

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO

“VIVENCIAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PERSONAS SOMETIDAS A UNA
CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN.”

Trabajo de Investigación Aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería , para optar por el grado y
al título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica.

YORDANIA RODRÍGUEZ HAMILTON

VANESA SANTAMARÍA VARGAS

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

● Dedicatoria

Como este y todos mis proyectos en mi vida serán dedicados a Dios y mis padres que me han enseñado a que sólo con trabajo duro y esfuerzo se puede salir adelante, luego a los amigos y compañeros que me han motivado para no desistir.

Yordania.

Dedico este trabajo y todos mis logros obtenidos a lo largo de estos años de estudio a Dios, por permitirme culminar con éxito y hacer posible lo que hoy celebro y me llena de orgullo.

A mi padre Julio Santamaría Álvarez, quien con su sabiduría y consejos me ha guiado durante el proceso de mi formación personal y profesional, por su valentía para enfrentar la vida y salir adelante, por siempre creer en mí, estar en todo momento y por su amor incondicional.

A mi madre Lorena Vargas Navarro por ser un pilar en mi vida, quien con sus palabras de aliento me impulsa a ser perseverante y alcanzar mis metas, por sentar en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, por siempre mostrarme su amor y apoyo.

Vanesa.

● **Agradecimiento**

El primer y más grande agradecimiento es dirigido a Dios, por permitirnos desarrollar el proceso investigativo con mucha sabiduría y paciencia y lograr la principal meta que nos planteamos, culminar la maestría con éxito. A los participantes que aceptaron ser parte de este proceso, por su disposición de relatar su proceso, ya que enriquecieron esta investigación y nos hicieron aprender de cada uno de ellos la importancia de visualizar a la persona desde todos los ámbitos de su vida.

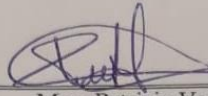
A la Universidad de Costa Rica queremos agradecerle infinitamente por cada uno de los días de aprendizaje que nos dio y tener el privilegio de completar nuestros estudios en una universidad con excelencia académica y alta calidad educativa.

Al Postgrado de Enfermería Quirúrgica y a su personal docente que a lo largo de estos años fue el principal formador de nuestra educación y nos brindó las experiencias y aprendizaje para lograr una visión de la Enfermería Quirúrgica centrada en la persona.

Agradecemos por cada uno de los aportes dados por nuestros lectores Msc. Christian Cortés Salas y Msc. Silvia Cordero Castro, fueron importantes para enriquecer todos los hallazgos que se enmarcaron en este trabajo, les agradecemos por brindarnos todo su apoyo, tiempo y recomendaciones.

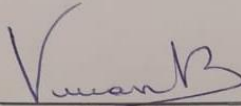
A la directora de la investigación Dra. Vivian Vílchez Barboza, por su tiempo, dedicación y apoyo en este proceso, por ser más que una guía y por permitirnos crecer profesionalmente cada uno de los días.

Este trabajo final de investigación aplicado fue aceptado por la comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica.

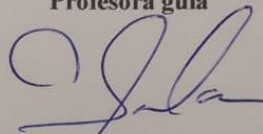


Mag. Patricia Vargas Leitón

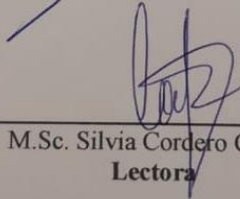
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrados



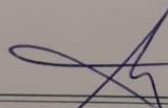
Dra. Vivian Vilchez Barboza
Profesora guía



M.Sc. Cristhian Cortés Salas
Lector

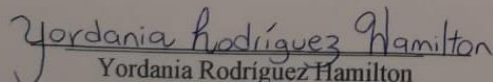


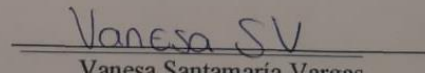
M.Sc. Silvia Cordero Castro
Lectora



M.Sc. Sunny González Serrano

Directora del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería


Yordania Rodríguez Hamilton
Sustentante


Vanesa Santamaría Vargas
Sustentante

Contenido

● <i>Dedicatoria</i>	<i>ii</i>
● <i>Agradecimiento</i>	<i>iii</i>
● <i>Hoja de Aprobación</i>	<i>iii</i>
● <i>Resumen</i>	<i>viii</i>
● <i>Capítulo 1</i>	<i>1</i>
● <i>1 Introducción General</i>	<i>2</i>
○ 1.1 <i>Introducción</i>	<i>2</i>
○ 1.2 <i>Tema</i>	<i>4</i>
○ 1.3 <i>Problema de investigación</i>	<i>4</i>
○ 1.4 <i>Justificación</i>	<i>5</i>
○ 1.5 <i>Pregunta de investigación</i>	<i>9</i>
○ 1.6 <i>Objetivos</i>	<i>9</i>
■ 1.6.1 <i>General</i>	<i>9</i>
■ 1.6.2 <i>Específicos</i>	<i>9</i>
● <i>Capítulo 2</i>	<i>10</i>
● <i>2 Marco Referencial</i>	<i>11</i>

○	2.1 Marco Teórico.....	11
■	2.1.1 Modelo de adaptación de Callista Roy	11
○	2.2 Marco Conceptual.....	22
○	2.3 Marco Empírico.....	29
●	Capítulo 3.....	35
3	Marco Metodológico.....	36
○	3.1 Tipo de investigación.....	36
○	3.2 Diseño de la investigación.....	37
○	3.3 Población.....	39
○	3.4 Criterios de inclusión:.....	40
○	3.5 Criterios de exclusión:.....	40
○	3.6 Muestra.....	40
○	3.7 Lugar.....	41
○	3.8 Técnica de recolección de datos.....	41
○	3.9 Fases de la investigación:.....	42
○	3.10 Trabajo de campo.....	43
○	3.11 Análisis del contenido.....	45
○	3.12 Divulgación de la información.....	51
○	3.13 Consideraciones éticas.....	53
○	3.14 Criterios de calidad.....	54

• Capítulo 4.....	57
4 Resultados y Análisis	58
4.1 Resultados	58
4.2 Análisis.....	59
• Capítulo 5.....	78
5 Limitaciones, conclusiones y recomendaciones	79
5.1 Limitaciones.....	79
5.2 Conclusiones.....	79
5.3 Recomendaciones.....	81
• Capítulo 6.....	83
6 Referencias y Anexos.....	84
6.1 Referencias bibliográficas.....	84
6.2 Anexo 1: Consentimiento Informado.	92
6.3 Anexo 2: Carta de aprobación de la Comisión de Trabajo Finales de Graduación del Sistema de Estudio de Posgrados.	98
6.4 Anexo 3: Carta de aprobación del comité de ético científico de la Universidad de Costa Rica	99

● Resumen

La amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos en la historia de la humanidad, este procedimiento desencadena en las personas cambios que engloban la parte física, emocional, biológica y social, ya que se enfrentan a una alteración de la imagen corporal, y debe considerarse un abordaje holístico por parte de los profesionales en Enfermería Quirúrgica, desde el momento en que se tiene la lesión hasta que la persona logre satisfacer sus necesidades de la mejor manera posible y pueda reincorporarse a la sociedad. Es por esta razón que la investigación pretende analizar las vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación en la gran área metropolitana durante el año 2020. Es una investigación cualitativa con un acercamiento al tipo fenomenológico descriptivo, la técnica utilizada fue la entrevista a profundidad, la cual fue aplicada hasta alcanzar la saturación de datos obteniendo así un total de 19 participantes. Se utilizó el método Colaizzi para el análisis de la información con el que se obtuvo que las alteraciones fisiológicas reportadas por las personas sometidas a una cirugía de amputación tuvieron principal afectación en el sueño y el patrón evacuatorio, que un pilar importante en la adaptación son las herramientas psicológicas previas a la cirugía, que el apoyo social y emocional que reciban durante la recuperación es clave para la adaptación.

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Vanesa Santamaría Vargas, con cédula de identidad 207220064, en mi condición de autora del TFG titulado: **Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación**

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo establezca el Sistema de Estudios de Posgrado.

SI X / NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Vanesa Santamaría Vargas
Número de Carné: B26305, Número de Cédula: 207220064
Correo Electrónico: vane049401@gmail.com
Fecha: 3 / 8 / 2022 Número de Teléfono: 87410990
Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Vivian Vilchez Barboza

Vanesa S.V.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Yordania Rodríguez Hamilton, con cédula de identidad 701970981 en mi condición de autora del TFG titulado: **Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación**

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo establezca el Sistema de Estudios de Posgrado.

SI X / NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Yordania Rodríguez Hamilton

Número de Carné: B89593, Número de Cédula: 701970981

Correo Electrónico: yordi1590@gmail.com

Fecha: 3 B/2022 Número de Teléfono: 60430659

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Vivian Vilchez Barboza

Yordania Rodríguez Hamilton
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente

- **Capítulo 1**

● 1 Introducción General

○ 1.1 Introducción

Desde tiempos remotos el ser humano ha realizado amputaciones, estos con fines diferentes como: castigos, rituales o para actos terapéuticos. Siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos, el cual inició con técnicas rudimentarias que fueron evolucionando hasta llegar a ser técnicas muy elaboradas y complejas, logrando así definirse hoy en día como la separación de un miembro o una sección del mismo. En la actualidad la aplicación de ésta se da para el tratamiento quirúrgico de trastornos vasculares ya sea por enfermedades o traumatismos, malformaciones congénitas o cáncer, con el propósito de perpetuar la vida humana ^(1,2).

Sin embargo, este procedimiento desencadena en las personas cambios, que engloban la parte física, emocional, biológica y social, ya que se enfrentan a una alteración de la imagen corporal, y debe considerarse un abordaje holístico por parte de los profesionales de la salud, en particular en los profesionales en enfermería quirúrgica, como un proceso que es dinámico y continuo, que abarca desde el momento en que se tiene la lesión hasta que la persona logre satisfacer sus necesidades de la mejor manera posible y pueda reincorporarse a la sociedad ⁽³⁾ puesto que estos profesionales proporcionan a la persona, familia y comunidad cuidados especializados en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, dando una atención integral ⁽⁴⁾ para su adaptación, como lo define la teórica enfermera destacada en el sistema adaptativo Sor Callista Roy: “las personas tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” ⁽⁵⁾, permitiendo así a la persona realizar los cambios necesarios para desarrollarse con éxito. Dicha adaptación es un proceso que puede involucrar una posición negativa, dolor físico, percepción de invalidez, estrés, depresión, miedo, provocando un impacto que puede ser sobrellevado de diferentes maneras, en distintos tiempos de recuperación, siendo tan complejo entre una persona y otra ^(6,7), lo que incentivan a la realización de la investigación, para a hacer un análisis del nivel de adaptación de personas sometidas a una cirugía que implica una amputación de alguna parte del cuerpo .

Esto para fortalecer el conocimiento desde un enfoque de enfermería quirúrgica y poder comprender la manera en que las personas sometidas a una amputación se adaptan a un nuevo estilo de vida, aceptación de su autoimagen, a la reintegración a la sociedad y el nivel de independencia a través de sus vivencias bajo la metodología cualitativa la cual permite conocer los pensamientos y experiencias de las personas.

El papel de enfermería quirúrgica es relevante, ya que estas personas se enfrentan a un proceso adaptativo, que debe ser intervenido con bases científicas que apoyen el actuar autónomo, pensamiento crítico, responsable y aplicación de ciencias tanto biológicas, fisiológicas, como conductuales y sociales ⁽⁴⁾, por lo que para la elaboración de esta investigación se ha utilizado un modelo de enfermería que se relaciona directamente con el problema, como lo es el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, que tiene como objetivo la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación, aumentando los cuidados, disminuyendo o manteniéndolos según las capacidades que tiene la persona de participar en su propia atención ⁽⁸⁾.

- **1.2 Tema**

Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación en el gran área metropolitana en el año 2020.

- **1.3 Problema de investigación**

Como profesionales especialistas en enfermería quirúrgica, expuestos en el día a día a temas que incluyen el cuidado de las personas, muchas veces se siguen protocolos de actuación que mecanizan el quehacer de la profesión; en lugar de esto, se debería brindar una atención que vaya más allá del paradigma biológico y de los procedimientos técnicos; una atención centrada en el “ser” propio de la enfermería.

En muchos casos los profesionales en Enfermería Quirúrgica son el soporte de la persona sometida a una cirugía de amputación y de sus familias, por lo que es necesario analizar la adaptación de estas personas y así brindar herramientas a los profesionales en esta área para que así puedan proporcionar una atención de calidad.

En el contexto nacional existe poca investigación acerca del tema; por lo que es de interés desde la especialidad en Enfermería Quirúrgica, construir conocimiento propio, tomando en cuenta las vivencias de las personas amputadas.

○ 1.4 Justificación

Para las personas que han sido sometidas a amputaciones, su adaptación y rehabilitación representan un problema de salud pública, dado que para el año 2021 mil millones de personas, que son alrededor de 15% de la población a nivel mundial, se encontraba en un estado de discapacidad. Se ha determinado que la primera causa de amputación del miembro inferior a nivel mundial es la enfermedad crónica de diabetes mellitus, y factores como la edad o ser fumador aumenta la posibilidad de ser amputado y es más frecuente en los hombres. Situación que debe ser abordada de forma seria, con rigor académico y de manera positiva. Este evento en la mayoría de los casos resulta un hito histórico en sus vidas y los esfuerzos deben ir dirigidos a brindar un apoyo biopsicosocial necesario para aceptar los cambios en la imagen corporal, fortalecer la musculatura implicada, lograr que la persona se adapte, se capacite en el uso de prótesis en caso que lo pueda usar y finalmente incorporarse a la vida laboral y social ⁽⁹⁾.

Se estima que la incidencia de las amputaciones en cada país es muy dinámica ⁽¹⁰⁾, a nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística y Censos no muestra en su página datos sociodemográficos más recientes al año 2011 de personas amputadas en Costa Rica y no cuentan con el dato en esta condición, sino que brindan el total de personas con discapacidad de tipo visual, auditiva, verbal, intelectual o mental ⁽¹¹⁾.

No obstante, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social informan que en esa institución se realizan más de mil amputaciones en sus centros de salud de todo el país, y la causa número uno es la diabetes mellitus, siendo la población masculina la más afectada ⁽¹²⁾, datos que concuerdan con la perspectiva a nivel mundial.

Las cirugías que implican la amputación de alguna parte del cuerpo tienen una alta incidencia y han ido en aumento de forma constante debido a los elevados índices de accidentes de tránsito, la prolongación de la vida media que da como resultado la supervivencia de personas adultas mayores con trastornos, patologías o malos hábitos predisponentes a la amputación, tales como las isquemias periféricas, inadecuados estilos de

vida: mala alimentación y falta de actividad física que influyen a las personas a padecer de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, siendo la primera causa de amputaciones de miembro inferior a nivel mundial ^(10,13).

En la medida de lo posible según sea la clasificación de la cirugía; de urgencia o no, se le informa a la persona que va a ser sometida a una cirugía de amputación para que pueda ser abordada por un equipo interdisciplinario ⁽¹⁴⁾, dentro de esta atención se destacan los enfermeros, profesión que fue evolucionando a diferentes especialidades para dar cuidados de acuerdo al ambiente en el que se desempeñan, como las y los enfermeros quirúrgicos, estos continuaron su desarrollo tanto científico como humano en el campo perioperatorio, que les concede competencias especializadas para lograr una adaptación óptima de la persona antes, durante y después del proceso de amputación ^(13,14,15.).

Las personas sometidas a una amputación de cualquier parte de su cuerpo experimentan cambios adaptativos por las alteraciones fisiológicas, de autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. La cirugía suele producir sentimientos de pérdida, desvalorización de la imagen corporal, y las personas requieren de una intervención profesional de enfermería quirúrgica para llevarlos a un estado en el cual se reúnen las condiciones que facilitan la consecución de las metas personales de manera individualizada por los procesos de cuidado de enfermería ⁽¹⁶⁾.

En caso de que la persona no sea abordada correctamente se pueden dar una serie de alteraciones psicológicas, tales como ansiedad, depresión, frustración, hostilidad, egocentrismo, agresividad, dependencia e irrealidad, lo que interfiere con el proceso de rehabilitación y adaptación, de aquí la importancia de conocer el grado de adaptación que llega a tener esta población ^(15,17.).

El enfermero o enfermera quirúrgica es fundamental durante el proceso postoperatorio para el logro de un adecuado afrontamiento y adaptación de la persona sometida a una amputación a su nueva condición. Se convierte el enfermero o enfermera quirúrgica parte del equipo de salud, que contribuye a que la persona aprenda a vivir sin una parte de su cuerpo o con una prótesis, a recuperar su autoestima, funcionalidad y a lograr cierta o completa

independencia, estos cuidados tienen un efecto positivo para la satisfacción de la persona y familia, mejorando así los indicadores de salud (calidad, seguridad, financieros, morbilidad, servicios, recurso humano, etc.) e imagen del centro sanitario ^(4,10).

El profesional de enfermería quirúrgica debe involucrarse en la personalización de los cuidados, ya que numerosos estudios coinciden en que hay relación entre la intervención de enfermería mediante su proceso de cuidado con bases metodológicas y teorías y la satisfacción de los pacientes, lo que disminuye las afectaciones de los diferentes procesos adaptativos ⁽¹⁵⁾.

Sin embargo, en la situación actual de las regiones de las Américas existe una brecha entre la cantidad adecuada del recurso humano enfermero y la cantidad de pacientes que deben atender para brindar un cuidado de calidad y calidez. Se ha comprobado que los países que intervienen en esta necesidad adquieren resultados óptimos hacia la salud universal, en vista de que los enfermeros, son la mayor fuerza laboral en el área de la salud. Los enfermeros son muchas veces el primer contacto con el que se relacionan la personas para adquirir servicios de salud, por tanto, es considerable fortalecer el liderazgo, abordaje de las condiciones de trabajo y educación de la enfermería para mejorar el registro del resultado final del proceso y atención especializada de enfermería según la necesidad de los pacientes ⁽¹⁸⁾.

Costa Rica no viene siendo la excepción a este problema, ya que, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) hay una baja relación de enfermeros por habitantes ⁽¹⁹⁾, por tanto, de ahí la importancia de realizar investigaciones acerca de este tema, para poder tener la perspectiva de las personas y así lograr aportar criterios para la organización y gestión del cuidado haciendo de la persona un ser integrado adaptado cumpliendo las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Ya que uno de los retos de la profesión es la generación y fundamentación de conocimientos inherentes de la enfermería especializada que consoliden la autonomía del ejercicio ⁽⁸⁾.

Tomando en cuenta los antecedentes expuestos anteriormente junto con la notable actividad de enfermería especializada tanto en cantidad como en calidad de la asistencia y la diversidad de los cuidados en los diferentes escenarios, es lo que nos ha llevado a desarrollar

este estudio, que pretende poner a disposición del personal de enfermería quirúrgica criterios para la organización y gestionar el proceso de adaptación que viven las personas que han tenido una amputación de alguna parte de su cuerpo, para mejorar las condiciones de calidad de vida y adaptación.

El trabajo de investigación pretende demostrar la necesidad urgente de brindar un cuidado especializado a las personas sometidas a una cirugía que implica una amputación de alguna parte de su cuerpo por parte de enfermeras y enfermeros quirúrgicos, dado que realizarse la búsqueda de investigaciones relacionadas con el tema no se encontró ninguno con un enfoque desde la enfermería quirúrgica, dejando un vacío de enfoque práctico, investigativo y social. Además de crear conciencia sobre esta condición e impulsar la educación e investigación sobre este tema, contribuyendo así a la solución de este problema de salud pública.

○ **1.5 Pregunta de investigación**

¿Cómo son las vivencias de adaptación en las personas sometidas a una cirugía de amputación, en la gran área metropolitana en el año 2020?

○ **1.6 Objetivos**

■ **1.6.1 General**

Analizar las vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación en la gran área metropolitana durante el año 2020.

■ **1.6.2 Específicos**

- Identificar las necesidades fisiológicas básicas de las personas sometidas a una cirugía de amputación en la gran área metropolitana en el año 2020.
- Determinar la autoimagen de las personas sometidas a una cirugía de amputación, en la gran área metropolitana en el año 2020.
- Identificar el rol que cumplen las personas sometidas a una cirugía de amputación dentro de la sociedad en la gran área metropolitana en el año 2020.
- Conocer la interdependencia de las personas sometidas a una cirugía de amputación, en la gran área metropolitana en el año 2020.

- **Capítulo 2**

- **2 Marco Referencial**

- **2.1 Marco Teórico**

- **2.1.1 Modelo de adaptación de Callista Roy**

Este modelo de adaptación de Callista Roy considera que la base del conocimiento de enfermería se fundamenta en el entendimiento de la adaptación de la persona dentro de su situación de vida. Esta enfermera que nació el 14 de octubre de 1939, en la ciudad de California de Estados Unidos, perteneció a la congregación de las hermanas de San José, y se graduó como enfermera para el año de 1963 en el Mount Saint Mary's College en los Ángeles y en 1966 se gradúa de un máster en enfermería de la Universidad de California, además de ser enfermera obtuvo sus estudios en sociología con un doctorado ⁽⁸⁾.

Cuando se desempeñaba como enfermera, laboró en un servicio de pediatría en el cual le asombró la capacidad de adaptación de los niños ante cambios físicos y psicológicos importantes, observando el impacto del nivel de adaptación considerando este como una base para un marco conceptual óptimo para la enfermería ⁽⁸⁾.

En 1970 por primera vez se publica el Roy Adaptation Model (RAM) en la Nursing Outlook, titulado "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" en el que describe al ser humano como un ser con las capacidades y recursos para lograr una adaptación a la situación que se esté enfrentando en su proceso salud enfermedad, su modelo basándose en el trabajo del fisiólogo y psicólogo Harry Helson, influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos. Helson pensaba que la adaptación es un proceso de responder de una forma positiva ante cambios en el entorno, dado por un estímulo. Ella lo que realizó fue una combinación con la definición de sistema dada por Rapoport el cual ve a la persona como un sistema de adaptación ⁽⁸⁾.

La adaptación según Harry Helson se da por niveles según tres tipos de estímulos ⁽⁸⁾:

- Estímulos focales, son los que se presentan ante el individuo.

- Estímulos contextuales, son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.
- Estímulos residuales, son factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada.

Roy reflexiona que las personas van a tener cuatro modos o métodos para la adaptación: fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. La intervención de enfermería pretende realizar un aumento, disminución o mantener los estímulos ya sean focales, contextuales y residuales, de forma que la persona pueda enfrentarse a ellos. Teniendo continuamente claro por parte de enfermería, que la persona debe participar en su propia atención siempre que sea capaz de realizarlo.

El principal objetivo del modelo es, facilitarle a la persona la adaptación mediante el fortalecimiento de mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación. Roy pudo desarrollar y profundizar en la revisión del modelo, esto gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye ⁽⁸⁾.

Roy menciona en su modelo teórico el término “*veritativity*” el cual puede ser definido como el principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en la que se establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios ⁽⁸⁾.

Con base en el término mencionado anteriormente Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería ⁽⁸⁾:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y por lo tanto son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, es decir en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente

interno y externo.

- La adaptación es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.

Metaparadigmas según Callista Roy

Enfermería

La describe como “una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”. Siendo esta una ciencia y práctica que expande la capacidad de adaptación del entorno. Además indica Roy como se menciona anteriormente y ahora más profundizado que; el objetivo de las enfermeras es “mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad”, por lo que la enfermera es indispensable, y debe analizar los cuatro modos de adaptación y los factores a influir para ser intervenidos para ayudar a la persona en su interacción con el entorno ⁽⁸⁾.

Persona

Considera que las personas son sistemas holísticos y con capacidades adaptables; “Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general”. Sin embargo, aunque las personas son diferentes, ella pudo identificar que se unen en un mismo destino al indicar que; “Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen

en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno”. Las personas son el principal pilar de la enfermería y son los que reciben los cuidados, son un sistema complejo y vivo conformado por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para tener la capacidad de adaptación en sus cuatro modos de vida, entendiéndose estos; fisiológicos, de autoestima, la función del rol y la interdependencia ⁽⁸⁾.

Salud

Se refiere a esto como; “La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno”. Retomando el concepto que tenía Roy al principio de su trabajo ésta se refería a la salud como un continuo que oscila entre la muerte y la salud, hasta llegar al nivel más elevado de bienestar. Pero como su trabajo se continuó desarrollando el modelo a finales de la década de 1900 y ya en el siglo XXI tuvo varios avances entre los que incluyó una modificación del concepto de salud, y esta es más vista como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden llegar a coexistir ⁽⁸⁾.

Entorno

Según Sor Callista Roy, el entorno va a ser el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos humanos y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales”. Ya que es el entorno modificable el que estimula a la persona a reaccionar para adaptarse. Es el aporte a la persona de un sistema de adaptación que rodea tanto factores internos como externos. Los factores pueden ser mínimos o importantes, negativos o positivos. Esto se refiere a que un cambio en el entorno puede conseguir la adaptación a la nueva situación que se enfrenta la persona ⁽⁸⁾.

Adaptación

Por lo que se refiere a este; “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen

la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, consciente y escogen la integración del ser humano con su entorno”. Haciendo alusión de que las personas más allá de ser sistemas que tienen que luchar para hacerle frente a los estímulos que constantemente envía el entorno y poder mantener su integridad, son seres humanos con una función en el universo creador, y que estas por ende no se pueden separar de su entorno ⁽⁸⁾.

Modos de adaptación:

Modo de adaptación fisiológico y físico

Se refiere al relacionado con los procesos físicos y químicos que intervienen en la función y en las actividades de los organismos vivos, estas necesidades son las cinco relacionadas con las necesidades básicas de la integridad fisiológica ⁽⁸⁾:

- Oxigenación: Son los procesos por los cuales la fuente celular de oxígeno es mantenida en el cuerpo, los procesos básicos de la vida responsables de la oxigenación incluyen los procesos de ventilación, intercambio y transporte de gases para la formación de tejidos.
- Nutrición: Son los procesos por los cuales una persona toma, asimila y usa nutrientes para el mantenimiento del cuerpo y promover el crecimiento, así como para el reemplazo de tejidos dañados.

Eliminación: Proceso que concierne a la eliminación de productos de desecho del cuerpo incluyendo la eliminación intestinal y urinaria.

- Actividad y reposo: Son necesidades básicas. La actividad proporciona tensiones físicas en las estructuras del cuerpo que promueven el crecimiento y desarrollo normal. El descanso proporciona períodos de reparación y renovación de energías.
- Protección: Son procesos de defensa de la vida, el cuerpo se protege contra la enfermedad e integridad corporal, ya que si se ven alterados también el sistema adaptante humano. Existen procesos de defensa específicos e inespecíficos. Los

inespecíficos están constituidos por la piel, agentes químicos, y los específicos son el sistema inmune, que tiene anticuerpos para obstaculizar el ingreso de microorganismos patógenos.

También integra los procesos complejos, relacionados con los sentidos, el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, hechas por las funciones neurológicas y endocrinas, contribuyen a la adaptación fisiológica. Este modo es la manera con la que el sistema de adaptación humano expresa su adecuación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a los orígenes económicos, es una necesidad básica del modo de adaptación fisiológica tener un todo fisiológico operativo ⁽⁸⁾.

Modo de adaptación del autoconcepto del grupo

Este modo es uno de los tres llamados psicosociales, “y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”, va percibiendo a la persona integralmente, “el autoconcepto puede definirse como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos” ⁽⁸⁾. Sus componentes son ⁽⁸⁾:

- El yo físico: engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo.
- El yo de la persona: está formado por la constancia, los valores o expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del ser.

En relación al modo de autoconcepto de identidad de grupo se puede decir que Roy señala “cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura”, esta tiene como necesidad básica es la integridad de la identidad.

Modo de adaptación de función del rol

El rol es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol es la unidad de funcionamiento de la sociedad, el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra postura. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social, a saber: “la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”, se refiere a que las personas pueden ejecutar varios patrones, siendo los papeles dados a cabo por el favor al comportamiento instrumental y actuación expresivo. El primer compartimiento mencionado que es la elaboración física real de una conducta. Y el segundo se forma de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que puede tener la persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel ⁽⁸⁾.

Modo de adaptación de la interdependencia

Está enfocado en la afinidad próxima de la persona, las cuales pueden ser como individuo o siendo parte de un colectivo, en su fin, estructura y desenvolvimiento entre otros. La relación que es dependiente entre ellos es perjudicial ya que puede echar a perder el deseo y la cualidad de dar a los demás y tomar de ellos aspectos que se pueden presentar como el amor, valores, enseñanza, sabiduría, destrezas, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento. Es básica la integridad de estos roles ⁽⁸⁾.

Conceptos principales y definiciones

Sistema

Es una mezcla de partes enlazadas a la función como un todo y que tiene un determinado fin, actuando en virtud de la interdependencia de las partes. No sólo se trata de verse como un todo y como las fracciones que se relacionan entre sí, sino que los sistemas tienen la capacidad de entrada y salida de conocimiento, y procesos de monitorización y

realimentación ⁽⁸⁾.

Nivel de adaptación

Según Roy el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido, el mismo puede ser cambiante y continuo ⁽⁸⁾.

- Nivel de adaptación integrado: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas.
- Nivel de adaptación compensatorio: los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema.
- Nivel de adaptación comprometido: se presenta cuando las respuestas de los mecanismos son inadecuadas y por lo tanto resulta un problema de adaptación.

Ya que lo conforma estímulos focales, contextuales y residuales que determinan el estándar de los diferentes estímulos con los que la persona podría reaccionar, con respuestas normales a la adaptación.

Problemas de adaptación

Son aquellas dificultades que se presentan en la adaptación positiva, debe ser un ámbito de importancia para el profesional de enfermería en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar ⁽⁸⁾.

Estímulos

Roy define los estímulos como "todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente" Y los clasifica de la siguiente manera ⁽⁸⁾:

Estímulos focales

Es el objeto que está en la conciencia de la persona. Esta se enfoca en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Es el factor que desencadena una respuesta inmediata en la persona, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación. Puede ser tanto interno o externo.

Estímulos contextuales

Son los estímulos que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación. Van a estar presentes en la circunstancia y también inciden en el efecto que desencadena el estímulo focal, los estímulos contextuales hacen referencia a todos los posibles factores del entorno que se le manifiestan, pueden ser internos o externos, pero no son el foco principal de la persona ni de la energía.

Estímulos residuales

Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual. Son factores que se encuentran en el entorno.

Roy también identifica estímulos comunes a todas las personas, los cuales en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran ⁽⁸⁾:

- Estímulos culturales: comprenden el nivel socioeconómico, la etnia y las creencias de la persona.
- Estímulos familiares: involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Estímulos ambientales: cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

Procesos de afrontamiento

Van a ser modos naturales o aprendidos de actuar ante cambios dados en el entorno (8).

Mecanismos innatos de afrontamiento

Estos son dados genéticamente o pueden ser habituales para las especies y pueden verse como métodos automáticos; en la especie humana, estos no piensan siquiera en ellos (8).

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Son los relacionados con métodos de aprendizaje, puede ser por medio de experiencias anteriores, que influyen en la reacción habitual ante la presencia de estímulos específicos (8).

Subsistema regulador

Se refiere a la participación del sistema neural, el químico y el endocrino en los procesos de afrontamiento que son importantes (8).

Subsistema relacionador

En este cuando hay un afrontamiento importante los cuatro canales cognitivos y emotivos tienen un papel preponderante, los cuales son el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones (8).

Respuesta de adaptación

Impulsa la integridad en función de las metas que tiene el sistema humano (8).

Reacciones ineficaces

Son las que no ayudan al complemento en función de los objetivos que tiene el sistema humano ⁽⁸⁾.

Proceso vital integrador

Es el grado de adaptación en el que todas las estructuras ejecutan funciones para el proceso vital con el objetivo de suplir las necesidades humanas ⁽⁸⁾.

Percepción

Es la traducción de un estímulo y su valoración en estado consciente, uniendo la percepción encargada de la regulación con el relacionador para enlazar los modos de adaptación ⁽⁸⁾.

El modelo de adaptación de Callista Roy considera como pilares fundamentales del cuidado de enfermería a la persona, el ambiente, salud y la meta que se propone el profesional para la persona, y su cuidado es necesitado cuando la persona gasta más energía en el enfrentamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Este cuidado incluye las etapas organizadas que están relacionadas entre sí y dinámicas; de valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación ⁽⁸⁾.

Teniendo en cuenta que la persona es partícipe de forma activa en alcanzar una respuesta positiva o adaptable. Por lo que es posible la aplicación de este modelo a personas que han sido sometidas a una amputación ya que hay presencia de estímulos que representan una alteración de los cuatro modos de adaptación. Los cuidados no deben sólo enfocarse en un ambiente hospitalario, sino en el entorno más conocido por la persona, como su domicilio y considerar su condición social, económica, cultural que son específicas de cada individuo.

○ 2.2 Marco Conceptual

Para una mayor comprensión de la investigación es importante tener claro algunos conceptos que se estarán exponiendo con reiteración en la redacción.

Amputación

Es la extirpación o corte de una extremidad (brazo o pierna) una parte del mismo por medio de traumatismo o cirugía ⁽¹⁰⁾. Este procedimiento se realiza para salvaguardar la vida o la salud ⁽²⁰⁾, se distingue entre ⁽²¹⁾:

- Amputación de partes blandas, que puede ser, por ejemplo, amputación de mamas.
- Amputación de extremidades, que puede ser, por ejemplo, amputación de muslo.

Etiología

Etimológicamente existen tres grandes grupos en los que se clasifican las amputaciones ⁽¹⁰⁾:

- **Amputación traumática**

Es a consecuencia de un evento que se da de forma traumática, pudiendo ser de manera completa, con la separación total del segmento amputado o sólo parcial ^(9, 20), puede producir falta de hueso, que suturar sea inviable o lesiones a nivel nervioso. La prevalencia de este tipo de amputación es en adultos jóvenes a causa de accidentes automovilísticos, laborales y deportivos ⁽¹⁰⁾.

- **Amputación sistémica**

Se dan cuando hay un flujo sanguíneo insuficiente hacia la extremidad, existen diferentes causas ^(10, 21):

Amputación por Diabetes Mellitus: es la primera causa no traumática de las

amputaciones en miembro inferior, esta enfermedad provoca ineficacia en la producción de insulina en el cuerpo de la persona, y habrá mayores concentraciones de glucosa, dando como consecuencias daños a nivel vascular y nervioso.

Amputación y enfermedad vascular periférica: ocasiona un síndrome de tipo arterioesclerótico que aunado a esto existen factores de riesgo que pueden provocar una isquemia progresiva en la extremidad. Esta situación y que la persona termine con una amputación aumenta con la edad avanzada.

Amputación por causa tumoral: Se efectúa para extirpar el tumor que pueden poner en peligro la vida de la persona, se considera que han ido en disminución por las diferentes terapias oncológicas como la radioterapia preoperatoria. Es significativa la cantidad de amputaciones que se realizan por cáncer de hueso, ya que son la tercera causa.

Amputación congénita

Dadas en el momento del nacimiento, son por problemas en el desarrollo del embrión. Ya que hay ausencia parcial o completa de un miembro o de una parte corporal. ⁽²¹⁾, en niños menores de 5 años es la principal causa de amputación y simboliza el 2.8% de todas las amputaciones ⁽¹⁰⁾.

Clasificaciones de las amputaciones: según intervención quirúrgica y según nivel músculo esquelético ⁽¹⁰⁾.

- **Clasificación según intervención quirúrgica:**

Amputación abierta: son aquellas intervenciones para preservar la mayor longitud de un miembro en su mayoría por causa traumática o para detener la infección, hay dos formas: circular o guillotina y colgajo ⁽¹⁰⁾.

Amputación cerrada: tiene el propósito de poderse adaptar en el muñón hecho una futura prótesis. Los muñones aptos para prótesis deben tener 3 características: figura suavemente

cónica, sensibilidad normal y buena cicatrización ⁽¹⁰⁾.

- **Clasificación según nivel músculo esquelético:**

Determinan muchas veces la capacidad de poder utilizar una prótesis o no ⁽¹⁰⁾:

Amputaciones Menores:

- Distales en los dedos.
- Transfalángicas.
- Transmetatarsianas.

Amputaciones Mayores:

- Hemipelvectomía.
- Desarticulación de cadera.
- Amputación transfemoral.
- Desarticulación de rodilla.
- Amputación transtibial.
- Desarticulación de tobillo.
- Amputación de Syme (es a nivel de tobillo).
- Amputación de Pirogoff (se trata de conservar una parte del hueso calcáneo).

Trastornos mentales que se asocian a la amputación

La persona con una amputación puede atravesar por varias dificultades no sólo físicas, ya que por el hecho de contar con un proceso de cicatrización es considerable, pero sufren de trastornos a nivel psicológico y emocional por la ausencia del miembro amputado ⁽¹⁰⁾.

Dolor Pos amputación:

Sensación de miembro fantasma: la persona tiene una percepción de sensación no

dolorosa en la zona amputada y se presenta en el 90% de ellas, junto con sensaciones de: aumento o disminución de temperatura, presión, parestesias y comezón ⁽¹⁰⁾.

Dolor de miembro fantasma: poseen la percepción de sensación dolorosa en la zona amputada, con características del dolor como: quemante, escozor, liberación de descargas eléctricas, punzante y calambres. Alcanza a durar días o meses e incluso en personas que no lo han tenido puede aparecer años después de ser amputados, aún no hay un consenso en la prevalencia de este padecimiento, pero se habla de entre el 0.5 al 100% ⁽¹⁰⁾.

Muñón Doloroso: se da en la parte del cuerpo donde se encuentra el muñón, con una incidencia del 10 al 22%. Usualmente ese dolor postoperatorio va en disminución hasta desaparecer, pese a ellos, otras personas experimentan dolor hasta la total cicatrización del muñón, pudiéndose convertir en algo crónico que imposibilita el uso de una prótesis ⁽¹⁰⁾.

Otros síndromes

Se ha evidenciado que en el 71% de personas con amputación pueden presentar un dolor a nivel lumbar con mayor prevalencia en personas con amputación por arriba de la rodilla pudiendo estar relacionados a los cambios biomecánicos que hace la persona en la marcha ⁽¹⁰⁾.

Trastornos psicológicos

Los trastornos psicológicos pueden llegar a ser muy complejos si no se realiza una intervención temprana, puesto que pueden interferir en la calidad de vida no sólo de la persona amputada sino de su núcleo familiar ⁽¹⁰⁾.

Complicaciones de las amputaciones

Existen múltiples factores de riesgo incapacitantes durante el proceso de la amputación que pueden ser identificados a tiempo para ser tratados ya sea que se presenten individualmente o varios al mismo tiempo ⁽¹⁰⁾.

Físicos

En el muñón pueden presentarse cambios en la circulación que derivan en coloración de la piel, infecciones, retraso en la cicatrización, retracción del muñón, prominencia ósea, atrofia muscular, edema, entre otras ⁽¹⁰⁾.

Sensoriales

En el área del muñón se puede percibir hipoestesia, hiperestesia, disestesia, parestesia o anestesia entre las principales alteraciones sensitivas ⁽¹⁰⁾.

Psicológicos

Origina un efecto preponderante que trascienden a otras áreas de la persona haciéndolo caer en detrimento emocional, en su autopercepción, la familia, afectando su salud mental ⁽¹⁰⁾.

Duelo

El proceso de duelo es el conjunto de variaciones psicológicas y psicosociales, o emocionales ante la experiencia de una pérdida. La capacidad de afrontamiento depende de tres aspectos ⁽¹⁰⁾:

Si las experiencias de la infancia fueron positivas, como el haber sido bien cuidado, experiencias enriquecedoras con el mundo exterior, haberse reforzado la confianza en sí mismo, es lo que permitiría a la persona poder equilibrar sus emociones internas y afrontar la pérdida ⁽¹⁰⁾.

Tener la experiencia de poder sobre los sentimientos afectivos hacia los demás, hacia sí mismo, sobre sentimientos negativos como: frustración, cólera, rabia, etc. que si no se cuenta con eso puede interferir con los sentimientos de confianza y aceptación de la realidad, produciendo sentimientos de desconfianza y ansiedad ⁽¹⁰⁾.

Haber tenido la vivencia de pedir perdón ante el daño hecho hacia los demás y hacia sí mismo, puesto que, este ejercicio promueve la confianza y tolerancia hacia la pérdida y actitud de aceptación ⁽¹⁰⁾.

Etapas del duelo:

- **Negación**

Es un método de defensa para poder mitigar una noticia muy impactante e inesperada ⁽¹⁰⁾.

- **Ira**

La ira se sustituye luego de la negación, teniendo sentimientos negativos, que pueden llegar a recaer a culpar a terceros por la situación ⁽¹⁰⁾.

- **Negociación**

Se empieza a tener contacto con la realidad durante tiempos cortos, porque pospone el acontecimiento para revertir la pérdida ⁽¹⁰⁾.

- **Depresión**

Seguido con el proceso la depresión prepara a la persona para la pérdida ineludible, se tiene más contacto con la realidad haciéndose conciencia de la ausencia, manifestado con: nostalgia, tristeza, aislamiento, etc. ⁽¹⁰⁾.

- **Aceptación**

La persona llega a comprender su situación, llegando al punto de que ésta no lo deprime o enfada ⁽¹⁰⁾.

Duelo en personas con amputación de extremidad superior o inferior

Se conoce que la amputación es un cambio radical en la persona, a nivel psicológico, biológico y social, dándose así una alteración de la imagen corporal que tenían de su cuerpo antes de la amputación y durante su proceso de duelo requieren un reacondicionamiento de la imagen corporal para su adaptación. El rango de la pérdida de una parte del cuerpo se ha llegado a comparar con la muerte de una persona amada y afecta más la pérdida de la parte del cuerpo que volverse minusválida. La persona con amputación suele sentir desvalorización cuando lo ven, generando sentimientos que desintegran el concepto de su propio ser, esto produce vergüenza, dedicando periodos a ocultar la extremidad amputada hasta a su propia familia. Considerando que la amputación es un evento perturbador se necesita de herramientas internas y externas para sostener, afrontar y salir a flote del duelo que con ayuda de profesionales de la salud y familia mediante el reconocimiento de la capacidad de aceptación de sí mismo y social y poder apoyarlo para generar una adaptación eficaz. Ya que muchas veces por querer alcanzar estándares inalcanzables de belleza por la presión mediática de que el cuerpo debe estar integrado plenamente pudiéndose llegar a pensar que la amputación derivará en una afectación educativa o laboral. De ahí la importancia de enfrentar el duelo en cada etapa para aprender a vivir sin lo que ya no existe, recordándolo con poco o sin ningún dolor ⁽²²⁾.

Pronóstico de sobrevida

Posterior a la amputación de una extremidad inferior secundaria a isquemia en promedio la supervivencia es de un 75% luego de un año, 50% luego de tres años y 35% luego de cinco años tras la amputación ⁽²⁰⁾.

Pronóstico de factores de rehabilitación

La edad es un factor muy decisivo en la consecución de resultados positivos por la capacidad funcional, también la longitud que se le haya dejado al muñón, tipo de amputación y si fue bilateral o no, el hecho de que tengan comorbilidades a nivel cardíaco parece ser un

factor negativo, también el dolor posterior puede llegar a ser incapacitante, no contar con un empleo antes de la cirugía que pueda incentivar a la marcha y un sentido de motivación ⁽¹⁰⁾.

○ **2.3 Marco Empírico**

Amputación es un término proveniente del latín, *amputatio-onis*, que se define como; aquella acción y consecuencia de amputar, y amputare es la connotación de separar o cortar definitivamente del cuerpo un miembro, por ende, y es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos en la historia de la humanidad. A través de miles de años, las amputaciones han tenido diversos propósitos como; punitivos, rituales y terapéuticos ^(10,20).

Existen evidencias de amputaciones desde hace unos 2000 años a. C. en la región de la India, y por motivos médicos Hipócrates fue el primero en registrarlo, pero no ha sido hasta el siglo XX cuando estos procedimientos se han hecho seguros, con altas posibilidades de rehabilitación debido a la experiencia por las guerras en la historia de la humanidad, ya que además de irse venciendo el dolor, la hemorragia y la infección, se fue perfeccionando la técnica en rehabilitación y prótesis, producido así cambios sustanciales en el presente y futuro de todos aquellos pacientes que requieren de este tipo de procedimientos terapéuticos ^(10,20).

En un estudio de revisión bibliográfica realizado en el 2017 se plantearon analizar el impacto que produce la amputación, por ser un acto irreversible, siendo comparada la reacción emocional del paciente con un estado de duelo por la pérdida de la pareja, pasando por una negación y embotamiento a nivel cognitivo, las alteraciones de la imagen corporal tienen grandes repercusiones en el autoconcepto y la autoestima, y no hay un consenso concreto para el tratamiento psicológico que facilite la adaptación a una nueva imagen corporal, en el cual concluyen que es sorprendente la escasez de información acerca de la imagen corporal relacionada con pacientes amputados, así como la carencia de instrumentos que evalúen la imagen corporal en dichos pacientes, particularmente en pacientes con cáncer de nariz sometidos a una amputación de la misma y que es urgente una comprensión más profunda de este problema, así como el establecimiento de estrategias específicas, más adecuadas para la atención psicológica que se requiere en este tipo de pacientes, sus parejas, sus familias y, además, de todo el equipo sanitario especializado ⁽¹⁵⁾.

En una investigación realizada en Ecuador en el año 2017 se plantearon establecer un análisis correlacional entre el impacto emocional y la prevalencia del síndrome del miembro fantasma a 40 usuarios amputados, para ello hicieron un estudio no experimental de corte transversal correlacional con una muestra de selección intencionada y obtuvieron que el 62.5% de usuarios con síndrome de miembro fantasma presentaron depresión y ansiedad ⁽¹⁾.

Otro estudio relacionado con el tema de investigación fue el realizado en Guatemala en el 2018, el cual tuvo como objetivo describir las características de los pacientes con amputación traumática atendidos quirúrgicamente en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios, del 2012 al 2016. La población estudiada fue de 179 expedientes, correspondientes a pacientes con amputaciones de causa traumática. Como resultado obtuvieron que predominó el sexo masculino con una razón de 2:1, con una edad media de 33.08 años. El 22.35% de los pacientes pertenecía a las edades de 0 a 10 años. El 38% de pacientes sin ninguna escolaridad. Se determinó que las ocupaciones más vulnerables fueron: cuidados domésticos con el 20.67% y estudiante con el 18.44%. El 24.58% refirió estar desempleados. El 37.43% de los casos fueron causados por accidentes de tránsito. La extremidad inferior fue la más afectada con el 51.40% y la región anatómica más vulnerable fueron, los dedos de las manos con el 36.31%. El paciente más afectado fue de sexo masculino, menor de 10 años, sin nivel de escolaridad y sin ocupación. Se amputaron con más frecuencia los dedos de manos y pies ⁽²¹⁾.

Para el año 2017 en México un grupo de investigadores en psicología llevó a cabo un estudio descriptivo en 4 personas para conocer el proceso del duelo sufrido por la amputación de alguna extremidad ya sea superior o inferior, lograron identificar que las personas que sufrieron una amputación relacionado a un accidente traumático el sentimiento de vergüenza y odio son expresados con mayor intensidad que en los participantes que han tenido una cirugía de este tipo por enfermedad ⁽²²⁾.

Una investigación fenomenológica, cualitativa realizada es Estados Unidos en 2016 donde participaron 69 personas que sufrieron una amputación traumática, más del 50% de ellos los diagnosticaron con algún tipo de problema de salud mental, como depresión clínica, teniendo como consecuencia desórdenes alimenticios como no comer o hacerlo en exceso, o

adicción a algún estupefaciente dando una mala calidad de vida convirtiéndose en una cuestión de problema social ⁽²³⁾.

Una investigación realizada en España en el 2014 se planteó fundamentar teóricamente las intervenciones enfermeras en el postoperatorio tardío en pacientes amputados portadores de prótesis, enfocándose principalmente en la valoración de la piel del muñón y la evolución de la cicatriz en amputados. Para ello realizaron una revisión bibliográfica y obtuvieron que las deficiencias en las indicaciones postquirúrgicas relacionados con el uso de un correcto vendaje, una postura adecuada, realización de curas necesarias, una dieta alta en proteínas, el cuidado de la piel, la evolución de la cicatriz en amputados, así como la altura y nivel de la amputación y el miembro en el que se ha producido la intervención, son algunos de los factores que suponen un retraso en la protetización y posterior rehabilitación del paciente amputado, concluyendo que desde una perspectiva de enfermería se debe profundizar en los aspectos educativos, implicando al paciente y cuidador en los aspectos relevantes y haciendo visible la importancia de la continuidad de cuidados de la piel del muñón y la cicatriz en el domicilio del paciente día a día ⁽²⁴⁾.

Otro de los estudios realizados en relación al tema de investigación es uno que fue llevado a cabo en Cuba en el año 2016, en el cual se propuso establecer una pauta de tratamiento a partir de la información disponible sobre la rehabilitación de pacientes amputados de miembros inferiores como formato de protocolo de actuación basado en la evidencia. Los autores consideran que la rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior es un proceso en el cual se incluye el manejo físico, psicológico, ocupacional y no solo la simple restitución del miembro amputado y que el tratamiento global se debe considerar como un procedimiento dinámico continuo, que comienza en el momento de la lesión y continúa hasta que el paciente haya alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo ⁽²⁾.

Una investigación realizada en Perú en el año 2018 se planteó como objetivo determinar la percepción del paciente diabético amputado sobre su imagen corporal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en junio del 2017, para esto realizaron una

investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes diabético amputados. La técnica que utilizaron fue la entrevista y un cuestionario. Obtuvieron que los pacientes diabéticos amputados sufren la percepción de su imagen corporal desfavorable en un 60%, y favorable 40%; el aspecto físico es desfavorable en 53%; el aspecto psicológico es desfavorable en 33%, el aspecto social es desfavorable en 60%. Finalmente concluyen que la gran mayoría de las personas diabéticas amputadas presentan una percepción desfavorable en su imagen corporal después de una amputación mayor como es el miembro inferior ⁽²⁵⁾.

En 2013 Bartra en Perú realizó una investigación donde tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. Para esto hicieron una investigación cuantitativa, aplicada, descriptiva de corte transversal; se trabajó con el diseño descriptivo simple y la muestra estuvo conformada por 50 pacientes con pie diabético y pacientes amputados. Para medir la variable percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario modificado concluyendo que la mayoría presentan percepción desfavorable, referida en el aspecto físico por manifestar que antes de amputarle el miembro se sentían más atractivos; en el aspecto psicológico porque les mortifica pensar que podría perder alguna otra parte de su extremidad inferior y en el aspecto social sienten ser una carga para su familia, además sienten que su familia muestra desinterés cuando piden ayuda para realizar alguna actividad ⁽²⁶⁾.

En el 2007 Retana realizó en San José, Costa Rica una investigación llamada: “La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional”, donde confeccionaron una guía de entrevista a profundidad para analizar desde las categorías de la inteligencia emocional: 1) habilidades intrapersonales, 2) habilidades interpersonales, 3) manejo del estrés, 4) adaptabilidad y 5) estado de ánimo positivo, la manera en que los participantes afrontaron la inestabilidad emocional y familiar de personas con una amputación traumática atendidas en el Instituto Nacional de Seguros de Costa Rica (INS), siendo un estudio cualitativo de naturaleza descriptiva e interpretativa, con una muestra de 8 personas seleccionadas a conveniencia que procedían de varias partes del país con edades entre 20 y

30 años, 4 eran mujeres y 4 hombres, dentro de los resultados destacaron que existe un mayor efecto negativo cuando la amputación se da por causas traumáticas, tanto social como emocional, obstaculizando el hecho de aceptación de su nueva imagen corporal, llegando a afectar incluso a los demás miembros de la familia ⁽²⁷⁾ .

Por otra parte, Ruiz en el 2008 realizó un estudio en Guanacaste, el cual pretendía analizar el proceso de ajuste personal, familiar y laboral de cuatro personas adultas, con discapacidad física adquirida por un accidente, tomando en cuenta los recursos y barreras que intervienen en este proceso. Dos eran mujeres que había sufrido un accidente donde perdieron uno de sus ojos, y dos eran varones que debido a un accidente perdieron una de sus extremidades inferiores, cabe destacar que todos se acogieron a la pensión, la investigación utilizó una metodología cualitativa de comparación constante, igualmente utilizaron un instrumento de elaboración propia con preguntas abiertas, a profundidad, que permitieron el ordenamiento de la información en las siguientes categorías 1) género, 2) accidente, 3) Resiliencia de un proceso de ajuste, 4) Lo “no-dicho”, 5) El papel de la psicología en el proceso de ajuste, llegaron a la conclusión de que estas personas al tener limitaciones físicas tenía problemas para desplazarse limitando su autonomía , dificultad de aceptación por su cambio de imagen corporal, y resaltaba el apoyo familiar en el proceso de ajuste a la incapacidad, pero existiendo sobreprotección al inicio del proceso ⁽²⁸⁾.

Otro estudio realizado en San José en el año 2011 por Chaverri tuvo como propósito analizar las repercusiones del desempleo en la autonomía y la participación social de un grupo de profesionales con discapacidad física y visual durante su búsqueda de empleo, con una metodología de aproximación cualitativa, de carácter exploratorio, su muestra fue de 8 personas, donde les aplicaron un cuestionario y una entrevista. El cuestionario era para conocer datos demográficos, y la entrevista para que se expresaran con libertad sobre el tema estudiado. Los participantes contaban con edades entre los 25 y 42 años, cuatro tenían discapacidad visual (2 mujeres y 2 hombres) y cuatro habían sido amputados, (2 mujeres y 2 hombres), luego del análisis de las entrevistas los datos fueron agrupados en 3 categoría: 1) Perfil sociodemográfico, 2) Barreras para el empleo, 3) Autonomía y participación social, para concluir que tener un grado profesional no garantiza una incorporación laboral

inmediata, los salarios no corresponden con su nivel académico, afectando directamente su autonomía, y por tanto la mitad de los participantes por ese motivo aún viven con su familias. También los participantes percibieron que en el entorno laboral existían actitudes de discriminación, rechazo, maltrato, lástima, menosprecio o sobreprotección ⁽²⁹⁾.

- **Capítulo 3**

3 Marco Metodológico

○ 3.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación se realizó para optar por un postgrado en enfermería quirúrgica, se utilizó la modalidad de trabajo de investigación aplicada, la cual se caracteriza según el Reglamento del sistema de estudios de postgrados y el Reglamento de postgrado en ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica (1980) como la culminación de un trabajo de investigación original cuyo valor científico, artístico o literario deberá ser congruente con el grado académico que se pretende alcanzar ⁽³⁰⁾.

El tipo de investigación seleccionado para el desarrollo del presente trabajo correspondió a la investigación cualitativa, la cual, “significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas”, obteniendo una visión general del tema estudiado ⁽³¹⁾.

Por las razones anteriores, resultó vital poder utilizar este tipo de enfoque en la realización de esta investigación, ya que permitió un acercamiento más profundo hacia la población para lograr la comprensión de su realidad y sus puntos de vista.

Por otro lado, la investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevistas, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas ⁽³¹⁾.

El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigan) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad ⁽³²⁾.

Lo que se buscó por medio de la investigación cualitativa precisamente fue

profundizar en las perspectivas de las personas participantes del estudio, conocer sus opiniones, sentimientos y conductas para poder llegar a comprenderlas en profundidad, extraer conclusiones y principalmente comprender sus necesidades.

Una vez concebida la idea del estudio, las investigadoras se familiarizaron con el tema en cuestión. Aunque el enfoque cualitativo es inductivo, se necesitaba conocer con mayor profundidad el “terreno que estamos pisando” ⁽³²⁾.

Debía existir una relación estrecha entre las investigadoras y la persona investigada, situación que es esencial dentro de la investigación cualitativa, “la amplia gama de conocimientos supone una relación entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. Se le llama amplia porque intervienen muchos determinantes históricos y sociales que van a influir en las formas de conocer y actuar de las personas” ⁽³³⁾. Por estas razones resulta de suma importancia conocer todos aquellos aspectos relacionados a la persona, ya que de esta manera se desarrolló la temática y permitió cumplir con los objetivos propuestos, que al final buscaba beneficiar a la población estudiada.

○ **3.2 Diseño de la investigación**

Con el diseño de la investigación se pretendió obtener un acercamiento al tipo fenomenológico descriptivo, el cual, “busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante que es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia”, reflejando su situación de la manera más auténtica ⁽³¹⁾.

Van Manen menciona que la investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada. Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. Es la exploración del significado del ser humano ⁽³¹⁻³⁴⁾.

Este diseño permitió cumplir con los objetivos de la investigación propuesta, gracias

a que profundiza en la persona y todo lo que está relacionado a ella. Este trabajo buscaba un acercamiento a la fenomenología descriptiva, al recoger las experiencias de las personas.

Se desarrollaron las 6 fases de la investigación fenomenológica ⁽³¹⁾:

1. Descripción del fenómeno: supone la experiencia completa y se describe de la manera más libre, trascendiendo de lo meramente superficial. En este trabajo se describieron ampliamente todos los aspectos relacionados con la cirugía de amputación y todo lo que conlleva la adaptación de estas personas.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas: Se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes. Para el desarrollo de esta etapa se llevó a cabo la búsqueda de información de diversas fuentes, entre ellas la información obtenida por medio de las entrevistas, las investigaciones realizadas sobre este tema y lo que propone la teoría de adaptación de Callista Roy.
3. Búsqueda de la esencia y la estructura: a partir de la reflexión las investigadoras analizaron el fenómeno y las relaciones de las estructuras y todo lo que involucra dentro de las mismas. En esta etapa realizaron un análisis de la información obtenida de las fuentes anteriormente mencionadas.
4. Constitución de la significación: las investigadoras profundizaron más en el análisis de la estructura, centrándose en la consciencia del fenómeno.
5. Suspensión de enjuiciamiento: se dió la suspensión de los juicios mientras se recogió la información y las investigadoras se familiarizaron con el fenómeno. Esto se llevó a cabo al momento de realizar las entrevistas, evitando hacer juicios de valor y centrándose únicamente en lo mencionado por los participantes.
6. Interpretación del fenómeno: de aquí se trata de sacar a la luz todos los significados que puedan estar ocultos. En esta etapa se hizo una interpretación de la información obtenida de las entrevistas, las referencias bibliográficas y la teoría de adaptación de Callista Roy.

Dentro de la investigación se pretendió cumplir con estas fases durante todo el proceso, de esta manera se asegura que sea completa y que se cumpla con el fin para el que fue propuesta.

○ 3.3 Población

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2000 las personas amputadas en la provincia de San José fueron 10141, siendo esta la población total ⁽³⁵⁾.

La población para la presente investigación se constituyó en personas sometidas a una amputación que accedían voluntariamente a ser partícipes del desarrollo de la investigación. Se reconoce que al ser una población minoritaria cumple con el criterio de ser vulnerable, por ser parte de la comunidad con necesidades especiales; sin embargo, para cumplir con los objetivos de la investigación y aumentar el conocimiento en las necesidades de cuidado de esta población fue necesario realizarla específicamente en ellos.

Tal y como se planteó en la justificación del trabajo, la difícil situación que viven estas personas evidencia la necesidad de conocer a profundidad sus vivencias. Desde los determinantes sociales de la salud, se busca que exista una equidad en el acceso a los servicios de salud, esto quiere decir que se permita que el acceso de la salud sea universal de acuerdo a los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud (APS), en el que se menciona que el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

De acuerdo a este principio, se le debería asegurar que tengan un acceso a los servicios de salud adecuado, pero para considerar que sea de esta forma se deben conocer las vivencias de esta población y principalmente que el personal de salud las conozca para brindar un abordaje integral a los mismos.

Para garantizar la protección de esta población, se utilizaron los principios de bioética mediante el anonimato y confidencialidad establecidos en la fórmula de consentimiento

informado. El reclutamiento de participantes se llevó a cabo por medio de la referencia directa por parte de una de las investigadoras y se contactó al participante mediante mensajes de texto o llamadas telefónicas para conciliar la reunión. El contacto inicial partió directamente con una de las investigadoras, lo que aseguró un canal de comunicación horizontal con la persona.

○ **3.4 Criterios de inclusión:**

Al ser una población heterogénea resultó entonces de importancia definir criterios de inclusión y exclusión, los cuales se definirán a continuación:

1. Personas con amputación de mano, antebrazo, brazo, pie, pierna o muslo.
2. Personas con no más de 5 años desde la realización de la amputación.
3. Mayores de 18 años.
4. Que se encuentren viviendo en la GAM.

○ **3.5 Criterios de exclusión:**

Los siguientes se consideraron como criterios de exclusión porque son situaciones y condiciones que hubieran dificultado la realización de las entrevistas y la recolección de la información y porque era necesario la grabación de las entrevistas, para el posterior análisis de la información.

1. Personas bajo efectos de drogas psicoactivas (drogas ilegales).
2. Personas con alteraciones cognitivas.
3. Personas que manifiesten estar pasando por estrés postraumático.

○ **3.6 Muestra**

La elección de los participantes se realizó con un muestreo de tipo intencional, tomando en cuenta el propio juicio de las investigadoras para seleccionarlos, ya que los

mismos debían de cumplir con las características de interés de la investigación para no tener sesgos que pudieran alterar los resultados ⁽³¹⁾. Para determinar la cantidad de participantes en la muestra se tomó el criterio de saturación, el cual es: “el criterio para juzgar cuándo debe detenerse el proceso de selección de los diferentes grupos o informantes”, hace referencia a que ya por alcanzado el punto de saturación, no se encontraron nuevos datos, no obstante, y cuando se satura una categoría de análisis, será tarea de las investigadoras, conseguir un nuevo grupo que brinden datos a las restantes categorías de análisis para lograr así conseguir la saturación de todo el esquema interpretativo que se llevó a cabo a lo largo de toda la investigación ⁽³¹⁾. Para esta investigación se alcanzó una saturación con el entrevistado número 19.

○ **3.7 Lugar**

Las entrevistas a profundidad iban a ser realizadas en un aula de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, sin embargo, la recolección de la información se hizo en el año 2020, periodo en el que por motivos de la pandemia por SARS COV-2 el Ministerio de Salud de Costa Rica como ente rector de salud a nivel nacional emitió medidas de prevención, y ordenó cerrar todas las instituciones públicas que no brindaran servicios esenciales, suspendiendo toda actividad académica que implicaba el contacto directo con otras personas, es por esta razón fue necesario realizar las entrevistas en un lugar a conveniencia del entrevistado tomando como criterio que este lugar sea de comodidad para el participante, contó con un ambiente privado y seguro, donde se pudiera recibir a las dos investigadoras, además de asegurar el cumplimiento de las medidas de prevención tales como mantener distancia evitando en la medida de lo posible el contacto físico, el uso de mascarilla KN95 y el lavado de manos antes y después de realizar la entrevista.

○ **3.8 Técnica de recolección de datos**

La técnica de entrevista a profundidad permitió ahondar las vivencias de estas personas desde su propia realidad y consciencia. Por medio de las entrevistas se les pidió a uno o varios participantes que narren sus experiencias, en términos generales o sobre uno o

más aspectos específicos ⁽³²⁾.

Sobre este aspecto se logró conocer a profundidad a las personas y sus condiciones por medio del uso de las entrevistas. Esta técnica requiere que las entrevistadoras sean hábiles y que sepan llegar a aspectos más profundos de las personas. Las investigadoras ponen atención al lenguaje y estructura de cada historia y las analizaron, tanto de manera holística (como un “todo”) como por sus partes constitutivas ⁽³²⁾.

Para llevar a cabo esta técnica de manera adecuada y que ayudó a cumplir con los objetivos propuestos se llegó a una relación empática con las personas, lo que facilitó una conversación fluida sobre el tema y no se le juzgó su actuar o decisiones; se promovió que la persona se expresara con libertad, se cumpliéndose el papel de “guía” de la conversación que se llevó a cabo. En la entrevista a profundidad las entrevistadoras deseaban obtener información sobre determinados problemas y a partir de él establecieron una lista de temas en relación con los que se focalizan en la entrevista, quedando ésta a la libre discreción de las entrevistadoras, quienes podrán sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinados factores, etc..., pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano ^(33, 36).

Mediante la entrevista se buscó poder obtener la información necesaria para el desarrollo de la investigación, buscando motivar la conversación sin estructuras, permitiendo la libertad en la expresión del participante. (Ver tabla 1.).

○ **3.9 Fases de la investigación:**

El trabajo de investigación se organizó en fases, de manera que dirigieron a las investigadoras de forma ordenada hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Además, estas fases le brindaron un panorama claro sobre qué, cuándo, dónde y cómo podrá encontrar la respuesta a dichos objetivos. Las fases son ⁽³¹⁾:

● **Fase preparatoria**

Esta primera fase es la inicial y se divide en dos etapas; la reflexiva y de diseño que a continuación serán descritas:

Etapa reflexiva

En esta etapa las investigadoras se esforzaron por desarrollar éticas situacionales que aplicaran a cualquier actividad de investigación, las mismas intentaron determinar su tópico de interés y describieron las razones por las cuales han elegido el tema de estudio, sin embargo, este tema no tiene que estar delimitado precisamente, ya que podría abarcar un tópico más general. Además, indica que posterior a la elección del tópico buscaron la información necesaria existente sobre el tema de estudio. El último paso en esta etapa, es el marco teórico que utilizaron las investigadoras como una referencia en todo el proceso.

En este trabajo, posterior a la elección del tema de investigación, fue necesaria una búsqueda exhaustiva de todos aquellos temas que pudieran estar relacionados con personas sometidas a una amputación. Seguidamente, al observar que la información existente era variada y muy amplia, se realizó el marco referencial que constituyó la gran base para el desarrollo de toda la investigación.

Etapa de diseño

En esta etapa se planificó lo que se realizó, es de suma importancia la identificación y desarrollo de una cuestión de investigación, así como de un conjunto de hipótesis, aparte, se dio escogencia al escenario de la propia investigación, y se establecieron las estrategias de muestreo, asimismo se clasificaron tanto los métodos como las estrategias de análisis de datos que se llevaron a cabo.

○ 3.10 Trabajo de campo

Hasta este momento las investigadoras habían permanecido fuera del campo, en esta parte del estudio tenían que enfrentar decisiones relacionadas con el acceso al campo, recogida de datos, así como del abandono del campo. Esto se divide a su vez en dos etapas (31):

Acceso al campo

Es el proceso por el que las investigadoras fueron accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio. El primer paso en el campo es el más difícil, ya que las observaciones pueden no estar del todo centradas y además, es aquí donde las investigadoras empiezan a conocer a las personas, sus hábitos, costumbres, actitudes, así como la construcción de un esquema mental que las dirigió a conocer el lugar, así como a familiarizarse con las normas y reglas del lugar, sean estas, formales o informales. Posterior a esto, fue necesario que las investigadoras identificaran quién o quiénes eran los informantes claves del estudio, quienes no sólo debían conocer el lugar, ambiente y a las personas, sino que también debían tener la capacidad de expresarse con claridad, tener la habilidad de reflexionar, además que era esencial contar con tiempo para ser entrevistados.

Para poder localizar a la población se tomaron como referencia a personas que cumplieron con los criterios de inclusión, inicialmente a conveniencia de las investigadoras, es decir, personas conocidas por las mismas, las cuales se contactaron inicialmente y estas continuaron la referencia a otras personas desconocidas que estuvieron interesadas e interesados en participar de la investigación. Esto se cumplió mediante la captación de la muestra por la técnica “bola de nieve”, donde los candidatos reclutan a otros nuevos candidatos entre sus conocidos.

Recogida productiva de datos

Cuando las investigadoras se sintieron a gusto y relajadas y se logró centrar en lo que estaba sucediendo, y los participantes comenzaron a entender qué es lo que se estaba estudiando y reconocían el interés especial de las investigadoras, entonces se puede facilitar mucho más la información indagada. Cuando lo anterior se concretó, se decidió iniciar con la fase de recolección de datos. Junto a esta etapa iba emergiendo el análisis de datos donde se excluyó la información que resultaba innecesaria para cumplir con los objetivos propuestos por las investigadoras.

○ 3.11 Análisis del contenido

Esta fase se inició luego de abandonar el escenario, es un proceso sistematizado que muchas veces permanece implícito en el actuar de un investigador; para llevar a cabo esta etapa se realizaron ciertas tareas que constituyen el proceso analítico básico los cuales consistieron en: 1) reducción de datos: 2) disposición y transformación de datos y 3) obtención de resultados y verificación de conclusiones; es importante aclarar que entre estas tareas no siempre se puede establecer una sucesión, pueden ocurrir de manera simultánea y no todas están presentes en el trabajo de las analistas ⁽³¹⁾.

Para realizar el análisis de los datos recogidos por medio del instrumento, se utilizó la herramienta ATLAS Ti, la cual es un método que permite codificar los datos y construir la teoría mediante la relación entre los datos obtenidos, específicamente para las investigaciones cualitativas ⁽³²⁾. Se agregaron las entrevistas transcritas y con el apoyo del programa los agrupó de acuerdo con categorías desde los modos adaptativos; fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.

Posteriormente para cumplir con los objetivos de la investigación, ahondar en las vivencias y experiencias de la población en estudio se utilizó el método de Colaizzi, porque permitió organizar y manejar los datos, esta propone que para ampliar el conocimiento de un fenómeno primero deben conocerse las fundamentaciones de este. Consiste en la definición del fenómeno de interés con base en la recolección de descripciones de los participantes, luego análisis secuenciales para depurar la naturaleza de la información y ratificación con los mismos participantes para llegar a elaborar una descripción exhaustiva del fenómeno en estudio ⁽³⁶⁾.

Con el método de Colaizzi se llevaron a cabo los siguientes pasos ⁽³⁷⁾:

1. Se leyó las transcripciones de las entrevistas de todos los participantes sobre sus vivencias en la adaptación tras la amputación.
2. Luego se sustrajo de las transcripciones declaraciones significativas para generar información relacionada al fenómeno investigado, respetando cada narrativa original de los entrevistados.
3. Seguidamente se empezó a generar significados formulados por las

investigadoras, siendo descripciones más generales de las declaraciones significativas.

4. Posteriormente las investigadoras empezaron a organizar los significados formulados por categorías desde los modos adaptativos; fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia, se identifican los principales temas de las declaraciones de los entrevistados y entrevistadas identificando las vivencias en común que ponen en evidencia cada categoría.
5. Esto generó temas emergentes dando lugar a la creación de categorías teóricas.
6. Las descripciones se vuelven a las declaraciones de los participantes para validar los hallazgos.
7. Y finalmente el resultado es una explicación del fenómeno que se captura a través de las experiencias de los entrevistados y entrevistadas.

Dichas transcripciones y el análisis de los datos proporcionaron a las investigadoras la realización de sus reflexiones sobre las experiencias de los participantes con un mayor empoderamiento que reflejaba los pensamientos y sentimientos expresados por las personas entrevistadas.

Codificación de datos

Para etiquetar los textos de las entrevistas en el trabajo se utilizaron códigos, estos son enunciados cortos ⁽³⁸⁾. Para esta investigación todas las entrevistas grabadas fueron transcritas fielmente, codificando a los entrevistados como: E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-6, E-7, E-8, E-9, E-10, E-11, E-12, E-13, E-14, E-15, E-16, E-17, E-18, E-19. La información fue agrupada en las categorías anteriormente establecidas.

Categoría de análisis

De acuerdo con Cisterna para el análisis de información son las investigadoras quienes le otorgan significado a los resultados, uno de los elementos básicos fue la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información, así mismo se

distinguieron entre categorías que denotan un tópico en sí mismo y en subcategorías que detallan dicho tópico en micro aspectos ⁽³⁸⁾.

Cisterna refiere que las categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación, lo que se relaciona con la distinción que establece.

Al elaborar el instrumento se realizó una categorización preliminar de las categorías y subcategorías de acuerdo a la Teoría de Callista Roy ⁽⁸⁾, esto con la finalidad de determinar interrogantes para la recolección de datos y el posterior análisis de la información, por ello se confeccionó el siguiente cuadro:

Tabla 1: Categorización apriorística de categorías y subcategorías para elaboración de la guía de entrevista a profundidad:

Categoría	Subcategoría	Interrogante
Necesidades fisiológicas básicas	Oxigenación	¿Logra respirar sin dificultad o necesita de algún dispositivo para hacerlo? ¿Presenta alguna situación que altere su oxigenación? ¿Cuál y de qué manera?
	Nutrición	¿Cómo es su alimentación? ¿Es intolerante a algún

	<p>Eliminación</p> <p>Actividad y reposo</p>	<p>alimento? ¿Fue necesario que siguiera alguna dieta posterior a la amputación? ¿Qué tipo de dieta y por qué?</p> <p>¿Con qué frecuencia orina? ¿Cuáles son las características de la orina? ¿Con qué frecuencia presenta deposiciones? ¿Cuáles son las características de las deposiciones?</p> <p>¿Qué actividades realiza en su vida diaria? ¿Cuántas horas al día duerme?, ¿siente que descansa? ¿Cómo se siente con el tiempo que utiliza para dormir? ¿Siente que su sueño es reparador? ¿Por qué?</p>
--	--	---

	Protección	¿Cómo fue el proceso de cicatrización y curación?
Autoimagen	Yo físico Yo de la persona	¿Cómo se siente con su cuerpo desde la amputación y por qué? ¿Qué aspectos morales y éticos cree que posee y por qué?
Rol	Desempeño	¿En qué se desempeñaba antes de la amputación y en qué se desempeña actualmente?
Interdependencia	Amor Valores Enseñanza	¿Qué es para usted el amor? ¿Lo recibe por parte de alguna persona? ¿Cómo lo demuestra? ¿A quién se lo demuestra? ¿Qué valores cree que posee y por qué? ¿Considera que la situación de la amputación le dejó alguna enseñanza? ¿Cuál? ¿Qué conocimientos cree

	Sabiduría	que adquirió a partir de la intervención en relación a los cuidados que debe tener del muñón?
	Destrezas	¿Qué habilidades y destrezas considera que posee a partir de la amputación?
	Responsabilidades	¿Cómo interfiere ser amputado en el cumplimiento de sus responsabilidades? ¿De qué forma?
	Bienes materiales	¿Cómo dificulta la amputación a su acceso a bienes materiales? ¿De qué forma?
	Tiempo y talento	¿A qué se dedica en su tiempo libre? ¿Qué talentos posee? ¿Cómo los desarrolla?

Fuente: Elaboración propia.

Criterios de rigurosidad

Para asegurar el rigor metodológico existen diversos mecanismos y el más potente según Cisterna es la triangulación, el autor describe una serie de pasos a seguir, los cuales se describen a continuación ⁽³⁹⁾.

Selección de la información

La información obtenida se seleccionó de acuerdo con dos criterios que deben ser considerados en estos datos por su recurrencia o su asertividad relacionada a la pregunta, el primero es el de pertinencia, donde solo se tomó en cuenta los datos relacionados con la temática de la investigación y el segundo criterio valorado fue el de relevancia al estudio en cuestión ⁽³⁹⁾.

Triangulación de datos

Una triangulación de datos es la utilización de diversas fuentes de datos en un estudio ⁽³¹⁾, la inconsistencia en los hallazgos no disminuye la credibilidad de las interpretaciones y el análisis de las razones por las que los datos difieren sirve para analizar el papel de la fuente que produjo los datos en el fenómeno observado y las características que la acompañaban en el momento en el que el fenómeno se observó ⁽³⁷⁾.

Para esto en la investigación se utilizó la triangulación de datos provenientes de información recolectada por medio de las entrevistas realizadas, la teoría de adaptación propuesta por Sor Callista Roy y de la obtención de referencias bibliográficas de investigaciones realizadas sobre este tema. Cada dato proporcionado se usó para confrontarlos entre sí para el proceso de análisis de los resultados.

○ 3.12 Divulgación de la información

Esta fase consiste en la presentación y difusión de los resultados obtenidos en la investigación, por tanto, es la fase final del proceso. Por un lado, permite alcanzar una mayor

comprensión del fenómeno objeto de estudio además compartir esta comprensión con otras personas y los entrevistados ⁽³²⁾.

En esta investigación en particular, la fase informativa se llevará a cabo mediante una presentación de la tesis ante el tribunal de trabajos finales de graduación, por medio de un informe escrito y oral, según la normativa institucional.

Por otro lado, los resultados obtenidos en esta investigación serán enviados a los participantes por medio de un documento en forma digital, el cual resume la información más importante.

Al finalizar el proceso investigativo se planea realizar una publicación de los resultados en una revista científica, además de participar en congresos y seminarios relacionados con esta temática con el fin de informar a la población y motivar a realizar más investigaciones y así generar nuevo conocimiento.

En el proceso de obtención de resultados, para datos textuales, es necesario la descripción e interpretación aunada a esto para el proceso de alcanzar conclusiones, verificación de conclusiones y estimación de criterios de calidad, los autores refieren que debe existir una consolidación teórica y una adecuada triangulación ⁽⁴⁰⁾.

En la presente investigación se describieron las vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación y posteriormente se realizó una interpretación de los datos obtenidos a través del sistema conceptual expuesto por la teorizante Roy.

En la investigación cualitativa se habla de una validez epistemológica, validez de consenso o validez "cara a cara", es decir, la credibilidad está lo suficientemente garantizada, porque el texto se encuentra correctamente triangulado, está basado en indicadores naturales, adaptado correctamente a una teoría, es comprensivo en su enfoque, creíble en sus

mecanismos de control utilizados, consistente en los términos de su reflexión y representa de forma profunda, clara y completa las características del contexto y el sentir de los otros, minimizando al máximo la pérdida de información relevante ⁽⁴⁰⁾.

○ **3.13 Consideraciones éticas**

Un alcance importante de la investigación fue la obtención de los consentimientos informados firmados por las personas participantes, asegurando así la recolección de información bajo las normas legales y éticas requeridas.

La investigación al estar centrada en las personas y sus testimonios, se basó en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, respeto y justicia que establece el informe de Belmont publicado el 30 de septiembre del año 1978 ⁽³⁸⁾.

El principio de respeto a las personas se relaciona con la autonomía de las mismas, para hacer valer este principio es necesario que las personas en estudio sean tratadas de forma autónoma según su capacidad de actuar y que las que presenten una autonomía disminuida sean protegidas y que alguien asuma su tutela, por tanto, la responsabilidad de sus actos y decisiones. Para esto fue necesario informarle a la persona sobre el estudio en el cual participa, así como los posibles efectos y alternativas que podría tener, siempre tomando en cuenta el nivel cultural y emocional de la persona, proporcionando intimidad y privacidad, dándoles oportunidad de decidir sin que sean presionados o coaccionados.

El principio de beneficencia se enfoca básicamente en hacer el bien y maximizar los beneficios que podía recibir la persona producto de ser partícipe de la investigación y el principio de no maleficencia consiste en evitar hacer daño a las personas. La justicia por su parte significa dar a cada uno lo suyo, sin ningún tipo de discriminación, estableciendo criterios de igualdad entre las personas ⁽⁴¹⁾.

Para llevar a cabo la investigación se aplicó a las personas la fórmula de consentimiento informado, el cual brindó información sobre el estudio, permitiendo así tomar la decisión de participar voluntariamente en la investigación, haciendo valer el principio de

respeto y autonomía.

○ **3.14 Criterios de calidad**

Las estrategias más utilizadas para dar calidad a la investigación, garantizar el rigor y la confianza de los hallazgos obtenidos, son las siguientes ⁽⁴⁰⁾:

- **Credibilidad:**

El valor de verdad/credibilidad se refiere a la confianza que ofrecen los resultados de la investigación, basado en la capacidad explicativa y en la consistencia entre los diferentes puntos de vista y perspectivas, que se establecen entre los datos recogidos y la realidad, para la presente investigación se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

- **Triangulación:**

Permite contrastar las observaciones desde las diferentes perspectivas de tiempos, espacios, teorías, datos, fuentes y disciplinas, para llevar a cabo este estudio se analizaron diversos autores, investigaciones, libros y teorías.

- **Recogida de material de adecuación referencial:**

Grabaciones en audio y otros documentos que permitan un contraste posterior de la información, durante la fase de recolección de los datos, se obtuvieron grabaciones de audio de las entrevistas realizadas, al mismo tiempo que se tomaron apuntes de lo referido por las informantes, permitiendo recolectar toda la información pertinente.

- **Transferencia:**

La aplicabilidad/transferencia se refiere a la posibilidad de transferir los resultados obtenidos en ese contexto a otros contextos similares, bajo una investigación en idénticas condiciones y para esto debe haber:

- **Muestreo teórico:**

Es la estrategia para maximizar la cantidad de información recogida a la hora de documentar hechos y situaciones, para una posterior comparación de escenarios respecto a lo común y lo específico, consistente en un muestreo no probabilístico.

- **Descripción en profundidad:**

Son las descripciones exhaustivas y minuciosas del contexto, la idea es hacerlas extensivas y generalizables a otros lugares, debe haber amplia recogida de información y la diversificación de la información recogida permitirá más fácil comparación entre distintos escenarios.

- **Dependencia:**

La consistencia/dependencia se refiere a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos hallazgos, para efectos de esta investigación se tiene:

- **Establecer pistas de revisión:**

Supone dejar constancia de cómo se recogieron los datos, cómo se seleccionaron los informantes, qué papel desempeñaron las investigadoras, cómo se analizaron los datos, cómo se caracterizó el contexto, lo cual permitirá comprobar la estabilidad de los resultados en momentos diferentes y por otros investigadores, dicha información se detalla en el marco metodológico del presente estudio.

- **Auditoría de dependencia:**

Es el control de calidad externo, para evaluar en qué medida las precauciones tomadas por el investigador son adecuadas o no, para el desarrollo del estudio las investigadoras recibieron auditorías de manera regular.

- **Confirmabilidad:**

La neutralidad/confirmabilidad es la independencia de los resultados frente a motivaciones, intereses personales o concepciones teóricas del investigador, es la garantía y

seguridad de que los resultados no están sesgados, para esto se necesita:

- **Auditoría de confirmabilidad:**

Es la comprobación por un agente externo de la correspondencia entre los datos y las interpretaciones llevadas a cabo por el investigador, en este aspecto se resalta el papel fundamental del director y los lectores, los cuales se encargan de estar comprobando la información.

- **Descriptores de bajo nivel de inferencia:**

Son registros lo más fieles posibles a la realidad de donde fueron obtenidos los datos (transcripciones textuales, citas, referencias directas, etcétera), por lo cual para esta investigación se hicieron transcripciones textuales de las grabaciones tomadas, al mismo tiempo se incluyeron los apuntes de las investigadoras que surgieron durante las entrevistas, para posteriormente realizar una interpretación de los datos.

- **Ejercicio de reflexión:**

Corresponde a explicitar a la audiencia los supuestos epistemológicos que permiten al investigador formular las interpretaciones.

- **Capítulo 4**

4 Resultados y Análisis

4.1 Resultados

El análisis de resultados de esta investigación se hará en relación al modelo de adaptación de Callista Roy, el cual fue considerado a partir de sus categorías y también tomando en cuenta la bibliografía consultada.

Debido a que los individuos son seres holísticos deben ser vistos de forma biopsicosocial y espiritual, siendo el ambiente que lo rodea una constitución de sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias, entre otros que establecen cómo se enfrentará a los estímulos del medio.

El modelo de adaptación de Roy considera que las y los enfermeros deben promover la adaptación y el estímulo, dado que considera a los grupos y personas con la habilidad de afrontar los cambios en su entorno y que mediante la ayuda de enfermeros y enfermeras que tienen el conocimiento sobre las personas, así como del entorno pueden progresar de manera sólida hacia la salud ⁽⁸⁾.

Para esta investigación participaron un total de 19 personas los cuales tenían al menos una amputación ya sea de mano, antebrazo, brazo, pie, pierna o muslo siendo esta con no más de 5 años de realizada la misma, todos mayores de 18 años que se encontraran viviendo en la GAM, llevando a cabo la reunión con cada uno de ellos en un sitio a conveniencia del entrevistado, privado, guardando las medidas de prevención por COVID-19.

A cada participante se le explicó a detalle el objetivo de la investigación, leyendo en su totalidad el consentimiento informado, se aclararon las dudas si las había, y seguidamente se procedió a la firma del mismo, esta fue grabada en un celular, brindándoles el tiempo necesario para su expresión que en promedio fue de 1h.

Los datos que se obtuvieron mediante las entrevistas se procesaron mediante la

triangulación y llegando a la saturación de los datos de acuerdo con las categorías anteriores mencionadas desde el modelo de Callista Roy.

4.2 Análisis

Modo de adaptación fisiológico y físico:

En el primer apartado del análisis se logró no sólo conocer el estado de salud de los entrevistados sino también la adaptación que tuvieron relacionado a las necesidades básicas, las cuales intervienen en su función y actividades, lo que es de gran importancia debido a que permite descubrir la manera con la que el sistema de adaptación del entrevistado expresa su adecuación con relación a las fuentes básicas operativas.

Oxigenación

La primera necesidad básica que se indagó en los entrevistados fue la oxigenación, la cual según explica Callista Roy en su modelo teórico son los procesos por los cuales el oxígeno se mantiene en el cuerpo, los procesos responsables de la oxigenación para la formación de tejidos ⁽⁸⁾, la totalidad de los entrevistados refirieron no tener actualmente ningún problema relacionado con la oxigenación producto del proceso de amputación:

... *“respiro bien”*... (E-1)

... *“yo logro respirar sin ninguna dificultad”*... (E-4)

Sin embargo, resulta importante mencionar que las amputaciones pertenecen a los procesos quirúrgicos que conllevan una gran pérdida sanguínea durante el acto quirúrgico. Es decir que cuando hay amputación de una parte del cuerpo con frecuencia se presentan complicaciones, dentro de ellas las más importantes son la hemorragia, el shock y la infección ⁽⁴²⁾, lo que por ende ocasiona una disminución de los niveles de hemoglobina y hematocrito, generando problemas en la adecuada oxigenación de los tejidos.

Cuando hay una pérdida excesiva de sangre se absorbe agua rápidamente de los

tejidos hacia el sistema circulatorio para poder mantener los vasos sanguíneos llenos, como resultado, la sangre se diluye y el hematocrito se reduce, lo que puede ocasionar anemia, la cual puede tener síntomas graves especialmente si se debe a una pérdida repentina de sangre debida a una lesión traumática o a una intervención quirúrgica, puesto que en dichas circunstancias el suministro de oxígeno se reduce drásticamente debido a la rápida reducción del número de células encargadas de su transporte ⁽⁴³⁾:

... *“recuerdo que me dijeron que había perdido mucha sangre y por eso me iba a tener que quedar varios días en el hospital, hasta que ya estuviera estable... de esos días que estuve internado varios días estuve con oxígeno y hasta me tuvieron que transfundir sangre” ... (E-18)*

Nutrición

Respecto a la subcategoría de nutrición la totalidad de los entrevistados logra alimentarse sin ninguna dificultad:

... *“no tengo dificultades para comer y tengo una buena digestión de la comida”... (E-2)*

... *“yo me alimento por mis propios medios, como bien”... (E-10)*

Pese a lo anterior es importante mencionar que la alimentación de gran parte de los entrevistados no es la mejor, ya que la misma no se basa en una dieta rica en nutrientes, no es variada y balanceada:

... *“yo dependo de una pensión y no puedo darme gusto y comprar un montón de cosas para tener una dieta como debe de ser, además tengo que ayudar a mi mamá porque ella está muy mal de salud... pero tampoco puedo decir que aguanto hambre, mi dieta se basa en arroz, frijoles y algo extra, y es que yo no tengo plata para pretender tener una dieta como la que le mandan a uno en el hospital”... (E-10)*

... *“yo como de todo, de lo que haya, a veces no hay pollo o carne entonces como cualquier cosa”... (E-14)*

... *“diay un día como arroz con frijoles y otro día como frijoles con arroz (se ríe), lo revuelvo con huevo o con salchichón... lo normal de uno pobre”... (E-17)*

Esta situación puede llegar a desencadenar problemas en el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica debida a la amputación. La cicatrización de heridas es un proceso

complejo, en el cual intervienen múltiples factores, tal como la nutrición ⁽¹⁰⁾. La nutrición y el proceso de cicatrización están entrelazados, razón por la cual las deficiencias nutricionales podrán provocar un retraso en la progresión de la cicatrización alargando el proceso inflamatorio, decreciendo la proliferación de fibroblastos o la formación de colágeno, también puede comprometer el sistema inmune, ya que los niveles de linfocitos y macrófagos se reducen. Cada nutriente tiene una función específica en la cicatrización de las heridas, por lo tanto, las deficiencias o el exceso de estos puede provocar resultados negativos, como la cronificación de las heridas ⁽⁴⁴⁾. Esto resalta la importancia de realizar una adecuada valoración nutricional por parte de los profesionales en salud encargados del proceso quirúrgico de las personas sometidas a una cirugía de amputación y adecuar dicha valoración al nivel socioeconómico de las personas.

Eliminación

En cuanto a la subcategoría de eliminación la misma se refiere al patrón de la función excretora intestinal y urinaria y de todos los aspectos relacionados con esta, tales como regularidad, características, sistemas de ayuda para su control o producción. La mayoría de entrevistados no tienen ninguna dificultad en su patrón evacuatorio:

... *“yo orino bien, en el día más o menos 5 veces cuando tomo bastante agua oriné un poquito más”...*
(E-8)

... *“yo doy del cuerpo todos los días en las mañanas”...* (E-14)

... *“yo voy al baño una vez al día y las heces tienen un aspecto y color normal”...* (E-16)

Pese a esto durante las entrevistas se encontró que gran parte de los entrevistados han presentado en algún momento problemas en su sistema evacuatorio:

... *“cuando recién salí del hospital tuve problemas para orinar, no podía orinar, de hecho me tuvieron que hacer un procedimiento para que me pudiera salir la orina... eso fue porque estuve mucho tiempo con sonda”...* (E-12)

El entrevistado 12 durante su proceso de amputación debió utilizar un catéter urinario durante un periodo prolongado de tiempo, lo que le ocasionó una estenosis uretral, la cual

consiste en una cicatriz que estrecha la uretra restringiendo el flujo de orina desde la vejiga y dentro de sus principales causas se encuentra el uso intermitente o largo plazo de un catéter que se introduce en la uretra para drenar la vejiga ⁽⁴⁵⁾.

Con respecto a lo anterior es necesario tomar en cuenta que las amputaciones son procesos quirúrgicos de gran complejidad y pueden catalogarse como cirugía mayor, por lo que en muchas ocasiones resulta necesario colocarle a la persona un catéter urinario. En el caso de amputaciones de miembros inferiores la mayoría de las veces el abordaje anestésico utilizado es el bloqueo espinal, el cual tiene entre sus efectos adversos la retención aguda de orina, por lo que es necesario el uso del catéter urinario ⁽⁴⁶⁾:

... “cuando estaba recién accidentado en el hospital me pusieron una sonda en la uretra porque no podía orinar por la anestesia que me pusieron, me dijeron que me pusieron morfina en la inyección que a uno le hacen en la columna”... (E-7)

... “hace poco estuve una semana en el hospital, porque se me inflamó el estómago, entonces ahí me dieron unos líquidos y eso me ayudó, yo no podía orinar, ni vomitar, ni defecar, me dieron un frasco de un medicamento cuando salí del hospital... algo parecido a la magnesias re, actúa como laxante y eso me lo tengo que tomar cada vez que sienta malestar en el estómago, eso me ayuda a limpiar”... (E-12)

Por otro lado, las amputaciones como todo proceso quirúrgico requiere reposo postoperatorio, lo que obliga a estas personas a permanecer encamadas y con una movilidad muy limitada, esto principalmente en las amputaciones de miembros inferiores, sin embargo, también puede pasar en procedimientos de amputación de cualquier parte del cuerpo que requiera que la persona se encuentre hospitalizada, lo que podría ocasionar alteraciones en el patrón evacuatorio intestinal. Según la literatura hasta un 83% del tiempo hospitalizado se invierte en encamamiento pese a que los usuarios tengan la capacidad de deambular, lo que provoca síndromes gastrointestinales como el estreñimiento ⁽⁴⁷⁾:

... “cuando tuve el accidente estuve en el hospital varias semanas y no me dejaban moverme mucho, solo podía estar sentado o acostado, entonces eso hizo que tuviera dificultad para orinar y defecar”... (E-4)

... “en cuanto a orinar y defecar también era una situación difícil, porque como le digo comía muy poco, tomaba muy poca agua y además estar tanto tiempo en cama no ayuda mucho”... (E-18)

Finalmente, el patrón evacuatorio de las personas amputadas puede ser afectado por

el tipo de amputación, tal es el caso del entrevistado 3, el cual fue sometido a una desarticulación de cadera, es decir su miembro inferior fue amputado totalmente y a causa de esto tiene dificultades para la retención intestinal:

... “después de la cirugía quedé con problemas para retener, porque seguramente el músculo o donde cortaron no sé... digamos la nalga no tiene fuerza, entonces si yo tengo ganas tengo que salir rápido para el baño”... (E-3)

Actividad y reposo

La actividad y el reposo son considerados por Roy como procesos vitales, describe que la actividad es todo aquel movimiento corporal y el reposo una exigencia mínima de energía, de estos se derivan la movilidad y el sueño, siendo el primero cuando uno se mueve o es movido, y el segundo se refiere a la disminución de la mayor parte de las actividades fisiológicas orgánicas para restablecer la energía ⁽⁸⁾. El movimiento físico es indispensable no solo para mantener la estructura ósea y muscular en buenas condiciones, sino que favorece la oxigenación del cuerpo, además que es considerable poder moverse para obtener un grado de independencia ^(8,10):

... “Bueno me levanto a hacer el desayuno”... (E-1)

... “A las 7, ya después de que hemos desayunado, empiezo con las cosas de la casa, si ellos están ellos me ayudan, y si ellos no están mis hijos si andan trabajando, o la chiquita estudiando entonces, yo barro y limpio en la silla”... (E-1)

... “Díay puedo dormir tal vez, me duermo a las 10 y me despierto a las 6 de la mañana”... (E-1)

... “Díay normal, como todos, me levanto, limpio el patio, saco la basura y cuestiones así”... (E-4)

... “ Hago mis mandados”... (E-4)

... “duermo como 8 o 7 horas”... (E-12)

Si un cuerpo no renueva su energía mediante el reposo y sueño no podrá movilizarse de una manera óptima, puesto que tendría como consecuencia que la persona esté irritada, deprimida o cansada ⁽⁸⁾.

Las personas con amputación implican tener una disminución de ciertas facultades que anteriormente tenían, como la movilidad, y su capacidad para realizar actividades de la vida diaria merma ⁽¹⁹⁾.

...“hacer mandados, o estar aquí en mi casa, cocinando, o ayudando, en lo que se puede y en lo que cabe”... (E-12)

Esto va produciendo en la persona alteraciones en su salud mental como: sentimientos de tristeza, preocupaciones, baja autoestima, cansancio, problemas para conciliar el sueño, baja energía, etc. ⁽²⁰⁾

...“ahora puedo andar solo, al principio tenía que andar con compañía porque por medio de mis medicamentos no sé si o el mismo accidente uno habla como muy bajito y diay, reconociendo otra vez, porque prácticamente volvía a nacer”... (E-12)

También esto puede afectar su renovación de energía influyendo en el ajuste de adaptación:

...“No, no, a veces se deprime uno un poquito a la hora de tener que tal vez ir a algún lado y no poderse mudar e ir”... (E-1)

De los discursos emitidos anteriormente, se logra comprender en los entrevistados que tras su periodo de sueño logran renovar suficientemente su energía para poder moverse y hacer sus actividades domésticas, factor preponderante para su proceso adaptativo, sin embargo, también existe leve dependencia de sus familiares en algunos entrevistados para poder moverse y realizar sus actividades de la vida diaria.

Protección

Roy hacía referencia a que el cuerpo mediante diferentes procesos de defensa específicos y no específicos trata de mantener la integridad del mismo para favorecer la adaptación. Valorando el estado de la piel o condiciones de salud y si existe respuesta inmune ante los agentes externos que la dañan ⁽⁸⁾, y al haber daño sistémico el cuerpo no logra mantener una homeostasis situación que se puede evidenciar cuando en los siguientes entrevistados padecen de diabetes mellitus (DM):

... “pero el asunto fue ese yo me vi una fisurita por la uña aquí en los dos dedos del pie y digo yo que raro no se me cura”... (E-2)

... “Sí, pero sentía algo de sensibilidad, cuando me molestaba algo me daba cuenta, pero yo, yo tenía un huequito diay yo notaba que el pie se me hinchaba un toque, y al rato se me bajaba la hinchazón, y una vez la doña me estaba haciendo masaje en los pies, y me preguntó, qué era lo que yo tenía ahí debajo del pie, e del dedo pequeño, y después yo le dije que no sé, yo no me puedo ver ahí, y ella comenzó a verme, y con un aplicador comenzó a limpiarme y llegó al extremo que era un hueco”... (E-5)

En el paciente amputado pueden existir diferentes condiciones; problemas físicos, sensoriales o psicológicos que pueden retardar la cicatrización, estos factores son complicaciones frecuentes propias de la amputación, aunado a eso hay condiciones crónicas como la diabetes, hipertensión arterial que pueden predisponer a dificultades en la cicatrización del muñón ⁽¹⁰⁾, esto se puede ejemplificar por lo mencionado uno de los entrevistados que padece de DM ya que mencionan algunas complicaciones recurrentes en los pacientes con esta enfermedad crónica:

... “primero fue un dedo, fue cortándome una uña y el otro se me abrió debajo, se me hizo una úlcera y lastimosamente no estaba instruido con la seriedad y el peligro de esa enfermedad, que te carcome todo, afecta todo hasta llegar a la muerte y todo por falta de entendimiento”... (E-8)

Sin embargo, uno de los entrevistados que no tiene enfermedades crónicas no tuvo complicaciones en su cicatrización:

... “a mí se me curó rápido la herida”... (E-3)

Lo que evidencia que un cuerpo sin riesgos agregados como las enfermedades crónicas puede cicatrizar bien o si se cuenta con una enfermedad crónica estabilizada como en el caso del entrevistado 4 que padece de HTA:

... “a los doce días ya estaba curada la mano”... (E-4)

Durante las entrevistas el 100% de las personas tenían sus muñones cicatrizados, bien formados e hidratados, sin embargo, los relatos anteriores fueron experiencias vividas durante su proceso previo o posterior a la amputación, y se evidencia que los pacientes con enfermedades crónicas en su mayoría tenían alteraciones en la integridad de la piel,

produciendo isquemia y neuropatía que una vez amputada la parte enferma se cicatrizó sin dificultad hecho que ocurrió también en los pacientes que no tenían patologías agregadas.

Modo de adaptación del autoconcepto del grupo:

El segundo modo adaptativo para Callista Roy es el autoconcepto del individuo ⁽⁸⁾, durante las entrevistas se analizó cuál es la percepción que tienen los pacientes de su imagen desde un aspecto físico y moral, ya que a través de esas percepciones se puede definir quiénes son y cuál es su comportamiento posterior a la cirugía de amputación.

Yo físico

Roy menciona que el ser físico tiene dos elementos ⁽⁸⁾: la sensación corporal y la imagen corporal. Y por medio de las entrevistas se reflexionará cómo los cuerpos de personas amputadas reaccionan a determinadas emociones y cómo se ve la persona amputada así misma: rasgos físicos y apariencia.

Para Roy la persona que sufre una pérdida tiene ante sí la enorme tarea de canalizar el volumen de las emociones que le genera la pérdida, que en el caso de los pacientes amputados es la imagen corporal que tenían de ellos mismos, y Roy indica que la pérdida genera un duelo ⁽⁸⁾:

...“diay yo, no le puedo explicar cómo me sentí yo, porque diay al verse con dos manos, y después despertar y verse con una mano y no poder ni moverse es fatal verdad”, “Diay no podía creer que era yo, a la real, no podía creerlo, me quedaba viéndome en el espejo, no podía creer que era yo”... (E-12)

De acuerdo a la investigación hecha los pacientes con una amputación el 85% de ellos tienen conciencia de su parte amputada en cuanto a longitud, volumen o sensación espacial, y pudiendo estar acompañado de dolor, calor, presión, parestesias, comezón, descargas eléctricas, que en ocasiones llegan inconscientemente a utilizarlo, este fenómeno se le llama sensación del miembro fantasma, incluso pueden llegar a sentir el miembro en una posición natural o en una posición en particular que les impide el descanso, el cual puede durar muchos años o ir desapareciendo progresivamente y contar con este puede interferir en la adaptación

porque se convierte en una sensación de angustia constante, malestar general, frustración, por la reorganización neuronal que está viviendo el cuerpo ⁽¹⁰⁾ :

... “¡uy, qué duro! y todavía lo siento, (miembro fantasma) qué duro, y en veces que hace como palpita la carne, vieras qué duro, hay días que es fatal, y eso le agarra a uno más que todo cuando uno está durmiendo, porque cuando uno anda activo, si lo siento es lo mínimo, pero ya cuando uno está muy quedito, ya está relajado y está durmiendo y comienza ese miembro fantasma, hasta ganas de llorar, uno no llora para que no se despierten pero que duro” ... (E-12)

... “claro, varias veces, ya me ha desbalanceado, a la hora de tratar de poner la mano, ya cuando me recuerdo voy de guinda”... (E-12)

... “porque en veces me levantaba de la cama y yo sentía que lo tenía y me caí como dos veces”... (E-14)

Como la imagen corporal es el concepto del propio cuerpo que se construye en la mente de cada persona, y en los pacientes amputados la apariencia física va ser afectada de acuerdo a su personalidad, herramientas emocionales de aceptación, y variantes como la edad, sexo, tipo de trabajo, etc. ⁽¹⁴⁾, este hecho que se manifiesta los entrevistados:

... “cuando yo tuve el accidente soy realista, si hubiera tenido un revólver me pegó un tiro”... (E-13)

Pero ya pasado el proceso de duelo puede mejorar la calidad de vida:

... “Normal, soy como cualquiera, a mí no me impide nada, no me molesta para nada, ya lo que pasó, pasó, y aunque me hayan quedado secuelas y todo para mí yo sigo siendo igual porque diay es parte de la vida pero todo bien, yo me siento bien, no me molesta si alguien me dice algo a mí me da lo mismo”... (E-15)

Conforme a lo expuesto por los entrevistados vemos que posterior a la amputación la reconstrucción del autoconcepto de la imagen corporal supone un impacto en la imagen corporal, y que la reorganización a nivel neuronal es un mecanismo del cerebro para restablecer esa imagen corporal, que puede producir sentimientos de desánimo y el cual lleva su tiempo, ya que algunos entrevistados presentaron la sensación del miembro fantasma doloroso y no doloroso que inclusive los llevó a tener accidentes y no poder descansar por la sensación de dolor. Sin embargo, en el autoconcepto de identidad a nivel de grupo las reacciones que recibe de los demás no influye en su imagen.

Yo de la persona

En cuanto a esta variable Roy menciona que la misma se refiere a cómo se siente la persona consigo mismo, pretende reflexionar sobre qué es lo que se desea ser y el yo ideal de una persona, en la parte moral y ética, cuáles son sus costumbres, normas, creencias y de quién se es en relación al universo ⁽⁸⁾:

... *“yo seguí siendo el mismo, nunca me eché para atrás, no me eché a morir, seguí siendo el mismo hombre que Dios trajo a este mundo”... (E-6)*

... *“la honradez en una persona es lo más importante y nadie la tiene casi, pero yo me considero honrado”... (E15-)*

En el ámbito espiritual y religioso se ven cómo impactan estas en su vida dando sensación de seguridad y confianza:

... *“yo tengo que salir adelante, yo vivo por la gracia de Dios”... (E-8)*

... *“por eso Dios me tiene aquí, por ser responsable, honesto”... (E-12)*

La amputación provoca una serie de reacciones y emociones relacionadas al proceso del duelo como depresión, frustración, hostilidad, narcisismo, agresividad, dependencia, y pueden ser más intensas o no de acuerdo tipo de amputación, ya que si es por patologías sistémicas usualmente la persona siente un alivio luego de la cirugía por el posible proceso de la enfermedad y si es por trauma, que es algo no esperado las emociones se intensifican ^(10, 14,22). En un inicio la persona amputada usualmente piensa que es inútil, incapaz, estorbo, totalmente dependiente, etc., por que experimentan cambios en el funcionamiento físico, pierden ciertas habilidades, cambios en las relaciones humanas, aprender muchas veces a usar una prótesis, a vivir procesos de dolor, viven incertidumbre laboral y todo esto puede llevar cambios en su autoimagen, autoconcepto y autoestima por ende también en su calidad de vida y emocional. Sin embargo, con adecuado acompañamiento y estrategias de adaptación de acuerdo a las carencias particulares ya sea emocionales, físicas, espirituales, etc. de cada paciente logran tener una mejor calidad de vida ^(10, 14,22):

.. *“Me percibo como una persona muy activa, alegre, amable, responsable, educada, respetuoso,*

trabajador y creo que es todo eso lo que hace que uno siga adelante”... (E-18)

Se evidencia que los entrevistados en sus procesos adaptativos han logrado apoyarse en una serie de normas, creencias, religión, que tenían previamente a la amputación, estos aspectos los mantienen confiados y con seguridad para continuar con sus actividades diarias.

Modo de adaptación de función de rol:

Este modo adaptativo se centra en el papel que ejerce el individuo, ya que es la unidad funcional de las sociedades y de cómo se debería de comportar de acuerdo con la posición que ocupa. Las personas pueden llegar a desempeñar uno o varios roles a la vez de acuerdo con sus acciones, sentimientos, actitudes, gustos, etc. ⁽⁸⁾.

Desempeño

En esta subcategoría se analizará el rol que desempeñan los entrevistados dentro de la sociedad, el cual muchas veces cambia y es diferente al rol que desempeñaban antes de que fueran sometidos a una cirugía de amputación. En muchas ocasiones esto se debe a que las personas amputadas experimentan sentimientos de inutilidad e inferioridad, así como dudas, miedo e impotencia ⁽¹⁴⁾:

... “yo antes de la amputación era una persona muy activa y deportista, yo antes corría... ahora no puedo, ya no puedo hacer lo mismo que hacía antes, es por eso que uno se siente inútil, que no puede hacer nada por su propia cuenta” ... (E-12)

... “A veces uno siente que no sirve para nada porque por ejemplo yo para hacer muchas de las cosas que antes hacía solo ahora necesito que me ayuden... Digamos yo tengo mi silla de ruedas, pero para ir a cualquier lugar, al banco, al hospital o a cualquier lugar yo necesito que me lleven mis hijos”... (E-16)

En muchos casos las amputaciones limitan física y psicológicamente a las personas y eso causa que se vean afectadas sus actividades de la vida diaria disminuyendo su

participación en actividades sociales y laborales ⁽¹⁴⁾:

... “yo deseo poder trabajar, pero ya no puedo... yo ya no puedo hacer muchas cosas... ahora solamente me dedico a cuidar a mis hijos, a ayudarles en las tareas de la escuela”... (E-13)

Pese a lo anterior es importante destacar que la mayoría de los entrevistados se ha logrado adaptar a su condición y desempeñar los mismos roles que tenían antes del proceso quirúrgico:

... “yo actualmente trabajo, soy guarda de seguridad pero mi horario es de noche y en el día yo hago trabajos de construcción, a mí me buscan para pegar cerámica, para hacer algún repello, cualquier cosa que yo la pueda hacer yo la hago”... (E-14)

... “Después del accidente yo me casé, hace veinticuatro años y seguí trabajando como cualquier persona”... (E-15)

... “yo puedo hacer todas mis cosas solo... por ejemplo en el cuarto de pilas tenía que pegar una cerámica que estaba sin pegar y yo la pegué solo, y así... yo lavo la ropa y la tiendo... yo me apoyo de las verjas para ponerme de pie y con una mano yo guindo la ropa, yo cocino, plancho, limpio, todo lo hago solo”... (E-17)

... “yo en mi casa sigo siendo el esposo, el papá, el que lleva el sustento al hogar y en la sociedad mi vida es la misma... soy el amigo, un trabajador más, aunque a veces la gente es la que quiere cambiar eso, porque lo ven a uno diferente, como si importamos menos, como si necesitáramos ayuda para todo y no ven que podemos valernos por nosotros mismos y que somos autosuficientes”... (E-18)

Esto se debe a que las personas que son sometidas a una amputación tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento y actitudes positivas, además de una determinación firme de querer superar las dificultades ⁽⁴⁸⁾.

Modo de adaptación de interdependencia:

En este modo de adaptación Roy hace referencia a cómo se relacionan las personas al dar y recibir amor, respeto, valores, habilidades, nuevo conocimiento, bienes materiales, talento, mediante las entrevistas se indaga cómo es esa relación del paciente amputado con sus más próximos, en comportamientos dependientes (inquirir de auxilio, atención y afección), y en comportamientos independientes (poder emprender, tener gusto por el

trabajo) logrando un balance entre sus necesidades de afección y dependencia contra los de logro o independencia ⁽⁸⁾.

Amor

En cuanto a esta variable el modelo propuesto por Roy menciona que es un sentimiento y una acción donde la persona tiene una interacción profunda con ese ser querido ⁽⁴⁹⁾:

... *“el amor es lo más bonito que hay, es una cosa muy bonita”... (E-9)*

... *“el amor, es un sentimiento que uno lleva muy profundo”... (E-11)*

... *“el amor es lo que siento por mis hijos”... (E-13)*

Se puede apreciar de acuerdo a lo que mencionan los entrevistados que efectivamente el amor lo perciben como un sentimiento y que es dirigido específicamente a alguien muy cercano. Roy manifiesta que las personas tienen la necesidad de ser apoyados y amados, y de amar y apoyar para lograr una adecuada adaptación ⁽⁴⁹⁾, diversos estudios sobre personas amputadas indican que tras la cirugía se da una alteración biopsicosocial y para darse una recuperación idónea es necesario el apoyo que reciban de sus seres más queridos, porque el círculo afectivo de la persona también sufre cambios y necesita reajustarse para favorecer su adaptación y la de la persona amputada, por tanto, se necesita tener un entorno donde se brinde apoyo mutuo ^(10,14,22), este apoyo recíproco se puede ver manifestado en los entrevistados:

... *“por alguien que siento mucho amor es por mi esposa, porque ella es amor y agradecimiento, porque ella fue mi muleta cuando yo más la necesité”... (E-11)*

... *“yo me siento muy agradecido con ella”... (E-11)*

... *“si no hay amor, en la familia no hay fuerza, y si no hay fuerza, no hay unión. Siempre debe haber cariño, comprensión y colaboración”... (E-12)*

El afecto facilita la adaptación de la persona, ayuda a aceptar su imagen corporal, a disminuir dolor crónico y a agentes estresantes como la tristeza o duelo, ayudando a mejorar

su calidad de vida ^(10, 14,22).

Valores y creencias

El modelo propuesto por Callista Roy considera los valores, creencias y esperanzas de las personas como construcciones enfocadas hacia el futuro, por ejemplo, las personas con creencias y valores tienen más probabilidad de tener mejor salud ⁽⁴⁹⁾:

... “esa fuerza, esa actitud, es fortaleza, muchos no la van a tener”... (E-8)

... “usted tiene que ser de mente, de mente fuerte y carácter fuerte para superar las cosas, de todo lo que le viene en la vida, porque si no es una es otra, los problemas, así es”... (E-5)

... “el mayor valor que yo siento que tengo como persona es mi espíritu de no echarme a morir, no darme por menos, porque aunque yo esté en la silla de ruedas yo puedo hacer las cosas, yo me puedo transportar” ... (E-11)

Diversos estudios hacen una relación positiva entre la motivación de la persona amputada y el resultado funcional, siendo estos aspectos más individuales, dependiendo de qué tan fuertes y sólidos sean estos valores y creencias así será su capacidad de adaptación ^(10, 14,22).

Enseñanza

Toda situación requiere de un proceso adaptativo y según Roy genera una experiencia a partir de la interacción con otras personas, así como la generación de nuevo conocimiento ⁽⁴⁹⁾:

... “yo le digo a muchos, todo el mundo se debería de cuidar, especialmente con esa enfermedad de la diabetes”, “hay que hacer caso, estamos en un problema grande ahora, yo estuve en problemas con mis pies, y vea hasta donde yo estoy”... (E-6)

El entrevistado 6 tras pasar por un proceso de amputación, había resultado de un mal manejo de su enfermedad crónica (DM) la cual es la principal causa de amputación de miembros inferiores ⁽¹⁰⁾, el entrevistado 6 adquiere nuevo conocimiento y obtuvo como enseñanza las consecuencias de un mal manejo de su enfermedad. La enseñanza hace que la

persona que pasa por un proceso de adaptación se convierta en un modelo positivo a seguir por parte de otra, para que tenga una mejor construcción de su futuro ⁽¹⁰⁾:

... “a un muchacho a la par mía le amputaron los dos pies y él empezó a llorar, yo le decía; ¿por qué llora?, y él me decía; ¡es que ya yo no soy igual!, y yo le decía; usted sigue siendo el mismo, usted sigue siendo el mismo”... (E-6)

... “yo más bien ayudé a los pacientes que estaban a la par mía y que también los habían amputado”... (E-9)

Considerando lo mencionado por los entrevistados se puede decir que mediante la enseñanza las personas adquieren conocimientos que les permite ser un guía positivo para otras personas e influir en su proceso de adaptación.

Sabiduría

La sabiduría consiste en el conjunto de conocimientos que tiene una persona y que son adquiridos a través de su experiencia, la misma lleva a las personas a tener una conducta prudente y juiciosa, permite tener mayor entendimiento y reflexión a la hora de resolver problemas, evitar peligros, alcanzar metas o aconsejar a otra persona. La sabiduría tiene una estrecha relación con la memoria a largo plazo, es decir, la experiencia vivida por la persona debe haberse experimentado con gran intensidad para que la misma no se borre de la memoria y que por el contrario se inserte en el esquema de lo que se considera bueno o malo y se tome en cuenta como parte de los procesos de supervivencia de los individuos ⁽⁵⁰⁾. La sabiduría tiene relación con la experiencia y entre más repetitivo e intenso sea el estímulo o su consecuencia mayor será el conocimiento adquirido, esto sin importar si las consecuencias son positivas o negativas ⁽⁵¹⁾.

Las cirugías de amputación de una parte del cuerpo generan grandes cambios en la persona tanto a nivel físico como psicológico e implica un reajuste en sus vidas, la amputación representa un reto para la persona, ya que es un acontecimiento traumático ⁽¹⁴⁾, por tanto, según lo explicado anteriormente es una experiencia que podría proporcionar

sabiduría a las personas que pasan por este proceso, esto debido a que es un acontecimiento con grandes implicaciones:

... *“esta ha sido una prueba muy dura que me ha puesto la vida, pero me ha enseñado algo muy importante... a aceptar la voluntad de Dios, yo acepté y yo dije: señor tengo que aceptar lo que Tú me mandas, que me queda... Bueno, eso fue después de ponerme a llorar. Y ahora estoy luchando la vida hasta que mi Dios quiera, la vida continúa por más difícil que se ponga”... (E-10)*

... *“lo mío fue un accidente y yo soy, fui el responsable porque iba muy rápido, si yo hubiera ido como dice la ley, a la velocidad que se permite a mí no me hubiera pasado nada, yo ahora acepto mi responsabilidad y veo el grave peligro de manejar a alta velocidad” ... (E-11)*

... *“yo ahora le doy gracias a Dios que tuve el accidente, porque donde yo trabajaba no tenía tiempo ni para respirar, casi nunca podía ver a mis hijos ni estar con mi familia por eso ahora más bien veo la amputación como algo bueno que me pasó en la vida, suena duro, pero es la verdad” ... (E-13)*

... *“la amputación me ha enseñado muchas cosas, pero la más importante es que a pesar de las circunstancias y de todas las cosas difíciles que uno pasa en la vida hay que luchar por las metas que uno tiene y nunca echarse para atrás” ... (E-14)*

... *“la experiencia de la amputación me dejó mucho aprendizaje... Ahora yo entiendo que cuando uno está joven y entero cree que la vida es de uno y es el error más grande porque la vida nos la da Dios y Él sabrá de ahí para adelante... aprendí que hay que aprovechar cada momento de la vida y que el Señor tiene cosas buenas para todos” ... (E-15)*

“ahora soy más agradecido con Dios por todas las bendiciones que tengo en mi vida, ahora sé que lo más importante de esta vida es la familia y las personas que uno aprecia que son quienes hacen más liviana la carga que uno trae, aprendí a ignorar comentarios negativos de la gente y lo más importante de todo que esta vida es prestada y que tenemos que disfrutar y aprovechar cada segundo. Uno cuando está bien muchas veces no ve lo importante de la vida y son las situaciones difíciles las que lo hacen madurar a uno, buscar más de Dios, valorar a la familia, el trabajo, poder comer, respirar, hablar, caminar, etc. Yo antes del accidente no considero que fuera mala persona, pero sí creo que ahora soy mejor”... (E-18)

Destrezas

Según Callista Roy el proceso de afrontamiento y adaptación de las personas requiere construir nuevos conocimientos a través de los recuerdos y experiencias, es decir, es

necesario el desarrollo de nuevas capacidades o destrezas para poder dar solución a problemas o realidades nuevas a las que se enfrenta la persona ⁽⁴⁹⁾. En el caso específico de las amputaciones la principal destreza adquirida por las personas a raíz del proceso quirúrgico es el uso de la prótesis, lo que resulta de vital importancia en estas personas si se quiere alcanzar niveles apropiados de independencia funcional que les permita desenvolverse en el medio ⁽¹⁴⁾. Durante las entrevistas los participantes relatan sus experiencias en torno al uso de prótesis:

... *“Después de la amputación yo aprendí a manejar esta prótesis, yo fui a terapia para que me enseñaran a usarla y rápido aprendí”... (E-10)*

... *“Un día con la doña me puse a buscar en internet cómo hacer una prótesis e hicimos una con un tubo... le puse un tubo de 4 para meter el muñón y la parte de abajo la hice con tubo de 2 pulgadas y ahí me la jugaba caminando, entonces como a los 6 meses de amputado me dieron la prótesis y el muchacho me dijo que parecía que yo ya la había tenido antes porque caminaba bastante bien”... (E-14)*

... *“cuando me dieron la prótesis aprendí nuevamente a caminar”... (E-18)*

Por otro lado, las personas que son sometidas a una cirugía de amputación se ven motivados a desarrollar nuevas destrezas en diversas áreas de sus vidas:

... *“después de la amputación yo aprendí a caminar, a manejar carro, manejar moto y sin una pierna, eso me hace estar orgulloso de mí mismo, qué iba a saber yo que después de una amputación iba a volver a manejar carro, o volver a andar en moto, entonces yo siento que las enseñanzas después de la amputación son muchas” ... (E-13)*

... *“cuando me pasó el accidente yo tenía un carro de marchas, entonces después del accidente yo pensaba ¿qué puedo hacer para poderlo manejar? porque no podía porque no tenía un pie, entonces me hice un invento con un tubo de hierro que soldé para poder meter el clutch con la mano y lo pude manejar”... (E-15)*

... *“aprendí a manejar un carro sin una pierna, aprendí un nuevo trabajo en la panadería adecuado a mi condición y antes del accidente me gustaba la mecánica, pero fue hasta después de la amputación que saqué cursos en el INA y creo que ahora soy bastante bueno y la gente hasta me busca para que les arregle los carros y también le ayudó bastante a mi cuñado en el taller que él tiene”... (E-18)*

Responsabilidades y Bienes materiales

El nivel socioeconómico de las personas es un factor de riesgo importante para la salud y específicamente las cirugías de amputación tienen un importante impacto económico en la vida de las personas debido a que muchas veces las mismas deben retirarse de sus actividades laborales, por lo que dejan de ser productivos económicamente, muchos lo hacen por temor o incapacidad física ⁽⁵²⁾:

... “yo después de la amputación no podía trabajar, entonces no tenía dinero ni para mantener a mi familia, ni siquiera para los gastos básicos de la casa... en ese tiempo comimos y pagamos los recibos gracias a los familiares y amigos más cercanos que eran quienes nos ayudaban económicamente”... (E-16)

El nivel económico se encuentra asociado a la mortalidad, rehabilitación y protetización de las personas sometidas a una cirugía de amputación. La capacidad económica de las personas determina sus posibilidades para adquirir equipos que favorezcan su rehabilitación y adaptación a su nueva condición tales como sillas de ruedas, prótesis, muletas, etc. Entre mayor sea la capacidad económica mayor y más rápida será la adaptación ⁽⁵³⁾:

... “Gracias a Dios pude comprarme lo que necesitaba para la rehabilitación... La rodillera me costó cara; como doscientos y resto de miles y ahí tengo la prótesis, yo pagué millón trescientos por esa prótesis, ahora con lo que estoy obsesionado es con una silla eléctrica, porque sé que me va a ayudar mucho para movilizarme, vale dos millones y medio y no los tengo, tengo que hacer un alto, y juntar un poquito de plata para pagar la prima”... (E-11)

Cabe resaltar que la mayoría de entrevistados ha logrado adaptarse e integrarse al ámbito laboral, lo que les facilita el cumplimiento de sus responsabilidades, así como la adquisición de bienes materiales:

... “yo después del accidente pude volver a trabajar y hasta pude comprarme una casa y comprar casi todas las cosas que hay adentro”... (E-4)

...“en cuanto a las cosas materiales tengo las que necesito, tengo mi casa, mi carro y un trabajo que conseguí después del accidente y en el que gano muy bien y que me permite satisfacer todas las necesidades económicas de mi familia e incluso nos alcanza para pasear y darnos uno que otro gusto” ... (E-18)

Tiempo

Es usual que las personas que son sometidas a una amputación adquieran una dependencia funcional significativa, lo que repercute en sus actividades de la vida diaria, se ve disminuida la fuerza e inclusive podría llegar a una atrofia muscular en casos más graves, es por esta razón que las personas amputadas se vuelven más sedentarias y prefieren invertir su tiempo realizando actividades en las que no se requiere de una gran capacidad física ⁽¹⁰⁾:

... *"Yo paso mi tiempo jugando con el teléfono, yo no trabajo entonces tengo mucho tiempo libre, gasto mi tiempo descansando"...* (E-13)

... *"yo nunca hago nada... prácticamente solo veo tele"...* (E-14)

... *"el tiempo mío lo gasto viendo tele o salgo al corredor de mi casa a estar sentado"...* (E-16)

... *"siempre estoy viendo tele, yo me acuesto, pongo el abanico y ahí me quedo, me levanto al mediodía a hacer algo de comer y otra vez me vuelvo a acostar a ver tele o un amigo viene a visitarme y matamos el tiempo jugando dominó, no tengo otra cosa qué hacer" ...* (E-17)

Pese a lo anterior algunos de los entrevistados logran invertir su tiempo en actividades que requieren de esfuerzos físicos:

... *"me metí a natación en la UCR, en eso se me va el tiempo que me queda después de estudiar"...* (E-3)

... *"Yo soy amante de la pesca... Trabajo de lunes a sábado y los domingos me voy a pescar o a veces me voy para donde mi primo, él tiene una finca y ahí paso el día entretenido porque mi primo tiene ganado"...* (E-15)

- **Capítulo 5**

5 Limitaciones, conclusiones y recomendaciones

5.1 Limitaciones

Dentro de las limitaciones que se encontraron fue que al ser una investigación amplia y con resultados variados, la presente se limita a ser una descripción de los hallazgos, ya que de cada subcategoría puede derivarse un análisis más amplio para futuras investigaciones.

Otra de las limitantes fue que por la situación de salud que se enfrenta actualmente en el país y en el resto del mundo debido a la pandemia de COVID-19 fue difícil contactar con los participantes, el contacto se realizó de manera estratégica, ofreciéndoles una atención integral-personal, cumpliendo con todos los protocolos para resguardar la salud de los entrevistados y las investigadoras, lo que garantizó la libre expresión y la accesibilidad.

5.2 Conclusiones

La adaptación es la respuesta del ser humano a nuevos eventos, y la amputación en cualquier etapa de la vida siempre será un suceso que afecta drásticamente a la persona y a su familia, por tanto, brindar el cuidado para un adecuado proceso adaptativo implica una atención holística, mediante un equipo interdisciplinario destacando la intervención de las y los enfermeros quirúrgicos que deben tratar no solo la funcionalidad física sino también los aspectos psicosociales, tomando en cuenta los aspectos ambientales que van a influir en su adaptación y en la forma de reconocer su nueva realidad.

El tema tratado en esta investigación debe ser ahondado a profundidad por los profesionales en enfermería quirúrgica, ya que existen pocos estudios al respecto y es fundamental ampliar el conocimiento sobre el proceso adaptativo que enfrentan las personas sometidas a una amputación, con el fin de generar nuevas herramientas en los enfermeros quirúrgicos que ayudan a mejorar el modo de vida de estas personas.

Mediante la intervención de profesionales en enfermería quirúrgica se pueden prevenir las lesiones y las limitaciones funcionales post quirúrgicas mediante la

identificación de los factores de riesgo durante el proceso. En las personas amputadas la prevención de las lesiones en la piel, las limitaciones del balance articular y las alteraciones del sistema músculo esquelético se deben prevenir para lograr una mejor adaptación.

El enfoque cualitativo permitió conocer la realidad de las personas sometidas a una cirugía de amputación dentro de su propio contexto, es decir, conocer la realidad desde la percepción de las personas, el acercamiento al estudio fenomenológico fue clave para el éxito de esta investigación porque permitió conocer la interpretación de las percepciones y las vivencias; es decir que la estrategia metodológica utilizada fue eficaz y permitió el alcance de los objetivos propuestos.

Las alteraciones fisiológicas reportadas por las personas sometidas a una cirugía de amputación tuvieron principal afectación en el sueño y el patrón evacuatorio, dichas alteraciones permanecen algunos meses después de la cirugía, sin embargo, con el tiempo y el uso de medicamentos logran adaptarse, sin embargo, diferentes estudios han demostrado que mediante el cuidado durante el perioperatorio de enfermeros y enfermeras que toda persona que vaya a ser sometida a un procedimiento tiene una mejor recuperación de manera holística, que tendría un valor agregado al ser un enfermero especializado en el área quirúrgica.

En cuanto a la autoimagen y el rol que cumplen las personas sometidas a una cirugía de amputación dentro de la sociedad en la gran área metropolitana, se evidencia que un pilar importante en la adaptación son las herramientas psicológicas previas a la cirugía, ya sea por experiencias anteriores o guiadas por profesionales de la salud, dichas herramientas les permitirá tener una mejor adaptación a síntomas depresivos o ansiosos, a la percepción que tendrán de su autoimagen, a mantener un rol social, una alta autoestima, a la utilización de prótesis, sentido de identidad, adecuados niveles de actividad física, facultad de adaptación al entorno social, laboral y familiar, manejo del dolor, manejo de presencia del miembro fantasma y así tener una mejor calidad de vida.

En cuanto a la interdependencia de las personas sometidas a una cirugía de amputación, en la gran área metropolitana, se encontró que el apoyo social y emocional que

reciban durante la recuperación, es clave para la adaptación y hay que considerar la percepción que tiene la persona de un apoyo incondicional y al largo plazo, viéndose reflejado en la disminución de los cuadros depresivos, disminución del dolor e incorporación laboral temprana que permita una mayor autonomía.

Para que una persona sometida a una amputación se pueda adaptar a su nueva condición y potenciar su nivel de independencia, será necesario el trabajo de muchas personas, desde el equipo médico y de enfermería, hasta el equipo de rehabilitación, familia y amigos.

5.3 Recomendaciones

Recomendaciones al Postgrado de la Maestría en Enfermería

Quirúrgica

Se recomienda realizar más investigaciones de tipo cualitativo que permitan conocer la realidad de las personas amputadas. Al realizar este tipo de investigaciones es fundamental brindar una atención o contención durante el proceso y posterior a éste, pues al conversar sobre sus experiencias se puede ahondar en temas sensibles para las personas que pueden generar sentimientos o pensamientos que necesitan ser comunicados.

Recomendaciones al Sector Salud

El sistema de salud debe presentarse de manera amigable, garantizando el acceso universal mediante una atención integral-personal, es decir, un sistema de salud que brinde un acompañamiento durante todas las etapas del proceso quirúrgico, atendiendo todas las necesidades que se les presentan, con personal capacitado en la temática; además de dar un enfoque de promoción y prevención.

Por otra parte, es importante contemplar la atención primaria en todos los niveles de atención, en donde debe existir personal capacitado en esta temática que brinden

acompañamiento y contención hacia esta población, de manera que se vea una necesidad de un cuidado profesional con el enfoque integral-personal.

La mayor incidencia de amputaciones se da en hombres, por tanto, se recomienda tomar en cuenta el desarrollo de estrategias de prevención enfocadas en la creación de programas que busquen fomentar estrategias de autocuidado.

Recomendaciones a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y al Hospital del Trauma (HDT)

Se recomienda a la CCSS y al HDT trabajar con la familia con el fin de brindarles herramientas para afrontar de manera satisfactoria el proceso quirúrgico y lograr una adecuada adaptación. Es importante que se den esfuerzos comunes entre entidades como CCSS, HDT, Ministerio de Salud y diferentes Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) dirigidas a población con necesidades especiales, con el fin de empoderar a esta población.

Recomendaciones a nivel político

A nivel político, se debe dar a conocer la investigación a los diferentes actores sociales relacionados con la formulación y aplicación de política pública.

Recomendaciones a las familias de personas sometidas a una amputación.

Se recomienda a las familias una integración normalizada con las personas amputadas para que puedan expresar sus sentimientos dentro del grupo familiar, además, facilitar los procesos de inclusión, adaptación y educación en los grupos familiares para que sean integradores, fortaleciendo la equidad e igualdad, todo esto con ayuda de las y los enfermeros quirúrgicos, los cuales se deben encargar de gestionar los cuidados para el proceso de adaptación de la persona y su familia.

- **Capítulo 6**

6 Referencias y Anexos

6.1 Referencias bibliográficas

1. Martínez A, Serrano M, Moyano M (dir). “Análisis correlacional entre impacto emocional y la prevalencia del síndrome del miembro fantasma en pacientes amputados en Hospitales de la ciudad de Cuenca-Ecuador”. [Trabajo previo a la obtención del título de Psicología Clínica en Internet]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2017 [citado 2018 Oct 31]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7552/1/13434.pdf>
2. Govantes Y, Alba C. *Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior*. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 2018 Oct 31]; 8(1):33-43. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf>
3. Sauñi A, Salvador N (dir). Intervención de enfermería en la reducción de la ansiedad en el paciente quirúrgico según revisión bibliográfica [tesis en Internet]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2019 [Citado 2021 Marz 26]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5367/Sau%c3%b1i%20BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Bruckenthal P, Simpson M. The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients’ Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. AORN Journal [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 19]; 104(6):17-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013>
5. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Vol 1.8a ed. España: ELSEVIER; 2015.
6. Viaña J, Gil S (dir). Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería “El paciente amputado” [tesis en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2018 [Citado 2021 Mar 26]. Disponible en:

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30443/TFG-H1195.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Marín L, Cortés S, Díaz F, Cruzat C. Imagen corporal de mujeres con obesidad tipo I tras 2-5 años de una gastrectomía subtotal vertical. Rev Mex. de trastor. aliment. [Internet] 2017 [citado 2018 Oct 31]; 8(2): 151-160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232017000200151&script=sci_arttext
8. Mount Saint Mary's University. [Internet] Los Angeles: Nursing theory Roy Adaptation Association; 2021 [Citado 2021 Mar 23]. Disponible en: <https://www.msmu.edu/about-the-mount/nursing-theory/>
9. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [Citado 2022 Mar 01]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
10. Rodríguez C. Introducción a la presente edición: Generalidades en Amputaciones de Extremidad Inferior. Rev Contexto [Internet]. 2017 [Citado 2021 Mar 27]; 4 (4):11-38. disponible en: https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20190313/20190313175049/contexto_04_dic_2017.pdf
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Internet]. Costa Rica: INEC; 2011 [Citado 2021 Mar 30]. Disponible en: <https://www.inec.cr/social/poblacion-con-discapacidad>
12. Montero G. Noticias. [Internet] Caja Costarricense del Seguro Social: 2018 [Citado 2021 Mar 30]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?mil-personas-son-amputadas-cada-ano-por-causas-no-traumaticas#:~:text=El%20Sistema%20de%20Vigilancia,y%20ancho%20del%20territorio%20nacional.>
13. Cabrera MJ, Lenz R (dir), Rodríguez J (sub-dir). Calidad de vida en salud en individuos amputados de extremidad inferior con prótesis del Instituto Nacional de

- Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. [Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública en Internet]. [Santiago]: Universidad de Chile; 2016 [citado 2019 Sep 19]. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/handle/123456789/509>
14. Jiménez K. Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario. Rev Cúpula [Internet] 2017 [Citado 2021 Mar 27]; 31(2):8-43. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
 15. Castañón D, Dubergel Y, Gibert MP. Evolución histórica de la Enfermería quirúrgica en Cuba. Rev. Hab de Cien Méd [Internet] 2019 [citado 2018 Sep 19]; 18(1):9-16. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2303/219>
 16. Castillo L, Monje E, Espinoza B. Revisión Sistemática: Cuidados de Enfermería en Personas de Dolor Fantasma de Miembro Amputado. Rev El Dolor [Internet]. 2016 [Citado 2021 Mar 27]; 26 (65): 22-28. Disponible en: https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/580fff726c90c_original3.pdf
 17. Patiño J, Soto P, Vargas D, Cerquera H (Asesor). Herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades. [Trabajo de grado - Pregrado en Internet]. [Bogotá]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020 [Citado 2021 Mar 26]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/19939/1/2020_herramientas_a_frontamiento_duelo.pdf
 18. Organización Panamericana de la Salud. Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [Citado 2021 Mar 27]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>
 19. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud COSTA RICA EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES [Internet]. Paris: OMS; 2017 [citado 2019 set 30]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de->

archivos/tramites/registros-de-gestores-de-la-salud/ocde-residuos/3564-estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-costa-rica/file

20. Martínez S, González R. Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. [Internet]. Español. México DF.:McGraw-Hill; 2013 [Citado 2021 Mar 27]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book.aspx?bookid=1466#101738419>
21. Ebensperger C, Méndez López E, López Maldonado B (dir). Caracterización del Paciente con Amputación Traumática [tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018 [Citado 2018 Nov 25]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/158624057.pdf>
22. González AK, Arce M, Sarza S. ESTUDIO SOBRE EL DUELO EN PERSONAS CON AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR O INFERIOR. Rev Electr. de Psic Iztacala [Internet]. 2017 [Citado 2021 abr 08]; 20 (1):34-56. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171c.pdf>
23. Bates AM, Gavin D (dir), AMPUTEES' PERCEPTIONS ABOUT EMOTIONAL SUPPORT POST-AMPUTATION: A PHENOMENOLOGICAL STUDY [tesis en Internet].[Arizona]: University of Phoenix; 2016 [Citado 2020 Dic 12].Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/pqdtglobal/docview/1865307422/fulltextPDF/93DFE1BED5E948DDPQ/6?accountid=28692>
24. Rodríguez D, Martín P (tutor). Intervención de Enfermería en el proceso de protetización de los pacientes sometidos a una amputación. [Trabajo de fin de grado en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014. [citado 2018 Oct 31]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4438/6/TFG-H3>
25. Ortega R, Lomparte M (dir). Percepción del paciente diabético amputado sobre su imagen corporal Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis en Internet]. Puno: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [Citado 2018 Nov 25]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1761/T-TPLE-Ruth%20Angela%20Ortega%20Gutierrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Bartra D, Hervias G, Quintanilla L (dir). “Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal Hospital Minsa-Tarapoto, periodo abril - julio 2013”. [tesis en Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional De San Martín; 2013 [Citado 2018 Oct 31]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54239378.pdf>
27. Retana JA, Casas G (dir). “La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional”. [tesis en Internet]. San José. Universidad de Costa Rica; 2007 [Citado 2022 Abr 16]. Disponible en: <http://18.188.26.221:8082/repositorio/handle/123456789/658>
28. Ruiz AS, Alfaro K (dir). El proceso de ajuste personal, familiar y laboral de cuatro personas adultas, con discapacidad física adquirida por un accidente. [tesis en Internet]. Guanacaste. Universidad de Costa Rica; 2008 [Citado 2022 Abr 16]. Disponible en: <http://18.188.26.221:8082/repositorio/handle/123456789/666>
29. Chaverri E, Blanco R (dir). Trabajo y discapacidad en Costa Rica: estudio sobre las repercusiones del desempleo en la autonomía y en la participación social de un grupo de profesionales con discapacidad [tesis en Internet]. San José. Universidad de Costa Rica; 2011 [Citado 2022 Abr 16]. Disponible en: <http://18.188.26.221:8082/repositorio/handle/123456789/535>
30. Universidad de Costa Rica. Reglamento general del Sistema de Estudios de Posgrado. La Gac Univ [Internet]; 1978;1–18. [Citado 2018 Nov 25] Disponible en: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/tesis_del_sep.pdf
31. Hernández CE, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. Rev Aler [Internet]. 2019 [Citado 2021 sep 11]; 2 (1):76-79. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
32. Rodríguez G, Gil J, García E. METODOLOGÍA de la investigación. Ediciones Aljibe, editor. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: España; 1999. 363 p.
33. Hernández R, Mendoza CP. Metodología de la Investigación. Vol 1. 7ª ed. México: McGraw-Hill;2018.

34. Escalante E. Páramo M. *Aproximación al análisis de datos cualitativos*. 1ra ed. Argentina: Editorial de la Universidad de Aconcagua [Internet]; 2011 [Citado 2018 Dic 02]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/177/aproximacion-al-analisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf
35. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. CENSOS 2000 [Internet]. Costa Rica: INEC; 2000 [Citado 2019 Sep 19]. Disponible en: <http://inec.cr/censos/censos-2000>
36. Rojas, L. Elementos conceptuales y metodológicos de la investigación cualitativa. Editorial UCR: San José, Costa Rica; 2013
37. Páramo BP. La investigación en ciencias sociales: técnicas de recolección de la información [Internet]. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia; 2017 [Citado 2021 Mar 30]. Disponible en: <https://www-digitaliapublishing-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/visorepub/55077>
38. Burns N, Goves S, Gray J. Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Vol 1. 6a ed. España: ELSEVIER CASTELLANO; 2016.
39. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria* [Internet]. 2005 [Citado 2022 Ene 11];14(1):61-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>
40. Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM* [Internet]. 2005 [Citado 2022 Ene 11];XV(2):133-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>
41. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007. Washington D.C.: OPS.
42. Vila-Coro, M. D. La vida humana en la encrucijada: Pensar la bioética. [Internet]. 1^{er}ed. Madrid: Encuentro, D.L.; 2010 [Citado 2018 Nov 21]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=g3qC-IgQEUAC&pg=PA157&dq=informe+belmont&hl=es&sa=X&ved=0CD4Q6AEwB>

[moVChMIxPeAtOWfyAIVB2seCh0hAg-
v#v=onepage&q=informe%20belmont&f=false](#)

43. Rose E. Management of amputations. In: Roberts JR, Custalow CB, Thomsen TW, eds. *Roberts & Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 47.
44. MANUAL MSD. [Internet] EEUU: Braunstein E; 2020. [Citado 2021 May 04]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/abordaje-del-paciente-con-anemia/etiolog%C3%ADa-de-la-anemia?query=Anemia%20debida%20a%20hemorragia%20abundante>
45. Asla M, Fuente J (Tutor). EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS [tesis en Internet]. Vizcaya: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea; 2015 [Citado 2021 May 04]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/03/Papel-de-la-nutricion-en-la-cicatrizacion-de-las-heridas.pdf>
46. Velarde L, Gómez R. Estrechez o estenosis uretral. Rev Cubana Urol [Internet]. 2018 [Citado 2021 May 04]; 7 (2):131-147. Disponible en: <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/427/477>
47. Cornistein W, Cremona A, Chattas A, Luciani A, Daciuk L, Juárez P, et al. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDA VESICAL. ACTUALIZACIÓN Y RECOMENDACIONES INTERSOCIEDADES. Rev Medicina [Internet]. 2018[Citado 2021 May 04]; 78 (4):258-264. Disponible en: https://laboratoriosmar.com.ar/Material_Infecto_Mayo19/%202018-INFECCION%20DEL%20TRACTO%20URINARIO%20ASOCIADA_A_SONDA_VESICAL.pdf
48. Fornaris K, Lezcano M, Suárez D. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes encamados con Síndrome de Inmovilización. En: XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019. [Internet]. La Habana: 2019; p 1-8. Disponible en:

<http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/459/164>

49. Font I, Llauradó M, Pallarés A, García F. Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura [Internet] 2016 [Citado 2021 May 04] ;48 (3):207-210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.009>
50. Roy C, Andrews, Heather A. The Roy Adaptation Model. [Internet]. 3ra ed. New Jersey: Pearson; 2008 [Citado 2021 May 04]. Disponible en: <https://archive.org/details/royadaptationmod03edroyc/page/n5/mode/1up>
51. Kabat L, Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad [Internet] 1^{er} ed. Barcelona: KAIRÓS; 2016 [Citado 2021 May 04]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r-2bDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=sabiduria&ots=4zOx8z9OBQ&sig=sS3aWIaBjHE_gxd3kamCAnWUIJ0#v=onepage&q&f=false
52. Igoa A. Modelo de adaptación de Callista Roy: aplicación a un caso clínico. Rev PortalesMed. [Internet] 2018 [Citado 2021 May 04];13 (19):1013. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/modelo-de-adaptacion-de-callista-roy-aplicacion-a-un-caso-clinico/>
53. Vázquez E. Los amputados y su rehabilitación: un reto para el Estado.[Internet] 1^{er} ed. México: Intersistemas; 2016. [Citado 2021 May 04]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

6.2 Anexo 1: Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



Programa de postgrado en Enfermería

Escuela de Enfermería

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA
LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES
HUMANOS”**

Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio a realizar involucra una investigación y estará a cargo de las Lcdas. Vanessa Santamaría Vargas y Yordania Rodríguez Hamilton, quienes son enfermeras y actualmente se encuentran concluyendo sus estudios en la Universidad de Costa Rica para obtener su título como Enfermeras quirúrgicas.

Dicha investigación es su trabajo final de graduación para la obtención del título mencionado anteriormente, no consta de financiación por parte de ninguna institución privada o gubernamental.

El objetivo de dicho trabajo consiste en analizar las vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación, dichas vivencias incluyen identificar las necesidades básicas y el papel que cumplen las personas sometidas a una amputación dentro de la sociedad; así como determinar la forma en que se perciben a sí mismos y conocer su nivel de dependencia. Lo anterior, tiene la finalidad de proporcionar cuidados de calidad, que se adapten a las necesidades de esta población.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Al participante se le realizará una entrevista a profundidad con una duración aproximada de una hora para poder conocer las vivencias y experiencias a nivel personal, familiar y social, es decir, su participación consiste en contar sus vivencias con ayuda del entrevistador, el cual realizará preguntas para guiar la conversación. Las preguntas abordarán temas sobre su adaptación y experiencias después de la cirugía; la entrevista se grabará en audio. Para esta entrevista no son requeridos datos como su nombre, cédula o lugar en el que vive. A partir de la grabación, se hará una transcripción, la cual se analizará por las investigadoras; de acuerdo con la ley 9234 Reguladora de Investigación Biomédica tanto la grabación como la transcripción de las entrevistas se guardarán en un sólo documento por quince años, transcurrido ese tiempo la información será eliminada.

Esta entrevista se realizará en un aula de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, la cual se solicitará antes de la realización de cada entrevista, garantizando un ambiente de privacidad y tranquilidad. La información se manejará de manera anónima y confidencial, para esto será resguardada en un disco duro externo, codificada para protegerla de terceros y se tendrá un archivo de respaldo con las mismas condiciones. El disco duro extraíble será entregado a la Escuela de Enfermería.

La participación de los sujetos en la investigación iniciará con la aplicación de la entrevista y finalizará con la devolución de los resultados una vez terminado el estudio, lo cual se hará por medio de una actividad grupal, informando verbalmente a los participantes sobre los resultados y de forma escrita por medio de un brochure.

C. RIESGOS

1. La participación en este estudio puede significar un riesgo mínimo para usted por lo siguiente: pérdida de privacidad, molestia, ansiedad o incomodidad al conversar sobre aspectos de su vida personal con las investigadoras, además del posible riesgo a la pérdida de la confidencialidad.
2. Si sufriera uno de los aspectos antes mencionados durante la entrevista realizada y los temas conversados, se realizará una relación interpersonal de

ayuda y en caso de que la situación no fuera resuelta se hará una referencia a la Enfermera de Salud Mental Msc. Mauren Barrantes, quien colaborará con esta investigación, para brindar el abordaje requerido según la situación que se presente.

D. BENEFICIOS

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, su participación contribuirá a brindar conocimiento importante a la enfermería quirúrgica, referente a las vivencias de adaptación en personas amputadas, con el propósito de incorporar lo aprendido en la gestión del cuidado de esta población y de esta forma mejorar la calidad de los cuidados que se brindan en los planes de cuidado.

Los participantes tendrán una participación activa que les permitirá reflexionar acerca de sus vivencias de adaptación posterior a la cirugía, contribuyendo al mejoramiento de su salud.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a retirarse en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la atención brindada y tampoco será castigado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima. La información será resguardada en un disco duro externo, codificada para protegerla de terceros y se tendrá un archivo de respaldo con las mismas condiciones. El disco duro extraíble será entregado a la Escuela de Enfermería.

Únicamente la Dra. Vivian Vílchez Barboza y las investigadoras Vanesa Santamaría Vargas y Yordania Rodríguez Hamilton tendrán acceso a los registros con el fin de verificar datos de la investigación.

Sin embargo, se recuerda a los participantes que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Dra. Vivian Vílchez Barboza o con alguna de las investigadoras sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información, puede obtenerla llamando a la Licda. Yordania Rodríguez Hamilton, tel: 6043-0659; Licda. Vanesa Santamaría Vargas, tel: 8741-0990. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

6.3 Anexo 2: Carta de aprobación de la Comisión de Trabajo Finales de Graduación del Sistema de Estudio de Posgrados.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP

Sistema de
Estudios de Posgrado

PPCE-EQ-178-2019

12 de marzo de 2019

SEP-1518-2019

M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre
Directora
Programa de Posgrado en Enfermería
Estimada señora:

En atención a su oficio PPCE-171-2019, se procede con la ratificación del Tema y Comité asesor de **Vanesa Santamaría Vargas** carné universitario **B26305** y **Yordania Rodríguez Hamilton**, carné universitario **B89593**; estudiantes de la Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica.

Tema: "VIVENCIAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PERSONAS SOMETIDAS A UNA AMPUTACIÓN"

Comité asesor:

- Dra. Vivian Vilchez Barboza (Profesora Guía)
- M.Sc. Cristhian Cortés Salas (Lector)
- M.Sc. Silvia Cordero Castro (Lectora)

Atentamente,

Dr. Álvaro Morales Ramírez
Decano



6.4 Anexo 3: Carta de aprobación del comité de ético científico de la Universidad de Costa Rica

	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA	CEC	Comité Ético Científico
--	------------------------------	------------	----------------------------

24 de enero de 2020
CEC-18-2020

Vanessa Santamaria Vargas
Yordania Rodriguez Hamilton
Estudiantes
Posgrado en Ciencias de la Enfermería

Estimadas estudiantes:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.161 celebrada el 04 de diciembre de 2019 sometió a consideración el trabajo final de graduación "Vivencias de adaptación en las personas sometidas a una amputación".

Después del análisis respectivo, los miembros del CEC-UCR solicitan lo siguiente:

- Definir las palabras técnicas utilizadas en el formulario de consentimiento informado
- Debe presentar el formulario de consentimiento informado en el formato actual del CEC-UCR
- Quitar del formulario de consentimiento informado la información referente al CONIS
- Indicar claramente cuáles serán los beneficios a los participantes y cómo se llevara a cabo la devolución de los resultados

Por lo tanto, el Comité acuerda:

Acuerdo N°4. Declarar pendiente de aprobación el trabajo final de graduación "Vivencias de adaptación en las personas sometidas a una amputación".

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

M.Sc. Alfonso Chacón Mata
Presidente Comité Ético Científico

ACHM/dha
C. Coordinador(a), Comisión de Trabajos Finales de Graduación, Posgrado en Ciencias de la Enfermería
Archivo

Tel: 2511-4201 | Correo electrónico: CEC@ucr.ac.cr | Portal de Investigación:
www.viv.ucr.ac.cr | Dirección: Cuarto piso de la Biblioteca Luis Demetrio Tinoco. Sede