



Fecha de recepción: 8 de septiembre de 2024

Fecha de aceptación: 2 de enero de 2025

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.41.03.400.224>

La (in)completitud de la persona mayor amputada: Una experiencia del cuidado de enfermería

The (in)completeness of the older amputee: An experience of nursing care

CRISTINA SEVERO-REYES¹, ZOILA ESPERANZA LEITÓN-ESPINOZA²,
MARÍA DEL PILAR GÓMEZ-LUJÁN³, VIRGINIA REYES-AUDIFFRED⁴

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (Perú).
Universidad Autónoma Metropolitana (México). csevero@correo.xoc.uam.mx.
<https://orcid.org/0000-0003-1434-4915>

² Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Trujillo (Perú). Universidad Nacional
de Trujillo. zoilaeleiton@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-5040-7042>

³ Doctora en Enfermería, Universidad Federal de Rio de Janeiro (Brasil).
Universidad Nacional de Trujillo (Perú). mpgomez2001@hotmail.com.
<https://orcid.org/0000-0003-0429-5873>

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (Perú).
Universidad Nacional Autónoma de México. virginiar66@yahoo.com.
<https://orcid.org/0000-0002-9366-9883>

Correspondencia: Zoila Esperanza Leitón-Espinoza. zoilaeleiton@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Analizar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del adulto mayor con diabetes mellitus amputado. La base teórica se sustenta en Watson con el cuidado transpersonal, Le Breton: la corporeidad en su completitud y Kübler-Ross: duelo por proceso de pérdida.

Material y métodos: Investigación cualitativa descriptiva-exploratoria. La muestra estuvo conformada por 13 adultos mayores mexicanos con diabetes mellitus, en postoperatorio mediato por amputación de miembros inferiores, seleccionados por criterio de saturación teórica. La recolección de datos fue mediante entrevistas en profundidad, realizadas en el servicio de cirugía de una institución hospitalaria pública. Para el tratamiento y análisis de los datos cualitativos, se siguió los criterios de Souza, en tres fases: preanálisis, exploración del material, tratamiento de resultados e interpretación, considerando las bases teóricas del estudio. La organización de datos: identificación de unidades de registro, codificación, clasificación y categorización. Se usó el análisis de contenido.

Resultados: Del análisis de discursos emergió la categoría empírica principal: “Cuidado de la completitud en la incompletitud del adulto mayor”, con dos subcategorías: 1) Ayudando a hacer real la pérdida por pie fantasma; 2) Enfermería: promoviendo encontrar el sentido de la vida en el duelo ante la pérdida.

Conclusiones: Las personas con amputación de miembro inferior vivencian la incompletitud de su corporeidad con profundas repercusiones en su calidad de vida. En esta realidad, las enfermeras proporcionan cuidados-sanación desde una mirada de completitud que permita a estas personas trascender el dolor y el sufrimiento para (re)construir el sentido a su existencia con su nueva condición corporal.

Palabras clave: Adulto mayor, amputado, enfermería, cuerpo, duelo.

ABSTRACT

Objectives: To analyze nursing care from the perspective of older adults with diabetes mellitus who have undergone amputation. The theoretical framework is grounded in Watson's theory of transpersonal caring, Le Breton's concept of corporeality in its completeness, and Kübler-Ross theory of grief and loss.

Materials and methods: A qualitative, descriptive-exploratory study was conducted. The sample consisted of 13 older Mexican adults with diabetes mellitus who had undergone lower limb amputation, selected using theoretical saturation criteria. Data were collected through in-depth interviews conducted in the surgical ward of a public hospital. For the analysis of qualitative data, Souza's three-

e-phase approach was followed: pre-analysis, exploration of material, treatment of results, and interpretation, considering the study's theoretical foundations. Data organization involved the identification of recording units, coding, classification, and categorization. Content analysis was used.

Results: The main empirical category that emerged from the analysis of discourses was "Caring for Completeness in the Incompleteness of the Older Adult". Two subcategories were identified: 1) Helping to make the loss of the phantom limb real; 2) Nursing: Promoting the search for meaning in life during the grieving process.

Conclusions: Individuals with lower limb amputation experience the incompleteness of their corporeality, with profound repercussions on their quality of life. In this context, nurses provide healing care from a perspective of completeness that enables these individuals to transcend pain and suffering and (re)construct the meaning of their existence with their new bodily condition.

Keywords: Older adult, amputee, nursing, body, grief.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es un serio problema de salud pública que en las últimas décadas ha alcanzado niveles alarmantes. En 2021 vivían con esta enfermedad 537 millones de personas, la mayoría en países de ingresos bajos y medios y se estima que esta cifra aumente a 643 millones para el año 2030 y a 783 para el 2045 (1).

El pie diabético es la principal complicación grave por ser generadora de ulceración(2), su prevalencia está entre 19-34% (3), con altos niveles de morbi-mortalidad y costes económicos (4). Sin el cuidado apropiado pueden generar hospitalización, amputación y muerte (4,5). Estos pacientes requieren amputación entre 71-85% de los casos(6) y se estima que cada 30 segundos se pierde una pierna en algún lugar del mundo a causa de la diabetes (7).

La amputación de miembros inferiores afecta enormemente la calidad de vida de las personas, e impacta en todas las dimensiones de la experiencia humana. La amputación trae consigo un deterioro funcional que obliga a la persona a modificar su vida cotidiana en las actividades físicas diarias, sexualidad, autoimagen y participación social (8). Afecta el equilibrio, la estabilidad emocional y espiritual, con una ruptura de la identidad y la sociedad convierte en estigma la discapacidad (9). Es en estos momentos cuando el enfermo presenta conflictos existenciales al enfrentarse a la incompletitud de su cuerpo, ya que el cuerpo existe en la totalidad de sus componentes (9).

Después de una amputación es frecuente que hasta un 90 % de las personas siga percibiendo el miembro perdido, conocido como “miembro fantasma” (MF), como experiencia de su corporalidad (10,11), y con ello también aparece el dolor de miembro fantasma (DMF), presente en más del 80% de los miembros amputados (12), caracterizado por sensaciones punzantes, descargas eléctricas, calambres y pesadez del miembro, condición muy dolorosa, insoportable y debilitante que afecta la calidad de vida drásticamente (13,14).

También esta pérdida trae consigo graves y complejas consecuencias psicológicas y emocionales cuya respuesta emocional natural es el duelo (15,16), evidenciándose como negación, ira, negociación, depresión y aceptación (17), e incluso pueden llegar a considerarlo precursor de la muerte o el suicidio (15), precisando de un tiempo y un proceso de adaptación hasta alcanzar la armonía (18).

Es en estas vivencias de la persona con amputación que los profesionales de enfermería asumen el gran reto de su cuidado en lo físico, psicológico, emocional, social y espiritual, que son las dimensiones de la existencia humana, reconociendo al ser humano como único, total, holístico y complejo. Por lo tanto, el cuidado, según Watson (19), implica cuidarlo como ser completo y total dentro de su incompletitud corporal de la persona amputada, buscando una armonía entre mente/cuerpo/espíritu, en la que se involucran valores, conocimientos, voluntad y compromisos, de tal manera que pueda ayudar a las personas a aceptar la pérdida, enfrentarla y encontrar significado a su vida en esa incompletitud.

De esta manera, este estudio buscó describir y analizar el cuidado de enfermería desde la perspectiva de la persona adulta mayor con diabetes mellitus amputada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo(20). Participaron 13 adultos mayores de una institución hospitalaria mexicana que cumplían con los criterios de inclusión: 60 años y más de edad, ambos sexos, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, amputado en sus primeros 7 días posquirúrgicos, estado cognitivo normal y que aceptaron participar en la investigación. La muestra fue determinada por saturación teórica y seleccionada de manera intencional (21) y se recurrió a las listas de ingreso de cada servicio de cirugía del hospital.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad (22), se les explicó a acerca de los objetivos y desarrollo de la investigación, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito.

Se realizaron entrevistas entre marzo a septiembre de 2017 en los servicios de cirugía, que incluyó la siguiente pregunta orientadora: ¿cómo es el cuidado que la enfermera (o) le proporciona ahora que usted está operado? Las entrevistas tuvieron una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente y se grabaron en cintas magnetofónicas, se transcribieron y se guardaron con nombre ficticio, garantizando el anonimato y confidencialidad; las entrevistas continuaron hasta que los datos dejaron de aportar información nueva al fenómeno de estudio (23).

Los datos se organizaron, se clasificaron y se usó análisis de contenido (24), en tres fases: preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. En la primera fase se organizó el material que se iba a analizar de acuerdo con los objetivos y cuestiones del estudio, se definieron principalmente unidades de registro y contexto. Además de lectura del material para tener contacto con la estructura, descubrir orientaciones para el análisis y registro de impresiones sobre el mensaje. En la segunda fase se llevó a cabo la exploración de los discursos a detalle, para clasificar el material y encontrar categorías que representaron expresiones o palabras significativas y organizar el contenido de las entrevistas. En la tercera fase se realizó lectura y relectura de los datos, pero ya convertidos en categorías y subcategorías, al mismo tiempo que se utilizó la teoría. Esto implicó movimiento circular, ya que se va de lo empírico a lo teórico y viceversa, de lo particular a lo general. Esto permitió hacer inferencias y realizar interpretaciones (24) para finalmente llegar a las conclusiones.

Se cumplieron los criterios de rigor científico cualitativo: credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad (21,23) y las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (25), informe de Belmont (26) y se obtuvo la Autorización de la dirección de investigación del Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” - México (ENF-1494-15/16-1).

RESULTADOS

El perfil de las personas adultas mayores postamputadas participantes se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Perfil de las personas postamputadas

Nombre	Estado civil	Edad	Sexo	Lugar de procedencia	Tiempo en días después del tratamiento quirúrgico	Nivel de amputación	Convivencia familiar
Bertha	Casada	60 años	Femenino	Guerrero	4	Infracondilea	Esposa, un hijo
Andrés E	Casado	60 años	Masculino	Estado de México	3	Infracondilea	Esposa
Elizabeth	Viuda	65 años	Femenino	Michoacán	3	Supracondilea	Dos hijos
Thomas	Casado	62 años	Masculino	Guerrero	3	Ortejo	Esposa, dos hijos
David	Casado	64 años	Masculino	Oaxaca	4	Ortejo	Esposa
Martín	Casado	70 años	Masculino	Estado de México	4	Infracondilea	Esposa, dos hijos
Vicente	Viudo	68 años	Masculino	Chiapas	5	Infracondilea	Un hijo, una hija
Pedro	Viudo	64 años	Masculino	Puebla	5	Ortejo	Una hija
Juan	Viudo	66 años	Masculino	Morelos	6	Infracondilea	Un hijo
Simón	Divorciado	61 años	Masculino	Morelos	6	Supracondilea	Un hijo, una hija
José	Casado	65 años	Masculino	Estado de México	5	Ortejo	Un hijo, una hija
Luis	Casado	66 años	Masculino	Morelos	6	Infracondilea	Esposa, dos hijas
Andrés	Viudo	67 años	Masculino	Ciudad de México	6	Supracondilea	Un hijo, un sobrino

Fuente: elaboración a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación.

Del análisis de los discursos emerge la categoría empírica principal: “Cuidado de la completitud en la incompletitud”, con 2 subcategorías: 1) Ayudando a hacer real la pérdida por el pie fantasma; y 2) Enfermería: promoviendo el sentido de la vida en el duelo ante la pérdida (tabla 2).

**Tabla 2. La (in)completitud de la persona mayor amputada:
Una experiencia del cuidado de enfermería**

Categoría empírica principal: Cuidado de la completitud en la incompletitud	
1 subcategoría: Ayudando a hacer real la pérdida por el pie fantasma.	2 subcategoría: Enfermería: promoviendo el sentido de la vida en el duelo ante la pérdida.
Temas: -La sensación del miembro fantasma. -El dolor del miembro fantasma.	Tema: -El proceso del duelo ante la pérdida. -Sentido de la vida de la persona amputada.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Cuidado de la completitud en la incompletitud

Ayudando a hacer real la pérdida por el pie fantasma. La mayoría de los pacientes amputados tras la pérdida de los miembros inferiores experimenta la sensación del miembro fantasma:

(...) Todavía siento que tengo mi pierna pegada a mi cuerpo, que no me lo han quitado, a veces quiero tocarlo por encima de las sábanas, pero veo que no la tengo. (Elizabeth)

Los relatos son similares a otras investigaciones, en las que el 75-80% de los testimonios expresan que el sentir es tan real donde el miembro ya no existe (11,27-29), a tal punto que algunos pedían su miembro amputado para rascarlo (30), debido a que el cerebro tiene una representación de cada parte del cuerpo y le cuesta borrar esa representación de completitud, y también a causa de la neuroplasticidad desadaptativa (11, 27).

Para la persona con amputación, la pérdida de una parte del cuerpo es pasar de la completitud a la incompletitud. Al respecto, para Le Breton (9) la completitud del cuerpo es la existencia de este cuerpo en la totalidad de sus componentes, y cuando el cuerpo sufre un daño constituye la incompletitud corporal, y es cuando la sociedad hace de la “discapacidad” un estigma, pues el discurso social afirma que es un hombre normal, completo y que mantiene su dignidad, pero, al mismo tiempo, es un marginado, fuera del trabajo y vida colectiva, porque son seres diferentes, imperfectos e incapaces.

En este contexto, la enfermera ayuda al paciente a admitir al sanador interior y potencializar la armonía, integridad y la unidad del ser (19), a pesar de su incompletitud, como lo corrobora el siguiente testimonio:

(...) yo le dije a la enfermera que todavía siento que tengo mi pie, entonces ella me explicó que el cuerpo está formado por varios nervios y no puede acostumbrarse a no tener una parte de él, pero con el tiempo el cerebro se acostumbra a la pérdida de esa parte del cuerpo, siendo necesario mantener el cuerpo y la mente ocupada. (Simón)

La importancia del cuidado de enfermería es la mirada de completitud dentro de la incompletitud corporal del paciente; así, el cuidado humano de enfermería, como relación transpersonal, considera a la persona completa y estar en el mundo, con un cuidado de amor-bondad, motivación,

confianza, seguridad y tranquilidad (19) para ayudar al paciente amputado a hacer real la pérdida por el pie fantasma, aceptando el reto y lo complejo de la vida.

También con la presencia del miembro fantasma, la mayoría experimenta el dolor de este:

(...) le dije a Dios: ya te llevaste mi pierna, lo acepto, sufrí, pero ahora por qué me duele mucho hasta hacerme llorar, es intenso, me arde. ¿Por qué me duele lo que no tengo? (Andrés)

Investigaciones similares reportan que el dolor del miembro fantasma se presenta entre el 40 y 80% en pacientes (31-33), caracterizado por descargas eléctricas, punzadas y/o ardor(11), porque los nervios se vuelven hiperexcitables y también por una reorganización somatosensoriales en la corteza cerebral. Los factores genéticos y psicosociales también contribuyen (34).

Para Le Breton (9), el dolor quiebra la unidad vital del hombre y no solo altera la relación con su cuerpo, sino la totalidad de la relación con el mundo, lacerando su existencia, por lo tanto, el dolor no es fisiológico, sino existencial, porque no es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero que hay que curar, como ilustra el siguiente testimonio:

(...) la enfermera me pregunta si tengo dolor en mi pierna, me coloca un catéter, antes de curarme me explica y aplica un medicamento que controle el dolor, Ella siempre está atenta a mis necesidades con paciencia y cariño, sobre todo en el dolor. (Elizabeth)

Los pacientes amputados manifiestan que la enfermera siempre está a tiempo y atenta para aliviar su dolor y necesidades. Al respecto, en el cuidado transpersonal, las enfermeras ayudan en las necesidades básicas humanas como el dolor de los pacientes amputados y uniendo el amor y cuidado a través de gestos, palabras, procedimientos, contacto físico, fomentan y potencian la curación humana y la “armonía y la unidad del ser” (19). Situación percibida también como terapéutica o restauradora (35).

Promoviendo el sentido de la vida en el duelo ante la pérdida. Además del dolor físico, los adultos mayores que enfrentan una amputación experimentan un profundo duelo que afecta su corporeidad, relaciones familiares y entorno social(36). La amputación conlleva un proceso dinámico de duelo, adaptación emocional, y afrontarlo depende de las condiciones individuales y sociales del paciente(30). El duelo abarca diversos sentimientos y conductas después de una

pérdida, no son indefinidas y se enfrentan con la realidad, entre ellas la negación, reacción común que emerge ante una pérdida:

(...) No podía creer lo de mi operación... me resistía a creerlo...(Bertha)

El participante expresa rechazo al tratamiento de amputación, en el que a negación, mecanismo de defensa inicial del duelo, se presenta para protegerse del dolor emocional (17). También, la ira, rabia, quejas, culpa y vergüenza en el duelo pueden dirigirse hacia sí mismo, hacia los demás o a Dios, como se ilustra:

(...) Me sentí muy enojado con mi esposa, mi hija como si tuvieran la culpa de lo que pasa, me enojé hasta con Dios (Bertha).

El participante expresa su ira, dirigido a la familia y a un ser superior. Este sentimiento desconcertante surge de la frustración que vive; también puede existir tendencia a la regresión por el desamparo que sienten (37). La ira y el regateo cumplen un rol terapéutico para la aceptación de la pérdida (17).

En la depresión por duelo, el paciente no puede seguir negando la pérdida, se debilita, está triste o intranquilo. Son procesos del duelo preparatorios para la aceptación de la pérdida (17, 37) :

(...) No me queda más que conformarme, hasta que Dios mande por mí. (Thomas)

El paciente evidencia sentimientos de aceptación, conformidad con su salud. La resolución del duelo es la aceptación, momento de la reconexión con el mundo, plantear nuevos objetivos, nuevos aprendizajes de cuidar de sí mismo y determinar el propósito de la vida:

(...) Es un reto, mi vida va hacer de otra manera, ahora no puedo caminar, pero con una prótesis voy a caminar y hasta voy a correr. (José)

(...) La enfermera me decía debo seguir viviendo, porque existen a mi alrededor personas que me quieren y me necesitan como mi familia. Es cierto, tengo mucho "por qué vivir". (Vicente)

Los anteriores testimonios muestran la aceptación de convivir con la incompletitud corporal y emerge la necesidad de encontrar la razón para vivir. Para Frank (38), encontrar el sentido de la vida implica proyectarse hacia el futuro, asumiendo un sentido y realizar un conjunto de valores, y no en la gratificación y la satisfacción de sus impulsos e instintos, sino en el ajuste del conflicto

interior generado por las exigencia del ello, del yo y del superyó, o en las luchas de adaptación y ajuste al entorno y a la sociedad. Según la logoterapia, este sentido puede recuperarse de tres formas: a través de la acción (utilizar una prótesis), aceptando los dones de la vida (el amor familiar) (39-40), como la mayoría de los pacientes de esta investigación que cuentan con familiares muy cercanos, con esposa/o e hijos, y también adoptando una actitud proactiva frente al sufrimiento inevitable, transformando esta experiencia de amputación corporal en una oportunidad de desarrollo personal.

La recuperación del paciente con amputación implica un complejo proceso de duelo y adaptación que requiere de sus recursos personales, cuidado integral de enfermería, tratamiento médico y apoyo de su entorno familiar y social.

Desde la filosofía de Watson (19), el cuidado transpersonal y los procesos caritas son base teórica fundamental para el cuidado de enfermería, estableciendo durante el proceso del duelo relaciones esenciales de respeto, amor, empatía, acompañamiento y comunicación con el paciente:

(...) la enfermera me vio enojado, se quedó conmigo, estuvimos platicando, hasta sentirme mejor.
(Bertha)

(...) Ayer platicaba con la enfermera, que sin mi pierna no sería lo mismo en mi trabajo porque ya no tenía completo mi cuerpo. (Martin)

(...) la enfermera me dijo: el enojo evita que olvidemos momentos degradables, y el coraje te ayuda a aceptar la pérdida de tu cuerpo. (Simón)

Los participantes evidencian la necesidad de ser escuchados y comprendidos durante comunicación relacional que establece con la enfermera. Watson(19) sostiene que la enfermera debe crear un ambiente seguro, de amor bondadoso, de confianza, empatía, escucha que promueva que el paciente se sienta libre de expresar sus emociones y preocupaciones.

La relación de cuidado transpersonal propuesta por Watson (19) es fundamental para ayudar a los pacientes que sufren de incompletitud corporal, para promover la armonía entre cuerpo-mente-alma, facilitar el proceso de curación, recuperar su dignidad e integridad humana y permitir crecer como persona (35), trascender en la vida(36), encontrando valía en el sentido de su vida.

CONCLUSIONES

Las personas con amputación de miembro inferior vivencian la incompletitud de su corporeidad con profundas repercusiones en su calidad de vida. En esta realidad, las enfermeras proporcionan cuidados-sanación desde una mirada de completitud que permita a estas personas trascender el dolor, el sufrimiento, para (re)construir el sentido a su existencia con su nueva condición corporal.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation. FID. Diabetes Atlas 10th ed. [Internet]. 2021 p.2 [citado 30 ago 2024]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Panorama of Diabetes in the Americas. Washington, D.C: PAHO; 2022.
3. Schaper NC, Van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliff RJ, Lipsky BA. Guías Prácticas del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético (International Working Group on the Diabetic Foot). 2019. p. 32. https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019_Spanish.pdf
4. Lazzarini P, Pacella R, Armstrong D, Van Netten J. Diabetes-related lower-extremity complications are a leading cause of the global burden of disability. *Diabet Med*. 2018. <https://doi.org/10.1111/dme.13680>
5. Jeffcoate W, Vileikyte L, Boyko E, Armstrong D, Boulton A. Current Challenges and Opportunities in the Prevention and Management of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care*. 2018;41(4):645-52. <https://doi.org/10.2337/dc17-1836>
6. Adiewere P, Gillis R, Imran Jiwani S, Meal A, Shaw I, Adams G. A systematic review and meta-analysis of patient education in preventing and reducing the incidence or recurrence of adult diabetes foot ulcers (DFU). *Heliyon*. 2018;4(5): e00614. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00614>

7. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de diabetes de la FID. 8ª ed. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes; 2017. p. 85. https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_Diabetes_Atlas_8e_ES_final.pdf
8. Arroyo L, Burbano J. Diabetes and diabetic foot: a world problem addressed from physiotherapy. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*. 2019;6(3):19-208. <https://doi.org/10.53853/encr.6.3.534>
9. Le Breton D. La Sociología del cuerpo [Internet]. Nueva Visión; 2002 [citado 30 ago 2024]. Disponible en: <https://www.jeanlauand.com/LebretonSociologiaCuerpo.pdf>
10. Rodríguez Paños ML, Vela Martín P, Puyal Barcelona M, Climent Canalejas A, Fortit García J, Lucas Roche R. El paciente amputado de miembro inferior síndrome del miembro fantasma e imaginaria motora graduada. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2024; 5(2). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-paciente-amputado-de-miembro-inferior-sindrome-del-miembro-fantasma-e-imaginaria-motora-graduada/#google_vignette
11. Collins K, Robinson-Freeman K, O'Connor E, Russell H, Tsao J. A Survey of Frozen Phantom Limb Experiences: Are Experiences Compatible With Current Theories. *Front Neurol*. 2018;9(599). <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00599>
12. Culp C, Abdi S. Current Understanding of Phantom Pain and its Treatment. *Pain Physician* [Internet]. 2022 [citado 30 ago 2024];25(7):E941-57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36288580/>
13. Flores SE, García PD. Dolor fantasma en niños y jóvenes amputados congénitos: prevalencia y características clínicas. *Rehabil. integral*. [Internet]. 2020 sep 17 [citado 5 enero 2025];14(1):22-9. <https://www.rehabilitacionintegral.cl/index.php/RI/article/view/42>
14. Collins K, Russell H, Schumacher PJ, Robinson-Freeman K, O'Connor E, Gibney K, et al. A review of current theories and treatments for phantom limb pain. *J Clin Invest*. 2018;128(6):2168-76. <https://doi.org/10.1172/JCI94003>
15. Owolabi EO, Chu KM. Conocimiento, actitud y percepción hacia la amputación de miembros inferiores entre las personas que viven con diabetes en las zonas rurales de Sudáfrica: un estudio cualitativo. *Afr J Prm Cuidado de la salud Fam Med*. 2022;14(1): a3398.

16. Mir N, Maqbool M, Sagar R, Sagar S. ¿Pueden las sesiones de asesoramiento sobre duelo a pie de cama mejorar la recuperación en un paciente con amputación postraumática? Informe de un caso. *Revista India de Medicina Psicológica*. 2022.
17. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos [Internet]. Grijalbo; 1994 [citado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://jlcavias.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/08/kc3bcbler-ross-sobre-la-muerte-y-los-moribundos.pdf>
18. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo [Internet]. Paidós; 2019 [citado 2 sep 2024]. Disponible en: <https://globalfacilitators.org/wp-content/uploads/2021/05/Aprender-de-la-perdida.-Una-guia-para-afrontar-el-duelo.pdf>
19. Watson J. La Filosofía y Ciencia del cuidado. Lotus Libarary; 2019.
20. Hunter DJ, McCallum J, Howes D. Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. in *Proceedings of Worldwide Nursing Conference 2018; 6th Annual Worldwide Nursing Conference*; 2018 Jul 23; Singapore. Disponible en: <https://eprints.gla.ac.uk/180272/7/180272.pdf>
21. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018. 714.
22. Piza Burgos, ND, Amaquema Márquez FA, Beltrán Baquerizo G. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*. 2019; 15(70): 455-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455
23. Maxwell JA. Diseño de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2019.309. p.
24. De Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires; 2009.
25. Cantín M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Revisando su Última Versión. *Int J Med Surg Sci*. 2014;1(4):339-46. <https://doi.org/10.20453/rmh.v4i3.424>
26. Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of health [Internet]. 2003 [citado 5 nov 2022];12. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

27. Nessimian B, Gomes R. Aspectos psicológicos del fenómeno del miembro fantasma en pacientes con cáncer sometidos a cirugía de amputación: revisión integradora de la literatura. *Revista Brasileña de Cancerología*. 2022;68(1): e-201602. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1602>
28. Reis Moreira K, Brandão Amorim P, da Silva Santos G, Vicente Lopes L. Prevalencia del dolor fantasma en pacientes sufridos a amputación: uso de la terapia del espejo. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*. 2021;2(9): e29725. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.725>
29. Melo KC, Tatiana F, Gonçalves D, Costa Da Silva W, Soares AN, Oliveira Da Silva C, et al. A percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal. *Revista de Enfermagem Atual [Internet]*. 2020 [citado 31 ago 2024];93(31): e020025. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.701>
30. Seren R, De Tilio R. Las vivencias del dolor y sus etapas en amputados. *Revista da SPAGESP [Internet]*. 2014 [citado 31 ago 2024];15(1):64-78. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100006&lng=pt&tlng=pt
31. De Armas Mestre J, Soria Pérez Re, Ibis González S, Bethencourt González M, Benavides Flores M, Rivera Somoano E. Comportamiento del dolor fantasma en pacientes amputados en Cárdenas. Periodo 2015-2019. *Rev.Med.Electrón [Internet]*. 2021 feb [citado 5 enero 2025];43(1): 2759-2770. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102759&lng=es. Epub 28-Feb-2021.
32. Urits I, Seifert D, Seats A, Giacomazzi, Stephen, Kipp M, Orhurhu V, et al. Treatment Strategies and Effective Management of Phantom Limb-Associated Pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(9):64. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0802-0>
33. Lin Z, Yu P, Chen Z, Lij G. Regenerative peripheral nerve interface reduces the incidence of neuroma in the lower limbs after amputation: a retrospective study based on ultrasound. *J Orthop Surg Res*. 2023;18(1):619. <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04116-6>
34. Limakatso K. Managing acute phantom limb pain with transcutaneous electrical nerve stimulation: a case report. *J Med Case Rep*. 2023;17(1):209. <https://doi.org/10.1186/s13256-023-03915-z>
35. Waldow V. Cuidar: Expresión humanizadora. México: Palabra Ediciones; 2008.
36. Boff L. Saber cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra. Petrópolis, Brasil: Vozes; 2002.
37. William WJ. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós; 2022.

38. Frankl V. El hombre en busca de sentido. 3ª ed. Herder; 2019.
39. Font-Jimenez I, Acebedo-Uridales MS, Aguaron-Garcia MJ, De Sousa MR, Rubio-Rico L. Nurses' Perspective of Treating Patients with an Amputation Due to Diabetic Foot Syndrome. *Clinical Nurse Specialist*. 2020 May 1;34(3):107-15. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000519>
40. Veras SMCB, Menezes TM de O, Guerrero-Castañeda RF, Soares MV, Anton Neto FR, Pereira GS. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. *Rev Bras Enferm*. 2019;72 (Suppl 2):236-42. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0685>