



EXPERIENCIAS PSICOSOCIALES, FUNCIONALES Y PROTÉSICAS DE PACIENTES CON AMPUTACIÓN TRANSFEMORAL UNILATERAL

Mónica Carolina Delgado-Molina ¹ , Sandra Jimena Delgado-Molina ² ,
Brian Johan Bustos-Viviescas ³ , Jonathan Adrián Muñoz-Luna ¹ , Rosa Helena
Eraso-Angulo ¹ 

1. Universidad Mariana, Facultad de Ciencias de la Salud. Pasto, Colombia.
2. Universidad Andina Simón Bolívar, Área de Letras y Estudios Culturales. Quito, Ecuador
3. Centro de Comercio y Servicios, SENA Regional Risaralda. Pereira, Colombia.

EMAIL: cdelgado@umariana.edu.co

RESUMEN

Introducción: La amputación de una extremidad es un problema de salud que causa discapacidad física e implicaciones psicosociales y funcionales que afectan la calidad de vida de la persona que debe afrontar esta experiencia traumática, al tiempo que debe adaptarse a una nueva forma de vida. **Objetivo:** Explorar las experiencias psicosociales, funcionales y protésicas de los pacientes con amputación transfemoral unilateral. **Métodos:** Investigación cualitativa – interpretativa de las experiencias de personas con amputación transfemoral; se aplicó una entrevista estructurada a la muestra de estudio



conformada por 13 pacientes que aceptaron su participación en el estudio por medio del consentimiento informado. **Resultados y discusión:** El componente psicosocial, funcional y protésico es prioritario en los procesos de atención y rehabilitación del paciente amputado. Los pacientes refieren que una amputación es una situación catastrófica en la vida de la persona y que el proceso de afrontamiento depende de las redes de apoyo y el seguimiento en el proceso de rehabilitación, lo que influirá positiva o negativamente en el retorno a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y a la reincorporación y participación en la comunidad. **Conclusión:** Vivir la experiencia de la amputación de un miembro o de cualquier parte del cuerpo es necesariamente vivir una experiencia traumática que deja marcas permanentes tanto en el cuerpo físico como mental. Por tratarse de un evento traumático que afecta la vida de la persona en general, es fundamental ofrecer intervenciones multidisciplinarias que ayuden a alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Investigación cualitativa; amputación; experiencias; psicosocial; funcional.



PSYCHOSOCIAL, FUNCTIONAL AND PROSTHETIC EXPERIENCES OF PATIENTS WITH UNILATERAL TRANSFEMORAL AMPUTATION

ABSTRACT

Introduction: The amputation of a limb is a health problem that causes physical disability and psychosocial and functional implications that affect the quality of life of the person who must face this traumatic experience, while adapting to a new way of life. **Objective:** To explore the psychosocial, functional and prosthetic experiences of patients with single-sided transfemoral amputation. **Methods:** Qualitative – interpretive research of the experiences of people with transfemoral amputation; A structured interview was applied to the study sample made up of 13 patients who accepted their participation in the study through informed consent. **Results and discussion:** The psychosocial, functional and prosthetic component is a priority in the care and rehabilitation processes of the amputee patient. Patients report that an amputation is a catastrophic situation in the person's life and that the coping process depends on support networks and monitoring in the rehabilitation process, which will positively or negatively influence the return to activities. Daily Living (ADL) and reintegration and participation in the community. **Conclusion:** Living the experience of amputation of a limb or any part of the body is necessarily living a traumatic experience that leaves permanent marks on both the physical and mental body. As it is a traumatic event that affects the life of the person in general, it is essential to offer



multidisciplinary interventions that help achieve an optimal level of quality of life in patients.

KEYWORDS: Qualitative research; amputation; experiences; psychosocial; functional.

INTRODUCCIÓN

En cifras mundiales se sabe que una de las causas más importantes de discapacidad física es la amputación de extremidades, especialmente de miembros inferiores cuyas causas principales son: enfermedades vasculares, trauma, cáncer y patologías de origen congénito.⁽¹⁻³⁾ En Colombia según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), existen 850.000 personas con discapacidad física, de las cuales 60.000 habrían sufrido amputación de una de sus extremidades inferiores.⁽⁴⁾ De acuerdo con este reporte los adultos mayores de 65 años y más son la población con el porcentaje más alto de discapacidad física, representado por el 12,07%, seguido por el grupo etario de 41 a 64 años con 2,72%. El sexo masculino es el grupo más afectado 53,91%. En cuanto a

las causas que generan discapacidad física, la principal correspondió a la enfermedad general 38,20%, seguida de los accidentes de tránsito 18,86%, la violencia 2,91% y el conflicto armado 0,91%,⁽⁵⁾ destacando que la principal estructura y función corporal afectadas son manos, brazos y piernas 33,5%.⁽⁶⁾ Estas partes comprometen directamente el movimiento corporal humano y principalmente las actividades relacionadas con la ejecución de tareas de la vida diaria, caminar, correr, saltar, es decir, se ve afectada su funcionalidad, así como también su experiencia corporal.

Por otro lado, existen barreras o limitaciones que se agravan en pacientes de niveles socioeconómicos bajos, quienes en muchos casos no pueden solventar los gastos dedicados a los cuidados médicos y personales, lo que a



su vez desencadena mayores complicaciones en su condición de salud.⁽⁷⁾ De acuerdo con cifras oficiales, para el año 2020 alrededor del 70% de personas en estas condiciones no recibieron ningún tipo de ingreso mensual y solo del 15 al 19% recibieron menos de \$450.000 pesos colombianos mensuales.⁽⁵⁾

Dentro de estas afectaciones tienen un peso importante el impacto emocional, afectos negativos, tendencia al aislamiento, restricciones y limitaciones de roles, miembro fantasma y equilibrio emocional, situaciones que comprometen, en gran medida, además, su calidad de vida relacionada con la salud integral.⁽⁸⁾

En este panorama, la rehabilitación integral y funcional⁽⁹⁾ juega un papel fundamental en el objetivo de solventar las situaciones antes mencionadas, en mejorar la calidad de vida de estos pacientes, labor que necesariamente requiere de la intervención de un equipo multidisciplinar.

En este orden de ideas, el componente psicosocial, funcional y de protézización es determinante en los procesos de rehabilitación física, sin embargo, muchas veces no es tenido en cuenta, tal y como lo reportan los pacientes que participaron en este estudio. Por esta razón, la presente investigación que estuvo ligada al proyecto denominado: “*Pruebas funcionales de prototipo de articulación de rodilla policéntrica para prótesis externas de pacientes con amputación transfemoral*”, tiene como objetivo explorar las experiencias psicosociales, funcionales y protésicas de los pacientes con amputación transfemoral uniatral.

Materiales y Métodos

El presente estudio guarda un componente cualitativo – interpretativo ya que se exploraron y analizaron las experiencias de personas que atravesaron por un suceso de amputación, profundizando en sus interpretaciones y significados.⁽¹⁰⁾ Este estudio se realizó



durante los meses de agosto a diciembre del año 2019 y se ejecutó en los consultorios del Hospital Simulado de la Universidad Mariana, el cual cuenta con certificación internacional de la American Heart Association (AHA).

La población estuvo conformada por 70 pacientes que se encontraban en la base de datos del Instituto Departamental de Salud de Nariño, quienes fueron contactados vía telefónica con el fin de confirmar su condición y disponibilidad para participar en el estudio. Finalmente, la muestra quedó conformada por 13 pacientes que decidieron participar en el estudio de manera voluntaria. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, residentes de la ciudad de Pasto, Nariño, Colombia con amputación transfemoral unilateral que realizaban marcha con o sin aditamento externo y que previamente habían usado una prótesis y que decidieron participar voluntariamente. A estas personas se les aplicó una entrevista estructurada de

manera presencial, previa firma de consentimiento informado, la cual fue diseñada por los investigadores y revisada por pares evaluadores externos, quienes ayudaron a centrar las preguntas en el objeto de estudio para posteriormente validar su contenido y aprobar su utilización.

Los datos se recolectaron a través de una entrevista estructurada, que se realizó de manera sincrónica en los consultorios del Hospital Simulado de la Universidad Mariana. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 25 minutos.

El procesamiento de la información se realizó mediante el análisis de contenido temático; inicialmente, se efectuó el vaciado y análisis de la información en una matriz creada por los investigadores, con posterior identificación de proposiciones agrupadas (aquellas frases que coincidían y se repetían por parte de los participantes en cada pregunta). Posteriormente, se realizó la codificación,



en este punto fueron eludidos los datos espurios y se clasificaron los datos que se consideraron convenientes, para asignarles un código. Subsecuentemente, la categorización permitió la agrupación de los códigos según las similitudes, permitiendo formar e identificar las categorías y axiomas del objeto de estudio, las cuales fueron: experiencia de amputación, preparación psicológica, componente cognitivo-afectivo, componente sociocultural y protézización, y así finalmente, se realizó la interpretación de resultados en cada una de estas categorías.

Normas éticas

Para efectuar este estudio se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para investigaciones en seres humanos. También se contó con aval del comité de ética de la Universidad Mariana mediante el Acta N° 007 del 21 de agosto de 2018. Los sujetos de estudio fueron

identificados con códigos (S1, S2, S3, ...S13) para proteger su identidad. Se dio un trato equitativo a todos los participantes, sin exponerlos a ningún tipo de riesgo físico, ni psicológico.

Resultados y Discusión

Categoría 1 - Experiencia frente a la amputación

Los pacientes conciben la amputación como un evento traumático y doloroso que definitivamente modifica la realización de actividades de la vida diaria, refiriendo que muchas de ellas son difíciles de realizar por la limitación presente. Al indagar sobre la experiencia de la amputación, todos coincidieron en que la vivencia es siempre compleja, acompañada de dolor y frustración, sentimientos profundos, caóticos y difíciles de sobrellevar, lo que además les obligó a modificar su forma de relacionarse con el mundo exterior.

Algunos pacientes refirieron lo siguiente frente a este planteamiento:

S1 “Para mí fue algo que me dio un giro de 180°, fue un cambio total, despertar y no ver mi miembro...La recuperación fue lo más difícil; lo más doloroso, son experiencias que uno no ha vivido, como el miembro fantasma”.

S7 “Eso fue algo muy traumático, doloroso y lo que pensé es que jamás volvería a pararme, sinceramente, hasta que los médicos y personal de salud me daban una esperanza de hacer mi vida normal, aunque fue un proceso demasiado largo y complicado. Prácticamente acepté que estaba “mocho”, discapacitado, a los tres años de lo sucedido, en mi cerebro y todo eso, pero de ahí vinieron muchas consecuencias, familiarmente y en el trabajo. Pero he aprendido a

sobrellevarme, yo acepto que estoy discapacitado y limitado para muchas cosas, pero ese no es motivo para entristecerme o ponerme a llorar o sentirme menos que nadie, así lo acepto y así viviré hasta el último día que tenga de vida”.

De acuerdo con el relato de sus experiencias, se entiende que la amputación resulta dolorosa y traumática, exige arduos ajustes, esfuerzos y tiempo para alcanzar la adaptación física y psicológica. Al respecto *Font*, refiere que “las amputaciones son concebidas por los pacientes como pérdidas, consideradas traumáticas, dolorosas, y que precisan de un tiempo y un proceso de adaptación hasta alcanzar un estado de armonía”.⁽¹¹⁾ De acuerdo con el autor, cada persona cursa con procesos emocionales diferentes en el duelo correspondiente, estos incluyen un ajuste físico y social bastante exigente y que tiene por fin último el proceso de

adaptación, retomando, en la mayor medida posible, un reintegro funcional a las AVD. Al respecto los testimonios de los pacientes, refieren:

S1 “La limitación al moverme, saber que no puedo volver a correr me impacta bastante, subir y bajar escaleras es muy incómodo, tener una marcha correcta en terreno destapado es difícil”.

S12 “Es difícil al principio, hasta que uno aprende a defenderse y con el paso del tiempo uno termina acostumbrándose a esta nueva realidad”.

S13 “Casi que todas las actividades se ven modificadas, porque uno tiene que aprender nuevamente a hacer prácticamente todo, pero pienso que lo más duro es el inicio del proceso”.

Como puede observarse, los participantes debieron atravesar por un complejo

proceso de adaptación y autoexigencia para retomar su vida, desde las actividades más básicas hasta las más complejas se vieron atravesadas por esta experiencia. Pero no solo se trata de un reajuste de actividades y dinámicas, sino de un proceso que involucra el aspecto psicosocial, así, por ejemplo, es importante considerar que la presencia de emociones intensas como la depresión y ansiedad en algunos pacientes, aumenta la restricción en la ejecución de AVD y en el desempeño de roles particulares de cada individuo, es decir, se trata de repercusiones negativas en el proceso de recuperación y adaptación del sujeto; así lo describen los participantes 11 y 12:

S11 “Todas mis actividades se han visto modificadas, ya no puedo hacer lo mismo que hacía antes y para muchas cosas necesito ayuda, y depender de otros para mí es lo peor”.

S12 “Bien mal, porque ya no me puedo movilizar de la misma

manera que lo hacía antes, cuando tenía mis dos piernas”.

Experiencias como las arriba mencionadas, pueden ser indicadores de riesgo, ya que son relatos que dan cuenta de una percepción completamente negativa y limitante, existen ideas de dependencia, sentimientos de frustración e impotencia, que evidencian además la necesidad de un acompañamiento interdisciplinario que permita potenciar los recursos internos y externos de quienes deben vivir una experiencia de amputación, activar y potenciar factores protectores.

Categoría 2 - Preparación Psicológica

Como bien antes se ha aludido, en el proceso de duelo que concluye con la aceptación de la pérdida, la investigación demuestra que es necesario contar con un apoyo psicológico dentro del trabajo interdisciplinario en salud, este le facilitaría al paciente efectivizar los factores

protectores para hacerle frente a un evento de tan alta magnitud. Sin embargo, en la experiencia real muchas veces los pacientes con amputación carecen de este tipo de acompañamiento, esto haciendo aún más complejo los procesos de aceptación y adaptación a esta nueva forma de vida.⁽¹²⁾ Las respuestas obtenidas en la presente investigación fueron similares, las personas entrevistadas en su mayoría reportaron que ninguno recibió preparación psicológica y otros que solo al inicio del tratamiento, como se describe a continuación:

S1 “Tuve un acompañamiento al principio de la amputación con los psicólogos de mi empresa, después ya no”.

S2 “Recibí atención (tratamiento psicológico) cuando estuve en el hospital”.

S8 “No he tenido ningún tratamiento, nunca me remitieron al psicólogo, ni al psiquiatra”.

S13 “Por la depresión que tuve me mandaron, pero mucho después, no como parte del proceso de preparación, ni reparación después de la amputación”.

En contraste a lo identificado, destacados autores manifiestan que los tratamientos psicológicos en la actualidad se están considerando como prioritarios dentro de la atención de estos pacientes, al reconocer que el componente psicológico (la forma de pensar, sentir y comportarse de un individuo) está fuertemente relacionado con su imagen corporal;⁽¹³⁾ es decir, el componente psicológico es importante en todos los procesos de maduración y aprendizaje⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ y dentro de estos procesos su atención debe ser asumida como vital para ayudar al paciente en su proceso de aceptación de la pérdida de su miembro y la adaptación a su nueva forma de vida.

La experiencia de la amputación exige atravesar por un proceso de duelo, reajuste y reaprendizaje, y en la mayoría de los casos, como lo evidencian las respuestas descritas, ante la ausencia de tratamientos psicológicos, las personas con amputaciones, no todas, logran adaptarse con mucho esfuerzo, a costa de atravesar por varias crisis y conflictos que pueden extenderse en el tiempo, utilizando sus propios recursos y sin la oportunidad de recibir ayuda especializada. Pourfahimi y otros refieren que en los procesos de adaptación de los pacientes con amputación dependen en gran medida del apoyo social percibido de quienes le rodean,⁽¹²⁾ siendo este último, según varios autores, de vital ayuda durante el proceso de recuperación después de una amputación.⁽¹⁷⁻²²⁾ Cabe destacar que muchos de los pacientes reconocen que la recuperación hace parte de un proceso personal, es ahí donde el paciente debe contemplar la construcción de un nuevo concepto de sí mismo y un reajuste de su



imagen corporal, en los cuales integre su amputación y las limitaciones presentes. Según *Horgan & MacLachlan* “el objetivo es vivir con el yo alterado”⁽¹⁷⁾, asumiéndose como una persona en situación de discapacidad, pero con capacidades diferentes; por ello, incorporar tratamientos psicológicos a lo largo de todo el proceso tanto post-quirúrgico, como pre-quirúrgico se hace necesario, pues en algunos pacientes aparecen síntomas de ansiedad y depresión que dificultan aún más sus procesos de recuperación, lo que a su vez significa mayores afectaciones en su calidad de vida y muy seguramente, en la posterior adhesión a los programas de rehabilitación.^(16,23)

Categoría 3 - Componente cognitivo-afectivo

Lo cognitivo-afectivo corresponde al conjunto de ideas, pensamientos y cogniciones, al lado de las emociones y sentimientos vinculados a la experiencia

de la amputación. Al respecto los pacientes refirieron que existen pensamientos negativos recurrentes, que a su vez generan emociones o sentimientos perturbadores en torno al pasado en contraste con su nueva experiencia marcada por la falta de la extremidad. A continuación, se resalta lo que algunos pacientes respondieron al respecto cuando se indagó sobre la presencia de pensamientos y emociones consideradas negativas que, al parecer, muchas veces se activan con la mirada externa:

S6 “La falta de mi pierna me pone triste, porque antes me movía a hacer mis cosas y ahora verme así, si me afecta y cuando las personas te miran tanto, es inevitable recordar”.

S11 “Pensamientos depresivos al pensar que antes con mi extremidad podía hacer lo que quisiera, además la gente es muy imprudente y que te miren y pregunten resulta molesto”.



El respecto Lazcano-Ortiz y otros identificaron que, los pacientes con amputación se caracterizaron por una baja capacidad de adaptación y afrontamiento,⁽²⁴⁾ Como puede notarse, la mirada del otro es una de las situaciones que más activa esa respuesta cognitivo-afectiva que se dispara por la idea de sentirse observado, que como consecuencia genera ansiedad. Experiencias como esta, recuerdan constantemente el proceso de pérdida de su extremidad, ya que, aunque utilicen una prótesis, las personas notan la diferencia y en ocasiones no escatiman en demostrar su curiosidad, lo que para la persona con amputación implica volver al recuerdo constante de la pérdida de su extremidad. En este aspecto es importante entender lo que mencionan *Reséndiz y Serrano* destacan que la imagen corporal sobre es una mezcla percibida entre lo que se ve y se siente, por ello el cuerpo imaginaria se modifica con el tiempo de acuerdo a experiencias agradables y desagradables que suceden en la vida del

ser humano,⁽²⁵⁾ por tanto, tal vez para ellos sería más fácil sobrellevar esta situación si las personas del común lograran comprender que una amputación debe ser percibida con normalidad, de ahí la importancia de extender procesos de sensibilización y pedagogía con la comunidad en general, pues resulta fundamental comprender que para la imagen corporal del paciente con amputación, las aportaciones que el individuo recibe de su ámbito social son importantes en su proceso de recuperación, de adaptación y de aceptación de su nueva imagen corporal.

De acuerdo con *Sánchez-Rojas y otros* sugieren que, la autoimagen se ve modificada por la influencia del ambiente y sociedad;⁽²⁶⁾ cabe resaltar que, la mayoría de las decisiones humanas se toman entre otros sociales.⁽²⁷⁾ Por ende, la estigmatización realizada por la comunidad, entendida esta como “un atributo que hace diferente a una persona de los demás y lo convierte en alguien



menos apetecible, reduciéndolo a un ser menospreciado e inficionado”,⁽²⁸⁾ debería ser suprimida, pues es un obstáculo notable y nocivo dentro de los procesos de recuperación. En este sentido, es pertinente considerar, nuevamente, la importancia de invertir y fomentar espacios pedagógicos dirigidos a la sociedad que permitan una verdadera creación de actitudes y ambientes inclusivos.

Por otra parte, la experiencia de la amputación implica atravesar un proceso de adaptación en el que pueden ocurrir problemas psicológicos, como depresión, ansiedad y trastorno de estrés posttraumático^(29,30) que resultan normales; sin embargo su intensidad, complejidad y duración dependerá de cada individuo, personalidad, experiencias pasadas y la presencia o ausencia de redes de apoyo. La interacción de estos distintos factores puede dar como resultado estilos de afrontamiento positivas/activas y/o negativas/pasivas.⁽²⁰⁾⁽²⁹⁾ El afrontamiento

positivo significa aceptar y mirar como un reto la capacidad de reaprendizaje, con el fin de hacerle frente a los problemas y dificultades, asumiendo este evento como un acto de superación en el que el autocontrol⁽²⁹⁾ opera como una estrategia importante. Por el contrario, el afrontamiento negativo/pasivo puede significar quedarse sumergido en un acto de negación, distanciamiento, con un evidente pobre ajuste psicosocial que solo dificultará la realización de actividades de la vida diaria y lentificará el proceso de adaptación. Estos pacientes se centran más en los pensamientos negativos producidos por la amputación, que a su vez generan emociones desfavorables dentro de su proceso de recuperación.

Con base en lo anterior, se formuló una pregunta que buscó identificar las actitudes, pensamientos y comportamientos que favorecieron los procesos de recuperación, o que por el contrario hayan sido un obstáculo; es decir, se indagó sobre el tipo de afrontamiento asumido a partir de la

siguiente pregunta: ¿Considera que sus actitudes, pensamientos y comportamientos le han permitido adecuarse de manera positiva a su situación actual de vida? Las respuestas fueron clasificadas según el tipo de afrontamiento que se pudo evidenciar en los pacientes:

Afrontamiento activo u optimista:

S7 “Si bastante, porque si yo no hubiera puesto de mi parte, mentalmente, anímicamente, psicológicamente, mi vida sería muy diferente, llena de cosas negativas, pero todo eso lo he superado”.

S12 “Sí, la parte psicológica es importante, así como también la forma en cómo mires la vida y el futuro”.

S13 “De alguna manera sí, uno tiene que adaptarse y seguir la vida pese a las dificultades. Uno aprende de todo lo que le pasa,

pero también mi familia me ha ayudado todo este tiempo”.

Afrontamiento pasivo o fatalista:

S4 “De ninguna manera”.

S10 “No, siento que mis pensamientos actuales no me dejan ver esto de manera positiva”.

S11 “Pues con el pasar del tiempo uno termina adaptándose, pero difícilmente pienso de manera positiva, me cuesta”.

Como puede notarse, los estilos de afrontamiento estarán determinados tanto por factores internos como por factores externos, que pueden favorecer o entorpecer los procesos de recuperación. Sumado a esto, se pudo identificar que el proceso de afrontamiento supone sobrellevar además cambios propios de la imagen corporal, proceso que requiere de un ajuste psicológico y social,⁽¹⁷⁾ pues el individuo debe aceptar su nueva realidad.



Dentro de este tránsito, las redes de apoyo deben propender espacios de aceptación y reconocimiento de las capacidades y habilidades presentes del paciente, esto favorecerá la confianza que el sujeto tiene de sí mismo, y con ello, el grado de percepción y satisfacción con su propio cuerpo. En este sentido, las redes de apoyo pueden facilitar herramientas pertinentes para que el sujeto supere la situación traumática a causa de la amputación y mire las posibilidades presentes en su nueva realidad.

Para algunas personas resulta difícil adaptarse prontamente al cambio, esto puede estar asociado a que muchos de ellos experimentan con mayor intensidad síntomas depresivos propios del proceso de duelo, pero que en algunos casos se agudizan e incluso pueden quedarse anclados desarrollando estados depresivos. Sin embargo, hay que señalar que, al inicio del proceso de amputación los síntomas de depresión son inevitables y significativamente altos, incluso durante

los dos primeros años posteriores a la amputación; luego de este periodo de tiempo se espera que la sintomatología disminuya.⁽¹⁷⁾ Vinculado a esto, suele suceder que algunos pacientes pierden relaciones importantes (pareja o familia) a raíz de este evento, lo que puede significar una mayor dificultad para afrontar la situación, teniendo en cuenta, como ya se ha mencionado antes, que uno de los recursos más significativos dentro del afrontamiento, son las redes de apoyo (núcleo familiar, amigos y personal de salud).⁽²⁹⁾

Categoría 4- Componente sociocultural

En este componente se abordaron tres elementos importantes: las relaciones personales, igualdad de oportunidades y creencias.

En cuanto a las relaciones personales, se indagó sobre las presencias y ausencias de personas importantes para los pacientes; algunos manifestaron haber perdido a su pareja sentimental y/o

amigos a raíz de la situación de discapacidad, sin embargo, refirieron que eso les ayudó a salir adelante por su propia cuenta; otros pacientes dijeron que su familia es la principal fortaleza frente a este proceso, como se observa a continuación:

S1 “Sí, yo me separé de mi antigua esposa, no sé si hubo razones personales implicadas, o por la amputación, pero si tuvo algo que ver, sin embargo, pienso que eso me ayudó de cierta manera”.

S7 “Sí, he perdido mucho, porque prácticamente hasta la mujer que tenía la perdí, pese a eso me he sentido muy capaz de salir solo adelante”.

S13 “Los amigos se alejan de uno, pero eso me demostró que esos no son amigos y ahora me siento mejor, tal vez eso me hizo lo que soy, una persona fuerte”.

Los participantes reportaron experiencias de rechazo, dificultades para ser aceptados, pero tal limitación pudo ser compensada con su fortaleza mental. Así, por ejemplo, para muchos de estos pacientes la amputación significó la pérdida de su pareja sentimental y/o amigos, sin embargo, ellos manifestaron que esto les ayudó a tener fortaleza y determinación ante su experiencia vivida. Para varios autores la personalidad es definitiva en este aspecto; se ha considerado que las personas que son extrovertidas, optimistas y que les gusta asumir los riesgos desarrollan, la mayoría de veces, un gran sentido de control sobre el proceso relacionado con la amputación.^(17,20) Otros estudios han demostrado que varios factores de la personalidad previos a la amputación son importantes para determinar el éxito de la rehabilitación.^(31,32) En esta línea, la presente investigación permite observar que aunque estas personas habían perdido a su pareja o amigos, tenían el soporte de otras redes de apoyo, por ejemplo, el

personal de salud; pues son ellos quienes además de brindar a los pacientes la información necesaria frente al proceso de amputación, se encargan de acompañarles en su recuperación. A partir de ello, el soporte del personal de salud puede contribuir a los pacientes a disminuir la incertidumbre producida por el desconocimiento.⁽³³⁾ Sin embargo, se encontraron también otras experiencias positivas y satisfactorias en torno a las experiencias vividas dentro de sus redes de apoyo:

S5 “Creo que uno gana muchas amistades y la familia lo ayuda mucho a uno, lo único malo es que las demás personas no lo ven como normal, sino que lo ven como un “pobrecito” y no debería suceder eso, nosotros somos personas que perdimos un miembro, pero no queremos causar pena, no debería existir la pena en estos casos”.

S6 “Mi familia ha estado ahí para ayudarme”.

S12 “He sentido a mi familia como un apoyo, ellos me motivan a salir adelante, por eso estudio”.

Como se observa en las respuestas anteriores, en aquellos pacientes que mencionaron que la familia era su principal fortaleza se puede determinar que tanto características de la personalidad (autocontrol, visión del futuro, etc.), como el apoyo recibido por el contexto familiar y social (factores externos), posibilitan generar las defensas necesarias para superar un suceso traumático como la amputación. Hanley y otros, mencionan que “el apoyo social está relacionado con un buen ajuste a largo plazo. Los pacientes que perciben un adecuado apoyo social tienden a disminuir casi inmediatamente los síntomas depresivos que les produce la amputación”.⁽¹⁸⁾ Particularmente el apoyo de la familia resulta fundamental; estudios afines reportan que los sujetos

que tienen apoyo familiar tienden a presentar mejor adhesión terapéutica, mayores niveles de actividad y mayor probabilidad de retomar su trabajo y ocupación.^(18,34) Se puede concluir que el apoyo familiar y social son factores condicionantes en el éxito de la rehabilitación.⁽¹¹⁾

Por otra parte, en lo que concierne a la igualdad de oportunidades, se puede evidenciar que los pacientes perciben lo contrario; a continuación, algunas de las respuestas:

S1 “A una persona con movilidad reducida, como yo, con una discapacidad física, no lo van a tener en cuenta para algunos trabajos que requieren mayor esfuerzo y movilidad y eso lo afecta a uno, bastante”.

S2 “Nosotros tenemos menos oportunidades, a uno le cierran las puertas en todas partes por la situación de discapacidad”.

S8 “A uno ya no le dan oportunidades porque lo miran así y ya le niegan cualquier trabajo, pero yo si me siento capaz de realizar cualquier trabajo”.

Los participantes reportaron tener una clara desventaja frente al resto de la población: menos oportunidades en cuestiones de accesibilidad, trabajo, educación, empleo, vivienda, uso de tecnologías, participación en actividades de ocio, recreación y deporte; esto asociado a la falta de educación, políticas ineficientes y escasas, financiación insuficiente y actitudes discriminatorias por parte de la sociedad, lo que afecta considerablemente su desempeño personal, su participación social, su acceso laboral y por ende, su economía.⁽³⁵⁻³⁷⁾

Según *Batuak*, los tres aspectos que generan una clara desventaja en estas personas son: las dificultades de la accesibilidad en las ciudades, lo que



dificulta su movilidad y las bajas oportunidades de empleo, esta última siendo la consecuencia de los dos primeros aspectos.⁽³⁸⁾ Además, es importante mencionar que los reportes de la *Organización Mundial de la Salud* y el *Banco Mundial*,⁽³⁹⁾ en el año 2011 demuestran que estas claras desventajas causales de las pocas oportunidades para estas personas se centran principalmente en la falta de educación de la comunidad en general, generada por la escasa gestión coordinativa entre los entes gubernamentales y no gubernamentales (empresas, instituciones públicas y privadas, y academias) en el planteamiento de estrategias de inclusión para favorecer el emprendimiento. Estos entes públicos y privados son considerados los principales “actores del ecosistema de emprendimiento e innovación”,⁽⁴⁰⁾ es decir, la responsabilidad de transformar o cambiar el pensamiento de la actual sociedad, de alcanzar la sensibilización, es de todos, en cabeza de las entidades antes

mencionadas. Es una tarea colectiva que las personas en situación de discapacidad puedan ser vistas desde el reconocimiento, la admiración, el emprendimiento, y que sean tratadas con respeto y dignidad.

En cuanto a las creencias y su influencia dentro del proceso de rehabilitación, se formuló la siguiente pregunta ¿Qué creencias y/o tradiciones personales, familiares o religiosas limitaron o facilitaron su proceso de prototización?. Con las respuestas emitidas por los pacientes se logró concluir que ninguna creencia o tradición limitaba su proceso de prototización; por el contrario, algunos pacientes refirieron que su creencia en Dios fue una gran fortaleza para seguir adelante, como se observa en los siguientes testimonios:

S6 “Yo soy católica, y siento que no, antes me he fortalecido en Dios”.



S7 “Ninguna, siento que Dios me ha dado la fortaleza para seguir adelante pese a las situaciones”.

S13 “No para nada, antes mi religión católica me ha permitido seguir”.

De acuerdo con sus respuestas, las creencias religiosas sirven como factor protector, activan los recursos de afrontamiento, disminuyen la depresión, la ansiedad y el estrés, facilitan el proceso de aceptación y adaptación. Para *Rubio y otros* las creencias corresponden a las suposiciones que se tienen con respecto a la realidad sirviendo de reflejo para la interpretación de eventos y el afrontamiento⁽⁴¹⁾. En este punto es evidente que las creencias religiosas les permiten a los participantes tener una mejor reorganización de su vida, dándole un significado positivo y un propósito a las situaciones traumáticas que han tenido que vivir. Según *Ellison* 1991, citado por *Pérez et al.*, (2005) “la religión ofrece un sentido de propósito que otros tipos de

apoyo social no pueden proveer⁽⁴²⁾; es decir, sus creencias les ofrecen esperanza y fortaleza para poder lidiar a diario con su discapacidad al tratar de desenvolverse en su contexto ambiental y social, que como ya se ha visto, no está en capacidad de facilitar sus procesos de rehabilitación, ni tampoco de reintegrarlos efectivamente a la vida social. Esta estrategia de afrontamiento ligada a la práctica religiosa está asociada a la capacidad de perdonar, aceptar y amar, concebida dentro del concepto de espiritualidad, como fortaleza interna, voluntad, disciplina, autocontrol y determinación exigida y proporcionada por Dios, lo que permite la transformación del individuo⁽⁴³⁾ en pro de su desarrollo o avance dirigido a construir un nuevo futuro para él o ella, su familia y demás personas que le rodean.

Es importante además, comprender que las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento formada por la influencia del conjunto de relaciones

interpersonales⁽⁴¹⁾ que pueden funcionar como factores de protección ante situaciones traumáticas, como la que aquí se estudia. Según *Castellanos & Lucero*, las redes sociales de apoyo se maximizan a partir de las creencias y prácticas religiosas y espirituales a las cuales los individuos se acogen.⁽⁴⁴⁾ *Martínez*, muestra correlaciones positivas entre la espiritualidad y religiosidad y varios aspectos personales y familiares adaptativos.⁽⁴⁵⁾ En definitiva, las creencias religiosas son un importante factor protector porque, tal y como lo demuestran los estudios y los testimonios de los participantes, favorecen la asimilación de la experiencia de amputación con un sentido positivo, aportan en la construcción de una comprensión mayormente adaptativa, a la vez que favorece la visión de futuro y muchas veces integra las redes de apoyo, principalmente las del grupo familiar.

Categoría 5- Protetización

Con el objetivo de conocer cómo se concibe el proceso de protetización se incluyeron tres preguntas; la primera indaga sobre el uso de la prótesis en cuanto a si mejoró o perturbó la ejecución de sus actividades diarias. La totalidad de los participantes concluyeron que la prótesis ha facilitado la ejecución de AVD con ganancia de independencia, como se puede observar en las apreciaciones realizadas por algunos de ellos:

S1 “La verdad con la prótesis que estoy he mejorado, puedo hacer las actividades yo mismo sin ayuda de otros, pero he tenido dificultades por el mal ajuste, el desgaste y por todos los inconvenientes que tiene una prótesis vieja”.

S2 “Mejóro en un 100% la ejecución de las actividades de la vida diaria”.

S9 “En un principio es duro el manejo de la prótesis, por la incomodidad y todo, pero, después es más fácil realizar las actividades diarias”.

S12 “Notablemente las mejoró, porque ahora ya puedo hacer las cosas solo, algunas con dificultad, pero, trato de ser independiente”.

Como puede leerse, la prótesis permitió a los pacientes tener un mejor proceso de adaptación frente a la amputación, pues dicho elemento facilita la ejecución de AVD retornando la independencia en ellos, situación que psicológicamente favorece la percepción de sí mismos y su reincorporación a la vida social y laboral. De este modo, la protetización exigió de su capacidad adaptativa no solo en el plano físico, sino también en lo psicosocial que involucra tanto el reajuste de la configuración de su imagen corporal, como en sus interacciones en diferentes contextos.

Para Horgan, Bruce y Penninx, la prótesis se convierte en un potente recurso para el ajuste psicológico y social al permitirle al paciente recuperar la movilidad y el funcionamiento independiente, previniendo además otro tipo de complicaciones, puesto que la restricción en la realización de actividades de la vida diaria está estrechamente interrelacionada con la aparición de estados depresivos.^(17,46,47) Por su parte Kannenberg y De-Rosende,^(48,49) determinaron que las prótesis garantizan una mayor participación de los amputados en la vida familiar, empresarial y social, ya que al mejorar su desempeño en AVD como la movilidad, las actividades instrumentales, el transporte, etc., esto favorece su reincorporación a los diferentes contextos en los que antes se desempeñaban y/o ingreso a nuevos escenarios. Los autores hacen énfasis en la ganancia de independencia en la realización de actividades de autocuidado, siendo este uno de los objetivos más importantes para esta población. Al



respecto *Zidarov y otros*, encontraron también que los participantes de su estudio reportaron un mejor desempeño en sus AVD, y que estas tendían a mejorar aún más cuando el paciente retornaba a la comunidad.⁽⁵⁰⁾

La segunda pregunta buscó indagar sobre su disposición para participar activamente en procesos investigativos y compartir sus experiencias en beneficio de otras personas en condiciones similares, encontrando una respuesta positiva generalizada; sin embargo, la mayoría de personas refirieron dificultades relacionadas con sus tiempos debido a sus ocupaciones laborales, solo tres pacientes refirieron contar con el tiempo para esto, siendo evidente en las respuestas emitidas:

S1 “Claro que sí, la idea es que personas que seamos del común o deportistas podamos contribuir para que nos adapten una prótesis para que podamos desempeñar

nuestras labores diarias, cotidianas de mejor manera, porque a mí, me toca cambiar de prótesis para caminar y montar en bicicleta, porque no es la misma”. S2 “Si claro, si es para beneficio de personas que como yo tienen discapacidad física, obvio que acepto”.

S13 “Sí, si se trata de ayudar a las personas en condiciones similares claro que me gustaría, solo que ahora no puedo porque tengo que trabajar y no me queda tiempo”.

Se considera que es fundamental la participación de los pacientes con amputación en procesos de investigación, pues refieren que las personas que han tenido la misma experiencia comprenden mejor sus sentimientos, sus experiencias y actitudes, por esta razón, muchos de ellos deciden participar con el fin de brindar información completa y vivencial sobre el proceso de amputación, sus

estrategias de afrontamiento y demás información que resulta relevante para la persona que va a experimentar o está experimentando una amputación. *Font y Bañol y otros*, manifiestan que los pacientes amputados consideran que les habría ayudado que alguna persona (paciente amputado o personal de salud) les hubiese explicado el proceso, por lo que se hace evidente que las experiencias compartidas a manera de resultados de procesos de investigación se convierten en ejemplos positivos que favorecen los procesos de recuperación y resiliencia.^(11,51) Así mismo *Reichmann & Bartman*, reiteran que la información brindada por pacientes que se han adaptado a la amputación y al uso de la prótesis, favoreció el proceso de rehabilitación de muchos pacientes.⁽⁵²⁾ Sin embargo, en ocasiones surgen limitaciones u obstáculos, que como en el caso de los participantes, limitan o bloquean su participación:

S9 “No dispongo de tiempo, pero, es claro que todas las personas no

asimilamos de la misma forma la amputación, y las formas de ver la situación son distintas, por esto si me interesaría”

El S9 enfatiza en las diferentes formas de asimilar una amputación, sin embargo, cuando los pacientes conocen diferentes experiencias compartidas por personas que han atravesado por esta situación, ello puede favorecer el surgimiento de respuestas mayormente adaptativas.⁽⁵²⁾ Así por ejemplo, en el estudio de *Loucas y otros*, los pacientes con amputaciones recientes recibieron la visita de pares con la intención de resolver todas las dudas que los pacientes tenían, encontrando que después de 6 meses, los pacientes refirieron tener una perspectiva sustancialmente mejorada.⁽⁵³⁾ Se puede determinar entonces que la participación e involucramiento de personas con experiencias similares favorecen los procesos de adaptación y reajuste psicosocial en pacientes que están

atravesando por este proceso, tal y como lo refieren los sujetos S2 y S13.

La última pregunta realizada estuvo dirigida a determinar posibles cambios psicológicos tras el proceso de protetización y se formuló de la siguiente manera: ¿Provocaría o provocó algún cambio a nivel de su estado de ánimo la adaptación de una prótesis?. Todos los pacientes afirmaron que una prótesis brinda seguridad y funcionalidad, por tanto, garantiza un mejor estado de ánimo:

S5 “Sí, si una prótesis está bien adaptada, tu ánimo cambia, se eleva, pero si tienes una mala adaptación de tu prótesis, tu estado de ánimo se decae porque es frustrante, porque tú siempre aspiras a algo bueno y a tratar de caminar normal, entonces cuando no te dan algo así, tu estado emocional cambia”.

S12 “Tal vez sí porque me brindaría más funcionalidad e

independencia y eso a uno lo motiva a seguir y volver a su vida anterior”.

Adquirir la prótesis parece ser un anhelo y una meta que indudablemente les permitiría tener un mejor desempeño en sus AVD, en la ganancia de independencia y la recuperación de otras funciones vinculadas a su contexto social, laboral, entre otros; es decir, la protetización es deseada por todo paciente con amputación desde el pre-operatorio, pues permite un mayor control sobre sus vidas y eso es lo que genera un mejor estado de ánimo en ellos,^(54,55) esto independientemente de las necesidades o propósitos a solventar por cada paciente. En definitiva, la prótesis logra disminuir el sufrimiento causado por la amputación y devuelve a los pacientes las esperanzas de tener una mejor calidad de vida relacionada con su salud integral.⁽⁵⁰⁾ Además, el proceso de protetización se refleja como un elemento fundamental dentro del proceso de adaptación, de



reajuste psicosocial, de ganancia de seguridad y fortalecimiento de su autoestima, además que se convierte en una motivación importante para avanzar con sus vidas.^(54,55) En este sentido, de acuerdo con lo reportado por los participantes, habría mejorías en el estado de ánimo ya que perciben un mayor control sobre sus vidas (independencia), que a su vez se debe principalmente a las ganancias en cuestiones de funcionalidad, más que por cuestiones de tipo estético.⁽⁵⁴⁾

Reflexiones finales

Vivir la experiencia de la amputación de una extremidad o de cualquier parte del cuerpo, es necesariamente vivir una experiencia traumática que deja marcas permanentes tanto en el cuerpo físico como en el psíquico. En este sentido, esta experiencia es seguida de un proceso de duelo por la pérdida, la mayoría de veces inesperada, que se hace difícil de elaborar ya que involucra un conjunto de cambios

psicosociales caracterizados por la presencia de fuertes sentimientos como el sufrimiento, la tristeza, la culpa, la vergüenza, la frustración, entre otros. Esta pérdida es realmente compleja porque exige cambios y ajustes en el área física, como ya se ha mencionado, en la biológica puesto que el sistema nervioso central, así como el músculo-esquelético se ven dirigidos a realizar todo un conjunto de adaptaciones; en lo psicológico porque se afectan las relaciones con el esquema corporal, la imagen corporal, el self propio y la autoestima; y en lo familiar y lo social porque afecta las capacidades relacionales y laborales.

En sintonía, *Saradjian, A. y otros*, consideran que “la pérdida de la extremidad genera una gran cantidad de distorsiones cognitivas, síntomas de depresión y ansiedad en el individuo al no poder ejecutar las AVD como antes lo hacían”;⁽¹⁹⁾ es decir, la dificultad para adaptarse al cambio, la mayoría de veces



abrupto, genera síntomas depresivos y ansiosos que interfieren en la calidad de vida por la dificultad que representa la ejecución de las actividades cotidianas y los cambios en la percepción de sí mismos, lo que hasta cierto punto, hace parte de un proceso normal de duelo.⁽⁵⁶⁾ Sin embargo, hay personas para quienes se hace más difícil aceptar la pérdida de la extremidad y las actitudes, sentimientos e ideas pesimistas y nocivas, propias y normales del duelo hasta cierto punto, pueden extenderse y convertirse en estados depresivos, lo que afecta directamente su proceso de adaptación y reincorporación a las diferentes áreas de la vida.

Por lo antes señalado se hace importante exponer la complejidad de vivir este tipo de experiencias y las exigencias del proceso de reajuste tras la vivencia de una amputación; los participantes reportaron, confirmando los resultados de otras investigaciones, los problemas a los que debieron enfrentarse por la pérdida de independencia, por la limitación de las

actividades, antes cotidianas, la restricción en la participación en su comunidad⁽⁵⁷⁾ y las respuestas muchas veces inapropiadas y estigmatizantes por parte de la sociedad. Al tratarse de un evento tan perturbador, las personas deben encontrar la fortaleza, la motivación, los recursos internos, en definitiva, la resiliencia para superar lo vivido, y en ello la familia y la sociedad en general son también responsables del proceso de reorganización para brindar el apoyo necesario que este proceso requiera.

De acuerdo con *Piña*, la resiliencia se hace fundamental en ello, por eso lo define como “un mecanismo de defensa psicológico, que aparece como método de enfrentar los eventos traumáticos”.⁽⁵⁸⁾ Según *Cornejo* esta cualidad “permite enfrentarse a las adversidades utilizando los recursos personales y sociales necesarios para lograr éxitos y transformar la realidad traumante en un logro”.⁽⁵⁹⁾ En este sentido, la resiliencia caracterizada



por ese conjunto de recursos personales y propios del contexto, permiten que los pacientes logren vencer la adversidad que constituye la amputación, alcanzando la aceptación de lo vivido, seguida de un arduo proceso de adaptación integral. En definitiva, tal y como lo aseguran varios autores y como lo demuestran los participantes, la resiliencia es fundamental dentro del afrontamiento de sucesos traumáticos, como el aquí señalado, y al lado de esta, el acompañamiento y sostenimiento por parte de las redes de apoyo, es decir, la interacción de factores internos y externos favorecen ese reajuste psicosocial.⁽³⁵⁻³⁷⁾

En conclusión, cada experiencia de amputación constituye un evento traumático que se vive de manera distinta en cada persona, que estará determinada por factores internos propios de la personalidad, estilos de afrontamiento, motivación al cambio, como de elementos externos asociados a la historia de vida, las redes de apoyo presentes o ausentes,

los sistemas sanitarios de atención, las políticas públicas, etc. Sin embargo, al tratarse de un evento traumático que afecta la vida en general de la persona, es indispensable en todos los casos ofrecer intervenciones multidisciplinarias por parte de profesionales de la salud capacitados y comprometidos con proporcionar intervenciones integrales que favorezcan alcanzar un óptimo nivel de calidad de vida en los pacientes.

Dentro de esto, se hace pertinente enfatizar en la construcción de políticas y condiciones que favorezcan la entrega y adaptación de prótesis, ya que como los participantes lo mencionaron, esto facilitaría sus procesos de adaptación y reincorporación a la vida en sociedad. Es necesario también avanzar desde la investigación, no solo con el fin de aportar con nuevos conocimientos, sino también con la generación de conciencia sobre los retos que atraviesan las personas que deben enfrentar una experiencia de amputación y desde ahí proponer



estrategias de intervención y acompañamiento psicosocial, esto considerando que las cifras de enfermedades crónicas crecen día tras día, lo que podría significar un aumento de este tipo de prácticas médicas. Por último, es necesario enfatizar en la responsabilidad del Estado en garantizar atenciones oportunas, integrales y efectivas; y de todos como sociedad, en lo que corresponde a ofrecer un trato digno y respetuoso, en la ejecución de acciones y la expresión de actitudes que faciliten la inclusión, el reconocimiento, y la construcción de oportunidades de vinculación laboral, social y recreativa, en la generación de espacios pedagógicos y sensibilizadores que favorezcan la empatía con aquellas personas que están atravesando por esta dolorosa y compleja experiencia de vida.

Conflicto de intereses

Declaramos que no tenemos conflicto de interés.

Contribuciones de autor

Mónica Carolina Delgado-Molina:

Concepción, curadora de datos, análisis formal, investigación, desarrollo y diseño metodológico, administración de proyectos, supervisión, redacción, revisión y edición de trabajos a publicar.

Sandra Jimena Delgado-Molina:

Investigación, desarrollo y diseño metodológico, orientación, redacción, revisión y edición de trabajos a publicar.

Brian Johan Bustos-Viviescas:

Investigación, desarrollo y diseño metodológico, orientación, redacción, revisión y edición de trabajos a publicar.

Jonathan Adrián Muñoz-Luna:

Investigación, desarrollo y diseño metodológico, orientación, redacción, revisión y edición de trabajos a publicar.

Rosa Helena Eraso-Angulo:

Investigación, desarrollo y diseño

metodológico, orientación, redacción, revisión y edición de trabajos a publicar.

REFERENCIAS

1. Huynh, T, Kuruvilla, D, Nester, M, Zervoudakis, G, Letson, G, Joyce, D, et al. Limb Amputations in Cancer: Modern Perspectives, Outcomes, and Alternatives. *Curr Oncol Rep.* 2023;25(12):1457–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-023-01475-5>
2. Essien, S, Kopriva, D, Linassi, A, Zucker-Levin, A. Trends of limb amputation considering type, level, sex and age in Saskatchewan, Canada 2006–2019: an in-depth assessment. *Arch Public Heal.* 2022;80(1):1–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13690-021-00759-1>
3. Ozkan S, Adanas, C. The causes and levels of lower limb amputation in geriatric patients. *Ann Med Res.* 2021;28(5):893. DOI: <http://dx.doi.org/10.5455/annalsmedres.2020.05.508>
4. DANE. Personas con discapacidad, retos diferenciales en el marco del COVID-19 [Internet]. Dane. 2020. p. 1–9. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/2020-Boletin-personas-con-discapacidad-marco-COVID-19.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis descriptivo de indicadores: Observatorio Nacional de Discapacidad [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia-observatorio-discapacidad.pdf>
6. Ministerio de salud y protección social. Sala situacional de Personas con Discapacidad [Internet]. 2015. [citado: 18/11/2022]. p. 56. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>



7. Gutiérrez Fernández, M, Carrasco de Andrés, D, Salmerón Febres, L, González Herrera, L, Jiménez Brobeil, S. Impact of socioeconomic status on the clinical profile of patients with non-traumatic lower-limb amputation. *Cirugía Española (English Ed)*. 2021;99(1):55–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2020.12.006>
8. Ro?ca, A, Baciú, C, Burtaverde, V, Mateizer, A. Psychological Consequences in Patients With Amputation of a Limb. *An Interpretative-Phenomenological Analysis*. *Front Psychol*. 2021;12. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493>
9. Pezzin, L, Dillingham, T, MacKenzie, E. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(3):292–300. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(00\)90074-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(00)90074-1)
10. Hernández-Sampieri, R, Fernandez-Collado, C, Baptista-Lucio, P. *Metodología de la investigación*. 6ta edición. : Mc Gram Hill/ Interamericana Editores S., editor. Mc Gram Hill/ Interamericana Editores, S.A.; 2014. 634 p.
11. Font M. Características y Experiencias del paciente con pie diabético y amputación [Internet]. 2016. [citado: 18/06/2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/399233/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Pourfahimi A, Khaneh-Keshi A, Homayouni A. The Mediating Role of Mental Toughness in the Relationship between Mindfulness and Body Image Concern in Amputees. *Neurosci J Shefaye Khatam*. [Internet]. 2023. [citado: 18/06/2023];11(4):42–53. Disponible en: <http://ijrn.ir/article-1-793-en.html>
13. Muela, A, Sansinenea, E. Tratamientos psicológicos personalizados - Orientaciones clínicas. *Papeles del psicólogo*.

- [Internet].2020[citado: 18/07/2023];41(1):16–26. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000100016
14. Valencia-Garcia, H. Experiencia de adaptación de las personas amputadas: La relación entre la prótesis y el bienestar psicológico. *Nure Investig [Internet]. 2022. [citado: 12/09/2023];19(118). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2148#:~:text=Tras la amputación de un,el concepto de una misma>.*
15. Pomares G, Coudane H, Dap F, Dautel G. Psychological effects of traumatic upper-limb amputations. *Orthop Traumatol Surg Res. 2020;106(2):297–300. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.12.013>*
16. Stoddard J, White K, Covino N, Strauss L. Impact of a brief intervention on patient anxiety prior to day surgery. *J Clin Psychol Med Settings [Internet]. 2005;12(2):99–*
110. DOI:
<https://doi.org/10.1007/s10880-005-3269-6>
17. Horgan, O, MacLachlan, M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disabil Rehabil [Internet]. 2004;26(14–15):837–50. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>*
18. Hanley M, Jensen M, Ehde D, Hoffman A, Patterson D, Robinson L. Psychosocial predictors of long-term adjustment to lower-limb amputation and phantom limb pain. *Disabil Rehabil [Internet]. 2004;26(14–15):882–93. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708896>*
19. Saradjian, A, Thompson, A, Datta, D. The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. *Disabil Rehabil. 2008;30(11):871–83. DOI:*

<https://doi.org/10.1080/09638280701427386>

20. Jiménez K. Ajuste Psicosocial En Pacientes Amputados: La Psicología en el Contexto Sanitario. Rev Cúpula [Internet]. 2017. [citado: 15/10/2023];31(2):8–43. Disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>

21. Srisuwan B, Klute, G. Locomotor Activities of Individuals with Lower Limb Amputation. 2020;45(3):315–24. DOI:

<https://doi.org/10.1097/PXR.0000000000000009>

22. Bramati I, Rodrigues E, Simões E, Melo B, Höfle S, Moll J, et al. Lower limb amputees undergo long-distance plasticity in sensorimotor functional connectivity. Sci Rep. 2019;9(1):1–11. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-39696-z>

23. Shevchuk V, Bezsmertnyi Y, Bezsmertna H, Dovgalyuk T, Jiang Y. Biomechanical factors in residual limb formation after amputation. Wiad Lek. 2021;74(7):1581–6. DOI:

<https://doi.org/10.36740/WLek202107106>

24. Lazcano-Ortiz, M, Pelcastre-Portillo, S, Martínez-Hernández, X, Lazcano-González, B, Vargas-Castro, B, Fragoso-Gómez, E, et al. Adaptación en el paciente con amputación: una mirada desde la teoría de Roy. Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo. 2021;9(18):133–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.29057/icsa.v9i18.6723>

25. Reséndiz-Vega, H, Serrano-Rosales, M. Implicaciones en el movimiento humano de las adaptaciones del esquema e imagen corporal secundarias a una amputación. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2020;45(3):63–71. DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1636>

26. Sánchez-Rojas A, García-Galicia A, Vázquez-Cruz, E, Montiel-Jarquín, Á, Aréchiga-Santamaría A. Self-image, self-esteem and depression in children and adolescents with and without obesity. *Gac Med Mex.* 2022;158(3):124–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.24875/gmm.21000817>
27. Lee, H, Chung, D. Characterization of the Core Determinants of Social Influence From a Computational and Cognitive Perspective. *Front Psychiatry.* 2022;13(April):1–11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.846535>
28. Goofman E. Estigma. La identidad deteriorada. [Internet]. 1era ed. Amorrortu, editor. Vol. 314. Buenos Aires - Argentina; 1997. 1–84 p. Disponible en: <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>
29. Couture M, Desrosiers J, Caron C. Coping with a Lower Limb Amputation due to Vascular Disease in the Hospital, Rehabilitation, and Home Setting. *ISRN Rehabil.* 2012;2012(March):1–9. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/179878>
30. So-Hye, J, Suk-Hun, K, Wan-Seok, S, Bon-Hoon K, Hye-Geum, K, Seok-Ho, Y. Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam Univ J Med.* 2021;38(3):194–201. DOI: <https://doi.org/10.12701/yujm.2021.00990>
31. Xuejun Y, Zheng, W, Wei, A, Shengtao, X, Ningjuan F, Yizhao, C, et al. Investigation on the relationship between Eysenck personality type and the survival rate of traumatic amputated finger replantation based on preventive psychology. *Prev Med (Baltim).* 2023;174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107624>
32. Kristjansdottir F, Dahlin, L, Rosberg, H, Carlsson, I. Social participation in persons with upper limb amputation receiving an esthetic

- prosthesis. *J Hand Ther.* 2020;33(4):520–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.03.010>
33. Muñoz-Solera C, Sisamón-Marco, I, Ponce-Lázaro, M, Guerrero, B, Lozano-Alonso, S, García-Ándres, I. Revisión sistémica: Cuidados del paciente amputado. *Rev Sanit Investig [Internet].* 2021. [citado: 16/11/2023];2(9). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-cuidados-del-paciente-amputado/>
34. Mosaku, K, Akinyoola, A, Fatoye, F, Adegbehingbe, O. Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *Gen Hosp Psychiatry [Internet].* 2009;31(1):20–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.08.004>
35. Guzmán-Pizarro, J, Loayza-Effio, J, Flores-Galarreta, B, Medina-Sotelo, C. Empleo, discapacidad y pandemia: el trabajo remoto en tiempos de crisis. *Apunt Univ.* 2021;12(1):335–52. DOI: <http://dx.doi.org/10.17162/au.v12i1.973>
36. Villaseñor-Rodríguez, F, Villaseñor-Rodríguez F. Discapacidad, Resiliencia Y Calidad De Vida. *Diversitas.* 2023;19(1):36–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.15332/22563067.9170>
37. Paz-Maldonado, E, Silva-Peña, I. Inserción laboral de personas en situación de discapacidad en América Latina. *Saude e Soc.* 2020;29(4):1–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020190724>
38. Batuak L. La percepción social de la discapacidad. [Internet]; 2006[citado: 12/08/2023]. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO27069/monografico_1.pdf
39. Organización Mundial de la Salud y Banco mundial. Resumen: Informe mundial sobre discapacidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2011. Disponible en:

http://www1.paho.org/arg/images/Gallery/Informe_spa.pdf

40. Alianza para el emprendimiento e Innovación. Ecuador, un país emprendedor e innovador en el 2020 [Internet]. 2014[citado:18/08/2023]. Disponible en:

https://www.redibero.org/wp-content/uploads/2019/09/08_aei.pdf

41. Rubio-Fidel, L, García-Palacios A, Herrero R, Molinari G, Suso-Ribera, C. Coping and Beliefs as Predictors of Functioning and Psychological Adjustment in Fibromyalgia Subgroups. *Pain Res Manag.* 2022;2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2022/1066192>

42. Pérez A, Sandino C, Gómez V. Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma psicológica* [Internet]. 2005[citado:22/09/2023];12(1):77–85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219072005>

43. Palacio C. La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuest Teológicas* [Internet]. 2015[citado:22/12/2023];42(98):459–81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>

44. Castellanos F, Lucero A. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2012[citado:26/12/2023];14(2):51–61. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4205>

45. Martínez M. El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud* [Internet]. 2006[citado:18/01/2024];17(3):245–58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n3/v17n3a03.pdf>

46. Bruce M, Seeman T, Merrill S, Blazer D. The impact of depressive symptomatology on physical

- disability: MacArthur studies of successful aging. *Am J Public Health* [Internet]. 1994;84(11):1796–9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.11.1796>
47. Penninx B, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk J, Guralnik J. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* [Internet]. 1999;89(9):1346–52. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1346>
48. Kannenberg A, Zacharias B, Mileusnic M, Seyr M. Activities of daily living: Genium bionic prosthetic knee compared with C-leg. *J Prosthetics Orthot* [Internet]. 2013;25(3):110–7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JPO.0b013e31829c221f>
49. De-Rosende C, Simón L, Santos-del-Riego S. Activities of daily living in people with lower limb amputation: outcomes of an intervention to reduce dependence in pre-prosthetic phase. *Disabil Rehabil*. 2017;39(18):1799–806. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1211757>
50. Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Life habits and prosthetic profile of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2009;90(11):1953–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.06.011>
51. Bañol S, Briceño D, Cuervo A, Parra S, Rodríguez A, Rojas M. Paciente amputado de miembro inferior necesidades físicas emocionales y sociales insatisfechas. *Repert Med y Cirugía* [Internet]. 2003[citado: 18/02/2024];12(3):144–50. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.net/pdf/vol12-03-2003/vol12-03-2003-pag144-150.pdf>
52. Reichmann J, Bartman K. An integrative review of peer support for patients undergoing major limb amputation. *J Vasc Nurs* [Internet].



2018;36(1):34–9. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.jvn.2017.10.002>

53. Loucas C, Brand S, Bedoya S, Muriel A, Wiener L. Preparing youth with cancer for amputation: A systematic review. *J Psychosoc Oncol* [Internet]. 2017;35(4):483–93. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1307894>

54. Lundberg M, Hagberg K, Bullington J. My prosthesis as a part of me: A qualitative analysis of living with an osseointegrated prosthetic limb. *Prosthet Orthot Int*. 2011;35(2):207–14. DOI: <https://doi.org/10.1177/0309364611409795>

55. Sousa A, Corredeira R, Pereira A. The body in persons with an amputation. *Adapt Phys Act Q*. 2009;26(3):236–58. DOI: <https://doi.org/10.1123/apaq.26.3.236>

56. Unwin J, Kacperek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil* [Internet].

2009;23(11):1044–50. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215509339001>

57. Yang Y. Persons ' experience before and after amputation A descriptive review. 2019. [citado: 11/11/2023]. Disponible em: <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1332782/FULLTEXT01.pdf>

58. Piña, L J. A critical analysis of the concept of resilience in psychology. *An Psicol* [Internet]. 2015;31(3):751–8. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.185631>

59. Cornejo W. Resiliencia: Una definición. *Rev Electrónica Athenea* [Internet]. 2010[citado:8/03/2024]; Disponible en: <http://www.academiaperuanadepsicologia.org>.