



Facultad de enfermería

Trabajo de fin de grado

Proyecto de investigación

Grupo de apoyo para personas con una amputación del miembro inferior

Estudiante: Ariadna Coca Romera

Tutora: Dolors Juvinyà Canal

Grado en Enfermería

Curso: 2019 – 2020

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres todo el apoyo y los ánimos que me brindan desde siempre. Ellos han sido y serán mi ejemplo a seguir, los dos pilares que me han ayudado a construir todo lo que soy y lo que estoy consiguiendo.

A mis compañeros y compañeras de estos cuatro años de carrera, es especial: Alba, Ainara, Andrea, Albert y Mónica; comenzamos como desconocidos compartiendo clases, prácticas, apuntes, cafés y tardes juntos, y hemos acabado siendo amigos de verdad, de los que se ayudan mutuamente sin pedir nada a cambio.

A los profesores que han hecho posible mi formación como enfermera, por enseñarnos teoría y práctica, pero sobretodo valores, ética y moral.

Por último a mi tutora en este proyecto, Dolors Juvinyà Canal, por guiarme y por todo el tiempo dedicado, gracias.

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. Marco teórico.....	8
1. 1 Amputación.....	8
1.1.1 Causas de las amputaciones.....	8
1.2 Prevalencia de las amputaciones.....	12
1.2.1 Prevalencia en España.....	12
1.2.2 Prevalencia en Cataluña.....	14
1.3 Repercusiones en la persona.....	14
1.3.1 Ámbito psicológico.....	14
1.3.2 Ámbito fisiológico.....	17
1.4 Tratamiento.....	19
1.4.1 Ámbito psicológico.....	19
1.4.2 Ámbito fisiológico.....	21
1.5 Competencias de enfermería.....	24
1.5.1 Competencias enfermeras para la rehabilitación física:.....	24
1.5.2 Competencias enfermeras para la rehabilitación psicológica:.....	25
1.6 Los grupos de ayuda y su evidencia de efectividad.....	26
1.7 Fundamentación básica de la realización de un grupo de apoyo social.....	29
1.8 Justificación del proyecto.....	32
2. Bibliografía.....	33
3. Objetivos.....	39
4. Material y métodos.....	40
4.1 Diseño de estudio.....	40
4.2 Población de estudio.....	40
4.3 Criterios de inclusión.....	40
4.4 Criterios de exclusión.....	40
4.5 Variables.....	41
4.6 Instrumento de estudio.....	41
4.7 Procedimiento:.....	42
4.7.1 Objetivo del programa del grupo de apoyo:.....	42

4.7.2 Beneficiarios:.....	42
4.7.3 Duración.....	42
4.7.4 Recursos.....	42
4.7.5 Desarrollo:	43
4.7.6 Evaluación	52
4.8 Consideraciones éticas:	53
4.9 Limitaciones:.....	53
5. Cronograma:.....	54
6. Presupuesto	56
7. Anexos	58
7.1 Encuesta de satisfacción <i>Likert</i> del: “Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior”	58
7.2 Entrevista sobre el estudio: “ <i>Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior</i> ”	62
7.4 Escala <i>WHOQOL-BREF</i>	63
7.4 Consentimiento informado para la participación del estudio	67

Resumen

La amputación se ve como una gran pérdida física, la cual causa miles de complicaciones a la persona que la sufre, sin embargo éste suceso no sólo afecta a nivel físico, sino también a nivel psicológico. Actualmente hay diferentes terapias físicas y psicológicas, ayudas y subvenciones para estas personas, el único inconveniente es que no hay programas que incorporen los dos tipos de terapias y que ayuden de una manera holística.

Por esta razón, el objetivo de este proyecto es evaluar la satisfacción obtenida y la mejora de la calidad de vida de las personas amputadas de un miembro inferior que asistan a un grupo de apoyo, donde se impartirán diferentes terapias grupales y se proporcionará información sobre diferentes temas de interés.

Se realizará un estudio transversal de diseño de investigación mixto que se desarrollará sobre una muestra de personas amputadas de un miembro inferior que pertenezcan a la provincia de Girona y que se hayan tratado en el hospital Dr. Josep Trueta, en el procedimiento de amputación durante los años 2015 y 2020. Como instrumento de estudio se utilizará una encuesta “Likert” y la escala validada “WHOQOL-BREF” como metodología cuantitativa; seguido de entrevistas semiestructuradas, como metodología cualitativa. Se estudiarán variables como: sexo, edad, nivel de amputación del miembro inferior y años que lleva con ella, entre otros más. Seguidamente se realizará un análisis de las respuestas y se compararán los resultados cuantitativos y cualitativos gestionados mediante los programas: “SPSS” (Statistical Package for the Social Sciences) y “ATLAS.ti. Posteriormente, se utilizaran de manera complementaria para obtener unas conclusiones objetivas pero con matices que nos ayuden a entender los resultados.

PALABRAS CLAVE:

Amputación; Repercusiones físicas y psicológicas; Prevalencia; Tratamientos; Terapias; Enfermería; Grupos de ayuda; Grupo de apoyo social

Abstract

Amputation is seen as a big physical loss, which causes so many complications to the person who suffers it. However, this event affects not only on a physical level, but also on a psychologically. Currently there are different physical and psychological therapies, aids and grants for these people. The only disadvantage is that there are no programs that incorporate the two kinds of therapies and that help in a holistically.

For that reason, the aim of this research project is to evaluate the satisfaction obtained and the improvement of the quality of life of the amputees of a lower member who attend a social support group, where different group therapies will be given and information on different topics of interest will be provided.

A transversal study of mixed research design will be carried out on a sample of amputees from a lower member belonging to the province of Girona and who have been treated at the *Dr. Josep Trueta* hospital, in the amputation procedure during the years 2015 and 2020. As a study tool, a *Likert* survey and the validated *WHOQOL-BREF* scale will be used as a quantitative methodology, followed by semi-structured interviews, as a qualitative methodology. Variables such as sex, age, level of amputation of the lower limb and years with the amputation will be studied, among others. Then, the responses will be analyzed and the quantitative and qualitative results managed by the programs *SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences) and *ATLAS.ti* will be compared. Subsequently, they will be used in a complementary way to obtain objective conclusions but with nuances that help us understand the results.

Keywords:

Amputation; Physical and psychological repercussions; Prevalence; Treatments; Therapies; Nursing; Aid groups; Social support group

1. Marco teórico

1. 1 Amputación

La palabra amputación deriva del latín, “amputare”, que quiere decir cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él, como puede ser: un dedo del pie o de la mano, el pie o la mano por completo incluso el brazo o la pierna; también se debe distinguir del término desarticulación, que se refiere al separar una parte a través de una articulación. Es una condición de carácter permanente, que de no tomarse las acciones de rehabilitación necesarias, constituirá una causa de impedimento en la realización de actividades cotidianas, laborales, recreacionales y en la participación social de las personas que las adquieren.(1)(2)

1.1.1 Causas de las amputaciones

Una amputación puede ser debida por diferentes causas:

Complicación diabética tipo 1 o 2: La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre. Esto es debido a que la insulina, que es una hormona producida por el páncreas para controlar los niveles de glucosa, no se produce en suficiente cantidad, hay una resistencia a la insulina o por ambos motivos.(3)

- La diabetes tipo 1 se puede presentar a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina. (3)
- La diabetes tipo 2 es la más común, y casi siempre se presenta en la edad adulta debido a la obesidad, a los malos hábitos de alimentación y falta de actividad. Con este tipo de diabetes el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería.(3,4)

La diabetes puede ocasionar daño en los tejidos, este daño puede ser a los nervios o a los vasos sanguíneos.

En especial, las personas con diabetes son propensas a sufrir muchos problemas en los pies, a menudo debido a dos complicaciones de la diabetes: daños neurológicos (neuropatía) y mala circulación de la sangre. La neuropatía causa pérdida de sensibilidad en los pies, impidiendo sentir dolor o incomodidad, de manera que la persona afectada puede no detectar una lesión o irritación. La mala circulación en los pies reduce su capacidad de curar, dificultando que incluso un pequeño corte pueda llegar a crear una infección.

Problemas en los pies y piernas relacionados con la diabetes:

- **Infecciones y úlceras (llagas) que no sanan.** Una úlcera es una llaga en la piel que puede llegar incluso hasta el hueso. La mala circulación en los pies, los cortes o ampollas pueden convertirse fácilmente en úlceras que se infectan y no curan. Esta es una de las complicaciones comunes de la diabetes y puede conducir a una amputación.
- **Callosidades:** Son partes de la piel endurecidas.
- **Piel seca y cuarteada:** La mala circulación y la neuropatía pueden resecar la piel.
- **Anomalías de las uñas:** Las más frecuentes son las uñas encarnadas del pie e infecciones micóticas.
- **Dedo del pie en martillo y juanetes:** El daño neurológico que afecta a los músculos puede causar debilidad muscular y pérdida de tono en los pies, creando dedos del pie en martillo y juanetes.
- **Pie de “Charcot”:** Esta es una compleja deformidad del pie que se desarrolla como resultado de la pérdida de sensibilidad y de un hueso roto no detectado. Esta situación conduce a la destrucción de los tejidos blandos del pie, pero debido a la neuropatía, el dolor de la fractura y los tejidos pasa desapercibido, y el paciente continúa caminando sobre el hueso roto, empeorándose la situación.
- **Circulación sanguínea deficiente:** Con la diabetes los vasos sanguíneos situados debajo de la rodilla a menudo se vuelven estrechos y restringen el flujo de sangre, lo que dificulta la curación de las heridas y puede causar la muerte del tejido.(5)

Como podemos ver en estos artículos y según el informe “Aguas” más reciente, el pie diabético es la causa más común de las complicaciones en heridas y de los casos de hospitalización entre los pacientes con diabetes, puesto que un porcentaje muy elevado de esta población presenta al menos un factor de riesgo de desarrollar esta patología y se estima que alrededor del 15% lo llegarán a sufrir. El pie diabético es una dolencia que impacta de manera importante sobre la calidad de vida del paciente que la sufre puesto que no solo provoca dolor y malestar sino que también limita la movilidad y la actividad diaria. Además, es la principal causa de amputación en las extremidades inferiores entre las personas con diabetes, las cuales se estima que tienen 20 veces más probabilidad de sufrir una amputación.(6)

Enfermedad arterial periférica:

La enfermedad arterial periférica sucede cuando hay un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón y es causada por la arterioesclerosis. Si la obstrucción del flujo sanguíneo es lo bastante grave, puede causar la muerte de los tejidos y, a veces, consecuentemente la amputación del pie o la pierna.(7–9)

Amputación traumática: se da cuando por accidente o lesión traumática una persona pierde una parte del cuerpo. Suele ser resultado de accidentes con herramientas eléctricas, de fábricas, granjas o accidentes de coche. También por desastres naturales, guerras y ataques terroristas.

Si el accidente o trauma cercena por completo la parte del cuerpo se denomina completa; mientras en una amputación traumática parcial queda parte de la conexión de tejidos blandos.(10)

Suelen llamarse amputaciones primarias cuando la amputación del miembro se produce a causa del mismo trauma o de forma quirúrgica por las lesiones ocasionadas por éste el mismo día de la lesión. Cuando se intenta conservar el miembro y la viabilidad del mismo no sea favorable, puede producirse posteriormente una amputación del mismo, considerándose en este caso amputación traumática secundaria.(1)

Amputaciones congénitas: Es la ausencia parcial o completa de un miembro o parte corporal en el momento del nacimiento y se considera un trastorno de la formación del mismo. Este tipo de amputaciones se pueden subclasificar en detención transversal y detención longitudinal del crecimiento. (1)

Amputaciones quirúrgicas: Extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él, tras haber planificado la cirugía. Se suelen realizar cuando existe infección, riesgo de infección o cuando ha recidivado.(1)

A causa de una sobredosis de metanfetaminas: La metanfetamina es una droga estimulante que se vende de manera ilegal. El uso prolongado de esta droga puede conllevar a múltiples efectos secundarios psicológicos y físicos, entre ellos la amputación.(11)

Tumores: Existen tres tipos de cáncer óseo:

- Osteosarcoma: Normalmente se desarrolla entre los 10 y 19 años de edad. El osteosarcoma también es común en personas de más de 60 años. Tiende a ocurrir en: la espinilla, el muslo y el brazo.(12)
- Condrosarcoma: Se define como un tumor maligno que puede presentar cambios mixoides, calcificación y osificación. Este tumor comienza en el cartílago y por lo general puede suceder después de los 50 años de edad.(13)
- Sarcoma de Edwin: Es un tumor óseo maligno que se forma en el hueso o en los tejidos blandos. Ocurre más frecuentemente en niños y adolescentes varones menores de 19 años durante la pubertad, cuando los huesos están creciendo rápidamente. El tumor puede originarse en cualquier parte del cuerpo, generalmente en los huesos largos de los brazos y las piernas. (14)

El síntoma más común del cáncer de hueso es el dolor, ya que los otros síntomas varían dependiendo de la ubicación y el tamaño del cáncer. (15)

Congelación: Es el daño a la piel y tejidos subyacentes causado por una exposición prolongada al frío “extremo”.

Esta puede afectar a cualquier parte del cuerpo: las manos, los pies, la nariz y las orejas son los lugares más propensos a este problema. Los síntomas de congelación muy intensa son: ampollas, gangrena, daño a tendones, músculos, nervios y hueso.(16)

Quemaduras: Una quemadura es una lesión en los tejidos del cuerpo a causa del calor, sustancias químicas, electricidad, sol o radiación. También forman parte las escaldaduras, por líquidos calientes y vapor, los incendios en edificios y los líquidos y gases inflamables. Otro tipo de quemadura es la causada por inhalación de humo o partículas tóxicas. Hay tres tipos de quemaduras: de primer grado (dañan la capa externa de la piel), de segundo grado (dañan la capa externa y la que se encuentra por debajo de ella) y de tercer grado (dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran debajo de ella).(17)

1.2 Prevalencia de las amputaciones

En la actualidad el número de pacientes a los cuales se les ha realizado una amputación en los países europeos mantiene un incremento anual a causa del envejecimiento de la población, ya que presentan por la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. (1)

1.2.1 Prevalencia en España

Los datos de frecuencia de amputaciones de miembros inferiores en España, según la recopilación de datos del informe “Aguas” indican que existe una variación muy marcada entre comunidades autónomas (Tabla 1 y Figura 1). Como podemos ver, las comunidades autónomas que presentan un rango bajo de amputaciones, como por ejemplo Cantabria (3,7 por cada 100.000 hab.) o Madrid (4,8 por cada 100.000 hab.), se encuentran notablemente por debajo de la media española (7,6 según las fuentes de la tabla 2, que aparece más adelante), mientras que las que presentan rangos más elevados se sitúan muy por encima, como por ejemplo Asturias (23,7 amputaciones por cada 100.000 hab.).(6)

Tabla 1. La prevalencia de la diabetes, la frecuencia de inspección del pie y la tasa de amputaciones de extremidades inferiores (2019).

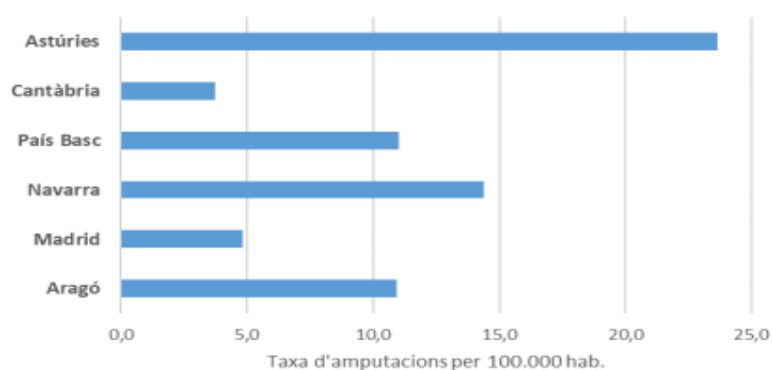
Comunitat Autònoma	Any	Persones amb diabetis (%)	Persones amb diabetis amb exploració del peu (%)*	Taxa d'amputacions per 100.000 habitants**
Aragó	2017	10,9	46,4	10,9
Madrid	2017	10,6	16,9	4,8
Navarra	2017	9,3	31,7	14,4
País basc	2016	8,1	66,2	11,0
Cantàbria	2018	10,8	4,7	3,7
Astúries	2017	11,5	19,4	23,7
Total		10,2	30,9	8,6

Fuente: Reig-Viader R, Espallargues M. Revisió i proposta del model assistencial del peu diabètic a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [Internet]. Juliol. 2019 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: [http://aquas.gencat.cat\(6\)](http://aquas.gencat.cat(6))

*Porcentaje de población igual o mayor de 40 años (estandarizado por edad y sexo) con diagnóstico de diabetes a los cuales consta que se les ha determinado los pulsos periféricos o el riesgo de úlcera en el año de estudio.

Nombre de altas hospitalarias de pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 y procedimiento de amputación mayor*. Se excluyen los casos de diabetes gestacional.

*** Existen dos tipos básicos de amputación: la catalogada como amputación menor, que corresponde a las que se realizan por debajo del tobillo; y la amputación mayor, que corresponde a las realizadas por encima de éste.



O24.4).

Figura 1. Tasa de amputaciones por 100.000 habitantes (2019).

Fuente: Reig-Viader R, Espallargues M. Revisió i proposta del model assistencial del peu diabètic a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [Internet]. Juliol. 2019 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: [http://aquas.gencat.cat\(6\)](http://aquas.gencat.cat(6))

El número de amputaciones corresponde a las altas hospitalarias de pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 y procedimiento de amputación mayor. Se excluyen los casos de diabetes gestacional.(6)

1.2.2 Prevalencia en Cataluña

Actualmente la tasa de amputaciones de extremidades inferiores en personas con diabetes se encuentra alrededor de 4,8 por cada 1.000 hombres con diabetes i alrededor de 1,2 por cada 1.000 mujeres con diabetes, la cual se ha mantenido constante en esta población los últimos años. Como vemos, la tasa es más alta en hombres que en mujeres.(6)

1.3 Repercusiones en la persona

1.3.1 Ámbito psicológico

La amputación tiene diversos aspectos y repercusiones en la persona. La discapacidad que adquiere el paciente lo expone a una serie de barreras y dificultades para reincorporarse a sus actividades y, no menos importante, atender los aspectos emocionales. Ésta afecta también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte. Además, las personas con esta discapacidad no presentan solo una limitación física en sus funciones, sino también muestran un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural.(18)

El tiempo para procesar ésta pérdida antes de sufrirla es un factor muy importante. Es muy diferente tener tiempo para hablar sobre la amputación, para así prepararte y comenzar a hacer frente a esta nueva situación; que tener una emergencia y que sin previo aviso te realicen este procedimiento. El estudio al cual hago referencia expone que siempre es mejor que la persona lo sepa de antemano, para que así pueda buscar la mejor manera de enfrentarse a la realidad.

El tiempo que se necesita para aceptar la situación y comenzar a reconstruir de nuevo la vida en torno a esta nueva realidad variará según la persona, dependiendo de: la salud física y emocional, la edad, los recursos de ayuda y muchos factores más.(19)

La tristeza: Cuando una persona pierde una extremidad, se suelen dar dos tipos de tristeza, que son las más comunes: la anticipatoria y la “normal”.

La anticipatoria llega antes de que se produzca la pérdida y se asocia al diagnóstico de la enfermedad que pone en riesgo su vida y a la amputación que hay que realizar. Luego está la tristeza “normal”, se refiere a ella de esta manera porque forma parte del proceso de duelo que supone una pérdida como ésta. Cuando una parte de nuestro cuerpo se pierde, experimentamos un proceso de duelo que no es fácil, y tanto la recuperación emocional como la recuperación física dependerá de muchos factores. Estos incluyen: edad, sexo, circunstancias de la pérdida de la extremidad, apoyo o falta de apoyo de familiares o amigos, valores y normas culturales.(20)

Etapas del duelo: Hay cinco etapas por las cuales pasa una persona que forman parte del proceso de adaptación:

- La negación: Funciona como amortiguador después de una noticia inesperada e impactante, permite que el paciente se recobre y con el tiempo movilice otras defensas menos radicales. Generalmente la negación es una defensa provisional.
- La rabia: Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia y resentimiento. En la etapa de rabia las personas suelen culpar su pérdida a Dios si son religiosos, en otros casos al médico o a otras personas.
- La negociación: En esta fase los pacientes intentan posponer o reemplazar la realidad de la amputación, y la mayoría intentará negociar, sobornar o convencer a su médico o figura religiosa de poder realizar otra alternativa posible.
- La depresión: Ésta es probablemente la etapa más complicada de la adaptación. No es una depresión clínica; es normal. Los síntomas más frecuentes son el exceso o la falta de sueño, los sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro, sentimientos de desesperación, inutilidad y culpa inapropiada. También cambios en los patrones de alimentación, falta de energía, poca concentración, pérdida de interés en actividades agradables y aislamiento social.
- Aceptación y esperanza: Con el paso del tiempo, la persona aceptará la pérdida y tarde o temprano recuperará su estabilidad emocional.(20)

Imagen corporal

La imagen corporal es una “visión física” del cuerpo de uno mismo o de los demás que se crea en la mente de cada persona. A esta la afectan muchos factores, como por ejemplo el de la opinión personal, lo cual puede dañar el bienestar emocional de la persona, ya que cuando una persona no ve su cuerpo de manera positiva se siente mal. Por lo tanto, este sentimiento repercute de gran manera a nivel psicológico y causa mucha ansiedad. La no aceptación de los demás es otro factor que también afecta, ya que hace que se sientan excluidos y mal con ellos mismos ya que no “encajan” en el estereotipo de la sociedad. (20)

Cambios sociales y sus consecuencias:

La persona después de la amputación se confronta con diversos cambios sociales que se relacionan con impedimentos motores, como el uso de la prótesis, el dolor, los cambios en el ámbito laboral y en el autoconcepto entre otros. Así mismo conlleva dificultades en la adaptación social a causa de la ansiedad, el estrés postraumático, la pérdida del sentido de pertenencia, el aislamiento social, el decremento de la actividad sexual y la depresión.(20)

Diferencias entre amputaciones por enfermedad crónica y por evento traumático:

En el caso de las amputaciones por enfermedad, estas suceden en la mayoría de los casos en personas mayores por complicaciones por enfermedad crónica degenerativa, como la diabetes y el cáncer, por lo que la amputación es anticipada al paciente, quien regularmente tiene el objetivo de evitar complicaciones mayores para la salud, mejorar la calidad de vida y en todo caso evitar la muerte; por este motivo el proceso de adaptación suele ser menos complicado. En el caso de las amputaciones súbitas o traumáticas, estas ocurren en un hecho traumático, como en un accidente automovilístico o en un accidente laboral. En estos casos las consecuencias psicológicas tienen mayores complicaciones, ya que durante la investigación del estudio mencionado, se encontró que los sentimientos de vergüenza y enfado son mayores.(20)

Por último, cabe mencionar que la presencia de una mayor incidencia de dificultad en el tratamiento del miembro fantasma y falta de adherencia terapéutica afectara en la mejoría del paciente; por lo que se calcula que alrededor del 30% de los pacientes amputados presentan cerca del 5 al 10% depresión mayor y del 2 a 3% trastornos de ansiedad, depresión o mixtos. (21)

1.3.2 **Ámbito fisiológico**

La discapacidad posterior a una amputación depende de la localización, el nivel de amputación y el número de amputaciones, influenciada además por la causa que originó la amputación así como el estado de salud general del paciente en conjunto con los factores sociales y económicos del mismo. (18)

El dolor fantasma (PLP)

El "dolor fantasma" o "PLP" (phantom limb pain), es típicamente de origen neuropático y viene de la extremidad faltante con cualidades de sensación como latidos, "alfileres y agujas", disparos, puñaladas y ardor. (22,23)

Generalmente se informa dentro de la primera semana después de la amputación y suele disminuir en gravedad y frecuencia con el tiempo en la mayoría de los individuos. El periodo de tiempo que este dolor persiste varía según la persona, puede durar segundos, minutos, horas y en ocasiones hasta días. Para la mayoría de las personas la duración y la frecuencia del dolor fantasma disminuye al cabo de los primeros seis meses, pero para otro gran porcentaje, siguen experimentando algún tipo de sensación por años. (23)

¿Que causa el dolor de miembro fantasma?

Se cree que el dolor es causado por señales que manda el cerebro a la medula espinal, es importante considerar este concepto ya que el tratamiento para este tipo de dolor es diferente al tratamiento que se recibe para otros dolores. Algunos de los activadores de este dolor pueden ser: el tacto, el acto de orinar, defecar, tener relaciones sexuales, fumar, por cambios de presión, por una infección de herpes, por exposición al frío.(23)

El dolor continuo tiene muchas consecuencias negativas para la salud, como por ejemplo: aumento del estrés, del ritmo metabólico, de la coagulación y de la retención de líquidos; retraso en la cicatrización, desequilibrios hormonales, deterioro del sistema inmunológico y de la función gastrointestinal; disminución de la movilidad; problemas de apetito, calidad de vida y de sueño; deficiencias en las actividades diarias y problemas emocionales y psicológicos, como la baja autoestima, la impotencia, la desesperación y la depresión.(23)

Dolor en la extremidad residual: Este dolor proviene de muchas causas, como por ejemplo: daños en el tejido durante la intervención, mal ajuste de las prótesis, neuroma no protegido, rozamiento de la piel y disfunciones de la articulación. También puede contribuir a este dolor: la inflamación de la zona, una mala circulación, cicatrices adheridas, espasmos musculares, el dolor reflejo.(22)

Hipersensibilidad: Dolor y malestar que limita la capacidad para usar la extremidad afectada. (24)

Tejido cicatricial: Este es más duro y menos elástico que la piel normal y a causa de estas características restrictivas puede producir rigidez y dolor. (24)

Inflamación: Hinchazón y enrojecimiento de la zona a causa de: la intervención, cambios drásticos de presión atmosférica o el uso de prótesis durante un periodo prolongado.(24)

Edema: Hinchazón localizado por cúmulo de líquidos, es una complicación muy frecuente.(24)

Formación de contracturas: afección musculoesquelética que causa rigidez o endurecimiento de los músculos, tendones u otros tejidos que conducen a la deformidad y rigidez de las articulaciones. (22)

Asimetría corporal: una amputación crea cambios en la distribución del peso y puede modificar el centro de gravedad, lo que conduce a que estructuras compensatorias realicen funciones adicionales. Esto puede provocar dolor muscular y articular, tirantez, rigidez y espasmos musculares. (22,24)

Neuroma: Con el tiempo, a medida que el tejido nervioso se remodela, se puede formar una masa de tejido blando y nervios. (22)

Descomposición de la piel: Se crea causa de una mala cicatrización de la herida debido a comorbilidades, sangrado excesivo, infección, edema y técnicas de apósito deficientes. Esta complicación puede surgir por la utilización de una prótesis a largo plazo. (22)

Disminución de la movilidad: sobre todo el primer periodo después de la operación, donde la persona apenas se mueve hasta que comienza la rehabilitación con prótesis o sin. Además, desde el departamento de rehabilitación del hospital universitario de Groningen, explican que un factor clave es la conservación de la rodilla, porque hace que la rehabilitación y la movilidad sean más fáciles. (25)

Disminución de la calidad de vida: La calidad de vida también tiene relación con el nivel de amputación de la persona. El estudio de “Academic Department of Military Surgery and Trauma” la analizan mediante la escala “SF – 36”, y han mostrado una relación inversa del componente físico de la escala (Physical component score, PCS) con el nivel de amputación, llegando a la conclusión de que a niveles más altos de amputación, peor calidad de vida tendrá la persona.(26)

1.4 Tratamiento

1.4.1 Ámbito psicológico

En el área de la psicología y la psicoterapia la intervención con el amputado se realiza por medio de diferentes técnicas de abordaje, según las necesidades de cada paciente. Estas van desde la entrevista, cuando él es atendido por primera vez, hasta la terapia familiar en caso de ser necesaria. En la entrevista inicial se tomará en cuenta el estado psicológico que presenta el paciente, y con base a ello se dará una atención personalizada para así mejorar no solo su situación individual, sino también su entorno familiar, laboral y social.

El objetivo de la rehabilitación es ayudar a recuperar el máximo nivel de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida; tanto en el aspecto físico como en el psicológico y social, ya que todos ellos van de la mano.

En este proceso de recuperación, un factor decisivo es centrarse en potenciar en el mayor grado posible las capacidades del paciente. El refuerzo positivo le ayudará a recuperarse, mejorar su autoestima y fomentar su autonomía. El programa de apoyo psicológico se diseña para atender las necesidades del paciente, las cuales son únicas y propias de cada caso, con base en su sistema personal de valores, como instrucción, cultura, creencias; ya que esto ayudará en la mejoría del paciente y en la adherencia del tratamiento.(18)

Algunos estudios han hecho referencia a la importancia de desarrollar un proceso psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica. En 2013 se realizó una investigación donde se contó con la participación de 53 pacientes amputados, a quienes se les presentó un tratamiento psicológico grupal tras su cirugía. Algunas de las estrategias ofrecidas fueron psicoeducación, entrenamiento en las estrategias de afrontamiento adecuadas, manejo de ansiedad, relajación, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones, imagen corporal, autoestima, planificación de actividades, habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas. Los resultados mostraron que el tratamiento psicológico fue efectivo para mejorar la adaptabilidad a su nueva condición y sobre todo la disminución de ansiedad y depresión.(27)

Terapias utilizadas:

Ayuda mutua entre familias

Según un artículo del “inMotion Magazine”, la aceptación de esta pérdida dentro del núcleo familiar muchas veces resulta más fácil cuando ponemos a la familia en un programa de ayuda mutua, donde conocen a otras familias que han pasado por las mismas situaciones. Las familias aprenden que esos problemas que sufren no los pasan solo ellos, y sobretodo ven que no están solos. De esta manera tienen la oportunidad de: compartir experiencias, de aprender cómo otros han afrontado las situaciones y de encontrar soluciones a problemas en común.(19)

Ayuda entre iguales: La “coalición de amputados” de América, proporciona contactos de voluntarios que están dispuestos a escuchar y compartir sus propias experiencias.

Estas organizaciones ofrecen apoyo, asistencia, orientación, información y recursos. De esta manera la persona puede ver como otras personas como el o ella ya han experimentado y vivido las mismas cosas que le están sucediendo. Le ayudan a ver que con voluntad, fuerza y aceptación de la ayuda que le proporcionan puede superar todo lo que está pasando. Esta visita también puede ser muy útil antes de la cirugía, ya que esta persona puede responder a sus preguntas relacionadas con el dolor después de la operación, la movilidad, las prótesis y los aparatos de adaptación.(28)

Terapias grupales (grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua, etc.): Estas son un buen recurso para cualquier persona, ya sea un nuevo amputado que busca crear una red de conexiones e información, adquirir experiencia, confianza y habilidades necesarias para seguir adelante con su proceso de rehabilitación; como para un amputado que ha venido de otro círculo y está interesado en compartir sus experiencias.(29)

1.4.2 **Ámbito fisiológico**

Dolor fantasma o phantom limb pain (PLP): El tratamiento efectivo del PLP es el tema central que continúa confrontando a los amputados y sus médicos.

Tratamiento o abordaje farmacológico para el PLP: Hay una gran gama de fármacos para ayudar a disminuir este dolor: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), opioides (analgésicos narcóticos), antidepresivos, anticonvulsivos, bloqueadores beta y relajantes musculares.(30)

Tratamientos no farmacológicos para el PLP:

Reinervación muscular dirigida: Es una técnica relativamente reciente que consiste en redirigir quirúrgicamente y aplicar la parte distal de un nervio transeccionado a un nervio motor que inerva un músculo adyacente. Con el tiempo, el nervio residual recogido y el nervio motor se unen y el nuevo nervio combinado reinerva el músculo. (23)

Estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTR): La reorganización cortical desadaptativa es uno de los mecanismos neuronales centrales que se cree que influyen en la PLP.

El estudio referenciado ha demostrado que el PLP es más intenso entre los individuos en los que se ha producido un mayor grado de reasignación cortical desadaptativa. Así bien se exploró la EMTR, por su potencial para prevenir la reasignación cortical sensoriomotora inadaptada y consecuentemente para reducir el PLP. La EMTR consiste en dirigir hacia la corteza somatosensorial y motora un pulso magnético para activar vías inhibitorias descendentes hacia el tálamo, modulando así las señales nociceptivas ascendentes posteriores reduciendo así el PLP.(23)

Terapia de espejo: Por otro lado, se ha sugerido que el PLP puede ser debido a la ausencia de retroalimentación táctil y visual de la extremidad, ya que estos proporcionan información que involucra la sensibilidad exteroceptiva. La terapia espejo consiste en introducir dentro de una caja de espejo la extremidad residual amputada de tal manera que sólo se vea la extremidad intacta dando la ilusión de tener ambas extremidades completas al realizar ejercicios que se reflejan en el espejo. (31)

Realidad virtual y aumentada: La realidad virtual implica sumergir completamente al individuo en un mundo virtual, mientras que la realidad aumentada agrega elementos digitales, como la extremidad faltante. Estas intervenciones representan una alternativa de "alta tecnología" a la tradicional terapia espejo, ya que permite a los amputados mover sus miembro. También representan una forma de tratamiento más atractiva que puede aumentar la adherencia.(23)

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Se cree que EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, por sus siglas en ingles) reduce el PLP al procesar emocionalmente los "recuerdos dolorosos". Consiste en aplicar estimulación bilateral, en la mayoría de los casos mediante movimientos oculares horizontales, para desensibilizar el malestar provocado por los recuerdos traumáticos y consecuentemente lograr el reprocesamiento y la integración de estos dentro de las memorias biográficas normalizadas del paciente.(23)

Los resultados de esta revisión no respaldan la eficacia de ninguno de los tratamientos descritos para el PLP. Pueden ayudar en algunos casos a mitigar el dolor, pero como tratamientos coadyuvantes. También expongo que no hay estudios a largo plazo que corroboren ninguna información, por lo que sigue en estudio.(23)

Otras terapias para otros signos y síntomas:

Dolor residual en la extremidad: El tratamiento incluye cuidado de heridas y medicamentos sistémicos como: AINEs, acetaminofén, opioides y, en algunos casos, relajantes musculares.(22)

Edema: Se inicia el control poco después de la cirugía con un apósito rígido postoperatorio inmediato. En las semanas posteriores, el edema puede controlarse más con apósitos compresivos, masajes, elevación y diuréticos.(22)

Formación de contracturas: El manejo de esta complicación implica maniobras de estiramiento para preservar el rango de movimiento y fortalecimiento para preservar la masa muscular.(22)

Degradación de la piel: para evitarlo es imprescindible ayudar a dar forma a la extremidad residual en una forma cilíndrica o cónica adecuada con bordes lisos para que, durante el uso de prótesis, disminuyan las complicaciones de la degradación de la piel. (22)

Neuroma: Los tratamientos convencionales pueden incluir analgésicos neuropáticos o bloqueos nerviosos.(22)

La fisioterapia: Cuando hablamos de la rehabilitación ésta incluye ejercicios de: estiramiento, fortalecimiento y entrenamiento para caminar con o sin dispositivos de ayuda.(32)

El masaje terapéutico de la zona amputada: consiste en realizar masajes directamente sobre el extremo de la amputación, en el músculo y tejidos blandos situados por encima de la zona amputada. La técnica trata de aumentar la información sensorial de la extremidad residual para que de esta manera se anule la percepción de dolor en el cerebro de la extremidad que ya no está, proporcionando un alivio temporal o parcial del dolor.

Los beneficios físicos que crea son: la reducción de la inflamación, el dolor y los espasmos, la mejora de la circulación, la disminución de la rigidez muscular y del tejido cicatricial y el aumento de la longitud del músculo. Los beneficios psicológicos y emocionales que crea son la reducción de la ansiedad y estrés la mejora el sueño y la relajación.(24)

1.5 Competencias de enfermería

En el cuidado del paciente amputado es fundamental el trabajo realizado por un equipo multidisciplinar; pero sobretodo juega un papel muy importante el personal de enfermería. Esto se debe a que las enfermeras actúan tanto en el cuidado directo del paciente, cubriendo sus necesidades mientras sea necesario, como ejercitando al paciente sobre las mismas, detectando las posibles complicaciones que pueda presentar. Además, el profesional enfermero, también aporta el apoyo emocional y de autoestima del que pueden carecer tanto el paciente como la familia, en cualquier momento del transcurso de su recuperación.(1)

Por lo tanto, los cuidados de enfermería no solo están enfocados a la enfermedad, sino que este cuidado está dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, salud física, mental y social.

1.5.1 Competencias enfermeras para la rehabilitación física:

- Control del dolor: administración de la analgesia pautada y control de su efectividad con el objetivo de proporcionar bienestar al paciente.
- “Humanización” en el cuidado del paciente.
- Elaboración de planes de cuidados estandarizados para dar atención continuada, integral y de calidad; a nivel hospitalario y a domicilio.
- Identificación y manejo de patrones disfuncionales, problemas de independencia y autonomía, para obtener e interpretar la información necesaria y de ésta manera tomar las decisiones más eficaces.
- Realización de curas del muñón del miembro afectado y de la prótesis.
- Educación en el aprendizaje de la autorrealización de las AVD en su nueva situación, las curas del miembro afectado y de la prótesis.
- Proporcionar estrategias eficaces de adaptación al hogar y de reintegración a la vida familiar y social.

- Ayuda a la rehabilitación y superación diaria mediante la actividad y los ejercicios adaptados, cuando sean convenientes, en cada fase y cambio durante la recuperación. (33,34)

1.5.2 Competencias enfermeras para la rehabilitación psicológica:

- Ayuda en el afrontamiento:
 - Acompañamiento durante la rehabilitación.
 - Fomentar una relación terapéutica o de ayuda, ya que este tipo de relaciones constituyen la base de los cuidados, que son el pilar de enfermería, donde se debe establecer: comunicación, confianza, seguridad y aceptación; proporcionando paciencia, empatía y escucha activa.
 - Establecimiento de metas reforzando la valía del paciente.
 - Capacidad de adaptación a diferentes tipos de situaciones, por parte de enfermería, para brindar un cuidado humanizado teniendo en cuenta las diferentes etapas del duelo.
 - Proporcionar una fuente de apoyo social y emocional.
- Ayuda en la comunicación:
 - Identificación de los sentimientos de la persona.
 - Propiciar la expresión de emociones y sentimientos por parte del paciente.
- Educación sanitaria
 - Instrucción para la adherencia terapéutica y preventiva.
 - Enseñar a tener un autocontrol de la ansiedad, tolerancia al estrés y adaptación a la nueva situación.
- Apoyo psicológico:
 - Ayuda en la gestión de las emociones y el dolor emocional.
 - Implicar a la persona afectada y a su familia, capacitarlas con herramientas para afrontar la situación de pérdida.
 - Ayuda a la remodelación de la autopercepción y el autoconcepto. (33,34)

1.6 Los grupos de ayuda y su evidencia de efectividad

Hay miles de definiciones que explican lo que es un grupo, pero en especial, una que concreta el significado de una forma simple es la de Paula M. Lasalle y Arthur J. Lasalle, los cuales son enfermeros, y explican que: “un grupo es un conjunto de personas que tienen relación entre sí, son interdependientes y comparten normas comunes”. Los grupos de ayuda, como se explicó en un apartado anterior, es un tipo de ayuda grupal que pertenece al ámbito de tratamiento psicológico, aunque también influya a nivel fisiológico. (35)

Los tipos de grupos de ayuda se clasifican de diferentes maneras: por tamaño (pequeño, mediano o grande), según homogeneidad o heterogeneidad (de problemática, género, nivel socioeconómico, etnia, etc.), cerrados o abiertos, según el método utilizado en la terapia (de tarea, educación, relajación, etc.) y en función del desarrollo y las teorías que se siguen (grupos: psicoterapéuticos, de autoayuda, de ayuda mutua, de terapia de apoyo, de resolución de problemas, etc.). (34)

Unos de los modelos más utilizados en las terapias de grupo según Jesús Rivera Navarro y Carmen Gallardo Pino, y sobre los cuales remarcan sus diferencias, son: los grupos de ayuda mutua, los grupos de psicoterapia y los grupos de apoyo (soporte).(36)

Los grupos de ayuda mutua (GAM por sus siglas) se definen como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educacionales y con una orientación al cambio personal. Están dirigidos a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos los miembros, el grupo puede ser muy numeroso. El profesional actúa como facilitador en el grupo y da a los participantes un alto nivel de independencia. (36)

Los grupos de apoyo son una estrategia terapéutica, sus objetivos son el soporte emocional y la proporción de información a las personas que tienen un problema en común, el grupo no suele tener más de siete participantes. Estos grupos se vinculan a una agencia u organización y son dirigidos durante todas las sesiones por profesionales que actúan como terapeutas.(36)

Los grupos de psicoterapia buscan producir un crecimiento individual y un cambio a través de relaciones establecidas entre sus participantes, con la ayuda de un profesional. Normalmente suele haber una tendencia a la heterogeneidad de sus miembros. En el grupo, sus miembros analizan sus disfuncionalidades a la hora de enfrentarse al mundo y el profesional, que ejerce de terapeuta, utiliza métodos basados en la terapia conductual. (36)

En este apartado se comprobará la efectividad de realizar una terapia en grupo o un intercambio de información y experiencias, independientemente de qué tipo de grupos sean.

Para comenzar, según el estudio de la “Terapia conductual de grupo para el abandono del hábito de fumar” realizado en 2017, donde se identificaron 66 ensayos que comparan diferentes programas grupales con otros tipos de ayuda se obtuvo que la terapia grupal ayuda a las personas más que otras intervenciones menos intensivas, como la terapia individual.(37)

Después según el estudio de los “Programas de entrenamiento grupales para padres para mejorar su salud psicosocial” realizado en 2014, donde se incluyeron 48 estudios con 4937 participantes que abarcaron tres tipos de programas: conductuales, cognitivo conductuales y multimodales, se obtuvieron resultados con mejorías a corto plazo en los padres, respecto a: la depresión, la ansiedad, el estrés, la ira, la culpa, la confianza y la satisfacción en su relación de pareja.(38)

Para profundizar más sobre este tema, Domenech nos da más información de sus beneficios en la investigación de “el grupo de apoyo como contexto de ayuda para personas con discapacidad” realizado en 2008, la cual es una investigación cualitativa que se centra en la entrevista como elemento esencial, se analizan los beneficios de la experiencia grupal para los usuarios.(39)

En este artículo la autora nos expone diversos resultados de interés que matizan los beneficios de los grupos. Entre ellos está el apoyo informacional y material, que es el punto de partida que motiva a los usuarios a asistir. Esta información se produce, tanto desde el profesional que los dirige como desde diversos usuarios que lo forman, lo que crea una gran riqueza en el grupo.(39)

Además esta información está más enfocada a aspectos prácticos diarios, donde entra también información acerca de recursos generales y asociaciones; que por lo general resulta ser mucho más útil para los usuarios.(39)

A parte de ser una gran fuente de información, los usuarios manifiestan que el grupo también constituye una red de relaciones muy positiva. Resultan ser entre ellos un gran apoyo emocional, que aunque no fuera uno de los objetivos principales, la experiencia grupal lo conlleva de manera intrínseca, y por lo que en el estudio mencionado los miembros manifiestan su satisfacción. (39)

Por otro lado, el grupo ayuda a matizar ciertas ideas sobre la discapacidad que tratan en cada grupo, es decir ayudan a ubicar de modo distinto las ideas preconcebidas, consiguiendo una reestructuración cognitiva. Este término hace referencia a el proceso de cambio de la percepción y comprensión de los problemas; y en la medida en que esta influye en la conducta. Generalmente, sucede con un pensamiento negativo acerca de la discapacidad y/o la enfermedad. Además, las experiencias grupales estudiadas en esta investigación también revelan el beneficio que supone para los miembros del grupo dar y recibir ayuda, y remarcan que la satisfacción es más grande cuando podemos brindar ayuda a los demás.(39)

Un estudio de cuidado al cuidador, como es “caracterización de los grupos de ayuda mutua para cuidadores de familiares enfermos de Alzheimer: análisis exploratorio” en 2008, se utilizaron entrevistas semiestructuradas a las coordinadoras de 5 GAM. Como resultado obtuvieron que los GAM estudiados se reúnen quincenalmente en sesiones de 90 minutos, y están dirigidos por voluntarias con experiencia como cuidadoras. El tamaño medio de los grupos es de 9 miembros. El formato de las reuniones es poco estructurado y los temas de conversación surgen espontáneamente. Como conclusión obtuvieron que el funcionamiento de los GAM tienen dos pilares básicos: la transmisión de información y el apoyo entre cuidadores, donde los responsables corresponden con los factores terapéuticos grupales de apoyo y aprendizaje. (40)

Por último, en el estudio “Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería” realizado en 2015, se llevó a cabo un estudio de diseño cuantitativo-cualitativo en el que se empleó la entrevista en profundidad como técnica de investigación. La muestra del estudio fue de 28 participantes de 60 a 83 años de edad. La investigación concluyó con que la integración de un grupo organizado de adultos mayores favoreció en gran medida: el auto-cuidado de la salud y en los aspectos físicos, emocionales y familiares; donde el personal de enfermería desempeñó un papel fundamental en el fomento de la salud. Además se comprobó que, la participación en estos tipos de grupo, ayudó a: mejorar el humor, crear nuevos vínculos, generar sentimientos de autoestima, participar en actividades nuevas, encontrar apoyo emocional, compañerismo y solidaridad; compartir vivencias con gente de su misma edad y a adoptar medidas preventivas de salud.(41)

Por estos motivos, se llega a la conclusión de que los grupos de apoyo y/o autoayuda como estrategia de intervención informal organizada contribuyen positivamente en la salud y el bienestar, tanto en los usuarios primarios como en los secundarios (que suelen ser las familias). Estos se transforman en redes sociales donde la reciprocidad de la ayuda constituye un pilar fundamental ya que los beneficios aumentan desde el momento en que los participantes son, a la vez, receptores y proveedores de ayuda.

1.7 Fundamentación básica de la realización de un grupo de apoyo social

Como se ha mencionado anteriormente, el grupo de apoyo o soporte se caracteriza por ser un espacio formado por un conjunto de personas que interactúan. Sus miembros son personas con necesidades especiales debidas a una situación específica, tienen algo en común que las identifica y las diferencia. Estos son una estrategia terapéutica y tiene como objetivos el soporte emocional y la proporción de información a sus participantes. (36,42,43)

Constará de un terapeuta o facilitador que suele ser profesional del tema en concreto que se trata, él o ella conduce el grupo y debe facilitar que los miembros del grupo se ayuden mutuamente e intercambien información. El o la facilitadora también ayuda a mantener un ambiente de confidencialidad, solidaridad, apoyo mutuo y empatía; además debe saber escuchar y compartir conocimientos.(42,43)

Este tipo de grupo se puede formar de cuatro a doce personas, aunque normalmente no exceda de siete personas. Se necesita que los integrantes se comprometan a asistir el tiempo establecido y que durante el programa se conste con la asistencia del 80% de los participantes. El grupo puede ser “abierto” el cual permite que los participantes se incorporen sin importar las sesiones que ya se hayan desarrollado; o “cerrado” donde los participantes deben ingresar desde el inicio. (42,43)

Normalmente se reúnen un día concreto, una vez por semana o cada dos semanas, durante una o dos horas determinadas, en un lugar que propicie la confidencialidad y que permita el intercambio de experiencias, reflexiones, sentimientos y todo tipo de recursos. La duración del grupo suele ser de unas doce semanas aunque puede variar, dependerá del número de sesiones establecidas previamente. Antes de que se inicie el grupo debe de haberse encuadrado toda esta información. También es muy importante establecer las reglas del grupo, que suelen ser el compromiso con la confidencialidad, el respeto y la asistencia. Por otro lado, es importante que el o la facilitadora prepare de antemano los temas que se trataran en las sesiones, sus contenidos, metodología y el material a utilizar (si se necesita); dejando siempre un espacio para el dialogo.(42,43)

Como realizar un grupo de apoyo:

Para ponerlo en práctica, el primer paso para formar un grupo de apoyo es encontrar a aquellas primeras personas a las cuales les gustaría formar parte. Aquí entran tanto las personas con algo en común que recibirán la terapia, como los profesionales de la salud interesados en participar en alguna sesión con el o la facilitadora (médicos, enfermeras, asistente social, psicólogo...).(44)

Una vez se ha formado el grupo de profesionales y de personas interesadas en participar, se debe encontrar un espacio físico en el que poder trabajar la terapia. Hay espacios de reunión que pueden y suelen ser gratuitos como por ejemplo: hospitales, alguna sala de una iglesia o biblioteca, o centros de servicios sociales; que con permiso previo cederán a su utilización. Después hay que decidir el horario de la terapia que quizá es el paso más difícil, ya que tiene que ser un día y hora que vaya bien a todos los interesados.(44)

Antes de la primera reunión hay que estructurar las sesiones, es decir, definir que se realizará en cada sesión y cuál será el objetivo del grupo que se desea lograr. (43,44)

También es importante dar voz a este proyecto, de esta manera podremos ofrecer esta ayuda a personas que lo necesiten. Para lograrlo se puede comenzar haciendo unos simples folletos publicitarios que se dejarían en los hospitales y centros de rehabilitación más cercanos, y más adelante se podría pensar en difundir esta información por las redes sociales.(43,44)

1.8 Justificación del proyecto

La amputación de un miembro es algo que le puede suceder a cualquier persona, normalmente cuando ocurre suele ser en personas mayores y sobre todo como efecto secundario a una diabetes; pero también existen muchos casos, como por ejemplo lo son aquellos causados por accidentes o cáncer, que pueden afectar a personas de cualquier edad. Las personas afectadas sufren diferentes trastornos a causa de la pérdida, como son los problemas físicos, psicológicos y sociales, que lamentablemente desencadenan en un deterioro de la calidad de vida.

Por lo general, la pérdida de un miembro crea un trauma psicológico al paciente, ya que temen a las miles de repercusiones que tendrá este sobre sus vidas, como son: la disminución de la aceptación por parte de los demás, la alteración de su imagen y consecuentemente su autoestima.

Además la persona, dependiendo del tipo de amputación que le hayan realizado, se enfrentará a: la pérdida de la locomoción, cambios en el hogar, cambios en los roles, la pérdida de su trabajo y a muchas situaciones más. Por lo tanto, podemos entender el cambio radical que representa, y como es comprensible cada persona reaccionará y evolucionará por el trascurso de su recuperación de una forma diferente.

Por este motivo, es muy importante el seguimiento de este tipo de pacientes, y no solamente a nivel hospitalario, sino a nivel comunitario.

Así que este proyecto se debe a que actualmente hay muchas terapias físicas y psicológicas para las personas que han sufrido ésta pérdida, pero no hay programas a nivel comunitario que reciban y ayuden de una manera holística y grupal a estas personas que se encuentran en esta situación.

2. Bibliografía

1. Martín B, Hernández-Rico J. Amputación [Internet]. 2014 [citado 10 de enero de 2020]. p. 1-20. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf
2. Waters R. MS. Energy expenditure of walking in individuals with lower limb amputations. Atlas of Amputations and Limb Deficiencies,. En.
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care [Internet]. enero de 2019 [citado 10 de enero de 2020];42(Suppl 1):S13-28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30559228>
4. American Diabetes Association. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes: Standards of medical care in diabetesd2019. Diabetes Care [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 10 de enero de 2020];42:S81-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30559234>
5. Foot health facts. Diabetes Complications and Amputation Prevention [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.foothealthfacts.org/conditions/diabetic-complications-and-amputation-prevention?lang=en-US>
6. Reig-Viader R, Espallargues M. Revisió i proposta del model assistencial del peu diabètic a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [Internet]. Juliol. 2019 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat>
7. Mohler ER. Screening for peripheral artery disease [Internet]. Vol. 126, Circulation. 2012 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.069211>
8. Medline plus. Peripheral artery disease - legs [Internet]. 6/10/2018. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/000170.htm>
9. Nhlbi. Stay in Circulation: Campaign Materials: Facts about Peripheral Arterial Disease (P.A.D.) [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/pad/materials/pad_extfctsht_

- general.html
10. Medline plus. Traumatic amputation [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/000006.htm>
 11. Medline plus. Methamphetamine overdose [Internet]. 25/4/2019. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/007480.htm>
 12. Medline plus. Osteosarcoma [Internet]. 18/10/2018. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/001650.htm>
 13. Martínez Tello FJ, Manjón Luengo P MMS. Condrosarcoma. Variantes de condrosarcoma. Rev española Patol [Internet]. 2006;39(2). Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/13436044/condrosarcoma-variantes-de-condrosarcoma/9>
 14. Medline plus. Ewing sarcoma [Internet]. 19/1/2018. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/001302.htm>
 15. Mirabello L, Curtis RE, Savage SA. Bone cancers. Schottenfeld Fraumeni Cancer Epidemiol Prev [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 17 de febrero de 2020];6:815-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744868>
 16. Medline plus. Frostbite [Internet]. 16/10/2017. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/000057.htm>
 17. Medline plus. Burn: First Degree Burn, Second Degree Burn [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/burns.html>
 18. Sánchez Vela E. Los amputados y su rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
 19. Amputee Coalition. inMotion Magazine: Accepting change takes time and communication. september/october [Internet]. 2019 [citado 10 de enero de 2020];32-3. Disponible en: https://www.amputee-coalition.org/inmotion_online/inmotion-29-05-web/32/
 20. Karen González Reza A, Citlalli Arce Rodríguez M, Silvia Zarza Villegas S. STUDY ON THE DUEL IN AMPUTEES HIGHER OR LOWER LIMB [Internet]. Vol. 20, Iztakala. 2017 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible

en:

www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

21. Gayoso Orol M. Consecuencias Psicológicas de las Amputaciones [Internet]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. 2010. Disponible en: <https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>
22. Steinbach T V. Upper limb amputation. [Internet]. Vol. 16. 1979 [citado 10 de enero de 2020]. 224-248 p. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3109/03093649309164376>
23. Aternali A, Katz J. Recent advances in understanding and managing phantom limb pain [version 1; peer review: 2 approved] [Internet]. Vol. 8. 2019 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6652103/>
24. Kania A. Integración del masaje terapéutico en el cuidado y la rehabilitación de la persona amputada - Amputee Coalition. InMotion [Internet]. 2004 [citado 10 de enero de 2020];12(4). Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-massage-therapy/>
25. van der Schans CP, Geertzen JHB, Schoppen T, Dijkstra PU. Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. J Pain Symptom Manage [Internet]. octubre de 2002 [citado 10 de enero de 2020];24(4):429-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12505212>
26. Penn-Barwell JG. Outcomes in lower limb amputation following trauma: A systematic review and meta-analysis. 2011 [citado 10 de enero de 2020];42(12):1474-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21831371>
27. Tavera Marín J. Amputation: Beyond a Physical Change, a Change Of Mind [Internet]. Vol. 62. 2014 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=ouIAE-zahQ4C&printsec=frontcover&dq=>
28. Dupes B. Living Free - Amputee Coalition. InMotion [Internet]. 2019 [citado 10 de enero de 2020];29(05). Disponible en: <https://www.amputee->

- coalition.org/resources/inmotion-living-free/
29. Bruce B. La fuerza de los compañeros - Amputee Coalition. InMotion [Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-facing-amputation-power-peers/>
 30. Subedi B, Grossberg GT. Phantom limb pain: Mechanisms and treatment approaches [Internet]. 2011 [citado 10 de enero de 2020]. p. 1-8. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/prt/2011/864605/>
 31. Kim SY, Kim YY. Mirror therapy for phantom limb pain. octubre de 2012 [citado 10 de enero de 2020];25(4):272-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091690>
 32. Amputee Coalition. Points to Know and Consider When Preparing for and Undergoing an Amputation [Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/points-to-know/>
 33. Pérez Becerra M, Villar Salazar A. Experiencias De Las Enfermeras En El Cuidado De Personas Adultas Mayores Amputadas De Miembro Inferior Del Servicio De Traumatología H.N.A.A.A. Chiclayo 2011. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [Internet]. 2012. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/398>
 34. Sofía T, Martín S. Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior [Internet]. 2014 [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13001/TFG.pdf;jsessionid=0F51FCC02D209A9160DCEABEC5F3CF7F?sequence=1>
 35. Plana Turmo M. Intervencions grupals [Internet]. 2014 [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.academia.cat/files/425-5900-DOCUMENT/Plana-42-15Gen14.pdf>
 36. Rivera Navarro J, Gallardo Pino C. Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: claves de un nuevo modelo socio-sanitario [Internet]. 2005. p. 20-3. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=caUDQ09ZBi4C&pg=PA157&lpg=PA157&dq=Rivera+Navarro+J,+Gallardo+Pino+C.+Grupos+de+ayuda+mutua+y+asociaciones+relacionadas+con+la+salud:+claves+de+un+nuevo+mod>

- elo+socio-sanitario&source=bl&ots=eE5OVVBrOb&sig=ACfU3U1NyQWX7EDEJ3pbNnXUVhLofpLjPQ&hl=ca&sa=X&ved=2ahUKEwin96617fvoAhVRxoUKHcSJDqkQ6AEwA3oECA4QAQ#v=onepage&q&f=false
37. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 de marzo de 2017 [citado 10 de enero de 2020]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001007.pub3>
 38. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 17 de mayo de 2014 [citado 10 de enero de 2020]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002020.pub4>
 39. Domenech López Y. El grupo de apoyo como contexto de ayuda para personas con discapacidad en la comunidad valenciana. *Portularia* [Internet]. 2008;8(1):247-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161017350015.pdf>
 40. Hornillos Jerez C, Crespo López M. Caracterización de los grupos de ayuda mutua para cuidadores de familiares enfermos de Alzheimer: Un análisis exploratorio. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2020];43(5):308-15. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caracterizacion-grupos-ayuda-mutua-cuidadores-S0211139X0873573X>
 41. Maldonado-Guzmán G, Carbajal-Mata FE, Rivera-Vázquez P, Castro-García RI. Investigación Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2020];23(1):31-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151f.pdf>
 42. Rivera S. Manual para realizar grupos de Apoyo con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica [Internet]. 2003 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: <http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/02/Grupos-de-apoyo.pdf>

43. Hampton C. Crear y facilitar grupos de apoyo entre iguales [Internet]. [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/implementar/mejora-de-apoyo/grupo-de-apoyo-entre-iguales/principal>
44. Young E. Cómo comenzar un grupo de apoyo. InMotion Mag [Internet]. 2007 [citado 11 de enero de 2020];17(6). Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-starting-support-group/>
45. Gutierrez I, Sorribas M. Servicios socioculturales y a la comunidad. Módulo transversal: Metodología de la intervención social. 2018.
46. Sanabria Hernández MS. Calidad de vida e instrumentos de medición [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD DE VIDA E INSTRUMENTOS DE MEDICION.pdf?sequence=1>
47. Thomen Bastardas M. Técnicas de Relajación para el Estrés - fáciles y eficaces [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/9-tecnicas-de-relajacion-para-el-estres-4624.html#anchor_3

3. Objetivos

Principal

Evaluar la satisfacción de las personas participantes de un programa de apoyo social dirigido a personas con una amputación de miembro inferior, el cual es un tipo de terapia grupal.

Específico

Mejorar la calidad de vida de las personas amputadas de un miembro inferior mediante el programa de apoyo social.

4. Material y métodos

4.1 Diseño de estudio

El presente proyecto que se llevará a cabo en septiembre de 2020 se ha planteado como un estudio transversal de diseño de investigación mixto.

El fenómeno a estudiar es la satisfacción obtenida a través de un grupo de apoyo donde se impartirán terapias grupales y la aportación de información, tanto de diferentes miembros del grupo como de diferentes profesionales de la salud sobre diferentes temas de interés.

4.2 Población de estudio

La población de estudio serán personas amputadas de un miembro inferior que pertenezcan a la provincia de Girona, y que se hayan tratado en el hospital Dr. Josep Trueta en el procedimiento de amputación durante los años 2015 y 2020.

La muestra de usuarios de conveniencia, serán aquellos que tengan las premisas anteriores y que cumplan los criterios de inclusión.

4.3 Criterios de inclusión

Las características que deben tener los posibles participantes son:

- Capacidad cognitiva y social para participar en una terapia de grupo.
- Compromiso de asistir a las sesiones de grupo.
- Compromiso de permanecer durante toda la sesión.(41,45)

4.4 Criterios de exclusión

- Incapacidad de tolerar el escenario de grupo.
- Disconformidad con las normas grupales de conducta aceptable.
- No participar en el 70 % de todas las sesiones programadas.
- No querer exponerse a una encuesta, escala y una entrevista.
- Incapacidad cognitiva.(41,45)

4.5 Variables

Variables sociodemográficas:

- Sexo: Hombre, mujer
- Estado civil: Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Viudo/a
- Edad: 30 – 40, 41 – 50, 51 – 60, 61 – 70
- Nivel de estudios: Primaria, ESO, Grado superior, Universidad, máster

Relacionados con el problema:

- Nivel de amputación del miembro inferior
- Años que lleva con la amputación: <1, 1 – 3, 3 – 5
- Conformidad con la operación
- Estado anímico después de la operación y actualmente
- Bienestar después de la operación (45)

4.6 Instrumento de estudio

Primero para evaluar la satisfacción, se realizarán encuestas cerradas individuales utilizando una encuesta validada como es la “Escala Likert” (metodología cuantitativa), con la que se pretende obtener unos resultados objetivos; y entrevistas semiestructuradas no secuenciadas individuales que se recopilarán con una grabadora (metodología cualitativa) que captará los matices y las opiniones de los participantes. (45)

Posteriormente, para evaluar la calidad de vida, se utilizará la escala validada “WHOQOL-BREF” (World Health Organization Quality-of-Life, por sus siglas en inglés), que se pasará a los participantes al inicio del programa y al final de éste (metodología cuantitativa). Esta escala se centra en la calidad de vida percibida por la persona, proporcionando un perfil de ella y aportando una puntuación global de las áreas y facetas que la componen. Contiene 26 preguntas, donde 2 de ellas son globales acerca de su calidad de vida y su salud general, y 24 de ellas se centran en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Es un instrumento genérico derivado del original WHOQOL-100 que contiene 100 preguntas.(46)

Podemos ver la encuesta, la entrevista y la escala en el apartado de anexos (pág.58) (Anexo 7.1, Anexo 7.2 y Anexo 7.3)

4.7 Procedimiento:

Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior

Las amputaciones, sean de una extremidad superior como de una inferior, siempre son un cambio radical para las personas que lo sufren.

Estas personas, al salir del hospital disponen de mucha información técnica sobre cómo adaptar-se a su nueva vida, pero no la suficiente ya que una amputación implica un duelo a causa de la pérdida que han sufrido.

4.7.1 Objetivo del programa del grupo de apoyo:

Mejorar la calidad de vida de las personas amputadas de un miembro inferior mediante terapias grupales y la aportación de información de diferentes miembros del grupo y de diferentes profesionales de la salud sobre: la amputación, el duelo y sus fases, medidas para el dolor, manejo de las emociones, hábitos saludables, estrategias para ganar autonomía y así mejorar la vida diaria.

4.7.2 Beneficiarios:

Este programa tiene como población diana a toda la población amputada de un miembro inferior que pertenezcan a la provincia de Girona, y que se hayan tratado en el hospital Josep Trueta en el procedimiento de amputación durante los años 2015 y 2020, en especial las personas recientemente amputadas que son las que necesitan más ayuda y apoyo.

4.7.3 Duración

El programa se realizará en septiembre de 2020 y tendrá una duración de tres meses. Las sesiones se realizarán de manera quincenal, con una duración de 2 horas.

4.7.4 Recursos

Recursos humanos

Se necesitará una conductora que dirija el grupo de apoyo social durante todas las sesiones, para este puesto se requerirá a una enfermera/o con máster en promoción de la salud, la cual haya realizado una formación sobre amputaciones.

También se requerirá a: una psicóloga/o, un técnico deportivo y a un nutricionista, todos especializados en el tema, para que intervengan cada uno en una sesión diferente.

Recursos materiales

Se necesitará un espacio para las sesiones, sillas, mesas, una pizarra, tizas, hojas, bolígrafos y ordenador conectado a una pantalla o televisor para hacer las exposiciones.

Recursos económicos: Financiación y presupuesto

Se pedirá una hoja de petición al ayuntamiento de Girona y se redactará un escrito para solicitar el espacio físico amueblado con las sillas y mesas necesarias, adjuntando la información relevante del trabajo; y en relación a los profesionales que participaran y los recursos materiales, se expondrá el proyecto a la “Generalitat de Catalunya” para solicitar el presupuesto necesario y una remuneración para los profesionales, la cual será acorde a su categoría profesional, horas dedicadas, experiencia profesional y gastos debidos a dietas.

4.7.5 Desarrollo:

Antes del inicio del programa:

- Se seleccionará a los profesionales expertos mediante entrevistas, teniendo en cuenta el grado de formación que hayan recibido en el campo comunitario, de la promoción de la salud y la amputación.
- Se concretarán las sesiones (día y hora, de manera quincenal) y el espacio físico que se acondicionará con los recursos materiales.
- Para publicitar este programa se utilizará la divulgación de hojas informativas y la puesta de carteles en el CAP y sitios sociales, después se seleccionaran aquellas personas interesadas que cumplan los criterios.(45)

Planificación de las sesiones:

Sesión nº 1: Presentación, objetivos, estructura y reglas del grupo de apoyo

Objetivo de la sesión: Que los participantes se conozcan y sepan que es un grupo de apoyo, su funcionamiento y las metas que se desean lograr.

1. Inicio

En la primera sesión grupal se desea crear un clima de confianza, confidencialidad y empatía entre todos los participantes para ir creando en ellos interés por formar parte del grupo de apoyo. Antes de que lleguen, se colocarán las sillas en círculo y se les recibirá dándoles la bienvenida, se presentará la conductora del grupo, se explicará el objetivo de la sesión y los puntos que se desarrollarán. A continuación se volverá a informar sobre la duración de las sesiones, los días y los horarios; todo lo relacionado con el encuadre terapéutico.

2. Explicación para realizar las actividades del día

2.1. Dinámica de presentación de los integrantes: “La imagen positiva”

Muchos de los participantes pueden llegar con mucha ansiedad por su situación, en especial aquellos que perdieron su miembro hace poco tiempo; por lo que una buena manera de empezar es presentarse al grupo dedicando unos minutos para expresar conceptos positivos sobre su persona (habilidades, cualidades, virtudes, etc.).

Para romper el hielo la conductora se presentará primero. Una vez terminada la ronda, los participantes dirán qué sintieron y la dificultad que experimentaron al realizarlo.

La conductora reflexionará sobre estas dificultades y explicará que muchas veces nos enfocamos en algún aspecto o situación de nuestra vida que es difícil y no nos gusta, y dejamos de lado todo aquello positivo que también forma parte de nosotros.

2.2 Conocer las expectativas del grupo

Para ello se realizará una “lluvia de ideas” con la que cada uno dirá que espera de las próximas reuniones. La conductora del grupo apuntará en una pizarra palabras clave para que todos lo puedan ver. Posteriormente, explicará que es un grupo de apoyo y cuál es su funcionamiento.

2.3 Definición de las reglas para el buen funcionamiento

Se propondrá a los participantes que escriban las reglas del grupo en una hoja de papel que se irán pasando, aquellas que piensen que pueden ayudar al buen desarrollo de las sesiones grupales. Una vez escrita la lista de reglas, se hablará sobre cada una de ellas. Después, la conductora introducirá las siguientes palabras si no están en ella: confidencialidad, perseverancia, puntualidad, respeto a los demás y a sus opiniones, libertad de hablar o no hacerlo, no juzgar ni presionar a los demás y apoyo mutuo; y se definirá el concepto de cada regla añadida.

3. Cierre de la sesión del día.

Para cerrar la sesión, se comunicará que para tener esas reglas presentes se guardaran y colocaran en cada sesión en un lugar visible, después se pasará la escala “WHOQOL-BREF” (anexo 7.3), que nos proporcionará una referencia de inicio sobre los resultados finales. La conductora recordará la fecha de la próxima sesión y pedirá a los asistentes que expresen una breve palabra positiva sobre el tiempo que han compartido todos juntos y después se despedirán.

Sesión nº 2: Introducción a la amputación, las consecuencias físicas y como paliar el dolor.

Objetivo de la sesión: Introducir el tema de la amputación, recopilar las consecuencias físicas y los tratamientos disponibles.

1. Inicio

Para comenzar se realizará un recordatorio sobre la sesión anterior.

Además, para recordar las reglas descritas, se colocará en la pared de forma visible la hoja realizada en la primera sesión. Es muy importante que la conductora remarque las reglas, ya que para que este grupo funcione necesitan un clima que reúna las condiciones descritas.

2. Explicación para realizar las sesiones del día

2.1 Introducción a la amputación

Para situarnos en el tema del grupo de apoyo, se comenzará a introducir en esta segunda sesión información sobre la amputación. Se realizará una breve definición de lo que es una amputación, qué puede causarlas y qué prevalencia hay a nivel estatal y autonómico. Posteriormente, explicaremos cuáles son las consecuencias físicas.

2.2 Exposición de métodos para paliar el dolor

Debido a que el dolor es una de las grandes consecuencias físicas, se dedicará tiempo a descubrir qué métodos tenemos a nuestro alcance para acabar con él o disminuirlo tanto como sea posible. Para ello se pedirá que cada participante diga qué métodos, farmacológicos y no farmacológicos, le sirven para disminuir su dolor y se irá escribiendo en la pizarra. Al finalizar la ronda, se observarán las respuestas para ver cuáles son las más efectivas entre ellos. Una vez se haya realizado éste ejercicio, para empoderarles de todos los recursos disponibles, la conductora explicará los métodos que no hayan sido mencionados y complementará la información de los dichos. Remarcará aquellos que no son farmacológicos que suelen ser desconocidos, y les podrían ayudar.

2.3 Técnica de relajación

Unas de las técnicas no farmacológicas que pueden aliviar el dolor a la par que la ansiedad y el malestar es la relajación por lo que, para hacer esta sesión diferente, se propondrá realizar unos minutos de relajación.

La conductora pedirá al grupo que se sienten con los antebrazos apoyados en los muslos y estos ligeramente separados. Después, les pedirá que cierren los ojos y pondrá música relajante.

Dejará pasar 10 segundos y dirá que traten de concentrarse en las palabras que dirá. Comenzará a decir en un tono de voz suave, monótona y a ritmo lento, que respiren de forma profunda dedicando 3 segundos a inspirar y 5 a espirar. Se realizará de ésta forma tres respiraciones.

Posteriormente, seguirá diciendo que relajen los músculos de una manera pausada, por ejemplo: *“Aflojen los músculos del brazo izquierdo, los músculos del brazo izquierdo comienzan a relajarse poco a poco, se vuelven flojos, sueltos, relajados... poco a poco se vuelven pesados...”*, y así con los demás músculos. Una vez lograda la relajación, la conductora dirá que a la que cuente tres, sus músculos se irán recuperando poco a poco, abrirán los ojos y seguirán tranquilos y relajados. (47)

3. Cierre de la sesión del día

Se terminará con el mismo ejercicio de la anterior, se preguntará que les ha dejado de positivo la sesión del día, se recordará la fecha de la próxima sesión y se despedirán.

Sesión nº 3: Consecuencias psicológicas, el duelo y las emociones.

Objetivo de la sesión: Se introducirá teoría sobre: las consecuencias psicológicas, el duelo y sus fases y cómo manejar las emociones. Después se trabajará la confianza. A esta sesión asistirá una psicóloga/o.

1. Inicio

Después de la bienvenida, se presentará la psicóloga/o, se resumirá la sesión anterior y se explicará a los integrantes los objetivos del día.

2. Explicación para realizar las actividades del día

2.1 Las consecuencias psicológicas

En esta sesión se introducirá este tipo de consecuencias, y después se explicará: qué es el duelo, de que fases consta y cómo podemos manejar las emociones que sentimos; todo ello por la psicóloga/o.

Contando con un mínimo de confianza entre los participantes en esta tercera sesión y teniendo presentes las reglas del grupo, la conductora propondrá que expongan cada uno su caso, siempre y cuando se vean con ganas de hacerlo.

Se pedirá que expliquen: cuál fue la causa que creó ésta pérdida, cómo fue el proceso, intentando expresar que emociones sintieron en el momento de pérdida y, posteriormente, como se sienten a día de hoy. Con este ejercicio se busca la empatía y la comprensión, el apoyo mutuo y la validación de las emociones dentro de un grupo donde todos han pasado por lo mismo. Posteriormente, la psicóloga abordará aquellas emociones y sentimientos entre los participantes que sean difíciles de gestionar.

2.2 Explorar la confianza en sí mismo.

Uno de los conceptos de las personas que más se dañan a raíz de éste suceso es la confianza en uno mismo, sintiéndose incapaces de seguir adelante y viendo como todo ha cambiado; incluso su rol en todos los aspectos de su vida. Para superar esta gran pérdida la confianza en uno mismo es una actitud clave, ya que ésta influye de forma holística a la persona.

Para ello se realizará un ejercicio que les puede ayudar, se distribuirá a cada participante una hoja de papel con una pregunta que deberán reflexionar y responder: “¿Durante los años previos al suceso, qué aspectos o cualidades de mí me creaban confianza en mí mismo/a? ¿Por qué?”. Se dejará 10 minutos para contestar y luego se compartirán las respuestas con los compañeros.

Con estas preguntas lo que se pretende es hacer ver que las cualidades asociadas a la persona (fuerza de voluntad, perseverancia, positividad, etc.) no se pierden con perder una extremidad. Sí que es verdad que ésta pérdida autolimita, pero ellos continúan siendo las mismas personas anteriores, con las mismas cualidades.

3. Cierre de la sesión del día.

Se terminará ésta sesión con la pregunta de que les ha dejado de positivo ésta sesión, se recordará la fecha de la próxima y se despedirán.

Sesión nº 4: Autonomía

Objetivo de la sesión: Que los integrantes del grupo ganen autonomía con el intercambio de información de forma grupal y por parte de la conductora.

1. Inicio

Antes de empezar, es importante recordar la sesión anterior y para ello se pedirá que escojan una de las cualidades que escribieron y la digan en alto, así se comenzará de una manera positiva.

2. Explicación para realizar las actividades del día:

2.1 Autonomía

En esta sesión se trabajará la adaptación a la vida diaria. Probablemente muchos de ellos ya lleven años conviviendo con esta condición y por este motivo, para que la sesión sea interactiva e interesante, se pedirá que ellos expliquen sus estrategias y técnicas para ser lo más autónomos posibles; de ésta manera aprenderán también unos de otros. Se propondrá diversos lugares del hogar: Baño, cocina, dormitorio y salón; y por turnos deberán ir explicando cómo hacen su vida en cada lugar del domicilio propuesto. Se realizará una ronda por cada espacio y la conductora deberá ir apuntando las ideas clave sobre cada lugar en un papel. Al final de las rondas, la conductora mencionará los métodos dichos de cada lugar y debatirán cuáles son los mejores.

2.2 Consejos para el hogar

Después de esta actividad, para complementar la información dicha, la conductora expondrá las estrategias y maneras de realizar sus actividades de vida diaria que no hayan sido mencionadas (como por ejemplo en el baño: instalar una silla de ducha que esté bien sujeta para sentar-se a la hora de duchar-se y que puedan hacerlo solos, una barra de apoyo que les ayude a salir y entrar, etc.). Posteriormente, se preguntará si tienen alguna situación en concreto durante su día a día que no sepan cómo gestionar para hacerlo solos, y no haya sido dicha, y se realizará una “lluvia de ideas”.

3. Cierre de la sesión del día.

Como en las sesiones anteriores, se finalizará la sesión con la pregunta de qué les ha dejado de positivo ésta sesión, se recordará la fecha de la próxima y se despedirán.

Sesión nº 5: Hábitos saludables y calidad de vida

Objetivo de la sesión: Que los participantes del grupo aprendan hábitos saludables.

1. Inicio

Después de dar la bienvenida, se presentará al técnico deportivo especializado y al un nutricionista que ayudaran en esta sesión y, como en las sesiones anteriores, es importante repasar la temática anterior, por lo cual se remarcará la importancia de ser autónomos y el beneficio que nos crea, tanto la autonomía como el afán de superación.

2. Explicación para realizar las actividades del día:

2.1 Hábitos saludables y calidad de vida

Cuando comienzan esta nueva etapa primero hay aspectos físicos y psicológicos, como el dolor y la ansiedad, que se deben tratar con prioridad, pero pasado un tiempo la persona tiene que pensar en otros aspectos.

Con ello no me refiero a cómo mejorar la estética de la persona, sino la salud; y aquí es donde entran los hábitos saludables.

Para iniciar ésta quinta sesión el técnico deportivo especializado y el nutricionista abrirán un debate de cómo creen que pueden mejorar su calidad de vida de forma realista. Se dividirá a los participantes en parejas de dos, se les repartirá un papel para que escriban en 5 minutos lo que se les haya ocurrido y después se compartirán y debatirán las ideas. Seguidamente, los profesionales invitados harán una exposición sobre hábitos saludables para mejorar la calidad de vida.

En ésta exposición entrará: cómo realizar ejercicio con prótesis ortopédica o sin, y a diferentes niveles de esfuerzo, malos hábitos que deberíamos reducir y el porqué, y cómo hacer una dieta saludable.

Posteriormente, propondrán realizar a ellos mismos un “planning” individual de ejercicio y dieta realista que ellos creen que puedan comenzar a realizar. Se expondrá como ejemplo: salir a pasear con silla de ruedas o con la prótesis 1 vez al día y hacer “x” km, después comenzar a introducir verdura en las comidas al menos 2 veces a la semana, etc.

3. Cierre de la sesión del día.

Se preguntará que les ha dejado de positivo la sesión y se despedirán.

Sesión nº 6: Despedida

Objetivo de la sesión: Que los integrantes del grupo sepan que ayudas pueden solicitar, realizar los cuestionarios del estudio y realizar la despedida final.

1. Inicio

Como en las sesiones anteriores, haremos un breve recordatorio de la sesión anterior. Se mencionará la importancia de llevar un estilo de vida saludable y el beneficio que nos crea tanto físico como psicológicamente.

2. Explicación para realizar las actividades del día

2.1 Ayudas disponibles

Se realizará un breve PowerPoint sobre las ayudas existentes que pueden solicitar, y cómo solicitarlas. Después se les entregarán éstas por escrito.

2.2 Cuestionario

Se repartirá el cuestionario (anexo 7.1) y la escala “WHOQOL-BREF” (anexo 7.3) que se responderán de forma individual y se realizará por turnos las entrevistas individuales (anexo 7.2). Podemos encontrar los anexos en la pág. 58.

3. Cierre de la sesión del día.

Para realizar la última despedida se traerá una merienda para los participantes del grupo de apoyo y se dará las gracias por compartir sus experiencias y por participar en el estudio.

4.7.6 Evaluación

Dado que es un programa de tres meses, constituido de 6 sesiones, no se realizará una evaluación de control o de orientación durante el programa, para la revisión del proceso y comparar los resultados con los objetivos previstos, puesto que es una intervención a corto plazo. Por este motivo, se realizará solo una evaluación global final (transversal), con la cual se pretende comprobar el nivel de consecución de los objetivos planificados, la valoración de los resultados y la orientación de la toma de decisiones en la mejora de la intervención, y así en un futuro reproducirlo en otro grupo de forma más adecuada. En ésta evaluación global final se evaluará el grado de satisfacción y la mejora de la calidad de vida de las personas participantes en un grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior. (45)

Para ello se recogerán las encuestas y las escalas realizadas y se recopilarán las entrevistas grabadas.

Análisis de los datos cuantitativos

Para tratar los resultados obtenidos en las encuestas y las escalas utilizaremos el programa “SPSS” (Statistical Package for the Social Sciences) que es un conjunto de programas orientados a la realización de análisis estadísticos aplicados a las ciencias sociales. Con él introduciremos los datos, realizaremos un análisis y representaremos los datos en gráficas.(45)

Análisis de los datos cualitativos

Para tratar los resultados obtenidos en las entrevistas, que estarán grabadas, se utilizará el programa “ATLAS. Ti”, que es un programa de tratamiento de datos cualitativos y que nos permitirá analizarlos en formato audio, de esta manera se podrá trabajar con la información más relevante, asignar categorías y establecer relaciones entre las respuestas de los integrantes del estudio.(45)

Finalmente, se compararán las escalas “WHOQOL-BREF” realizadas al principio y al final del programa para obtener resultados sobre la mejoría de la calidad de vida de los asistentes, después se compararán los resultados cuantitativos y cualitativos gestionados mediante los programas, y se utilizarán de manera complementaria para obtener unas conclusiones objetivas pero con matices que nos ayuden a entender los resultados y mejorar el programa.

4.8 Consideraciones éticas:

Respecto a los aspectos éticos, este proyecto respeta la ley de protección de datos y a las personas participantes que respondan la entrevista, cuestionarios y escalas serán informadas de los lugares donde serán publicados los datos obtenidos. Además, tendrán a su alcance un documento de consentimiento informado. (Anexo 7.4)

Así mismo, de la participación en el presente estudio no se deriva ningún tipo de riesgo para los integrantes, ya que no se llevan a cabo intervenciones, procedimientos o técnicas invasivas que puedan comprometer la salud.

4.9 Limitaciones:

Es de relevancia identificar las limitaciones del proyecto, y por este motivo expongo que debido a la falta de tiempo, se realizará el estudio solo en un pequeño grupo de personas para estudiar su experiencia en este proyecto. Por lo tanto, los resultados no serán representativos ni extrapolables para toda la población, y de la misma manera tampoco lo será en otros lugares del mundo.

5. Cronograma:

Tabla 2: Cronograma del proyecto Septiembre 2019 – Diciembre de 2020

Etapas	Descripción de actividades
Primera etapa. Septiembre 2019 – Enero 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión bibliográfica. • Elaboración del marco teórico.
Segunda etapa. Febrero 2020 – Abril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento de los objetivos. • Redacción del material y métodos. • Elaboración del cuestionario, el consentimiento informado y la entrevista.
Tercera etapa. Mayo 2020 – Junio 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de la petición del espacio físico. • Realización de carteles y hojas informativas del programa. • Pedir permiso necesario a los ABS de Girona. • Solicitar a la “Generalitat de Catalunya” el presupuesto. • Contratar a los profesionales.
Cuarta etapa. Junio 2020 – Julio 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar a los profesionales para efectuar el programa.
Quinta etapa. Julio 2020 – Septiembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de la muestra. • Presentación del proyecto a los usuarios.
Sexta etapa. Septiembre 2020 – Noviembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de campo. (Tabla 3)
Séptima etapa. Noviembre 2020 – Diciembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de los resultados y conclusiones

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Organización del trabajo de campo.

Sesiones	Septiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Sesión 1												
Sesión 2												
Sesión 3												
Sesión 4												
Sesión 5												
Sesión 6												
1	Conductora											
2	Conductora											
3	Conductora y psicóloga/o											
4	Conductora											
5	Conductora, nutricionista/o y técnico deportivo especializado											
6	Conductora											

Fuente: Elaboración propia.

6. Presupuesto

Tabla 4. Gastos de los recursos materiales

Material	Presentación	Cantidad	Precio/unidad	Total
Hojas de papel	500 hojas /paquete	2	4'80€	9'60€
Bolígrafos	50 bolígrafos /paquete	1	13'50 €	13'50€
Pizarra blanca 120 cm x 90cm		1	49'90€	49'90€
Rotuladores para pizarra blanca	8 rotuladores /paquete	1	6'53€	6'53€
Fotocopias documentos	Hojas (cuestionarios y escalas)	100	0'08 €/ fotocopia	8€
Grapadora		1	8'51€	8'51€
Grapas	1000/ grapas paquete	1	3'20€	3'20€
Tinta impresora	Tinta negra	2	16'50 €	33 €
Programa estadístico SPSS		1	800€	800€
Programa estadístico ATLAS. ti		1	290€	290€
Total:				1222.24€

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Gastos de los recursos humanos

Profesional	Núm. Días/ programa	Núm. Horas/día	€/h	Total
Conductora	6 días	2 h/día	25€/h	300€
Psicóloga	1 día	2 h/día	40€/h	80€
Nutricionista	1 día	2 h/día	30€/h	60€
Técnico deportivo	1 día	2 h/día	30€/h	60€
Total				500€

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Presupuesto total

Gastos	Total
Recursos materiales	1222.24€
Recursos humanos	500€
Total	1722.24€

Fuente: Elaboración propia.

7. Anexos

7.1 Encuesta de satisfacción *Likert* del: “Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior”

En relación a ti	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me he sentido integrado/a en el grupo.					
Me he sentido cómodo/a en el grupo.					
He sido tratado con amabilidad y comprensión durante todas las sesiones.					
Me he sentido respaldado por la conductora y por el grupo en todas las sesiones.					
He aprendido a realizar una dieta más saludable.					
He aprendido a realizar ejercicios o rutinas para tener una mejor condición física.					
He aprendido maneras para ser y sentirme más autónomo.					
He mejorado algún aspecto de mis AVD (actividades de vida diaria) a raíz de las sesiones.					

En relación a la organización	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hemos creado un conjunto de reglas de buena conducta que eran justas.					
Siento que se han cumplido siempre las reglas de buena conducta.					
Las materias impartidas han sido de interés.					
Pienso que el horario elegido ha sido adecuado.					
Pienso que realizar las sesiones de manera quincenal ha sido adecuado.					
Me hubiera gustado abordar otros temas que no estaban en el programa.					

Grupo de apoyo para personas con una amputación del miembro inferior

En relación a los profesionales	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La conductora del grupo ha tenido siempre la iniciativa necesaria en cada sesión.					
La conductora del grupo ha sabido responder a todas mis dudas.					
La conductora utiliza un lenguaje claro en las explicaciones.					
La conductora del grupo ha sabido cómo actuar en todas las situaciones de una manera correcta.					
La incorporación de un psicólogo/a en una sesión ha sido de ayuda.					
La incorporación de un nutricionista en una sesión ha sido de ayuda.					
La incorporación de un técnico deportivo en una sesión ha sido de ayuda.					

En global	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El programa me ha ayudado a nivel físico.					
El programa me ha ayudado a nivel psicológico.					
Recomendaría este programa a otra persona en mi misma situación.					
Compartir estas sesiones con personas con mi misma condición me ha ayudado.					
La experiencia vivida ha sido satisfactoria.					

Fuente: Elaboración propia.

7.2 Entrevista sobre el estudio: “Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior”

1. ¿Estás satisfecho/a con la organización del programa? ¿Por qué?
2. ¿Te han ido bien los horarios realizados? Si no es así, ¿Cuáles propondrías?
3. ¿Te han parecido correctas las reglas de buena conducta realizadas entre todos? Si no es así, ¿qué hubieras cambiado/suprimido/añadido?
4. ¿Estás satisfecho/a con las actividades realizadas? ¿Por qué?
5. ¿Qué sesión te ha parecido más pesada o te ha gustado menos? ¿Por qué?
6. ¿Qué sesión te ha gustado más? ¿Por qué?
7. ¿Piensas que hay temas que podríamos haber abordado y no estaban en el programa? ¿Cuáles?
8. ¿Este grupo te ha proporcionado información interesante que desconocías sobre los temas tratados?
9. ¿Crees que has aprendido cosas nuevas y prácticas para el día a día? ¿Cuáles?
10. ¿Crees que la selección de profesionales de la salud ha sido adecuada? ¿Por qué?
11. ¿Qué crees que tendríamos que mejorar?
12. ¿Cómo te has sentido formando parte del grupo? Explica el porqué.
13. ¿Crees que ha sido una experiencia satisfactoria? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles son los valores que te ha transmitido vivir ésta experiencia con tus compañeros? ¿Cuál es el valor más importante para ti?
15. ¿Recomendarías este grupo de ayuda a otras personas en tu misma situación? ¿Por qué?

Fuente: Elaboración propia.

7.4 Escala WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene?

Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil?

Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

_____ Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4.

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Cómo de satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene	1	2	3	4	5

de sus amigos/as?					
¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuente mente	Siempre
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda(46)

Fuente: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD DE VIDA E INSTRUMENTOS DE MEDICION.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD_DE_VIDA_E_INSTRUMENTOS_DE_MEDICION.pdf?sequence=1)

7.4 Consentimiento informado para la participación del estudio

Grupo de apoyo para la promoción de la salud y la ayuda emocional en la población amputada de un miembro inferior

Investigadora principal: Ariadna Coca Romera

- He leído la hoja informativa que he recibido.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Ariadna Coca Romera.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio y solicitar la destrucción de mis datos, siempre que no haya estado anonimizado:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.

En el caso de que los resultados de la investigación proporcionen datos que me puedan interesar a mí o a mis familiares:

- Quiero ser informado.
- No quiero ser informado.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Presto libremente mi conformidad de participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones que se detallan en el estudio.

[Rúbrica del participante]

[Rúbrica del investigador]

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: