es también un rango en el que hombres y mujeres tienen una vida sexual activa.

Es razonable que el 44% refleje no tener una vida sexual activa, ya que el 40% se encuentra entre los 52 y más años, edad en que baja notoriamente la vida sexual.

CUADRO N° 8 PRESENTACIÓN DE LAS NECESIDADES ALTERADAS DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN.

NECESIDADES ALTERADAS	PACIENTES	PORCENTAJE %
FISIOLÓGICAS	3	11,1
SOCIALES	5	18,5
PSICOLÓGICAS	12	44,4
REACCIÓN DEL PACIENTE ANTE EL DIAGNÓSTICO	3	11,1
COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA CON EL TRATAMIENTO	1	3,7
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIÓ EL CASO	0	0
NINGUNA DE LAS ANTERIORES.	3	11,1
TOTAL	27	99,9

4.8 GRÁFICA N°8 PRESENTACIÓN DE LAS NECESIDADES ALTERADAS DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN.



Fuente: Encuesta Aplicada a Pacientes Amputados de Miembros Inferiores Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M- C.S.S.

La necesidad alterada con mayor frecuencia es la psicológica, ya que estas personas tienden a presentar no aceptación del diagnóstico, ni sus familiares, rechazo de la sociedad, cambio de actitud entre otros.

CONCLUSIONES

- 1 Los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid viven la sexualidad de diferentes maneras

- 2 Las principales causas de amputaciones de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid son los accidentes de tránsito con un 37%, accidentes laborales con un 18, 5%, osteomielitis con un 3,7%, traumas con un 11, 1%, diabetes con un 26, 0% y la vasculitis con un 3, 7%

- 3 El rango de edad de mayor incidencia de amputación de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid es de 31 – 41 años y el de menos incidencia es de 71 y más

- 4 La mayor cantidad de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid son los del sexo masculino

- 5 Los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid pocas veces sienten la presencia del miembro fantasma
- 6 La mayoría de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid desconocen de programas que les ayuden a reintegrarse a la sociedad
- 7 El 63% de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid consideran que la sexualidad hoy día no es un tabú para la sociedad y el 37% considera que si lo es
- 8 El 56% de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid tiene una vida sexual activa, mientras que el 44% no la tiene
- 9 La necesidad alterada que se presenta con mayor incidencia en los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el laboratorio de prótesis y órtesis

del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid es la
Psicológica

PROPUESTA

TEMA: ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES ATENDIDOS EN EL LABORATORIO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID DE LA C.S.S.

DISEÑO DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta surge de la necesidad que tiene nuestro medio de dar respuestas a las personas, principalmente adultas para que puedan desempeñar una vida normal, ya sea en el ámbito social, con sus familiares o personas ajenas a ello(as)

Por tal motivo esta propuesta esta dirigida a crear dentro del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid de la C S S, un programa de integración de pacientes amputados de miembros inferiores dentro de la clínica de amputados de este departamento

5.3 INTRODUCCIÓN DE LA PROPUESTA

Tomando en cuenta que no existe ningún programa docente que se tome en cuenta el estatus de la vida diaria de los pacientes amputados de miembros inferiores atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid de la C S S, ya que es el hospital más grande de nuestro país, siendo una institución gubernamental, donde sus proyectos e innovaciones se realizan con presupuestos aprobados por jerarquias superiores del mismo Se les requiere la

implementación de un programa de integración docente y así conseguir mejor adaptación las actividades de la vida diaria de dichos pacientes como también adquirir la aceptación de su discapacidad para poder continuar una vida normal

5.4 OBJETIVO GENERAL

Reintegrar a los pacientes amputados de miembros inferiores, atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid de la C S S a una vida normal a pesar de su discapacidad

5.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Disponer de un programa de integración en hospitales y centros de salud a los pacientes amputados de miembros inferiores, para conseguir la adaptación a sus discapacidades que puedan continuar su vida normal, cumpliendo con las actividades de la misma
- 2 Orientar a los pacientes amputados de miembros inferiores para que se adapten a las condiciones de vida como discapacitados y puedan brindarles a sus familiares y a la sociedad el afecto sentimental, social y buen estatus psicológico

- 3 Incorporar los pacientes amputados de miembros inferiores a la sociedad y que los mismos estén dispuestos a continuar una vida nueva, llena de retos y metas teniendo en cuenta sus limitaciones físicas

Programa de integración principalmente psicológica, física y social, donde el paciente como sus familiares reciban orientación de cómo enfrentar la discapacidad y volver a adaptarse con una nueva oportunidad de vida y seguir adelante, este puede ser referido por su médico rehabilitador o el protesista que le realice su aditamento artificial de la extremidad amputada

IMPLEMENTACIÓN O INTERPRETACIÓN DE LA METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que se va a trabajar con personas y materiales didácticos, la metodología que se lleva a cabo es Teórica- Práctica, ya que son personas con cierto nivel de traumas psicológicos como físicos por residuo de la amputación, ya sea una o más de sus extremidades

RECURSOS

- **MATERIALES**
 - **Papel**
 - **Tinta**
 - **Mano de obra de confección del material didáctico**
 - **Lápices**

- HUMANOS
 - Psicólogos
 - Terapistas físicos
 - Trabajador social
 - Protesista Ortesista

BIBLIOGRAFÍA

- 1 **Castillo Cuello JJ, Atención sexológica de las personas con discapacidad en salud sexual y práctica sexológica Lectura para profesionales de la salud Vol N° 1 Editorial CENESEX Ciudad de La Habana, 85-113, 2008**
- 2 **Castillo Cuello JJ Discapacidad y Sexualidad Un Acercamiento al diagnóstico y su atención Editorial CENESEX La Habana 27-31 2007**
- 3 **Castillo JJ Figueredo L, infante I Personas con necesidad educativa especial Editorial Científico Técnica La Habana, Cuba 2003**
- 4 **García Carnas L, Alcedo Rodríguez MA, Aguado Díaz AL La Sexualidad de las Personas con Lesiones Medulares aspectos psicológicos y sociales Intervención Psicosocial V 17 N 2 Madrid 1-24, 2008**
- 5 **González A, Castellanos B Sexualidad y Generos Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI Editorial Científico – Técnica La Habana, 2003**
- 6 **Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Batista Lucio María del Pilar, Metodología de la Investigación, Sexta Edición México, Bogotá**

- 7 Jurado Margarita, Pérez de Salazar Lidia, Rodríguez de León Bexie,
Manual práctico para la presentación de Trabajos de Graduación,
Monografías e Informes Segunda Edición Panamá – 1998

- 8 Kolodony RC, Master WH, Jhonson V La Sexualidad y los minusválidos
un trato de Medicina Sexual Ciudad Habana Editorial Científico Técnica
261-82, 1985

- 9 Posse F, Verdeguer S La Sexualidad de las personas discapacitadas
Editorial Fundación creando espacio, Buenos Aires, Argentina 9-17, 1993

- 10 OMS Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y
de la Salud CIF Versión castellana Madrid, OMS, OPS, IMSERSO 2001

INFOGRAFÍA

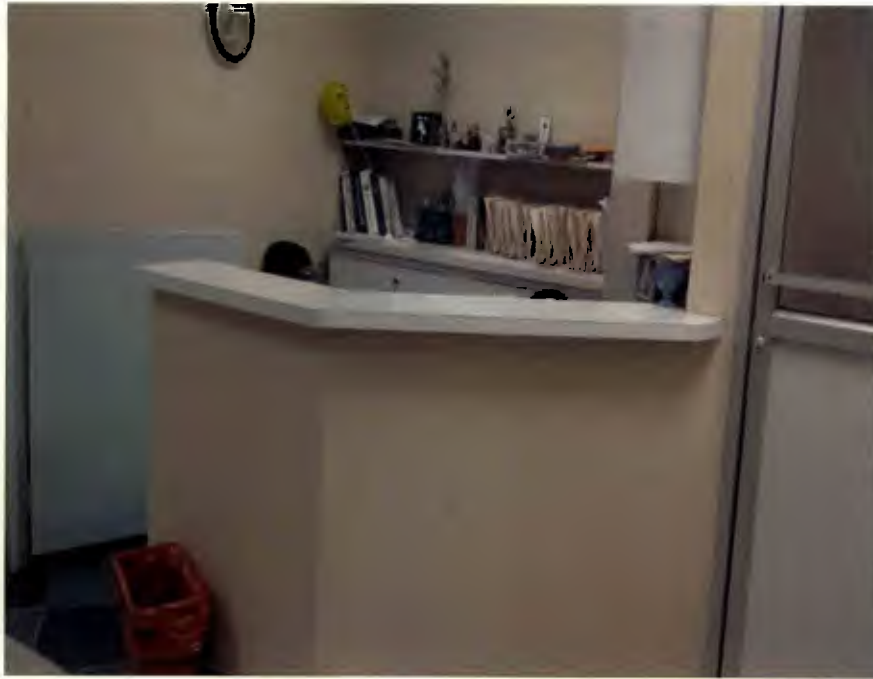
- 1- [http //blog lainformación com/futuretech/2012/24/19/amputadoorgasmo](http://blog.lainformación.com/futuretech/2012/24/19/amputadoorgasmo)
- 2- [https //es wikipedia org/wiki/Hom%C3%BAnculo_cortical](https://es.wikipedia.org/wiki/Hom%C3%BAnculo_cortical)
- 3- [https //www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000050.htm](https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000050.htm)

ANEXOS

**INFRAESTRUCTURA DEL LABORATORIO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DE LA CAJA DE SEGURO
SOCIAL**



RECEPCIÓN



SALA DE ESPERA



ÁREA DE MARCHA Y ALINEACIÓN DE PRÓTESIS



CONSULTORIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE



AREA DE TRABAJO



ÁREA ADMINISTRATIVA DE LOS ESPECIALISTAS



AREA DE YESO



ARÉA DE ACABADOS



AREA DE TERMOCONFORMADO

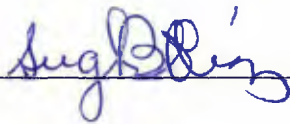


PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: Educación en Población, Sexualidad y Desarrollo Humano con Enfoque de Género.

FACULTAD: Ciencias de la Educación

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Sugelys B. Díaz C.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

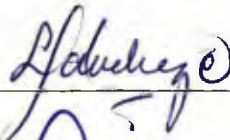


CÉDULA: 7-706-752

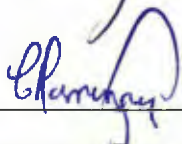
TÍTULO QUE ASPIRA: Magíster en Educación en Población, sexualidad y Desarrollo Humano con Enfoque de Género

TEMA DE LA TESIS: Actividad Sexual en Pacientes Amputados de Miembros Inferiores, Atendidos en el Laboratorio de Prótesis y Órtesis del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social en la ciudad de Panamá.

FIRMA DEL ASesor: _____



APROBADO POR: _____



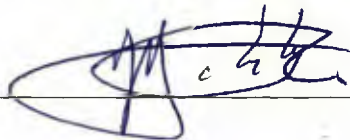
COORDINADOR DEL PROGRAMA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

NOMBRE: _____

NARCISO GALISTIA Ruiz

FIRMA: _____



DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.

NOMBRE: DOCTOR FILIBERTO MORALES

FIRMA: _____

FECHA: _____