

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“Proceso de Afrontamiento y Adaptación en el Periodo
Postoperatorio en Pacientes Adultos Sometidos a Cirugía de
Amputación de Miembro”**

**Tesis para obtener el diploma de la
Especialidad en Enfermería Quirúrgica**

Presenta

L.E. Eddy Alexander Castañeda Hernández

Director

Dr. Alberto Tafoya Ramírez

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre, 2021.



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0631/DACS/JAEP
13 de septiembre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Eddy Alexander Castañeda Hernández
Especialidad en Enfermería Quirúrgica
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores MCE. José María Castro Morales, Dra. María Asunción Ramírez Frías, Mtra. Josefa Arévalo de la Cruz, MEM. Rosa María Arriaga Zamora, Dra. Carmen de la Cruz García, impresión de la tesis titulada: "**Proceso de Afrontamiento y Adaptación en el Periodo Postoperatorio en Pacientes Adultos Sometidos a Cirugía de Amputación de Miembro**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Quirúrgica, donde funge como Director de Tesis el Dr. Alberto Tafoya Ramírez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



- C.c.p.- Dr. Alberto Tafoya Ramírez.- Director de Tesis
- C.c.p.- MCE. José María Castro Morales.- sinodal
- C.c.p.- Dra. María Asunción Ramírez Frías.- Sinodal
- C.c.p.- Mtra. Josefa Arévalo de la Cruz.- Sinodal
- C.c.p.- MEM. Rosa María Arriaga Zamora.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Carmen de la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DE MCML/MCF/XME/ingst*



Ax. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulte de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 10 del mes de septiembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Proceso de Afrontamiento y Adaptación en el Periodo Postoperatorio en Pacientes Adultos Sometidos a Cirugía de Amputación de Miembro"

Presentada por el alumno (a):

Castañeda Hernández Eddy Alexander
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	0	2	E	2	4	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Enfermería Quirúrgica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Alberto Talaya Ramírez
Director de Tesis

M.C.E. José María Castro Morales

Dra. María Asunción Ramírez Frías

M. en C. Josefina Dela Cruz Arévalo

M.E.M. Rosa Ma. Arriaga Zamora

M.A.E. Carmen De la Cruz García

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 09 del mes de septiembre del año 2021, el que suscribe, **Eddy Alexander Castañeda Hernández**, alumno del programa de la **Especialidad en Enfermería Quirúrgica**, con número de matrícula 202E24016 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Proceso de Afrontamiento y Adaptación en el Periodo Postoperatorio en Pacientes Adultos Sometidos a Cirugía de Amputación de Miembro**", bajo la Dirección del D.S.M. Alberto Tafoya Ramírez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: eddyalexandercastaneda@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Eddy Alexander Castañeda Hernández

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Dedicatorias

A Dios

Porque me diste la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A mi abuela y amor eterno Ilda

Por inculcarme en mi niñez el valor de la vida, el camino a Dios y por todo el cariño y amor que me diste en vida.

A mis padres Rosa y Lionso

Con mucho cariño por estar conmigo en todo momento, gracias por todo mamá y papá, por creer en mí, a pesar de los momentos difíciles que hemos pasado, siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor.

A mi amor

Gracias por impulsarme a no rendirme y sobre todo caminar junto a mi lado a dar este gran paso y por el amor incondicional que me das.

A mis Docentes

Agradezco infinitamente por compartirme sus conocimientos, experiencia durante esta formación académica, en especial a la maestra Patricia Ojeda que siempre estuvo al pendiente de concluir esta especialidad con satisfacción y orgullo.

A mi Maestro y director de Tesis

Por brindarme el apoyo para poder lograr este trabajo, por la paciencia, dedicación y sin su ayuda y orientación no podría llegar a culminar este logro. Muchas gracias.

Agradecimientos

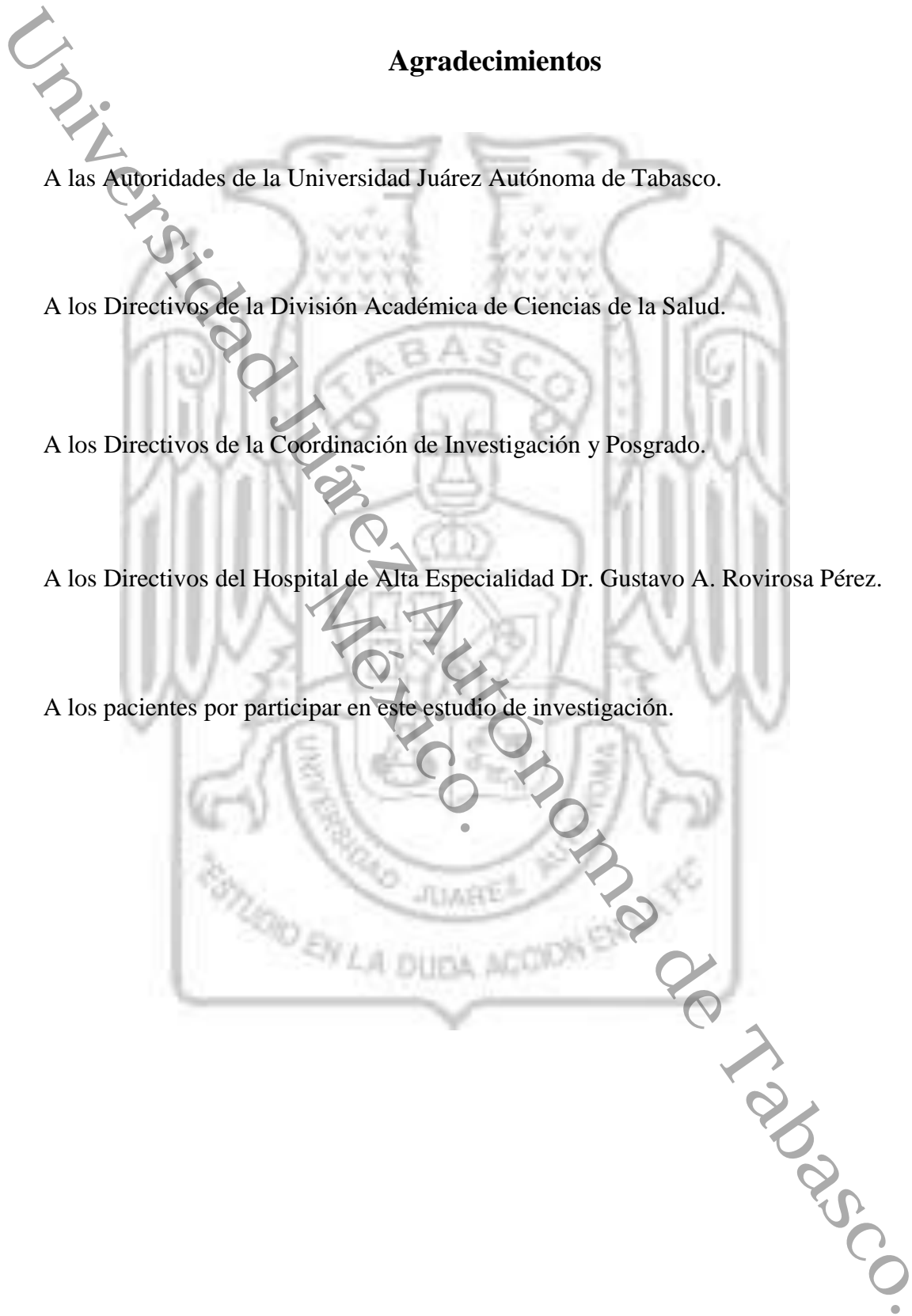
A las Autoridades de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

A los Directivos de la División Académica de Ciencias de la Salud.

A los Directivos de la Coordinación de Investigación y Posgrado.

A los Directivos del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

A los pacientes por participar en este estudio de investigación.



Índice

	Paginas
Índice tablas	I
Abreviaturas	II
Glosario de termino	III
Resumen	VI
Abstrac	V
Capítulo I	
Introducción	
Planteamiento del problema	1
Marco conceptual/referencia	4
Estudios relacionados	23
Objetivos	26
Capítulo II	
Metodología	
Tipo de investigación	27
Universo	27
Muestra y muestreo	27
Criterios	28
Inclusión	28
Exclusión	28
Método de recolección de datos	28

Descripción del instrumento	29
Análisis de los datos	31
Consideraciones éticas	31
Capítulo III	
Resultados	33
Descripción sociodemográfica de los participantes	
Descripción de las variables de estudio	
Capítulo IV	
Discusión	36
Conclusiones	38
Recomendaciones	40
Referencias bibliográficas	42
Anexos	46

Lista de Tablas

1	Estadístico de consistencia interna de la escala (CAPS)	32
2	Proceso de afrontamiento en el postoperatorio según la variable género	32
3	Dimensiones del proceso de afrontamiento en el periodo postoperatorio en pacientes intervenidos de amputación de miembro	33
4	Estrategias o tipos de afrontamiento según Teoría de Roy	33

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Abreviaturas

- a) **HTA:** Hipertensión Arterial
- b) **DM:** Diabetes Mellitus
- c) **DMT-II:** Diabetes Mellitus Tipo 2
- d) **PA:** Presión Arterial
- e) **PD:** Pre-Diabetes
- f) **FR:** Población Alto Riesgo
- g) **ADAPT:** Adaptación
- h) **UPD:** Ulcera de Pie Diabético
- i) **EAP:** Enfermedad Arterial Periférica
- j) **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- k) **MM.II:** Miembros Inferiores
- l) **MI:** Miembro inferior



Glosario de Términos

- a) **Factor de riesgo:** Sobrepeso, obesidad, sedentarismo, bajo peso al nacer (<2.5 Kg), familiares de primer grado con DM, >45 años de edad, mujeres con antecedente de: síndrome de ovario poliquístico, multíparas, DM gestacional en embarazo previo, nacimiento de producto de término con peso igual o mayor de 4 kg, o por arriba del percentil 90 de acuerdo a la edad gestacional o que tengan el antecedente de sufrir alguna de las siguientes complicación obstétricas durante alguno de sus embarazos: polihidramnios, óbito, preeclampsia o eclampsia. Se considera dentro de este grupo a las personas con HTA, dislipidemias, a las personas con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) (SSA, 2010).
- b) **Diabetes mellitus:** A la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La hiperglucemia sostenida con el tiempo se asocia a daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (SSA, 2010).
- c) **Educación terapéutica:** Al proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado en el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad, el tratamiento prescrito, los cuidados, la hospitalización, las otras instituciones de cuidados relacionados y el comportamiento de salud y enfermedad del paciente.



Contempla ayudar al paciente y a sus próximos a comprender la enfermedad y el tratamiento, cooperar con los profesionales educadores, vivir lo más sanamente posible y mantener o mejorar la calidad de vida. La educación debería conseguir que el paciente fuera capaz de adquirir y mantener los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con la enfermedad (SSA, 2010).

- d) **Amputación miembros inferiores:** Amputación completa de ambos miembros inferiores a nivel del tercio medio de las piernas y con tejidos blandos (Villamor, 2017).
- e) **Amputación transfemoral:** Cualquier amputación a partir de la desarticulación de rodilla hasta dos pulgadas, por debajo de la rama isquiopúbica (ingle) (Villamor, 2017).
- f) **Afrontamiento:** “Aquellos procesos en los que las personas realizan un esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas externas (ambientales y estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede de los recursos de la persona” (Parra, 2018).
- g) **La familia como grupo:** Conformada por un grupo de personas que persiguen objetivos comunes buscando la satisfacción de necesidades y preservar la supervivencia. En este espacio se crea una cultura, religión, ritos, participación y demás características que difieren de una familia a otra (Parra, 2018).
- h) **Abducción:** Acto de abducir una extremidad (Villamor, 2017).
- i) **Abducir:** Mover una extremidad fuera o lejos de una posición cercana o paralela a la línea central o eje medial del cuerpo (Villamor, 2017).



- j) **Enfermedad arterial periférica:** Se refiere a la enfermedad arterial que se produce fuera del corazón o del cerebro. En la enfermedad arterial periférica, las arterias que llevan sangre oxigenada por el cuerpo se estrechan, o incluso se bloquean, generalmente como resultado de la aterosclerosis o placa. La enfermedad arterial periférica generalmente afecta las arterias de las piernas (Villamor, 2017).
- k) **Miembros inferiores:** Topográficamente, el miembro inferior se divide en seis segmentos: cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo y pie (García, 2016).



Resumen

Introducción: La adaptación es definida como aquel proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional. La presente investigación hace referencia al proceso de afrontamiento y adaptación en el periodo postoperatorio en pacientes adultos sometidos a amputación de Miembro. **Objetivo:** Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en el periodo preoperatorio en pacientes adultos sometidos a cirugía de amputación de miembro.

Material y Método: Estudio de paradigma cuantitativo, intervención no experimental, tipo descriptivo y corte transversal, se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia obteniéndose una muestra de $n= 18$ pacientes con rango de edad entre 45 a 60 años e intervención quirúrgica de miembro inferior, los sujetos de estudio aceptaron participar previa firma del consentimiento informado, para la recolección de datos se aplicó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, el análisis de los resultados se obtuvo de la matriz de datos diseñada en el programa SPSS-v25. **Resultados:** La muestra arrojó una media de 53.8, el proceso de afrontamiento fue bajo $n= 9$ (64.29%) y $n= 5$ (35.71%) nivel medio, el afrontamiento afectivo/pasivo 1 de cada 2 pacientes tratan de controlar las emociones que genera la amputación repercutiendo en el bienestar individual. **Conclusiones:** La población presentó 2 tipos de afrontamiento pasivo y evasivo, limitando la adaptación, provocando desequilibrio físico, psicológico y social, que implica mayor riesgo de la integridad.

Palabra claves: Afrontamiento, Adaptación, Pacientes Adultos y Amputación.



Summary

Introduction: Adaptation is defined as that process that allows the ability to face internal and external changes in the environment in order to maintain physical, cognitive, affective, motivational, interpersonal, vocational and functional behavioral balance. This research refers to the process of coping and adaptation in the postoperative period in adult patients undergoing limb amputation. **Objective:** To identify the coping and adaptation process in the preoperative period in adult patients undergoing limb amputation surgery. **Material and Method:** Quantitative paradigm study, non-experimental intervention, descriptive type and cross-sectional, non-probabilistic sampling was carried out for convenience, obtaining a sample of $n = 18$ patients with an age range between 45 to 60 years and lower limb surgical intervention. The study subjects agreed to participate after signing the informed consent, for the data collection the Coping and Adaptation Process Measurement Scale was applied, the analysis of the results was obtained from the data matrix designed in the SPSS-v25 program. **Results:** The sample yielded a mean of 53.8, the coping process was low $n = 9$ (64.29%) and $n = 5$ (35.71%) medium level, affective / passive coping 1 out of 2 patients try to control the emotions it generates amputation affecting individual well-being. **Conclusions:** The population presented 2 types of passive and evasive coping, limiting adaptation, causing physical, psychological and social imbalance, which implies a greater risk of integrity.

Key words: Coping, Adaptation, Adult Patients and Amputation.



Capítulo I

Introducción

1.1.-Planteamiento del Problema

Actualmente el número de pacientes amputados en el mundo occidental, va manteniendo un incremento anual debido de manera fundamental al envejecimiento de la población, que de acuerdo a la edad se van presentando algunos problemas crónicos, tales como diabetes y enfermedad vascular periférica. Se ha observado que el mayor número de personas con pérdida de algunas de las extremidades el, (90% corresponde al miembro inferior) encontrándose en grupos de edades entre los 60-75 años de edad relacionándose con la enfermedad vascular periférica, con o sin diabetes (Sánchez, 2016, p. 5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que, del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con la diabetes. En México, de acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 70% de las amputaciones de extremidades inferiores ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente en personas que padecen diabetes (Vega Valero et al., 2017).

(Glean, 2016) En un estudio encontró que los diabéticos con una úlcera en el pie requieren una amputación en el 14% a 20% de las ocasiones, se puede considerar que una úlcera de pie diabético (UPD) es la precursora de más del 85% de las amputaciones de las extremidades inferiores en estos pacientes. Se estima que más del 50% de las amputaciones no traumáticas son causadas por la diabetes en Europa y EE.UU.



Con respecto al nivel estatal de Tabasco la tasa de lesiones de los miembros se ha ido incrementando en los últimos años. Del total de amputaciones, se encontró la prevalencia para las traumáticas de 22.22%. El (88%) correspondió al sexo masculino quien es el más predominante, grupo etario más frecuente fue de 30- 45 años (42.8%), principalmente ocurren los accidentes en la vía pública (73.8%), con mecanismo de lesión en vehículo automotor (33.3%), tipo de fractura expuesta predominante fue la tipo IIIc: fractura abierta asociada con lesión arterial (78.5%) con tipo de amputación de miembro de fémur (42.8%) (Cruz, 2014).

(Villamor, 2017) Menciona que las amputaciones suponen la pérdida parcial o total de una parte del cuerpo. según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard, Cada año se hacen alrededor de 113.000 amputaciones de miembros inferiores a causa de una enfermedad vascular.

Las amputaciones conllevan a discapacidad y mortalidad prematura. Se calcula que el costo directo de una amputación asociada al pie diabético está entre los 30000 y los 60 000 USD, (Dólares estadounidenses).

Existe un temible impacto individual, familiar, social, psicológico y económico que implica relegar a los amputados de las actividades laborales y sociales. La mayoría de estos pacientes amputados tienden a alejarse socialmente, por temor o incapacidad física de la actividad productiva que desarrollaban antes de sufrir la pérdida de una o varias extremidades; Este hecho obliga a la familia a disponer de una persona, sea pariente o no, a asistir al discapacitado para asearse, alimentarse, desplazarse y distraerse, haciendo que el amputado deje de ser productivo y genere ingresos para su manutención, cabe plantear que la pérdida económica que representa para el estado una persona discapacitada por una o



varias amputaciones equivale a dos salarios mínimos, de acuerdo a cálculos del 2014 por día (promedio de \$65). En segundo lugar, esa cantidad multiplicada por más de 1 800 000 individuos (el amputado y la persona que lo atiende) equivaldría a una pérdida diaria de \$231 112 050 (Sánchez, 2016).

En la sociedad actual rara vez se está preparado para afrontar una situación de discapacidad física o psicológica, ya que una problemática como esta trae consigo implicaciones que influyen en la forma de actuar y de sobrellevar dicha situación para poder continuar con la vida diaria. En general en la sociedad circundante, tanto las instituciones como las personas no se encuentran capacitados para poder afrontar con tales experiencias.

Al indagar este tema, a muchos les causa desconcierto, miedo, tristeza y depresión; ya que para las personas el tema de amputación es una situación complicada, estos pacientes experimentan preocupación por su funcionalidad. Por tal motivo se pretende dar a conocer que existen soluciones de afrontamiento y que para ello es necesario llevar un proceso de adaptación personal y social. De igual forma se pretende también observar las diferentes percepciones que los adultos tienen por el hecho de haber sufrido una amputación, y a la vez se espera observar los impedimentos que se pueden encontrar en ese proceso de adaptación que cada persona va viviendo día a día. (Vargas, 2020)

1.2.-Pregunta de investigación:

¿Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en el periodo postoperatorio en pacientes adultos sometidos a cirugía de amputación de miembro?



1.3.- Marco Conceptual

1.3.1.- Afrontamiento

De acuerdo a la definición de Flórez, (2019) menciona que el afrontamiento conlleva a un proceso que está en constantes cambios y con fines adaptativos, donde el sujeto y el ambiente están en relación constante.

Para (Díaz, 2015) considera que el afrontamiento son aquellas estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas. La habilidad para afrontar las situaciones adversas, es muy amplia en los seres humanos; cada individuo percibe y reacciona de distintas formas ante una situación, cuyos aspectos influyentes se relacionan a los estímulos ambientales, la capacidad de afrontamiento, los recursos personales disponibles y los recursos ambientales entre los cuales se incluyen los sociales. El proceso de afrontamiento y adaptación, integra los patrones innatos que adquiere el ser humano a través de la vida, para manejar y responder al ambiente como un factor cambiante en las situaciones diarias, sobre todo en aquellos momentos críticos mediante acciones que se dirijan en alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. El afrontamiento puede desarrollarse a partir del aprendizaje, donde las vivencias contribuyen en la respuesta ante los estímulos del entorno.

Klein (1935-1940), citado en (Vega Valero et al., 2017) hace referencia que la manera de afrontar las pérdidas y de realizar la labor de duelo y adaptación dependerá de tres experiencias vitales:

Haber vivenciado buenas experiencias infantiles como de ser cuidado, de haber experimentado una buena relación con el mundo exterior y no haber sido sobreprotegido, confianza hacia el mismo.



Que la persona haya presenciado o experimentado el predominio de los sentimientos amorosos hacia las demás personas y hacia uno mismo sobre los sentimientos de frustración, de cólera y odio que harán perder los sentimientos de confianza y aceptación realista, sustituyéndolos por sentimientos de desconfianza de la propia bondad.

a) Estrategias de Afrontamiento

Para afrontar una situación en específico, el individuo puede aplicar varios tipos de estrategias de afrontamiento; la auto trascendencia, que está vinculada a atravesar algún tipo o límite ya sea físico o simbólico, es decir, trascender y alcanzar de una forma u otra algo que está fuera de los límites que impone el cuerpo. El bienestar, definida como una “sensación de plenitud y de salud, y el cambio en la complejidad de la vida de una persona y el cambio de integración” (Bonilla & Al, 2019).

b) Métodos de afrontamiento

Los sistemas, las estrategias de afrontamiento y los métodos de adaptación se utilizan para tratar estos elementos. La adaptación se divide en 3 estímulos:

- a) **Focales:** Son aquellos que afectan de manera in-mediata y directa a la persona en una situación determinada, pueden ser estímulos internos o ex-ternos.
- b) **Contextuales:** Se integran los demás estímulos que se presencian en el momento y aportan al efecto del estímulo focal.
- c) **Residuales:** Hacen parte las creencias, actitudes y factores provenientes de vivencias o experiencias antecesoras y pueden producir alteraciones en el momento presente, aunque sus efectos son indeterminados (Bonilla & Al, 2019).



1.3.2.- Adaptación

La adaptación psicosocial es un factor fundamental para que el ser humano se enfrente al medio en cual se desenvuelve y se da desde el nacimiento. Según Darwin (2016) sugirió que las demandas del medio ambiente externo son las que determinan la adaptación de los seres vivos. Como se mencionó anteriormente, los cambios se dan desde el nacimiento y persisten en el transcurso de la vida. Es importante resaltar que el nivel de complejidad y de impacto que tienen estos cambios a nivel personal e individual es mayor en algunos casos. Aquel proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional es considerado como adaptación, cuando una persona se enfrente a una situación que genere un impacto integral en su vida, como una pérdida de alguna facultad de su cuerpo, debe conocer y de emplear las estrategias de afrontamiento necesarias que le van a permitir adaptarse a su nueva condición, tomando en cuenta que es un proceso individual de acuerdo a las vivencias, creencias, prácticas y experiencias que envuelven a cada ser humano (Flórez, 2019).

1.3.3.- Amputación

Portela, (2019) Menciona que medidas de detección temprana, contribuyen y ayudan en la modificación de los factores de riesgo y con ayuda de la referencia del angiólogo constituyen elementos muy importantes para prevenir las amputaciones y así mejorar la calidad de vida en pacientes diabéticos y no diabéticos que presentan enfermedad arterial periférica.



Las amputaciones suponen la pérdida parcial o total de una parte del cuerpo, con más frecuencia de las extremidades, sobre todo la inferior. Pueden ser origen quirúrgico o traumático (Villamor, 2017).

(Sánchez, 2019) Define la amputación traumática completa como la separación total de un segmento de una extremidad del resto del cuerpo.

1.3.4.- Etología de la amputación

Para (Vidal, 2010) clasifica las amputaciones desde el punto de vista etiológico y causal, indicando la existencia de los siguientes apartados:

- ❖ Lesiones accidentales (accidentes del tránsito -63%, con mayor incidencia en extremidades inferiores-; accidentes industriales -73 al 81%, con mayor incidencia en extremidades superiores).
- ❖ Enfermedades vasculares periféricas (muerte tisular por insuficiencia vascular periférica arteriosclerótica o diabética).
- ❖ Muerte de los tejidos por estados vasospásticos periféricos como la de enfermedad de Buerger o Raynaud.
- ❖ Neoplasias malignas. Infecciones de larga duración de huesos y otros tejidos que no permiten el restablecimiento de la función (TB, gangrena, osteomielitis).
- ❖ Lesiones térmicas por calor o frío



1.3.5.- Clasificación de amputación

Goyantes et al., (2016) clasifica los tipos de amputación de miembros inferiores de la siguiente manera:

1. Amputación de dedos.
2. Amputación parcial de pie (Chopart, Lisfranc).
3. Desarticulación del tobillo (Syme, Pyrogoff).
4. Amputación debajo de la rodilla (transtibial).
5. Amputación en la rodilla (desarticulación de la rodilla).
6. Amputación arriba de la rodilla (transfemoral).
7. Rotación de Van-ness (Rotación del pie y reimplantación, de forma que la articulación del tobillo se utiliza como rodilla).
8. Desarticulación de la cadera.
9. Amputación en la pelvis.

Domínguez, (2010) Menciona que de acuerdo a su artículo las amputaciones por accidentes en hombres son nueve veces más numerosas que en las mujeres, debido a las actividades de mayor riesgo que desarrolla el hombre. Las amputaciones en hombres debidas a enfermedad son 2,6 veces más frecuentes que en las mujeres encontrándose la frecuencia de amputaciones debido a tumores, semejante en ambos sexos al igual que las deformidades congénitas de extremidades. La mayor frecuencia de amputaciones por traumatismo se encuentra en la década de los 41 a los 50 años; la debida a enfermedad, entre los 61 y 70 y, la debida a tumores, entre los 11 a 20 años.



a) Amputación de muslo

Este tipo de amputación constituye la más característica y frecuente de la extremidad inferior. Por lo general, estas amputaciones se practican en la unión del tercio medio y superior. La longitud ideal de esta clase de muñones se considera la de 25 a 30 cm desde el trocánter mayor, no olvidándose que la pérdida de cada centímetro de fémur supone una disminución o alteración del equilibrio muscular. Así, persisten los abductores que se insertan en el trocánter mayor, desplazando a los adductores que han perdido su inserción distal, por lo que el muñón tiende a colocarse en abducción dando origen a una marcha débil e inefectiva. El muñón de muslo más corto que pueda conceptuarse eficaz funcionalmente es el de 7,5 cm por debajo del trocánter mayor. Si el muñón es muy voluminoso, su utilidad disminuye con el acortamiento. Pero, aun en aquellos casos en que tan solo persisten 2,5 cm de fémur por debajo del trocánter y es totalmente inefectivo desde el punto de vista funcional, todavía tiene una decisiva importancia como elemento protésico, ya que la sola persistencia de la cabeza de fémur y el gran trocánter supone una mejor adaptación y estabilidad de la prótesis. No obstante, por razones estéticas, en las mujeres es preferible practicar una desarticulación total. Esta desarticulación supone la misma posibilidad protésica que una hemipelvectomía. El muñón excesivamente largo, superior a 32 cm, no añade ventaja alguna al paciente. La práctica de esta amputación no presenta problemas quirúrgicos especiales. La piel puede colocarse según dos técnicas. Bien mediante un amplio colgajo anterior que da una cicatriz posterior transversa, o efectuando dos colgajos iguales, anterior y posterior (Vidal, 2010).



b) Desarticulación de rodilla

El muñón logrado en la desarticulación de rodilla es excelente para soportar presiones, pero tiene un escaso valor protésico dado que no existe espacio para la colocación de los mecanismos de rodilla y nunca puede obtenerse una marcha funcional eficaz ni una buena apariencia estética. No obstante, puede practicarse en ancianos, dado que esta intervención produce menos shock y, en los niños, por persistir la epífisis ósea y no detenerse el crecimiento (Vidal, 2010).

c) Amputación de pierna

La longitud ideal para amputaciones por debajo de rodilla es de 12 cm y nunca más de 15 cm. Pero la gran mayoría de estos amputados no pueden permanecer con el peso corporal gravitando sobre el extremo del muñón, desde el momento en que la palpación profunda de los tejidos sobre el hueso seccionado causa dolor en éste. Esta es la razón por la que se han buscado sistemas quirúrgicos de desensibilizar el hueso. La técnica de Bunge, todavía recomendada, y en la que se destruye un reborde perióstico de pocos milímetros en el vértice del hueso seccionado y se raspa al mismo nivel el plano endosteal, produce un anillo de necrosis. El procedimiento de Ertl (modificado de la antigua técnica de Bier) parece ser más eficaz. Consiste en la sección de la tibia y el peroné a la misma altura, cubriéndose dicha sección con tres pequeños colgajos periósticos dotados de pequeños pedacitos de cortical. Este procedimiento elimina las superficies óseas libres y la posibilidad de una necrosis vascular, previene la desviación lateral y rotación del fragmento de peroné residual, ocluye las cavidades medulares con lo que se restaura la presión intramedular normal y el retorno venoso y, por último, dota de una valla protectora a las terminaciones de nervios y vasos en el espacio interóseo. La sección tradicional de los



músculos en estas amputaciones produce una rápida atrofia de los mismos, debido a la falta del bombeo activo de la contracción del músculo, produciéndose estasis y edema. Para evitar estas complicaciones, los músculos flexores y extensores, incluyendo la musculatura del peroné, son suturados juntos y colocados sobre el puente osteoperióstico de la tibia. (Domínguez, 2010).

d) Amputación tipo SYME o transmalleolar

Desarrollada en 1842 por JAMES SYME, cirujano escocés, esta amputación se efectúa dejando prácticamente intactas la tibia y el peroné. Consiste en una sección transmalleolar 0,6 cm sobre la superficie articular de tibia y astrágalo. Los tejidos del talón se preservan para cubrir el muñón, lo que permite al paciente apoyarse directamente en el mismo y soportar su peso facilitando el andar sin prótesis por el interior de la casa. Está indicada en lesiones del pie con pérdida de tejidos en las proximidades de las articulaciones tarsometatarsianas. Las amputaciones intermedias para salvar mayores áreas no suelen ser eficaces y con frecuencia necesitan reamputación. Este tipo de amputación no permite lograr una prótesis estética, debido a la dificultad de colocación de mecanismos articulares de tobillo y encaje. Por ello en las mujeres constituye una de las amputaciones de resultados protésicos más antiestéticos (Vidal, 2010).

1.3.6.- Modelo de afrontamiento y adaptación

La Dra. Callista Roy, nació en 1939 en los Ángeles, California, realizó estudios de posgrado en enfermería pediátrica, hacia el año de 1963. En uno de sus seminarios en su proceso formativo de maestría, junto con Dorothy Johnson su asesora desarrolló los principios de un modelo conceptual de enfermería, basada en su experiencia en el área de



pediatría en el que tuvo en cuenta la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos por parte del niño, posteriormente en el año de 1977 realizó su doctorado en Sociología. De su experiencia profesional y formativa se derivaron sus primeras publicaciones en 1970, un artículo Titulado “Adaptación: Un marco conceptual para enfermería”, en 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”. Callista Roy es la teorista de enfermería que más ha desarrollado y trabajado en el concepto de adaptación; ha especificado problemas, niveles y modos de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento innato o adquirido en los seres humanos a los cuales considera como sistemas holísticos(Dali, 2016)

Entre sus aportaciones desarrollo el modelo de afrontamiento y adaptación por primera vez en 1970 ha demostrado un proceso permanente de expansión acorde con el desarrollo de la disciplina de enfermería. Dentro del modelo de Adaptación, Roy define proceso de afrontamiento como: “modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos por el entorno”. Dado que el proceso de afrontamiento es un proceso multidimensional y jerarquizado, surgió la necesidad de ser analizado desde la perspectiva de adaptación de las personas, por ende, Roy desarrolla la teoría de mediano rango “Proceso de Afrontamiento y Adaptación”, basada fundamentalmente en los subsistemas regulador y cognitivo desde su modelo adaptativo. Considerado como un sistema, este posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos. El modelo de adaptación de Roy se enfoca principalmente en la práctica de enfermería demostrando un gran éxito en su implementación, representa uno de los marcos conceptuales mayormente usados en diversos países. Hace énfasis en las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación; de manera que se toman en cuenta los objetivos, los valores, las acciones del profesional y a la persona



enferma. Para Callista Roy, divide en tres niveles el proceso de adaptación en: integrado, compensatorio y comprometido. El nivel de adaptación se compone de estructuras y funciones llevadas a cabo en los procesos vitales que trabajan en conjunto, a fin de responder a las necesidades del ser humano. Este nivel de adaptación va a depender fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivos, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la misma persona. Por otro lado, esta teoría de Callista Roy establece que “los seres humanos son considerados como seres que tienen una capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente” (Bonilla & Al, 2019).

a) Fuentes teóricas

En el origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana (Roy, 1984). En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (Roy, 1984). El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo, combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación. Con la teoría de la adaptación de Helson como base, Roy (1970) desarrolló y profundizó en la revisión del modelo gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy atribuyó gran valor a la labor de las que fueron sus coautoras, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martinez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir). También elaboraron los conceptos otros colaboradores, como Poush-Tedrow y Van Landingham, por su interpretación sobre la interdependencia, y Randell, por



el modo de vida según la función del papel que hay que desempeñar. Tras desarrollar su modelo, Roy lo presentó como un marco que sirviese para la práctica de la enfermería, para la investigación y la formación (Alligood, 2014).

b) Elementos Metaparadigmaticos

- 1) **Enfermería:** Es 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 (Alligood, 2014).
- 2) **Persona:** Son sistemas holísticos y adaptables. “Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo” (Alligood, 2014).
- 3) **Entorno:** 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 del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales (Alligood, 2014).
- 4) **Salud:** Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno (Alligood, 2014).

c) Principales Conceptos y Definiciones

1.- Sistema

Un sistema es «el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32). Además de verse como un todo y cómo las partes que se



relacionan entre sí, «los sistemas también tienen entrada y salida de información, y procesos de control y de retroalimentación» (Andrews y Roy, 1991, pág. 7).

2.- Nivel de adaptación

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido» (Roy y Andrews, 1999, pág. 30). El nivel de adaptación de una persona es «un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos.

3.- Problemas de adaptación

Los problemas de adaptación son «áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Estas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva» (Roy y Andrews, 1999, pág. 65). Roy (1984) afirma: «En este punto, puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación).

4.- Estímulos focales

El estímulo focal es “el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano” (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

5.- Estímulos contextuales

Los estímulos contextuales “son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal” (Roy y Andrews, 1999, pág. 31), es



decir, “los estímulos contextuales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía” (Andrews y Roy, 1991, pág. 9).

6.- Estímulos residuales

Los estímulos residuales «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32).

7.- Procesos de afrontamiento

Los procesos de afrontamiento “son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno” (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

8.- Mecanismos innatos de afrontamiento

Los mecanismos innatos de afrontamiento “se determinan genéticamente o son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos” (Roy y Andrews, 1999, pág. 46).

9.- Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos “se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares” (Roy y Andrews, 1999, pág. 46). Subsistema regulador El subsistema regulador supone «un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32).

10.- Subsistema relacionador

El subsistema relacionador es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la



información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

11.- Respuestas de adaptación

Las respuestas de adaptación “fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano” (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

12.- Reacciones ineficaces

Las reacciones que no son eficaces son las que no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

13.- Proceso vital integrado

El proceso de vida integrado se refiere al «nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

14.- Modo fisiológico y físico de adaptación

El modo fisiológico está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos (Roy y Andrews, 1999, pág. 102).

Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: 1) oxigenación; 2) nutrición; 3) eliminación; 4) actividad y reposo, y 5) protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica (Roy y Andrews, 1999). El modo de adaptación físico es «la manera con la que el sistema de



adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas» (Roy y Andrews, 1999, pág. 104). La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

15.- Modo de adaptación del autoconcepto del grupo

El modo de adaptación del autoconcepto de grupo es uno de los tres modos de adaptación 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» (Roy y Andrews, 1999, pág. 107). «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» (Roy y Andrews, 1999, pág. 107). Sus componentes son: 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo, y 2) el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja «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» (Roy y Andrews, 1999, pág. 108). La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad (Roy y Andrews, 1999).



16.- Modo de adaptación de función del rol

El modo de adaptación de función del rol «es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que desempeña la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. 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» (Hill y Roberts, 1981, págs. 109-110). Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental y al comportamiento expresivo. El comportamiento instrumental es «la ejecución física real de un comportamiento» (Andrews, 1991, pág. 348). El comportamiento expresivo se compone de «los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel» (Andrews, 1991, pág. 348). «El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un período particular de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo» (Andrews, 1991, pág. 349). «Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario» (Andrews, 1991, pág. 349). «Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. [...] Normalmente, los roles terciarios están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente y van desde clubes sociales a aficiones personales» (Andrews, 1991, pág. 349). Los roles principales que uno desempeña pueden

analizarse imaginando una estructura en forma de tronco. El tronco del árbol es el rol primario del individuo: a saber, el nivel de desarrollo de uno mismo, como, por ejemplo, una mujer adulta con hijos. Los roles secundarios son las ramas del papel primario: por ejemplo, ser esposa, madre o profesora. Por último, los papeles terciarios son ramas del papel secundario: por ejemplo, el papel de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres durante un tiempo. Cada uno de los tres roles se desempeña en una relación en la que tienen un papel recíproco.

17.- Modo de adaptación de la interdependencia

El modo de adaptación de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (Roy y Andrews, 1999, pág. 111).

18.- Percepción

La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente (Pollock, 1993, pág. 169). La percepción une el regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación (Rambo, 1983).

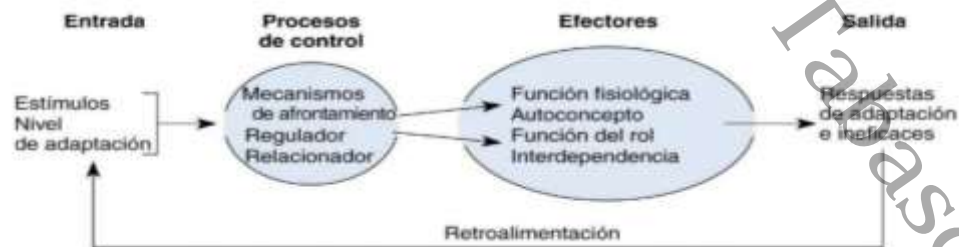


Figura 1. La persona vista como un sistema de adaptación. (tomado de Roy, C. [1984]. Introduction to nursing: An adaptation model [2.ªed., p. 30]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

En el modelo de la Dra. Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí (fig. 1). El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoestima; 3) función del rol, y 4) interdependencia. Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos». El subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, «reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones» (Andrews y Roy, 1991, pág. 14). La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador, «y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador (Alligood, 2014).



Diagrama en el que se representa el sistema de adaptación humano. (tomado de Roy, C., & Andrews, H. [1999]. The Roy Adaptation model [2nd ed.]. Upper Saddle River, NJ: Pearson.)



Los cuatro modelos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse (Alligood, 2014).

El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado» (Roy y Andrews, 1999, pág. 49). El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación (Alligood, 2014).



1.4.- Estudios relacionados

En la literatura científica de enfermería existe el estudio realizado por (Parra, 2018) denominado “Estrategias de afrontamiento en las familias colombianas desde el año 2000 al 2017: Un análisis sistemático de la literatura”, esta investigación concluyo que la evidencia las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias es en Colombia, en donde destacan los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, las cuales son las más utilizadas por las familias con un porcentaje del 36%, haciendo referencia a aquellas que se dirigen a la regulación de la respuesta emocional, esta estrategia permite manejar dichos estados evitando la situación estresante. Ahora bien, las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por las familias, en orden jerárquico están: la búsqueda de apoyo social con 14% y un 12% escape-avoidance, en la que se emplean pensamientos improductivos, con el fin de evitar la situación o escapar de ella, como pensar en que mejor no hubiera estado allí o estrategias como comer, usar drogas, entre otras; en tercer lugar, se encuentra la movilización familiar con un 8%, examinada como aquella habilidad del sistema familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar la ayuda de otros.

Díaz, 2015 trabajó en el estudio titulado “Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior” el encontró que existen correlaciones positivas y negativas significativas entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento centrados en la emoción y en otros modos de afrontamiento y las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar. Es decir, que los estilos de personalidad, los modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar, intervendrían



en la adaptación o en el desajuste adaptativo a la discapacidad por amputación de miembro inferior. Existen correlaciones positivas significativas entre los estilos de personalidad: individualidad, adecuación, preservación, introversión e intuición, indecisión, sumisión y dominio con el afrontamiento centrado en la emoción y otros modos de afrontamiento; pero, además, existen correlaciones negativas significativas entre protección, modificación, pensamiento, sistematización, sociabilidad y aquiescencia con el afrontamiento centrado en la emoción y con otros modos de afrontamiento. Estas correlaciones, muestran que los pacientes amputados de miembro.

Sánchez, 201 en su investigación “Amputación traumática de miembros inferiores (Traumatic Amputation of Lower Limbs)” determinó que son diversas las circunstancias que pueden conducir a una amputación, por ejemplo, un traumatismo a causa de accidentes de tráfico, en estos casos son habituales las lesiones por aplastamiento o lesiones directas sobre la extremidad. Los accidentes laborales suelen causar aplastamiento o avulsión del miembro con desgarramiento de los nervios y tendones y, como consecuencia, la pérdida de la funcionalidad. Los accidentes domésticos o lúdicos en los que intervienen maquinarias motorizadas, suelen ser menos numerosos. Las amputaciones por lesiones de guerra, las heridas penetrantes son consecuencia de las balas, fragmentos metálicos de diferentes armamentos militares o como resultado de la explosión sobre los tejidos, en los que se impregnan restos de ropa y otros residuos que provocan heridas muy contaminadas. Muchos de estos pacientes presentan después de la amputación graves trastornos psicológicos que requieren tratamiento especializado por parte del psicólogo y del



fisioterapeuta para su completa rehabilitación e incorporación a las actividades cotidianas y, además, si es posible la colocación de prótesis para una mejor reincorporación y adaptación a la vida social.

1.5.- Definición de términos

a) Afrontamiento: Forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier sujeto y es una de las variables personales declaradas como partícipes en los niveles de calidad de vida. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto, y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos (Parra, 2018).

b) Adaptación: Es la acción recíproca el individuo y su medio. Es una relación marcada por la modificación de la conducta del individuo respecto a las condiciones del medio en el que vive y que permitirá evolucionar al individuo (Arroyave, 2019).

c) Amputación de las extremidades inferiores: Es un procedimiento quirúrgico que tiene consecuencias anatómicas, funcionales, psicológicas y sociales que afectan la calidad de vida del paciente (Sánchez, 2016)



1.6.- Objetivos

1.6.1.- Objetivo General

Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en el periodo preoperatorio en pacientes adultos sometidos a cirugía de amputación de miembro.

1.6.2.- Objetivos Específicos

- a) Determinar la variable sexo según la capacidad de afrontamiento y adaptación.
- b) Determinar las estrategias o tipos de afrontamiento que experimenta el paciente sometido a cirugía de amputación de miembro.
- c) Medir las dimensiones del proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio en los pacientes con indicación de amputación de miembro.



Capítulo II

Metodología

1.7.- Tipo de investigación

Estudio de paradigma cuantitativo por el uso de herramientas estadísticas mediante la captura de datos, enfoque descriptivo el fenómeno se plasmó sin modificar las variables, corte transversal el instrumento se aplicó en un solo momento durante el proceso de investigación e intervención no experimental los sujetos de estudio nunca fueron sometidos a tratamientos de laboratorio Pollit y Hungler (2000).

1.8.- Universo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación se estudiaron los pacientes adultos que fueron sometidos a cirugía de amputación de miembro ingresados en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

1.9.- Muestra y muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia obteniéndose una muestra de $n=18$ pacientes con edad entre los 45 a 60 años y antecedentes quirúrgicos de amputación de miembro.

- Con alguna enfermedad crónica o no necesariamente padecer una enfermedad.
- Nivel de escolaridad: (A) Primaria, (B) Secundaria, (C) Preparatoria, (D) Profesionalista
- Estado civil: (A) Soltero, (B) casado, (C) viudo, (D) unión libre.
- Convivencia: Conyugue y/o Pariente, sólo, Conyugue.



- Recursos económicos: (A) Sustento familiar, (B) Pensión, (C) Sustento propio, (D) otros.
- Religión: (A) Católico (B) Adventista (C) Prebiteriana (D) Testigo de Jehová

2.1.- Criterios

2.1.1.- Inclusión

- Adultos con rango de edad de 45 a 60 años hospitalizados.
- Intervenidos de amputación de miembro.

2.1.2.- Exclusión

- No ser pacientes ingresados del hospital.
- Problemas de facultades mentales y/o Inmunodeprimidos.

2.2.- Método de recopilación de datos

Para la aplicación del instrumento se solicitó la autorización mediante el oficio número 0118/17, dirigido a la M.C.E. Guadalupe Cerino Pérez, a quien se le explicó el objetivo de la investigación y se le solicitó su colaboración para lograr la recolección de los datos a los pacientes mediante el cuestionario, método que mejor se adapta a estudios no experimentales.

Primero se identificó a los participantes sometidos a cirugía de amputación de miembro, luego se verificaron los criterios de inclusión: pacientes adultos con amputados entre 45 y 60 años y que supieran leer y escribir, posteriormente fueron invitados a participar en el estudio durante el proceso de hospitalización.

Los materiales del cuestionario, la invitación y el consentimiento informado se hicieron por escrito (Anexo 2), se mencionó a cada entrevistado a la hora de entregar el instrumento, su libertad de continuar o abandonar el estudio cuando lo decidieran.



La aplicación del instrumento se realizó durante el mes de mayo a junio del 2021, fue autoaplicada con duración de 20 a 30 minutos en cada cubículo de los pacientes.

Para obtener la información del estudio se utilizó como herramienta de medición el instrumento de campo denominado “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación” – Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), que identifica la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación.

Este instrumento es de medición ordinal conformado por 47 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominadas por la Dra. Roy como factores y con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre; cada ítem tiene una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Una consideración especial es que el afrontamiento en sí mismo es un indicador de cierto nivel de adaptación independientemente de las respuestas que se deriven de la actuación (Rodríguez, Pastor & López, 1993) por lo cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación parte de uno (1) y no de cero (0). Tomando el referente teórico de Roy & González (2007) identificó los estilos, las estrategias y los niveles del proceso cognitivo en cada factor. Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento. Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de



salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento o la actitud. Factor 3: proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias. El factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento. Factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando”.

La Dra. Roy no precisa una categorización para poder ubicar el nivel de afrontamiento de un individuo, explica como valor mínimo 47 y máximo 188, al igual para cada uno de los factores. Las personas con puntaje cerca de 188 tienen una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, lo que demuestra mayor consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento identificadas. Las personas cuyo puntaje se acerca a 47 tienen baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, lo que demuestra poca consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento identificadas.

Estrategias de Afrontamiento	Puntuación	Categorías de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación.	
		Baja capacidad	Alta capacidad
Recursivo y centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y Enfocado Factor 2	13-52	13-32	33-52
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando Factor 5	8-32	8-24	25-32
Escala total	47-188	47-117	118-118



2.3.- Análisis de los datos

Para el análisis de datos los resultados fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y variabilidad (desviación estándar, mínimos y máximos).

2.4.- Consideraciones éticas

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:



- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se muestran las características sociodemográficas de los participantes y la estadística descriptiva de las variables principales del estudio. La muestra estuvo conformada por 18 pacientes obteniéndose la media de edad de 53.8, mediana de 52 predominando una moda de 58 años.

Tabla 1
Estadístico de consistencia interna de la escala (CAPS)

	Valor	,922
Parte 1	N de Elementos	41
Alfa de Cronbach	Valor	,831
	N total de elementos	41
Correlación entre formas		,847
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual	,839
	Longitud desigual	,831
Dos mitades de Guttman		,856

Nota: N= Total de ítems. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS). Tabasco, México, 2021.

La confiabilidad del instrumento se evaluó a través de consistencia interna alfa de cronbach con indicador satisfactorio de ($\alpha=0,922$) del CAPS.

Tabla 2
Proceso de afrontamiento en el postoperatorio según la variable género

Proceso de Afrontamiento	Género	
	Femenino	Masculino
Alto	0	0
Medio	5	1
Bajo	9	3
Total	14	4

Nota: n= 18 pacientes. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS). Tabasco, México, 2021.

De acuerdo a los resultados de la tabla 4 el grupo de mujeres mostro significativamente que el proceso de afrontamiento es bajo $n=9$ (64.29%), $n=5$ (35.71%) un nivel medio, para el grupo

de los hombres se identificó que $n=3$ (75%) presentan un afrontamiento de nivel bajo y $n=1$ (25%) están en el nivel medio. Esto significa que ambos géneros estudiados presentan estos niveles de porcentaje del proceso de afrontamiento debido a que reaccionan de forma diferente en sus emociones, incluso los especialistas de enfermería quirúrgica en el preoperatorio juegan un papel de apoyo empático y cuando esta escena es negativa los pacientes desconocen los métodos para afrontar la cirugía.

Tabla 3
Dimensiones del proceso de afrontamiento en el periodo postoperatorio en pacientes intervenidos de amputación de miembro

Dimensiones	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Centrado en el problema	Alto	0	0%	0%	0%
	Medio	3	16.67%	16.67%	10%
	Bajo	15	83.33%	83.33%	75%
Centrado en la emoción	Alto	0	0%	0%	0%
	Medio	0	0%	0%	0%
	Bajo	18	100%	100%	100%
Centrado en otros estilos	Alto	2	11.11%	11.11%	82%
	Medio	7	38.89%	38.89%	38.38%
	Bajo	9	50%	50%	50%

Nota: $n=18$ pacientes. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS). Tabasco, México, 2021.

La tabla 3 muestra las dimensiones centrado en el problema en pacientes intervenidos de amputación de miembro, donde el 83.33% de los pacientes encuestados presentaron un nivel bajo de afrontamiento, 16.67% están sobre el nivel medio y 0% de los participantes se encuentran en el nivel alto debido a que la mayoría presentan dificultades significativas de afrontamiento para la intervención quirúrgica. En la dimensión centrado en la emoción el 100% de los sujetos de estudio tienen un nivel bajo de afrontamiento centrado en la emoción, mostrando que los pacientes nunca recibieron apoyo emocional para aceptar la cirugía y lograr de manera exitosa el afrontamiento a la intervención quirúrgica y la adaptación a la limitación física. Por último, la dimensión centrada en otros estilos se identificó que el 50% de los pacientes tienen un nivel bajo de afrontamiento centrado en otros estilos, el 38.89% un nivel medio y el 11.11% posee un nivel alto de afrontamiento centrado en otros

estilos. Esto significa que todos los pacientes presentan este nivel de porcentaje del proceso de afrontamiento después de la cirugía ya que presentan diferentes enfoques que pueden centrarlo en su problema de salud, en la emoción que este le pueda causar como presencia del miembro fantasma, ansiedad, depresión e incluso llanto que los limita a aceptar la realidad y a planear nuevos estilos de vida.

Tabla 4
Estrategias o tipos de afrontamiento según Teoría de Roy

Afrontamiento Roy	Puntaje	Frecuencia	%
Cognitivo/racional	154-188	1	5.55
Afectivo	136-153	1	5.55
Evasivo	47-135	16	88.90
Total	47-188	18	

Nota: $n=18$ pacientes. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS). Tabasco, México, 2021.

La estrategia o tipo de afrontamiento factor evasivo fue predominante con ($n=16$) 88.90%, estos resultados para esta investigación son de interés porque los pacientes estudiados evaden la situación actual de salud negando o huyendo de la cirugía de amputación de miembro y prolongando la adaptación a la nueva condición de vida, afectando el bienestar emocional, espiritual y la imagen corporal. Las estrategias afectiva y cognitivo/racional mostraron datos mínimos y con similitudes porcentuales, para el primer tipo de afrontamiento ($n=1$) 5.55%, se identificó que el paciente intentó controlar las emociones que generó la amputación del miembro pélvico, para el caso del segundo paciente mostró un afrontamiento cognitivo o racional ($n=1$) 5.55% para la investigación significó que se encontró actuando con capacidad resiliente, autónoma y responsable para la aceptar la cirugía y prevenir las complicaciones de salud causadas por la enfermedad.



Capítulo IV

4.1.- Discusión

El propósito de este trabajo de investigación fue identificar el proceso de afrontamiento en el periodo postoperatorio en pacientes adultos sometidos a cirugía de amputación de miembro, en una institución del tercer nivel de atención a la salud, donde estadísticamente se describieron las estrategias o tipos de afrontamiento que utilizaron los pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico y adaptarse al nuevo estilo de vida.

En la variable sociodemográfica edad, la muestra estudiada tuvo una media de 53.8 con rangos de 45 a 60 años, dato similar a los reportes del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), donde la edad promedio nacional de las personas con amputaciones fue 60 años según corte del 2019.

Otro hallazgo encontrado en el estudio demostró que el grupo de mujeres mostro significativamente que el proceso de afrontamiento es bajo $n= 9$ (64.29%), $n= 5$ (35.71%) un nivel medio, resultados distintos a los reportados por Purisaca (2017), donde el 85% de los pacientes encuestados del servicio de cirugía del Hospital provincial Docente Belén Lambayeque, tienen un nivel medio de afrontamiento, el 10% un nivel bajo y el 5% restante posee un nivel de afrontamiento alto, esto significa que todos los pacientes presentan este nivel de porcentaje del proceso de afrontamiento ya que presentan diferentes emociones o muchas veces su propia familia los dejan de lado ante una cirugía y ellos no saben cómo afrontar al ser intervenidos quirúrgicamente de la enfermedad que padecen.



Esto reafirma la teoría de Perñaranda quien concluyó en el proceso de afrontamiento, que los recursos de afrontamiento del individuo están formados por aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una situación en concreto. Además, el afrontamiento está dirigido a la parte emocional la cual consigna estrategias para disminuir la respuesta emocional y fisiológico del sujeto ante ciertas situaciones.

El estudio de Barrientos, (2018); El afrontamiento afectivo/pasivo ocurrió en 1 de cada 2 pacientes tal como lo reportan estudios de corte psicológico lo que sugiere pensar que tratan de controlar las emociones que la amputación genera esto retarda la adaptación al no afrontar la situación de manera directa repercutiendo en el bienestar individual como lo define Roy. Por su parte el afrontamiento evasivo se presentó en 1 de cada 5, lo que significa que no afrontan la situación, negando la amenaza que representa la cirugía, prolongando la crisis y las complicaciones que se generan al no aceptar la realidad, estos resultados comparándolos con los encontrados en el estudio, son similares, lo que hace establecer que los pacientes estudiados con este instrumento mostrará datos cuantitativos objetivos, confiables y validos.

Por último, el estudio permitió identificar que los pacientes sometidos a cirugía de amputación de miembro, experimentan de acuerdo a lo mencionado por Roy en su teoría 2 de 3 estrategias o tipos de afrontamiento para tratar de mantener una relación armoniosa con el ambiente, sin embargo no fue posible explorar si estos son simultáneos, subsecuentes o excluyentes por lo que es motivo para continuar con futuros estudios que exploren el fenómeno de manera intrínseca.



4.2.- Conclusión

Los factores sociodemográficos muestran con claridad que la edad de presentar una amputación de miembro en este tipo de pacientes existe en grupos de la etapa adulta. Por otro lado, la población en estudio presenta 2 tipos de afrontamiento pasivo y evasivo ambos en su particularidad limitan a los pacientes sometidos a amputación para que logren una adaptación, perdiendo el control de la situación, provocando un desequilibrio físico, psicológico y social, lo cual implica mayor riesgo de la integridad, en tanto prolonguen la toma de decisiones en función de su salud.

De acuerdo a la literatura en un principio existe negación después de la cirugía, hecho que se reconoció al explorar el tipo de afrontamiento evasivo en donde 1 de cada 5 pacientes niegan o evaden la situación, presentando barreras para iniciar la búsqueda de estrategias de afrontamiento para lograr su pronta adaptación.

Por otro lado, los especialistas de enfermería quirúrgica como autoridad creíble deben aplicar los conocimientos adquiridos en la curricula durante su formación de la especialidad, utilizando los instrumentos para proporcionar terapia psicofiláctica para que los pacientes afronten la intervención quirúrgica de manera positiva, donde probablemente a partir de que se les proporcione la información en el perioperatorio sobre la enfermedad inicien el proceso de afrontamiento, además, es un área de oportunidad para desarrollar investigación científica y con ello, demostrar la importancia de la salud mental del paciente desde el quirófano.



Es importante tener en cuenta lo anterior, sin embargo, un apoyo social como una herramienta adaptativa, como la familia, por ejemplo no ha sido mencionando pero es un factor muy importante en el proceso adaptativo, brindándoles; consejo, asesoramiento, asistencia, información, comprensión, afectos y apoyo moral. De esta manera se puede lograr determinar que el proceso adaptativo de un cambio positivo en ellos.

Al realizarse una amputación se deben tomar en cuenta muchos factores para que la adaptación a esta nueva situación sea la más óptima entre ellos se puede mencionar, la importancia que el afectado principal este enterado primero que nada de la causa principal de su amputación, con esto se logra que el paciente se el actor principal de su rehabilitación y adaptación ya que estará inmerso completamente en la situación de su amputación desde el principio , a la vez, cabe resaltar que otra factor sumamente importante en la adaptación es el tipo de cirugía que se le realizará ya que en muchas ocasiones esto repercute en que el paciente no presente complicaciones más adelante que afectarán su rehabilitación tanto física como emocional; todo esto para que el paciente este identificado con la situación y pueda llevar un control posterior con indicaciones médicas y afrontarlos de la mejor manera, tomando prioridad en la mayoría de los casos que conlleven un tipo de afrontamiento pasivo y/o evasivo, como los casos que se presentaron en este estudio ambos en su particularidad obligan a los paciente tener limitantes y evadir una intervención que se realizara o se someterán a una amputación de miembro.



Recomendaciones

- a) En cuanto al instrumento “Proceso de Afrontamiento y Adaptación” Roy; 2004. Se sugiere sea utilizado en la unidad quirúrgica para fomentar la investigación en los especialistas quirúrgicos en estudios multicéntricos y observar como se comporta el fenómeno en los diferentes estados del país.
- b) Por otra parte, las estrategias o tipos de afrontamiento y adaptación, la sugerencia esta en función de explorar el fenómeno para determinar si los modos se presentan en forma lineal, consecutiva, cíclica, simultánea o bien son excluyentes, el determinarlo ofrecería un referente importante para los profesionales de enfermería ya que permitirá el diseño de intervenciones en beneficio de fortalecer el afrontamiento activo.
- c) Se recomienda a los directivos de calidad y educación en salud a capacitar a los equipos quirúrgicos para que utilicen herramientas para apoyar al paciente en el proceso de afrontamiento después del proceso quirúrgico.
- d) Se recomienda a los jefes de las unidades quirúrgicas establecer políticas internas dirigidas al paciente que consigne estrategias para disminuir la respuesta emocional y fisiológica en el periodo postoperatorio.
- e) Que los especialistas quirúrgicos desarrollen la empatía con el paciente sometido a cirugía de amputación de miembro dentro del proceso de afrontamiento y adaptación en el preoperatorio y postoperatorio.



- f) Se recomienda favorecer una conducta del afrontamiento focalizada en el problema, en los pacientes para modificar su relación con lo que le resulta una amenaza, en todo caso ir aceptando en el perioperatorio la intervención a realizar.
- g) Valorar el apoyo social que el usuario presenta durante este proceso, capacitar al personal quirúrgico para brindar medidas que amortiguan episodios de depresión y no aceptación de la enfermedad, en todo caso persuadir a la población del grupo de mujeres como grupo más vulnerable en el estudio.
- h) Se puede recomendar realizar una plantilla que favorezca la intervención y buen trato como protocolo a disminuir los episodios de afrontamiento en los sujetos ante una intervención de amputación de miembro por parte del personal de enfermería.

Referencias Bibliográficas

- AA, D. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior*. 129.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1089/3/Díaz_AA.pdf
- Alligood, M. R. (2014). *MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA*.
<file:///C:/Users/Selecto/Downloads/Modelos y Teorias en Enfermeria 8ed.pdf>
- Arroyave Correa, L. M., & Bedoya Flórez, M. (2019). Estudio de caso del proceso de adaptación psicosocial de personas con amputación de miembro inferior por accidente con mina antipersonal. *E-Jurnal Manajemen Universitas Udayana*, 4(3), 1–21.
<https://media.neliti.com/media/publications/112355-ID-pengaruh-struktur-aktiva-ukuran-perusaha.pdf%0A>[scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Funcionalidad+Familiar+en+Alumnos+de+1º+y+2º+grado+de+secundaria+de+la+institución+educativa+parroquial+“Peq](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Funcionalidad+Familiar+en+Alumnos+de+1º+y+2º+grado+de+secundaria+de+la+institución+educativa+parroquial+“Peq)
- Bonilla, C., & Al, E. (2019). Experiencia y afrontamiento de mujeres con

cancer de mama, mediante la teoría de Callista Roy. *Revista Navarra Medica*, 5(1), 40–48. file:///C:/Users/MIXA/Downloads/document (3).pdf%0Afile:///C:/Users/MIXA/Desktop/BASE TEORICA 02/MUJERES CON CANCER CALLISTA ROY.pdf

Cruz, H. La, Aguilar-kuk, E. A., Magaña-garcía, I., Huerta-espinosa, G., & Hernández-, M. (2014). Características clínico-epidemiológicas de las amputaciones traumáticas en el Hospital de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” durante el periodo enero del 2012 a diciembre del 2013. *Salud En Tabasco*, 20(3), 84–93.

Dali, S. (2016). Cultura del cuidado Enfermería. *Enero-Junio 2016*, 95 pag. <http://www.unilibre.edu.co/pereira/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>

García García, A. (2016). Las trayectorias del padecimiento: hombres adultos amputados y no amputados a causa de la diabetes mellitus. *Investigación y Educación En Enfermería*, 22(2), 28–39.

Glean, D. (2016). Artículo Original Prevalencia De Las Úlceras De Pie En Los Diabéticos . Cdi “ El Roble .” *Revista Cubana de Tecnología de La Salud*, 7(3), 36–42.

Govantes, Y., Alba, C., & Arias, A. (2016). Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 8(1), 33–43.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf>

Guti, C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 19–23.

Parra, Y. (2018). Estrategias de afrontamiento en las familias colombianas desde el año 2000 al 2017: Un análisis sistemático de la literatura. *Universidad Cooperativa de Colombia*, 13.

Pedro Martín Villamor. (2017). *Grado en Enfermería AMPUTADOS HOSPITALIZADOS Alumna : María Revilla Aguado Tutor : Pedro Martín Villamor.*

Vega Valero, C. Z., el Gómez-Escobar, G., el Rodríguez Hernández, E. E., & sa Galvez Jaramillo, F. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 34–56.

Sánchez Portela, C. A. (2019). Amputación traumática de miembros

inferiores. In *Traumatic Amputation of Lower Limbs*. (Vol. 58, Issue 2).

SSA. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 2010 Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes. *Diario Oficial de La Federación*, 2, 1–40. www.ssa.gob.mx

Vargas Ayala, D. K ., Patiño Martínez, J .M y Soto Sabogal, P. A. (2020).

Herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades.

Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.

Vázquez Vela Sánchez, E. (2016). Los amputados y su rehabilitación. In

Academia Nacional de Medicina.

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

Vidal-Domínguez, G. (2010). Risk factors for amputation of the diabetic foot.

Rev Soc Peru Med Interna, 23(4), 145.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Anexos



**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



Anexo 1

Villahermosa Tabasco a _____ de _____ del 2021.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/Participante

Por medio del presente documento doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada “*Proceso de Afrontamiento y Adaptación en Pacientes Adultos Sometidos a Amputación de miembro*” que realiza el estudiante Eddy Alexander Castañeda Hernández, Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez.

Mi participación consiste en una entrevista con el investigador donde contestaré un cuestionario en relación al proceso de mi enfermedad.

- Me doy por enterado (a) que el estudio no pone en riesgo mi salud y mi vida.
- Mi participación es voluntaria, puedo retirarme cuando lo desee.
- Los datos que proporcione serán confidenciales.
- Acepto que los resultados obtenidos en el estudio serán para mejorar las intervenciones de enfermería educativas.

Firma del participante

Firma del investigador



**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



Anexo 2

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y
ADAPTACIÓN “- COPING ADAPTATION PROCESSING SCALE (CAPS)**

Número de cuestionario: _____ Fecha: _____

El presente instrumento guardará la confidencialidad y anonimato de los participantes, únicamente se darán a conocer los resultados obtenidos para el desarrollo de nuevos conocimientos que ayudarán a mejorar la práctica clínica de enfermería en beneficio en los pacientes sometidos a amputación de miembro.

I.- DATOS GENERALES

Iniciales de la paciente: _____ Edad: _____
Género: _____

Objetivo: Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en el periodo postoperatorio que utiliza el paciente sometido a amputación de miembro.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, se le pide responder con sinceridad y absoluta libertad. Lea cuidadosamente y seleccione la alternativa que considere con una "X".

FACTOR 1					
Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.					
No. ítem	Afirmación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
2	Propongo una solución nueva para un problema Nuevo	1	2	3	4
4	Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones	1	2	3	4
7	Trato de que todo funcione a mi favor	1	2	3	4
10	Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como puedo lograrlo	1	2	3	4
16	Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos Constructivamente	1	2	3	4

19	Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la Situación	1	2	3	4
26	Trato de ser recursivo para enfrentar la situación	1	2	3	4
29	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente	1	2	3	4
34	Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones	1	2	3	4
46	Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.	1	2	3	4
FACTOR 2 Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.					
No. ítem	Afirmación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
5	Tengo dificultad para completar tareas o proyectos.	1	2	3	4
8	Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	1	2	3	4
15	Parece que actuó con lentitud sin razón aparente.	1	2	3	4
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	1	2	3	4
23	Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo.	1	2	3	4
24	Encuentro difícil explicar cual es el verdadero problema.	1	2	3	4
33	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	1	2	3	4
39	Experimento cambios en la actividad física.	1	2	3	4
42	Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	1	2	3	4
43	Me doy cuenta que me estoy enfermado.	1	2	3	4
45	Me rindo fácilmente	1	2	3	4
47	Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultaran las cosas.	1	2	3	4
42	Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	1	2	3	4
FACTOR 3 Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.					
No. ítem	Afirmación	Nunca	Raravez	Algunas veces	Siempre
1	Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez.	1	2	3	4
11	Soy menos eficaz bajo estrés	1	2	3	4
17	Me siento alerta y activo durante el día.	1	2	3	4
18	Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede.	1	2	3	4
25	Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos.	1	2	3	4
27	Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	1	2	3	4

31	Soy más eficaz bajo estrés.	1	2	3	4
40	Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron.	1	2	3	4
44	Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema.	1	2	3	4
FACTOR 4					
Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.					
No. ítem	Afirmación	Nunca	Raravez	Algunas veces	Siempre
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	1	2	3	4
12	Me tomo el tiempo necesario y no actué hasta que no tengo una buena comprensión de la situación.	1	2	3	4
14	Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso.	1	2	3	4
22	Analizo la situación como realmente es.	1	2	3	4
30	Trato de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso.	1	2	3	4
41	Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.	1	2	3	4
FACTOR 5					
Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y otras personas usando la memoria y la imaginación.					
No. ítem	Afirmación	Nunca	Raravez	Algunas veces	Siempre
6	Trato las estrategias ó las soluciones que me han servido en el pasado	1	2	3	4
9	Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	1	2	3	4
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	1	2	3	4
28	Utilizo el humor para manejar la situación	1	2	3	4
32	Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes a futuro.	1	2	3	4
36	Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	1	2	3	4
37	Miro la situación positivamente como una oportunidad ó desafío.	1	2	3	4
38	Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar.	1	2	3	4



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



(Anexo 3)

Variables en Estudio

Cuadro 1. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variables	Tipo	Concepto	Escala de medición	Análisis estadístico
Género	Categoría	Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Femenino Masculino	Frecuencias y porcentajes
Edad	Númerica continua	Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida; tiempo desde el nacimiento.	Total de años cumplidos	Frecuencias y porcentajes



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



(Anexo 4)

Variable en Estudio

Cuadro 2. Operacionalización de la variable Incertidumbre frente a la enfermedad

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Antecedentes de la incertidumbre	Fuente
Proceso de afrontamiento y adaptación	<p>El afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación. (Guti, 2002)</p> <p>Roy define la adaptación “como el proceso y el resultado por medio de la 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” (Roy, 1991, p. 32).</p> <p>Según Chayput y Roy, el afrontamiento es entendido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad (Chayput & Roy, 2007, pp. 29-39). (Guti, 2002)</p>	<p>El Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) instrumento diseñado por la Dra. Roy para identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación es de escala ordinal y 47 ítems que están agrupados en cinco estilos y estrategias denominados factores: factor 1: recursivo y centrado (10 ítems), factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems), factor 3: proceso de alerta (9 ítems), factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems), factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) y medidos con valores de escala tipo Likert: nunca (1), rara vez (2) y casi siempre (3).</p>	Cuantitativa	<p>Escala Ordinal</p> <p>Calificación Baja 47 puntos</p> <p>Calificación Alta 188 puntos</p>	<p>Factor 1 (ítems 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)</p> <p>Factor 2 (ítems 11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24)</p> <p>Factor 3 (ítems 25-26-27-28-29-30-31-32-33)</p> <p>Factor 4 (ítems 34-35-36-37-38-39)</p> <p>Factor 5 (ítems 40-41-42-43-44-45-46-47)</p>	<p>“Coping Adaptation Processing Scale” (CAPS) (Anexo 2)</p>



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



(Anexo 5)

Cronograma de Actividades

Actividades	2020										
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda de la información y selección del tema.							x	x	x	x	x
Selección y revisión de artículos							x	x	x	x	x
Elaboración del planteamiento del problema y pregunta de investigación								x	x	x	
Elaboración del marco conceptual y objetivo de la Investigación									x	x	x
Elaboración del diseño metodológico										x	x
Aprobación del protocolo											x
Actualización del marco teórico											x



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



Cronograma de actividades
(Continuación)

Actividades	2021											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Actualización del marco teórico		x	x	x								
Recopilación de datos					x	x						
Procesamiento y análisis de la información recabada						x	x					
Elaboración del informe final							x	x	x			
Presentación de resultados									x			