



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL
SEDE CONCEPCIÓN**

**Analizar los componentes de la volición en los roles de hombres
con amputaciones residentes en la región del Biobío.**

Tesina para optar al Grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación.

Profesor Guía: Valentina Rivera Mora.

Profesor Metodológico: Constanza Quiroz Werlinger.

Estudiante Kimberly Bustos.

Estudiante Catalina Fernández.

Estudiante Carolina Ferrada.

Estudiante Maccarena Garrido.

Estudiante Montserrat Salinas.

Estudiante Gabriela Vigores.

**Concepción, Chile
2018**

© Kimberly Bustos Romero

Catalina Fernández Meza

Carolina Ferrada Cofré

Maccarena Garrido Muñoz

Montserrat Salinas Daroch

Gabriela Vigores Carril

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Concepción, a 13 de Diciembre del 2018, los abajo firmantes dejan constancia que los alumnos Kimberly Bustos Romero, Catalina Fernández Meza, Carolina Ferrada Cofré, Maccarena Garrido Muñoz, Montserrat Salinas Daroch y Gabriela Vigores Carril de la carrera de Terapia Ocupacional han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciado de Ciencias de la Ocupación Humana con una nota de _____.

Valentina Rivera Mora.

Constanza Quiroz Werlinger.

Pablo Muñoz Salgado.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Dios, por permitirnos llevar a cabo nuestra investigación, a nuestros padres y familia quienes fueron un pilar y apoyo incondicional durante todos estos años de Universidad, a nuestros profesores, aquellos que hicieron posible la realización de nuestra tesis y a nuestros/as amigos/as que nos entregaron sustento moral durante todo el proceso.

Tabla de Contenidos

Contenido

Resumen	7
Abstract	8
Capítulo 1: Antecedentes del problema.....	9
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 DELIMITACIONES.....	14
1.4 MARCO EMPÍRICO.....	14
1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.6 OBJETIVOS	17
1.6.1 Objetivo General.....	17
1.6.2 Objetivos específicos	17
Capítulo 2: Marco Conceptual y Teórico	18
ÍTEM I: MARCO CONCEPTUAL	18
2.1 AMPUTACIÓN.....	18
2.2 AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR.....	18
2.2.1 Amputación de mano:.....	18
2.2.2 Amputación de antebrazo.....	19
2.2.3 Amputación del brazo.....	19
2.2.4 Amputación de hombro.....	19
2.3 AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR.....	19
2.4 MUÑÓN.....	19
2.5 GENERALIDADES DE AMPUTACIONES	19
2.6 AMPUTACIONES Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS.....	22
2.7 POSIBLES COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO	23
2.8 VOLICIÓN	23
2.8.1 VALORES	23
2.8.2 INTERESES.....	24
2.8.3 CAUSALIDAD PERSONAL.....	24
2.9 ROLES	24
ÍTEM 2: Marco Teórico.....	25

2.10 MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)	25
2.11 Hipótesis	36
2.12 Sistema de variables	37
2.12.1 Variable I: Valores	37
2.12.2 Variable II: Intereses	38
2.12.3 Variable III: Causalidad Personal	39
2.12.4 Variable IV: Roles	40
Capítulo III: Marco Metodológico	41
3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.2 PARADIGMA Y PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS	41
3.2.1 Paradigma positivista:	41
3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.4.1 Población y muestra	43
3.4.2 Procedimientos e instrumentos de colecta de datos	44
3.4.3 Técnicas de análisis de datos	45
3.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	46
3.6 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.7 DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	66
3.8 CONCLUSIÓN	78
Bibliografía	80
Anexos	86
Anexo 1	87
.....	87
Anexo 2	94
Anexo 3	95
Anexo 4	96
Anexo 5	97

Resumen

El propósito de esta investigación es cuantificar la relación que existe entre los intereses, valores y causalidad personal, frente a la vida ocupacional, con los roles que presentan hombres con algún tipo de amputación, residentes en la región del Biobío.

Esta investigación es de carácter cuantitativa, ya que posee una base en la medición numérica y el análisis estadístico en la que se utilizará la recolección de datos. Desde aquí se aplicará el instrumento de Autoevaluación Ocupacional (OSA), este es una herramienta de evaluación basada en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2004), en donde se le ha sido designada la captación de las percepciones de los clientes en su propia función ocupacional. Sin embargo, este instrumento fue adaptado para la toma de muestra, denominado Auto-evaluación ocupacional adaptado, en la que solo aplicaremos el componente que permite la evaluación de “mí mismo”.

Desde estos lineamientos se considera que tras una amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de la situación, ira y pensamientos negativos. El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, y desvalorización ante su vida cotidiana y roles. La adaptación a esta nueva situación exige tomar conciencia de uno mismo y de los nuevos retos, y así mismo, generar nuevos procesos volitivos frente a lo señalado.

Por lo que es importante destacar a la Terapia Ocupacional como disciplina, para la valoración, tratamiento y seguimiento del usuario amputado, abordando la salud del individuo desde dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Palabras Claves: Amputación, Componente Volitivo y Roles.

Abstract

The purpose of this research is to quantify the relationship between interests, values and personal causation, against occupational life, with the roles of men with some type the amputation, residents in the Region of BioBio.

The research is of quantitative character, since it has basis in numerical measurement and statistical analysis in which data collection will be used. From here apply instrument of Occupational Auto Evaluation (OSA), this is tool of evaluation based on the Model Human Occupation (Kielhofner, 2004), where it has been designated to capture the perceptions of clients in his own occupational function. However, this instrument was adapted for the sampling, called Occupational Self- evaluation, in which will only apply the component that allows the evaluation of "myself".

From these guidelines it is considered that after an amputation appear feelings of sadness, surprise, non-acceptance of the situation, anger and negative thoughts. The change in body image is lived as a stigma and loss of independence, which generates feelings of inferiority, and devaluing before their daily lives and roles. Adapting to this new situation requires awareness of oneself and new challenges, and likewise, generate new processes volitional in front of the indicated thing.

So it is important to emphasize Occupational Therapy as a discipline, for the assessment, treatment and follow up of the amputee user, addressing the health of the individual dimensions biological, psychological social.

Keys words: Amputation, Volitional Component, Roles.

Capítulo 1: Antecedentes del problema

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguo de todos los que existen en la medicina, y durante mucho tiempo representó la única forma de cirugía para el hombre, con el objetivo de reducir alguna situación de discapacidad existente y salvar vidas (Oliveira & Boemer, 2007).

La amputación se deriva del latín, *amputare*, que se define como cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él, a través de uno o más huesos (Espinoza & García, 2014). Este procedimiento de amputación, se produce en casos de traumatismos graves por lo que se puede deber a trastornos metabólicos, tumorales, infecciones o de tipo congénito, entre otros. (Oliveira & Boemer, 2007). Una situación como esta afecta no sólo la integridad física de la persona, sino también su estado psicológico, su posterior estado funcional y de independencia (Riveiro, s.f). Por lo consiguiente, también repercute en la dinámica familiar y de su entorno, por lo que el proceso que conlleva un hombre o una mujer amputada se dificulta principalmente en la realización de actividades cotidianas, laborales, recreacionales y la participación social de las personas que las adquieren dentro de su comunidad (Espinoza & García, 2014).

Es por esto que, el objetivo de la Terapia Ocupacional en personas amputadas se enfoca en lograr el mayor grado de independencia y autonomía posible mediante el compromiso de la persona con la ocupación y la influencia sobre su salud y bienestar (Alvárez, Simon, & Corral, 2016). Esta disciplina es importante a la hora de trabajar con personas amputadas, ya que, la pérdida de una parte del cuerpo va a repercutir directamente en el bienestar y calidad de vida de las personas,

donde van a surgir una serie de necesidades individuales y relacionadas con el entorno de esta que, a su vez, va a influir en la participación de ocupaciones significativas (Alvárez, Simon, & Corral, 2016).

La investigación que se presentará a continuación se enfocará en analizar la volición de hombres amputados tanto de miembro superior, como de miembro inferior. El objetivo es identificar cómo afecta la motivación de una persona al ser amputado, el impacto que genera en sus valores, intereses, causalidad personal y cómo esto impacta en su desempeño y competencia ocupacional. También se busca analizar cómo la volición va a influir sobre los roles presentes en las personas, con el objetivo de visualizar si existe una repercusión en estos.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Muchas personas afectadas de alguna enfermedad continúan experimentando las consecuencias catastróficas de esta misma debido al impacto de la soledad, la inactividad y la falta de recursos económicos entre otros indicadores de marginación (De Las Heras, 2004). En este contexto, la Terapia Ocupacional no solo debe ser un servicio por el que se procure “ocupación” a personas que acuden a dispositivos sanitarios o sociales (De Las Heras, 2004). Como disciplina la Terapia Ocupacional debe comprometerse en la consecución de técnicas y estrategias de intervención que: permitan a las personas afectadas por una enfermedad la consecución y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados; potencien la creación de espacios ocupacionales, donde el usuario pueda experimentar el logro y la competencia personal; favorezcan la colaboración con otras personas (afectados, profesionales, familiares) en la consecución de estas metas (De Las Heras, 2004). En lo anterior yace una de las principales importancias del estudio de los roles de personas que sufrieron una amputación, razón por la cual es uno de los puntos principales en el marco de nuestra investigación.

Considerando los planteamientos presentados desde el punto de vista de la Ocupación Humana, el hombre es por sobre todo un ser biopsicosocial, inmerso en un medio familiar que desarrolla una función laboral y se desenvuelve en un medio social (De Las Heras, 2004). Debido a lo anterior, cuando algo como una amputación afecta a una persona, es que todo lo que incluye el medio biopsicosocial de esta persona se verá afectado e impactado de alguna manera, pudiendo impactar en su medio familiar, su desarrollo laboral, o cualquiera que esté incluido en el medio biopsicosocial de cada persona.

En la línea de los componentes internos de las personas existe un concepto que mueve a una persona, hablamos de la volición, un componente que veremos en el reflejo del sentir de las personas, en sus pensamientos e incluso las cosas que hacen o les gustan (Kielhofner, 2002). “Así mismo la volición trae consigo auto

conocimiento acerca de lo piensan las personas sobre ellas mismas” (Polonio, 2003, p.17), de esa manera la volición sería fundamental en temas como auto concepto, de esta manera jugaría un papel importante luego de una amputación, por lo que es de real importancia que se convierta en un tema de estudio, razón por la cual es uno de los principales focos dentro de nuestra investigación.

El término Volición se refiere a voluntad o elección consciente, por lo que se relaciona estrechamente con el concepto de elecciones ocupacionales, las cuales son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades ocupacionales que la persona decide realizar en un momento determinado, es decir, son decisiones deliberadas de entrar y salir de actividades ocupacionales. Al involucrarse en este tipo de actividad, la persona asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende un proyecto personal (De Las Heras, 2004).

“La volición se construirá en base a componentes, y uno de ellos es el conocimiento de capacidad que a su vez se compone de las habilidades y las limitaciones de una persona” (Rojo, 2008,p.10), de esta manera luego de un evento traumático como una amputación, es de gran importancia tener en cuenta este componente, que las personas pesquisen estos componentes de autoconocimiento en ellos mismos, considerando que dependerá de las creencias y circunstancias de cada persona el hecho de adaptarse con éxito (Gayoso, 2010).

Esta volición que estará conformada por los intereses, causalidad personal y valores actuará como un proceso que se desplegará en el tiempo por lo cual está expuesta a cambios según las experiencias de la persona (Kielhofner, 2004), sin embargo, si nos enfrentamos a un evento traumático como una amputación que se sumará a una experiencia vital, ésta gatillará un cambio de alguna manera en este componente en la persona (Orol, 2017). La volición al estar expuesta a cambios, permite ir tomando diferentes roles, los cuales serán fundamentales dentro del proceso de amputación, los roles serán parte de la identidad de cada persona y permitirán que la persona pueda optar por tener una participación activa dentro de la sociedad evidenciando entonces que existe la necesidad de profundizar los

temas intrínsecos vistos desde esta, de cómo al sujeto se le han visto afectado sus roles, valores e intereses y de qué forma ha tenido que cambiar su vida y adaptarla para comenzar a vivir otra vez (Kielhofner, 2002).

Comprendemos la importancia de una rehabilitación en concreto física en los casos de amputación, las personas deben continuar con su vida con las menores limitaciones físicas posibles para poder continuar, pero no podemos pretender que una terapia física, una receta farmacología o una cirugía hagan que una persona continúe con su vida. Comienzan así a entrar en juego todos los conceptos nombrados anteriormente, que son internos pero que van de la mano con lo físico (Kielhofner, 2002). En este contexto es de real importancia tratar este tema en nuestra investigación, debido a la continuidad que deben darle las personas a sus vidas luego de una amputación, saber de qué manera se dará esta continuidad.

“Los pensamientos y sentimientos volitivos incluyen la causalidad personal, valores e intereses” (Kielhofner, 2002, pág. 21), así es como todos los componentes internos antes mencionados van a converger en la volición, ya que cada uno será dependiente del otro. El modelo de ocupación humana nos habla de volición con sus tres componentes antes mencionados, pero aun así no podemos dejar de lado el rol, ya que veremos a la persona como un ser holístico, en donde el rol influirá de igual manera dentro de esta y tendrá el mismo grado de importancia, es por lo mismo que los componentes volitivos y el rol se nos presentará como principal foco de estudio al establecernos en el interior de la persona.

1.3 DELIMITACIONES

Las delimitaciones que existen son:

- La investigación se realizará a hombres, entre un rango etario de 20 a 70 años, con amputaciones tanto de miembro superior como inferior en la región del Biobío.
- Se analizará la volición en hombres, principalmente en los distintos subcomponentes, como los valores, intereses y causalidad personal.
- Además, se analizará cómo la volición repercute en los roles de los hombres en el período post-amputación.

1.4 MARCO EMPÍRICO

En la actualidad cuando hablamos de volición se tiende a no dejar en claro que es lo que se quiere abordar, siendo este el deseo y la motivación que surge de manera intrínseca para poder realizar alguna actividad (Española, 2017). En el modelo de ocupación humana estos pensamientos y sentimientos volitivos son identificados como valores, intereses y causalidad personal (Kielhofner, 2011).

Una amputación genera de manera significativa un antes o después dentro de la vida de una persona, es por lo cual se busca investigar cómo cambia este sentido de volición, para poder llegar a estas conclusiones fue necesario ver cómo se sentían las personas una vez que pasaban de este periodo de no amputado a amputado, se realiza en el año 2000 una investigación denominada “positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb” (Significado positivo en la amputación y pensamientos sobre la extremidad amputada) en donde sorprendentemente cuarenta y ocho por ciento (48%) consideraron que algo bueno había sucedido como resultado de la amputación, encontrándose además que este significado positivo se asociaba significativamente con capacidades físicas y calificaciones de salud más favorables, niveles más bajos de restricción de actividad atlética y niveles más altos de ajuste a la limitación

(MacLachlan, 2000). La satisfacción personal irá completamente ligada con el sentido de eficacia de la persona, ya que esta nos ayudará a comprender que tan motivada y eficiente se siente la persona al momento de volver a realizar su rutina diaria, es por lo cual se observa a través de estudios publicados por la revista Sage Journals, titulado “Patient satisfaction following lower-limb amputation: the role of gait deviation” (Satisfacción del paciente después de la amputación de miembros inferiores: el papel de la desviación de la marcha) en donde se realizaron encuestas a través de preguntas abiertas a 20 personas con diferentes amputaciones, siendo 12 transtibiales y 8 transfemorales, quedando evidenciado que al mejorar la capacidad funcional se mejora en la persona de manera directa la satisfacción al momento de realizar sus actividades diarias, lo cual lleva a las personas a sentirse más motivadas a volver a realizar sus actividades habituales (Lauren Kark, 2011).

El sentido de volición de una persona se encuentra completamente ligado a cómo la persona se observa a ella misma, cuando una persona que ha sufrido algún tipo de amputación posee una visión positiva sobre ella misma esta logra desarrollar muchas más motivación en el avance de la rehabilitación que una persona con una imagen negativa de ella misma (Kielhofner, 2002). Una amputación repercute en la imagen corporal de la persona, lo cual lleva a afectar a la persona, provocando en esta una mirada más deteriorada y menos eficaz sobre ella misma, la imagen corporal será una de las primeras barreras para lograr de a poco una mayor aceptación en la persona que le permita comenzar a creer en sus habilidades para poder retomar los intereses que poseía con anterioridad. Se realiza un estudio publicado como “Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation” (Más allá de la imagen corporal: un estudio cualitativo sobre cómo los adultos experimentan la amputación de un miembro inferior), en donde lo mencionado queda evidenciado a través de entrevistas realizadas a personas con diferentes amputaciones (Senra, 2011).

La volición será uno de los procesos que se verá más afectado dentro de una persona que sufre algún tipo de amputación, este cambia de manera significativa ya que la persona refiere sentirse diferente, el enfrentarse a una nueva imagen corporal la persona se siente afectada en el lado de cómo ella se ve a sí misma y como esta nueva imagen repercute con las personas que la rodean, el volver sentirse capaz y eficaz realizando actividades que antes eran cotidianas dependerá de cómo la persona tome este nuevo proceso en la vida. Lo cual se puede observar a través de la historia de King en “Re-defining self after limb loss: A psychological perspective” (Redefinir el yo después de la pérdida de una extremidad: una perspectiva psicológica), un hombre con amputación de miembro inferior debido a que es atropellado a los 16 años, King menciona lo complicado que fue volver a sentirse capaz y volver a tener la motivación en realizar las actividades que siempre él había considerado fáciles y cotidianas, se realizaron varios estudios acerca cómo fue su evolución psicológica, entregando como resultado que pese a ser complicado en un principio este logra aceptar su nuevo cuerpo y ver capacidades que antes del accidente no había observado en él, retomando sus intereses los cuales había visto por perdido (Grobler, 2008).

El sentido de volición será fundamental y acompañará siempre a una persona, está influirá en cómo la persona logra percibirse a ella misma y como se siente al volver a relacionarse con los demás, buscando a través de este estudio dejar en evidenciado como es el cambio que sufre un hombre luego de una amputación.

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye el componente volitivo en los roles de hombres con amputaciones de acuerdo al rango etario, residentes en la región del Biobío?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

- Analizar el componente volitivo en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir los valores de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío.
- Describir los intereses de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío.
- Conocer la causalidad personal de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío.
- Identificar los roles en los hombres amputados residentes en la región del Biobío.

Capítulo 2: Marco Conceptual y Teórico

ÍTEM I: MARCO CONCEPTUAL

Para fines de esta tesis se definirán algunos conceptos importantes para comprender la temática de ésta.

2.1 AMPUTACIÓN

“Es la ausencia de una parte o toda la extremidad, de causa traumática o no traumática. Esta deficiencia anatómica se acompaña de disminución de la capacidad funcional de la persona alterando su rol en la sociedad y además del indudable impacto psicológico, personal y familiar” (Farro, Tapia, Bastías, Moltavo, & Iriarte, 2012, pág 12).

2.2 AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR

“Los traumatismos son causa de la amputación en el miembro superior en el 70% de las personas. En los adultos, los accidentes laborales con maquinaria pesada de los trabajos agrícolas, sierras y otros implementos de labranzas provocan amputaciones especialmente de las extremidades superiores” (Mendez, 1991, pág. 63).

Según Viladot, Cohí & Clavell (1992) Existen diferentes tipos de amputaciones (p. 195-243)

2.2.1 Amputación de mano:

- Amputaciones de pulgar
- Amputaciones de dedos trifalángicos
- Amputaciones pluridigitales
- Amputaciones trasmetacarpianas
- Amputación de muñeca

2.2.2 Amputación de antebrazo

- Amputación del tercio proximal
- Amputación del tercio medio.
- Amputación del tercio distal

2.2.3 Amputación del brazo

- Amputaciones en el tercio proximal o intradeltoidea.
- Amputación del tercio medio.
- Amputaciones en el tercio distal (supracondíleas)

2.2.4 Amputación de hombro

- Amputación a nivel del cuello quirúrgico del húmero.
- Amputación del cuarto delante

2.3 AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR

Las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores corresponden al tratamiento de las patologías generales o locales que se ubican en un miembro y cuya mejor indicación es la resección segmentaria de este. La cirugía de amputación se define como la resección de un miembro atravesando tejido óseo. En las amputaciones no traumáticas se incluyen la patología tumoral, las lesiones por neuropatía o vasculopatía periférica, la patología ungueal o subungueal, y las enfermedades infecciosas generales o locales (Loterzo & Santamarta, 2012, pág.25).

2.4 MUÑÓN

“Porción de un miembro amputado, comprendida entre la superficie de sección y la articulación próxima” (Cardoso, 2005, pág.14).

2.5 GENERALIDADES DE AMPUTACIONES

La amputación de una parte externa del cuerpo, en particular una extremidad o parte de ella, se produce en casos de traumatismos muy graves, tras la necrosis de una extremidad por déficit de circulación

sanguínea, trastornos metabólicos, tumorales o de tipo congénito, entre otros. Una situación como esta afecta a toda la familia y repercute en toda la dinámica de su entorno (García, León, Abreu, & Peralta, 2008, pág.28).

La amputación es probablemente el proceder quirúrgico más antiguo. Durante la I y la II Guerra Mundial, sobre todo esta última, dejó una cantidad elevada de amputados y esto contribuyó a desarrollar la técnica ortopédica; así como la aparición de nuevos materiales para la confección de prótesis como: plásticos, articulaciones y tipos de pie. También avanzó la técnica quirúrgica y la rehabilitación precoz con el empleo de la prótesis inmediata en los casos que reúnen determinadas características (Valdivia, 2001).

En el año 2016, un estudio realizado por la revista *Mann's Surgery of the Foot and Ankle* señala que las amputaciones que son de tipo traumáticas, ocurren principalmente por accidentes o alguna lesión (Brodky & Saltzman,2016).

Cuando un accidente o algún trauma provocan una amputación completa, esto quiere decir que parte del cuerpo que resulta comprometida tiene que ser completamente cercenada, existen ocasiones en las que dicha se puede volver a unir, en especial cuando se tienen los cuidados necesarios con la parte que fue cercenada y el muñón (Brodky & Saltzman,2016).

Si se habla de una amputación parcial, queda parte de la conexión de tejidos blandos. Y de acuerdo a la gravedad de la lesión, se analiza si es recomendable volver o no a unir la extremidad que se encuentra parcialmente cercenada.

Cuando estamos frente a una amputación, se pueden presentar complicaciones y las más importantes son la hemorragia, el shock y la infección. La evolución a largo plazo para una persona que ha sufrido alguna amputación va a ir de la mano con un buen y oportuno manejo de la emergencia y la atención crítica. Para que la rehabilitación de la persona se vea beneficiada, una prótesis funcional y adecuada para el tipo de lesión puede llegar a apresurar este proceso (Brodky & Saltzman,2016).

Etiológicamente hablando lo más frecuente son los accidentes, ya sea en el hogar, automovilístico o en el trabajo:

El accidente causante de amputación actúa produciendo una destrucción tan amplia de los tejidos que hace imposible la supervivencia del miembro y de su riego, originando la desaparición del hueso o imposibilidad de su sutura, o bien produciendo grandes lesiones nerviosas. Los accidentes más frecuentes son los de tráfico, industriales, incendios, congelaciones o descargas eléctricas. En términos generales, se considera que los accidentes de trabajo producen un mayor índice de amputaciones en extremidades superiores (73 a 81%) y los accidentes de tráfico y las enfermedades tienen un porcentaje más elevado sobre las extremidades inferiores (63%) (Cardoso, 2005).

La amputación supone una pérdida y por tanto un duelo que, en el caso del amputado, no se limita a la pérdida de un miembro concreto, si no que se extiende a todas las otras pérdidas que la amputación implica: pérdida de capacidad física con limitaciones funcionales, pérdida de comodidad por presencia de dolor, astenia o vivencia de miembro fantasma y pérdida en la apariencia física muy mediatizada por la estética (Gayoso, 2010).

Es importante conocer la conducta que vaya a adquirir la persona amputada, ya que, “no debe olvidarse que la personalidad previa será un factor predictivo de su adaptación a la nueva situación” (Gayoso, 2010, pág.10), por lo que “será fundamental estudiar con el sujeto su manera de recibir y resolver dificultades (¿Cómo ha resuelto previamente los problemas y crisis de la vida?, ¿Cuáles son sus habilidades?, ¿Cómo ha afrontado dificultades y desgracias anteriores?, ¿Cuáles son sus necesidades actuales?)” (Gayoso, 2010, pág.11). Finalmente, algo no menos importante y necesario de indagar es saber cuál es su grado de independencia ante estas dificultades. Hemos de indagar si ha sido una persona de pensamiento flexible o rígido, y si su conducta ha sido activa o pasiva frente a crisis pasadas (Gayoso, 2010).

2.6 AMPUTACIONES Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS

- **Cirugía de la amputación:**

La amputación quirúrgica no supone la eliminación de miembro, sino la creación de un nuevo órgano compensador. Por ello, la amputación debe llenar las necesidades de la ortopedia protésica y de la rehabilitación. En general, puede afirmarse que es preferible una buena prótesis mecánica que una extremidad anatómica nada funcional y creadora de problemas psicofísicos. El valor práctico y la utilidad del muñón deben ser muy especialmente determinados por el cirujano, el cual estudiará de la forma más amplia y definida posible el sitio adecuado de la amputación, la técnica adecuada y las condiciones reconstructivas para lograr un elemento anatómico funcionalmente preparado para recibir y utilizar la prótesis (Cardoso, 2005).

- **Responsabilidades del cirujano**

En el momento actual de la medicina organizada y en equipo, el cirujano ortopédico contrae las siguientes responsabilidades ante la amputación quirúrgica:

1. Preparación preoperatoria. Incluye la valoración médica de la patología específica que obliga a la indicación de amputar: diabetes, arteriosclerosis, infección, etc. Realiza la preparación preoperatoria del enfermo, que incluye no sólo la parte médica, sino la preparación psíquica, de la que forma parte la amplia discusión del pronóstico de la restauración protésica y rehabilitación del amputado (Cardoso, 2005).

“A continuación se detallan las complicaciones que se pueden presentar durante la intervención quirúrgica y las posibilidades que están al alcance del equipo, para evitarlas o minimizar al máximo sus consecuencias durante el proceso de rehabilitación” (Serrano, 2009, pág. 24).

2.7 POSIBLES COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO

1. Retardo en la cicatrización: Ocurre en pacientes diabéticos o vasculares, en los cuales es fundamental escoger adecuadamente el nivel de amputación, el manejo suave de los tejidos blandos y mejorar el estado nutricional. Evitar formación de hematomas (Serrano, 2009).
2. Infección del muñón: Hacer lavado y desbridamiento quirúrgico cuidadoso, antibioticoterapia y, si es necesario, amputación abierta y cierre posterior (Serrano, 2009).
3. Dolor residual: Técnica quirúrgica adecuada en el manejo de estructuras nerviosas y cuidadoso manejo de estructuras anatómicas (hueso, tejidos blandos).
4. Retracciones del muñón: En pacientes amputados arriba de rodilla, realizar la mioplastia adecuada, evitando suturas que puedan producir deformidades en flexión y abducción del muñón (Serrano, 2009).
5. Prominencias óseas: Hacer selección adecuada del nivel, buen cubrimiento muscular del soporte óseo; en niveles como los procedimientos debajo de rodilla, longitud adecuada del peroné respecto a la tibia (1 cm más corto) y la correcta forma en bisel de la tibia, en su extremo distal. Así mismo, en personas de avanzada edad, con amputaciones de muslo, cortar el fémur más proximal para obtener mejor cobertura de éste (Serrano, 2009).

2.8 VOLICIÓN

“Patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona como actor en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, eligen, experimenta e interpreta lo que uno hace” (Kielhofner, 2004, pág. 28).

2.8.1 VALORES

“Lo que uno considera importante y significativo de hacer” (Kielhofner, 2004, pág. 66).

2.8.2 INTERESES

“Lo que uno encuentra disfrutable o satisfactorio de hacer” (Kielhofner, 2004, pág. 66).

2.8.3 CAUSALIDAD PERSONAL

“Sentido de competencia y eficiencia” (Kielhofner, 2004, pág. 28).

2.9 ROLES

“Incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y comportamientos” (Kielhofner, 2004, pág. 28).

ÍTEM 2: Marco Teórico

2.10 MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

“El MOHO fue el primer modelo contemporáneo en articular un enfoque centrado en la ocupación es la práctica. Fue diseñado como un modelo conceptual para proveer lineamientos de la práctica centrada en la ocupación. Su teoría aborda tres temas prácticos relacionados con este enfoque” (Kielhofner, 2011, pág.3):

- “De qué modo la ocupación se motiva, se organiza en patrones de vida y se desempeña en el contexto ambiente” (Kielhofner, 2011, pág. 3).
- “Qué sucede cuando existen impedimentos, enfermedades y otros factores que crean problemas ocupacionales” (Kielhofner, 2011, pág. 3).
- “De qué modo la terapia ocupacional facilita la participación en ocupaciones que proveen significado y satisfacción, y que apoyan el bienestar físico y emocional de las personas” (Kielhofner, 2011, pág. 3)

Desde la perspectiva de la investigación se basa en este modelo, ya que:

El MOHO en sí es un modelo centrado en el cliente de dos maneras importantes. Primero, centra al terapeuta en la unicidad del cliente y provee conceptos que permiten al terapeuta apreciar de manera más profunda la perspectiva y la situación del cliente. La práctica basada en el MOHO requiere una relación cliente-terapeuta en la que el terapeuta debe comprender, respetar y apoyar valores, sentido de capacidad y eficacia, hábitos, roles, experiencia del desempeño y ambiente personal del cliente. Segundo el MOHO conceptualiza al propio quehacer, pensar y sentir del cliente como la dinámica central de la terapia, por lo tanto, las elecciones, la acción y la experiencia del cliente deben ser centrales en el proceso de la terapia (Kielhofner, 2011, págs. 3,4)

Según Kielhofner (2011) “Este modelo busca explicar cómo la ocupación es motivada, organizada y desempeñada. Al ofrecer explicaciones de un fenómeno tan diverso, el modelo provee una visión amplia e integradora de la ocupación humana” (p. 4), y es aquí donde el rol de la investigación cobra sentido al considerar como las ocupaciones y su proceso de volición se ven afectados al momento de sufrir la pérdida de una parte del cuerpo.

Otro de los puntos importantes es cómo, tras una amputación la persona percibe su cuerpo y se ven afectados sus patrones de pensamientos y sentimientos acerca de su mundo propio “con el objetivo de tener una manera común de comprender todas las circunstancias, se necesitan conceptos que expliquen cómo eligen, organizan y llevan a cabo sus ocupaciones. En el MOHO, los seres humanos se conceptualizan como formados en tres componentes interrelacionados” (Kielhofner, 2011, pág. 12).

Los tres componentes mencionados anteriormente son: Volición, Habitación y Capacidad de desempeño. La volición se refiere a la motivación por la ocupación, la cual se ve interrumpida al momento de sufrir una amputación producto de las secuelas que ésta conlleva y las problemáticas de retomar una vida eficaz al participar en diferentes contextos. La habitación se refiere al proceso por el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas (Kielhofner, 2011), y lo que antes de un evento traumático era habitual, después de una amputación se van a ver alterados provocando un cambio en la manera en que la persona va a lidiar con las contingencias del entorno y cómo va a dirigir su comportamiento hacia circunstancias familiares y esperadas. Finalmente, “La capacidad de desempeño se refiere a las capacidades físicas y mentales en que se basa el desempeño ocupacional” (Kielhofner, 2011, pág. 12), esto permitirá comprender cómo la persona vivencia diferentes experiencias, tanto subjetivas o vividas y la participación en las ocupaciones.

VOLICIÓN

Los seres humanos poseen un sistema nervioso complejo que les proporciona una necesidad intensa y poderosa de actuar. Aún más, presentan un cuerpo capaz de actuar. Finalmente, los seres humanos son conscientes de su potencial para hacer las cosas. Juntos, estos factores se traducen en una necesidad por la acción que es el motivo básico de la ocupación. Algunas veces, otros motivos se encuentran involucrados en una ocupación. Por ejemplo, la recompensa financiera puede motivar parcialmente el trabajo. Las tareas de la vida diaria se encuentran, en parte, al servicio de necesidades básicas, tales como el hambre; y algunas actividades recreativas, como tener una cita, también tener una dimensión sexual. Sin embargo, el deseo por la acción se manifiesta a través de la ocupación y constituye su principal motivo (Kielhofner, 2011).

Desde aquí se entiende que una amputación genera un cambio significativo dentro del ser humano, ya sea a nivel físico como psicológico, el poder comprender como se ve afectada la persona, su identidad y como se visualiza a sí misma en relación a sus competencias ocupacionales, es clave para poder generar mejores intervenciones a largo plazo e interpretar el sentido de la dirección que la persona quiera tomar hacia una interacción satisfactoria con su entorno.

PENSAMIENTO Y SENTIMIENTO VOLITIVO

Además de las necesidades o del deseo de actuar, cada persona tiene pensamientos y sentimientos distintos acerca de las actividades que realizan, los cuales son esenciales para la volición. Estos pensamientos y sentimientos son las respuestas a estas preguntas: ¿Soy bueno para esto? ¿Vale la pena hacer esto? ¿Me gusta esto? Por lo tanto, los pensamientos y los sentimientos volitivos son acerca de lo siguiente (Kielhofner, 2011, pág. 13):

- La capacidad y efectividad personales.
- La importancia o el valor relacionados con lo que uno hace.
- El placer o la satisfacción que uno experimenta al hacer las cosas

Por consiguiente “aunque todos los seres humanos se energizan por impulso universal hacia la acción, quieren hacer las cosas que valoran, para las que se sienten competentes y las que encuentran satisfactorias” (Kielhofner, 2011, pág. 13).

El modelo dentro de esta investigación va a permitir tener una visión mucho más amplia de la persona, considerando no tan solo lo que externamente a perdido, si no como él se observa a sí mismo luego de esta pérdida, analizando como una disminución de la volición puede afectar de manera directa dentro de todas las áreas y componentes de la persona o al contrario entendiendo que una persona que se siente eficaz y con interés es capaz de realizar sus actividades de manera óptima y seguir participando ocupacionalmente a partir de una reorganización de la propia vida, con el objetivo de responder a los cambios de vida y poder así adaptarse a una construcción de identidad propia.

CAUSALIDAD PERSONAL, VALORES E INTERESES

Según Kielhofner (2011) “en el MOHO, estos pensamientos y sentimientos volitivos son identificados como causalidad personal, valores e intereses” (p. 13).

1. LA CAUSALIDAD PERSONAL

Uno de los primeros descubrimientos de la vida es que uno puede ser una causa. A través del desarrollo temprano, los individuos llegan a tener más conciencia de que pueden hacer que las cosas pasen. Por ejemplo, los recién nacidos llegan a darse cuenta de que sus movimientos pueden mover objetos y crear sonidos. Este conocimiento de que uno puede hacer que las cosas sucedan es el comienzo de la causalidad personal (Kielhofner, 2011).

1.1 Las dimensiones de la causalidad personal

La causalidad personal involucra dos componentes: el sentido de la capacidad personal y el conocimiento de la propia eficiencia en el mundo. El sentido de la capacidad personal corresponde a la valoración de las propias capacidades físicas, intelectuales y sociales. La segunda dimensión, la autoeficiencia, se refiere

al sentido personal de efectividad del uso de las capacidades personales para lograr resultados deseados en la vida. La autoeficacia es específica para las diferentes esferas de la vida; esto significa que nos sentimos capaces de controlar los resultados en ciertas circunstancias más que en otras.

Las personas que se sienten capaces y eficaces buscan oportunidades, utilizan la retroalimentación para corregir el desempeño y persisten en alcanzar sus metas (Kielhofner, 2011, págs. 35,36).

2. VALORES

A lo largo del desarrollo, las personas adquieren creencias y compromisos acerca de lo que es bueno, correcto e importante realizar. Estos valores derivan de la cultura, que especifica las cosas que importan, comunican como uno debe actuar y qué metas o aspiraciones son deseables. (Kielhofner, 2011).

Los valores influyen en forma importante el sentido de autovalía que uno adquiere al hacer ciertas cosas. Por el hecho de que los valores involucran compromisos de desempeño en formas culturalmente significativas y sancionadas, al seguirlos, experimentamos un sentido de pertenencia y de propiedad. Aún más, uno no actúa en contra de sus propios valores sin sentir vergüenza, culpa o fracaso o inadecuación (Kielhofner, 2011).

3. INTERESES

Los intereses “son los que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer. Por consiguiente, los intereses se revelan a sí mismos tanto en el goce de hacer algo como en la preferencia de hacer ciertas cosas y no otras” (Kielhofner, 2011, pág. 42).

Cuando cualquiera de los componentes explicados anteriormente se ven afectados por alguna situación no esperada como lo es una amputación, pueden generar una invalidación en la persona y en su estilo de vida, habiendo así un cambio importante en la manera de realizar las actividades de la vida diaria que en

algún momento eran familiares y en las cuales se sentían eficaces, es aquí la relevancia del Modelo de Ocupación Humana, en la forma de atender de manera cuidadosa las nuevas experiencias ofreciendo estrategias innovadoras para tratar el problema de la capacidad de desempeño, así también, como el modelo considera la adaptación ocupacional como una función dinámica e interactiva de la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y las condiciones ambientales, reconociendo que “los problemas de adaptación son una función de la interacción dinámica de estos factores” (Kielhofner, 2006).

PROCESOS VOLITIVOS

Kielhofner menciona (2011) que “la volición es un proceso continuo. Esto significa que los pensamientos y sentimientos volitivos ocurren a través del tiempo, a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones” (p. 14).

1. Experiencia:

La volición también influye sobre cómo la experimentamos lo que hacemos. Cuando participamos en ocupaciones, nuestra volición determina lo que encontramos más o menos placentero o importante. También determina el nivel de confianza o ansiedad que sentimos. La volición nos lleva a experimentar la acción en una manera propia y única. Nuestra experiencia en el desempeño está ligada a nuestra calidad de vida. Después de todo, la forma en que experimentamos las cosas que hacemos, sea disfrute, aburrimiento, satisfacción, angustia, triunfo o decepción determina mucho de lo que obtenemos de la vida. Encontrar la armonía entre nuestra volición y lo que realmente llegamos a hacer en el curso del diario vivir contribuye a la satisfacción personal (Kielhofner, 2011, pág. 46).

2. Interpretación:

Por supuesto, no solo experimentamos lo que hacemos, sino que también reflexionamos acerca de ello o interpretamos esa experiencia. Una persona puede hacer esto en una variedad de formas. La interpretación se define, entonces, como

evocar y reflexionar acerca del desempeño en términos del significado que tiene para uno mismo y su propio mundo (Kielhofner, 2011, pág. 14).

3. Anticipación:

Los intereses, los valores y la causalidad personal influyen a las personas en cómo anticipan la acción, es decir, lo que observan y buscan en el mundo y lo que sienten y piensan acerca de las posibilidades de hacer cosas. Las personas tienden a ignorar las cosas en las cuales no tienen inversión volitiva. Por el contrario, se dan cuenta de lo que respecta a su competencia, intereses y compromiso. Lo que se encuentra allá fuera del mundo, para cualquiera, es primordialmente una fusión de volición (Kielhofner, 2011, pág. 46).

4. Hacer elecciones:

Las elecciones de acción de las personas dan forma a su quehacer diario e influyen el curso de su vida. Estas elecciones involucran contribuciones complejas de todos los componentes de la volición. Por lo tanto, las elecciones derivan de los propios intereses, la causalidad personal y los valores. Las elecciones de actividad dan forma al futuro inmediato. Ellas comprenden las decisiones para comenzar o terminar actividades y cómo abordarlas. Por consiguiente, ellas comienzan, dan forma y terminan lo que uno hace (Kielhofner, 2011, pág. 46).

Y así es como “la volición influye sobre cómo interpretamos nuestras acciones. Nuestra causalidad personal, valores e intereses tienen una influencia importante en el significado que le asignamos a lo que hemos hecho” (Kielhofner, 2011, pág. 47).

El ciclo de experiencia, interpretación, anticipación y elección es un proceso integrado. Cada proceso influye dentro del próximo. Uno elige las acciones, el hecho de realizarlas estimula la experiencia. Uno evoca y reflexiona acerca de la experiencia para interpretar qué es lo que hecho. Finalmente,

los significados generados de tales reflexiones llevan a las elecciones siguientes (Kielhofner, 2011, págs. 15,16).

Por lo tanto, podemos decir que la volición es un patrón de los pensamientos y los sentimientos acerca de uno mismo como actor en el mundo propio, los cuales ocurren cuando uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace. Los pensamientos y los sentimientos volitivos incluyen la causalidad personal, los valores y los intereses. A través de ciclo de anticipar, elegir, experimentar e interpretar, la volición tiende a perpetuarse. Por ejemplo, una vez que sentimos que somos competentes en una ocupación, tendemos a anticipar esa ocupación con sentimientos positivos y a elegir hacerla nuevamente. La volición también es un proceso que se despliega a través de la vida, en el que ocurren cambios. A medida que pasan los años y crecemos, y a medida que encontramos nuevas oportunidades y demandas para la acción, podemos encontrar placeres nuevos, intereses pasados perdidos, o podemos advertir que no somos tan adeptos a una actividad en particular. Existen elementos tanto de continuidad como de cambio en los valores, intereses y causalidad personal a lo largo de la vida (Kielhofner, 2011). Debido a lo anterior es que un evento como una amputación puede alterar este componente, teniendo en cuenta que este evento será una experiencia dentro de la vida de una persona, un proceso que provocará cambios en la vida y que alterará las oportunidades dentro de la vida de una persona de forma positiva o negativa.

La volición tiene una influencia poderosa en la vida ocupacional. Da forma a como las personas ven el mundo y las oportunidades y desafíos que este representa. Determina la experiencia de hacer. Guía la actividad y las elecciones ocupacionales que determinan la mayor parte de lo hacemos. Da forma a cómo las personas le dan sentido a lo que han hecho, que incluye la efectividad en lograr los objetivos deseados y el éxito en materializar valores importantes. En gran parte, cómo las personas experimentan la vida y cómo se consideran a ellas mismas y a su mundo tienen que ver con la volición (Kielhofner, 2011). Luego de

una amputación, es posible que la forma en la una persona ve su propio mundo cambie, de esta forma y de acuerdo a lo anteriormente mencionado, el componente volitivo estará siendo moldeado de acuerdo a esta nueva experiencia vital.

A través de los procesos antes mencionados se busca relacionar en la investigación este componente volitivo con los roles que desempeñan los hombres con amputaciones. Entendiendo esto desde la explicación de Kielhofner (2011) de los roles internalizados como:

La acción rutinaria es influenciada por el hecho de que cada uno de nosotros pertenece a sistemas sociales y actúa en ellos. Mucho de lo que hacemos es hecho como esposo, padre, trabajador, estudiante, etcétera. Al tener internalizados estos roles, actuamos de maneras que reflejan nuestro estatus de rol. Internalizar el rol significa incorporar una identidad, una fachada y acciones que pertenecen al rol. Consecuentemente, un rol internalizado es la incorporación de un estatus definido socialmente o en forma personal y su conjunto correspondiente de actitudes y acciones (p.59).

A través del análisis de cómo la persona es un ser interrelacionado, en donde todos los componentes evaluados y vistos con anterioridad en el proceso volitivo intervienen unos sobre otros, éstos generan una influencia en la experiencia de satisfacción en la vida de la persona con amputación y en cómo la persona ve el mundo, pudiendo así tener respuestas dentro de la investigación que permitan observar a la persona como un ser dinámico y completo que forma patrones coherentes de pensamientos y sentimientos sobre sí mismo, los que se despliegan en la vida cotidiana, determinando experiencias en el hacer.

AMBIENTE

Cada medio ambiente ofrece una cantidad de oportunidades y recursos, demandas y limitaciones. Que son observados o percibidos, y que influyen en la conducta, dependiendo de los valores, los intereses, la causalidad personal, los roles, los hábitos y la capacidad de desempeño de cada persona (Kielhofner, 2004).

Todo lo que las personas experimentan y pueden hacer, en alguna medida es en función de su ubicación en un mundo físico, los espacios en los cuales actúan y los objetos que se encuentran dentro de ellos, tienen un impacto sobre el hacer diario, más cuando se trata de una persona con amputación, puesto que el acceso a los objetos y espacios se ve profundamente afectado por las características de éste y lo que se puede hacer dentro, cómo son las barreras naturales y arquitectónicas las cuales interfieren en el desempeño ocupacional, ya que, el inicio de una discapacidad física puede transformar los espacios en una prisión.

ROLES Y DISCAPACIDAD

Las amputaciones dentro de la sociedad repercuten, ya que, son vistas como una discapacidad que “a menudo se presenta como un problema para el desempeño de roles” (Kielhofner, 2011, pág. 63).

Las limitaciones de la capacidad física pueden alterar o finalizar el desempeño de roles. En otros casos, las personas pueden ser capaces de retener un rol solo al hacer modificaciones mayores en la manera en que se lleva a cabo el rol. Por ejemplo, una persona que adquiere una discapacidad puede continuar como trabajador, pero debe participar en un nuevo tipo de trabajo. En muchas instancias, esto puede significar cambiarse a un trabajo con sueldo más bajo. Es por la presión o tensión de un rol puede ocurrir cuando una persona no puede cumplir con las obligaciones múltiples o aspiraciones representadas en diversos roles. Los impedimentos pueden requerir que las personas utilicen más tiempo y

energía en mantener los roles mayores tales como el trabajo o mantención del hogar, exigiéndoles renunciar a otros roles (Kielhofner, 2011, pág. 63).

En relación a lo mencionado anteriormente, en cuanto a la pérdida de roles en el proceso de amputación, la volición influye en la vida cotidiana de un individuo, ya que, son los pensamiento y sentimientos de uno mismo, lo que hace que nosotros nos anticipemos o experimentemos. Da forma a como vemos el día a día, los desafíos que se presentan y a las oportunidades. Es por esto que en el proceso de amputación, la participación en muy pocos roles tiene probabilidades de perjudicar el bienestar de la persona, provocando insatisfacción o malestar en su entorno más cercano por incumplimiento de responsabilidades derivados de esos roles.

CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA Y LA AUSENCIA DE ROLES

Los estudios sugieren que la participación en muy pocos roles tiene aún más probabilidades de perjudicar el bienestar psicosocial que el hecho de tener demasiadas demandas de los roles. Sin suficientes roles, uno pierde identidad, propósito y estructura en la vida cotidiana. El desempleo se ha vinculado al suicidio, la depresión, los problemas de salud física relacionados con el estrés, el abuso infantil y el aumento de abuso de sustancias (Kielhofner, 2011, pág. 63).

“Puede darse una pérdida de identidad y de autoestima a medida que las personas participan en roles que creen que son relativamente irrelevantes o a medida que pierden roles” (Kielhofner, 2011, pág. 63).

Por consiguiente, Kielhofner (2011) menciona que a través del proceso de socialización, las personas adquieren roles que derivan del estatus social. La socialización implica interactuar durante un largo periodo con definiciones y expectativas explícitas e implícitas del rol. Como resultado, uno interioriza un sentido de uno mismo, las actitudes y los comportamientos que corresponden a la definición y a las expectativas del rol. Otros roles son definidos por el propio individuo y se forman por la

naturaleza interactiva y continua de una serie de tareas por las que uno siente responsabilidad. Tales roles nacen de circunstancias o necesidades personales. Estos son establecidos a medida que uno participa en un patrón de acciones relacionadas y asume una identidad relacionadas con ellas (p. 17).

Como se menciona en el marco de teórico, en este modelo el terapeuta debe comprender, respetar y apoyar los valores, el sentido de capacidad y eficacia, hábitos, roles, experiencia del desempeño y ambiente personal de la persona, lo anterior es de suma importancia si hablamos de una investigación que se centra en la contemplación y perspectiva de ciertos cambios ocurridos en una persona que sufrió una amputación, es por esto que la aplicación del Modelo de Ocupación Humana es una herramienta efectiva para la Terapia Ocupacional permitiendo generar una intervención en usuarios con amputaciones, lo que cobra una real importancia al poder comprender y valorar el grado de disfuncionalidad con el que queda la persona y poder entregar soluciones concretas, acordes a cada realidad y su respectivo contexto, ya que, la persona comparte con él Terapeuta información personal, relevante e importante de su situación emocional y funcional, permitiendo así iniciar el proceso de vínculo terapéutico y crear adherencia al proceso de intervención.

2.11 Hipótesis

- En hombres residentes de la región del Biobío los componentes volitivos se verán disminuidos producto del proceso de amputación, lo que va a repercutir en los roles ocupacionales.

2.12 Sistema de variables

2.12.1 Variable I: Valores

- Definición conceptual: “Lo que uno encuentra importante y significativo hacer” (Kielhofner, 2011, pág. 39).
- Definición operacional: Es una variable que no se puede medir con valores numéricos, pero sí se puede evaluar a través de un instrumento de evaluación denominado OSA (Autoevaluación Ocupacional). Es una herramienta de evaluación basada en el modelo de ocupación humana (MOHO), la cual se le ha designado la captación de percepciones de los clientes en su propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente a su desempeño.

Esta variable será evaluada por el ítem 2 (valores). Este consta de 20 preguntas, donde las evaluaciones posibles para calificar esta variable (Qué tan importante es realizar las actividades) se subdividen en 4 sub-ítems, en donde el primero es “Esto no es tan importante mi” el cual tendrá un puntaje asignado de 1, el segundo “Esto es importante para mí” tendrá un puntaje asignado de 2, el tercero “Esto es muy importante para mí” tendrá un puntaje asignado de 3 y el último que corresponde a “Esto es sumamente importante mi” tendrá un puntaje asignado de 4.

- Clasificación:
- Esta variable es cualitativa.
- Es una variable Individual, ya que las unidades de observación son los individuos.
- Es una variable Ordinal, ya que habrá un orden en la categoría. (No importante o sumamente importante).
- Es una variable constitutiva.
- Es una variable de importancia principal.

2.12.2 Variable II: Intereses

- Definición conceptual: “Son lo que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer” (Kielhofner, 2011, pág. 42).
- Definición operacional: Es una variable que no se puede medir con valores numéricos, pero sí se puede evaluar a través de un instrumento de evaluación denominado OSA (Autoevaluación Ocupacional). Es una herramienta de evaluación basada en el modelo de ocupación humana (MOHO), la cual se le ha designado la captación de percepciones de los clientes en su propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente a su desempeño.

Esta variable será evaluada por el ítem 3 (intereses). Las evaluaciones posibles para calificar esta variable se dividen en 14 sub-ítems, los cuales son “Estar con la familia”, “Ir a cenar”, “Ir al cine”, “Pasar tiempo con los padres”, “Celebrar días festivos con la familia”, “Trabajar en equipo”, “Estudiar”, “Salir con amigos”, “Participar en actividades religiosas”, “Cuidar mascotas”, “Cuidar niños”, “Cocinar”, “Hacer deportes”, “Tocar un instrumento”, “Pertener a un club”, “Reparar autos” y “Participar en trabajos de voluntariados”.

- Clasificación:
- Es una variable cualitativa.
- Es una variable individual, ya que las unidades de observación son los individuos.
- Es una variable nominal, ya que no habrá un orden de categorías.
- Es una variable constitutiva.
- Es una variable de importancia principal.

2.12.3 Variable III: Causalidad Personal

- Definición conceptual: “Es el sentido personal de competencia y efectividad” (Kielhofner, 2011, pág. 35).
- Definición operacional: Es una variable que no se puede medir con valores numéricos, pero sí se puede evaluar a través de un instrumento de evaluación denominado OSA (Autoevaluación Ocupacional). Es una herramienta de evaluación basada en el modelo de ocupación humana (MOHO), la cual se le ha designado la captación de percepciones de los clientes en su propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente a su desempeño.

Esta variable será evaluada por el ítem 1 (Causalidad personal). Este consta de 20 preguntas, donde las evaluaciones posibles para calificar esta variable (Cuan bien realiza las actividades) se subdividen en 4 sub-ítems, en donde el primero es “Hacer esto es un gran problema para mí” el cual tendrá un puntaje asignado de 1, el segundo “Hacer esto es un poco difícil para mí” tendrá un puntaje asignado de 2, el tercero “Esto lo hago bien” tendrá un puntaje asignado de 3 y el último que corresponde a “Esto lo hago sumamente bien” tendrá un puntaje asignado de 4.

- Clasificación:
- Esta variable es cualitativa.
- Es una variable Individual, ya que las unidades de observación son los individuos.
- Es una variable Ordinal, ya que habrá un orden en la categoría. (Gran problema o lo realiza sumamente bien).
- Es una variable constitutiva.
- Es una variable de importancia principal.

2.12.4 Variable IV: Roles

- Definición conceptual: “La identidad de rol se genera cuando otros nos reconocen y responden a nosotros en una posición en particular” (Kielhofner, 2011, pág. 60).
- Definición operacional: Es una variable que no se puede medir con valores numéricos, pero sí se puede evaluar a través de un instrumento de evaluación denominado OSA (Autoevaluación Ocupacional). Es una herramienta de evaluación basada en el modelo de ocupación humana (MOHO), la cual se le ha designado la captación de percepciones de los clientes en su propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente a su desempeño.

Esta variable será evaluada por el ítem 4 (Roles). Las evaluaciones posibles para calificar esta variable se subdividen en 14 sub-ítems, los cuales son” Padre”, “Esposo”, “Pareja”, “Hijo”, “Abuelo”, “Trabajador”, “Estudiante”, “Amigo”, “Miembro activo de un grupo religioso”, “Proveedor de cuidados”, “Amo de casa”, “Aficionado”, “Participante en organizaciones”, “Voluntario” y “Otros roles”.

- Clasificación:
- Es una variable cualitativa.
- Es una variable individual, ya que las unidades de observación son los individuos.
- Es una variable nominal, ya que no habrá un orden de categorías
- Es una variable constitutiva
- Es una variable secundaria

Capítulo III: Marco Metodológico.

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es de carácter cuantitativo, ya que posee una base en la medición numérica y el análisis estadístico en la que se utilizará la recolección de datos para probar la hipótesis que fue generada en una etapa inicial.

3.2 PARADIGMA Y PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS.

3.2.1 Paradigma positivista:

En este paradigma la teoría se encuentra orientada en la práctica. Las teorías sociales y educativas deben ser conformes a las normas y criterios científicos, en donde se busca proponer plantear una hipótesis en forma de leyes generales con el fin de buscar su validación, siendo este proceso de validación el resultado del contraste de las consecuencias teóricas con las observaciones experimentales (Ortiz, 1993).

“El paradigma se centra y se basa en la construcción y conocimiento de la realidad a través de metodologías y herramientas” (Comte, 1844), se relaciona con nuestra investigación ya que es capaz de estudiar y formular una hipótesis que será buscar como en un hombre con amputación se ve disminuida la volición. Se trabajará en esta hipótesis a través de la observación y análisis de los diferentes instrumentos que darán un resultado a la investigación.

Este paradigma tiene un enfoque metodológico predominantemente cuantitativo, siendo nuestra investigación con este tipo de variables, como se mencionaba con anterioridad la realidad es única, es por lo cual los resultados serán dicotómicos y

para llegar a ellos la información puede ser fragmentada para su análisis. De acuerdo con la concepción dialéctica del conocimiento existen múltiples realidades construidas por cada persona, por lo tanto, el estudio de una parte está influida por el estudio de las otras partes de esa realidad, se puede reflejar a través de este paradigma como la persona que en este caso será un hombre con amputación, tendrá diferentes variables como lo serán intereses, valores, causalidad personal y roles que generan diferentes realidades en cada caso, es por lo cual se busca analizar todas estas realidades para ir viendo los diferentes cambios que pueden existir teniendo como foco el sentido de volición en cada persona (Cascante, 2003) .

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación presenta un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo. En el orden de la idea anterior, es de tipo correlacional debido a que recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. El propósito de este diseño es comenzar a conocer una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o conjunto de variables, que en nuestro caso el foco es hombres con amputación. Como esta situación ocurrió en un tiempo determinado no tendremos el control, ni podremos influir o manipular la condición antes mencionada, debido a que los sujetos serán observados en su realidad. Y a su vez es de tipo descriptivo, ya que, las variables van por separado.

Este diseño descriptivo es el indicado cuando se busca establecer la descripción y el grado de relación entre variables que en nuestro caso son: valores, intereses, causalidad personal y roles. Esto nos permite explorar hasta qué punto las variaciones observadas entre las variables dependen una de la otra.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1 Población y muestra

3.4.1.1 Criterios de inclusión:

- Hombres mayores de 20 años de edad.
- Hombres con amputaciones en miembros superiores, inferiores o ambos.
- Hombres con amputaciones parciales, totales o ambas.
- Hombres con amputaciones adquiridas.

3.4.1.2 Criterios de exclusión:

- Hombres mayores a 70 años de edad.
- Hombres que padezcan algún tipo de enfermedad terminal.
- Hombres que contengan una amputación congénita.

3.4.1.3 Muestreo

La muestra que usaremos será del tipo estratificada buscando así obtener datos uniformes sobre nuestra población ya que esta abarcará un gran rango de edad (20 a 70 años) donde cada estrato corresponderá proporcionalmente a la población. Además la selección de las personas será al azar, dentro de los cuales deben presentar una o más de una amputación.

3.4.1.4 Muestra

Para el siguiente estudio se eligieron a 28 hombres que poseen algún tipo de amputación, tanto de miembro superior como inferior dentro de la región del Biobío.

3.4.2 Procedimientos e instrumentos de colecta de datos

3.4.2.1 Procedimiento

En primera instancia se seleccionarán al azar a las personas a evaluar dentro de la región del Biobío. Al llegar a ellos se presentarán a los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad San Sebastián, los objetivos de la investigación y en qué consiste la encuesta, solicitando el permiso de su participación en el proceso de investigación, además de dar a conocer que toda información quedará resguardada y será de total confidencialidad, mediante el consentimiento informado (Anexo 1). Se les preguntará si el lugar de reunión es posible en su hogar, trabajo o espacio de vida en el que están, para que logren desarrollar la encuesta de la forma más consciente posible. Considerando que el instrumento es un auto- evaluación de sí mismo, no se establece un límite de tiempo para la aplicación de este, lo cual podrá ser aplicado por distintas evaluadoras.

Finalmente se agradecerá la participación de cada persona, por abrirnos las puertas de su hogar, por el tiempo que se dispusieron y por aportar en la investigación.

3.4.2.2 Instrumento de colecta de datos

Se aplicará a los encuestados el instrumento de Auto-evaluación Ocupacional (OSA), este es una herramienta de evaluación basada en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2004), en la que se le ha sido designada la captación de las percepciones de los clientes en su propia función ocupacional (Anexo 1).

Este instrumento consta de 2 componentes (Auto-evaluación de “mi mismo” y de “mi ambiente”), en la cual, ambos se dividen en ítems. El componente de auto-evaluación de “mi mismo” se divide en 3 ítems (valores, intereses y causalidad personal). En cambio, el segundo componente de auto-evaluación de “mi ambiente” se divide en 2 ítems (valores y causalidad personal).

Este instrumento fue adaptado para la toma de muestra, denominado Auto-evaluación ocupacional adaptado, en la que solo aplicaremos el componente que permite la evaluación de “mí mismo”, por lo que, el segundo componente que permite la evaluación de “mi ambiente” fue eliminado del instrumento.

En el componente de evaluación de “mí mismo”, se le incorporó un nuevo ítem a los antes mencionados, que nos permitirá incluir los roles, por lo que así se medirán los 4 ítems de manera unificada en un solo instrumento. Además de la modificación antes mencionada, el ítem de intereses fue modificado para ser reemplazado por un listado de intereses adaptado en relación a los roles.

3.4.3 Técnicas de análisis de datos

se utilizará una técnica de análisis de datos descriptiva, ya que su objetivo es ayudar a comprender la estructura de los datos, de manera de detectar tanto un patrón de comportamiento general como apartamientos del mismo, hecha la observación anterior esta técnica de análisis permite poder organizar los datos y generar una interpretación más fácil. Esto se realizará mediante tablas que recolectarán los datos obtenidos dentro de la muestra organizándolos en número de ítems por cada objetivo específico, número de personas y porcentaje, dentro de los valores, intereses, causalidad personal y roles.

Explorar los datos obtenidos y organizarlos a través de tablas nos permite poder generar un análisis más profundo de los datos y a su vez poder realizar un cruce de la información que nos otorga llegar a conclusiones que sean válidas.

3.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

La validación de nuestro instrumento de investigación fue revisada y aprobada por tres Terapeutas Ocupacionales quienes tienen la experiencia en el área de las ciencias de la ocupación y área física. En primera instancia fue evaluado por el docente Pablo Muñoz, quien posee la experiencia en el área de las ciencias de la ocupación, debido a que tiene un diplomado en el Modelo de Ocupación Humana, cuyas modificaciones fueron, que se deben separar dentro del instrumento el ítem 1 y 2 de los ítems 3 y 4, para que sea más sencillo de comprender por el entrevistado. Otras de las modificaciones realizadas fue la eliminación de la opción “otros roles” en el ítem 4 del instrumento (Anexo 2).

En segunda instancia fue evaluado por el docente Diego Hinojosa, quien posee la experiencia tanto en el área física como en el área de las ciencias de la ocupación, cuyas modificaciones fueron, especificar si las amputaciones serán en miembro superior, inferior o ambas, y si se tomará en cuenta amputaciones parciales o completas, ya que en el instrumento debe ir especificado que tipo de amputación es la que tiene la persona para visualizar cómo esto impacta en cada ítem. Otra de las modificaciones fue agrupar las categorías a evaluar en personal, funcional y social, para que sea más sencillo de comprender por el entrevistado (Anexo 3).

En tercera instancia fue evaluado por el docente Alex Ríos, quien posee la experiencia tanto en el área física como en el área de las ciencias de la ocupación, cuyas modificaciones fueron, categorizar el apartado de causalidad personal, valores, intereses y roles. Además, se menciona modificar los rasgos generales como el orden en la información, n° de hojas, ecuilización de tablas, entre otros (Anexo 4).

3.6 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.6.1 Objetivo Específico n° 1: *“Describir los valores de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”.*

En relación al apartado de VALORES, se observa que de la muestra 21 personas (75%), en el ítem de “concentrarme en mis tareas” afirman que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 19 personas (68%) en el ítem de “hacer físicamente lo que necesito hacer” afirmar que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 23 personas (82%) en el ítem de “cuidar el lugar donde vivo” afirman que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 24 personas (86%) en el ítem de “Cuidar de otros de quienes soy responsable” indican que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 25 personas (90%), en el ítem de “llegar de donde necesito ir” indican que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 22 personas (81%) en el ítem de “Manejar mis finanzas” señalan que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, 26 personas (92%) en el ítem “Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación) señalan que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí” (TABLA 1). En el ítem “Llevarme bien con otros” 22 personas (79%) señalan que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, en cuanto al ítem “Relajarme y disfrutar” 22 personas (79%) indican que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, en el ítem de “Completar lo que necesito hacer” 24 personas (85%) afirman que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí”, en el ítem de “Manejar mis responsabilidades” 23 personas (82%) indican que “Esto es muy importante para mí” o “ Esto es sumamente importante para mí”. Se hacen algunas comparaciones en los siguientes ítems, ya que, la cantidad de personas que marcan la opción de la pauta son similares en número, estos son, “participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, etc.” 14 Personas

(50%) indican que “Esto es importante para mí” o “Esto es muy importante para mí” y las 14 personas restantes (50%) indican que “Esto es sumamente importante para mí”, en el ítem de “Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante” 13 personas (46%) señalan que “Esto es importante para mí” o “Esto es muy importante para mí” y las 15 personas restantes (54%) señalan que “Esto es sumamente importante para mí”, en el ítem de “Llevar a cabo lo que necesito hacer” 13 personas (47%) indican que “Esto es importante para mí” o “Esto es muy importante para mí” y las 15 personas restantes (54%) indican que “Esto es sumamente importante para mí”, por último en el ítem de “Usar con eficacia mis habilidades” 28 personas (100%) señalaron que “Esto es muy importante para mí” o “Esto es sumamente importante para mí” (Tabla 1).

3.6.2 Objetivo Específico n°2: “*Describir los intereses de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío*”.

En el apartado de INTERESES se observa que de la muestra 25 personas (89,3%) indicó como uno de sus intereses “Estar con mi familia”, 21 personas (75%) indicó como uno de sus intereses “Celebrar días festivos con la familia”, 19 personas (67,9%) indicó como uno de sus intereses “Cocinar”, 14 personas (50%) indicó como uno de sus intereses “Trabajar en equipo”, “Cuidar mascotas”, “Hacer deportes” y “Pertener a un club”, 13 personas (46,3%) indicó como uno de sus intereses “Pasear tiempo con los padres”, 9 personas (32,1%) indicó como uno de sus intereses “Ir a cenar” y “Participar en trabajos voluntarios”, 8 personas (28,6%) indicó como uno de sus intereses “Salir con amigos”, 7 personas (25%) indicó como uno de sus intereses “Participar en actividades religiosas”, 5 personas (17,9%) indicó como uno de sus intereses “Ir al cine” y 4 personas (14,3%) indicó como uno de sus intereses “Estudiar” (Tabla 2).

3.6.3 Objetivo Específico n°3: “Conocer la causalidad personal de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”.

En relación al apartado de CAUSALIDAD PERSONAL, se observa que de la muestra 6 personas (21%), en el ítem de “concentrarme en mis tareas” afirman que “Hacer esto es un poco difícil para mí” y 22 personas (79%) afirman que “Esto lo hago bien” o “Esto lo hago sumamente bien”, 4 personas (14%) en el ítem de “cuidar el lugar donde vivo” afirman que “Hacer esto es un poco difícil para mí”, 6 personas (21%) en el ítem de “Manejar mis necesidades básicas” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí”, 2 personas (7 %), en el ítem de “Llevarme bien con otros” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí” y dentro de este mismo ítem se observa que 26 personas (93%) afirman que “Esto lo hago bien” o “Esto lo hago sumamente bien”, 7 personas (25 %) en el ítem de “Relajarme y disfrutar” señalan que “Hacer esto es un poco difícil para mí” y 21 personas (75%) señalan que “Esto lo hago bien” o “Esto lo hago sumamente bien”, 5 personas (18 %) en el ítem “Completar lo que necesito” señalan que “Hacer esto es un poco difícil para mí y 10 personas (36%) indican que lo “Esto lo hago bien”, 4 personas (15%) en el ítem “Manejar mis responsabilidades” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí” y 11 personas (41%) indican que “Esto lo hago bien”, 3 personas (11%) en el ítem “Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, etc.” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí”, a su vez se observa dentro del mismo ítem que 11 personas (39%) indican que “Esto lo hago bien”, 4 personas (14%) dentro del ítem “Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante” afirman que “Hacer esto es un poco difícil para mí”, 5 personas (18%) dentro del ítem “Llevar a cabo lo que planificó hacer” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí” y 11 personas (39%) indican que “Esto lo hago bien”, 3 personas (11%) dentro del ítem “Usar con eficacia mis habilidades” indican que “Hacer esto es un poco difícil para mí” (Tabla 3).

3.6.4 Objetivo Específico n°4: *“Identificar como lo hombres amputados residentes en la región del Biobío participan en roles”.*

En relación al apartado de ROLES, se observa que de la muestra 21 personas (75%) indicaron como uno de sus roles “Ser padre” y “Trabajador”, 16 personas (57,1%) indicaron como uno de sus roles “Amigo”, 15 personas (53,6%) indicaron como uno de sus roles “Amo de casa”, 14 personas (50%) indicaron como uno de sus roles “Esposo”, “Hijo” y “Proveedor de cuidados”, 10 personas (35,7%) indicaron como uno de sus roles “Participar en organizaciones”, 9 personas (32,1%) indicaron como uno de sus roles “Pareja”, 7 personas (25%) indicaron como uno de sus roles “Abuelo”, 4 personas (14,3%) indicaron como uno de sus roles “Miembro activo de grupo religioso”, “Aficionado” y “Voluntario” y 3 personas (10,7%) indicaron como uno de sus roles “Estudiante” (Tabla 4).

Tabla n°1: Valores

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Concentrarme en mis tareas.	Esto no es importante para mi	3	11%
	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	10	36%
	Esto es sumamente importante para mi	11	39%
Hacer físicamente lo que necesito hacer.	Esto no es importante para mi	3	11%
	Esto es importante para mi	6	21%
	Esto es muy importante para mi	8	29%
	Esto es sumamente importante para mi	11	39%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Cuidar el lugar donde vivo.	Esto no es importante para mi	2	7%
	Esto es importante para mi	3	11%
	Esto es muy importante para mi	9	32%
	Esto es sumamente importante para mi	14	50%
Cuidar de otros de quienes soy responsable.	Esto no es importante para mi	1	4%
	Esto es importante para mi	3	11%
	Esto es muy importante para mi	5	18%
	Esto es sumamente importante para mi	19	68%
Llegar donde necesito ir.	Esto no es importante para mi	1	4%
	Esto es importante para mi	2	7%
	Esto es muy importante para mi	10	36%
	Esto es sumamente importante para mi	15	54%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Manejar mis finanzas.	Esto no es importante para mi	2	7%
	Esto es importante para mi	3	11%
	Esto es muy importante para mi	6	22%
	Esto es sumamente importante para mi	16	59%
Manejar mis necesidades básicas.	Esto no es importante para mi	1	4%
	Esto es importante para mi	1	4%
	Esto es muy importante para mi	6	21%
	Esto es sumamente importante para mi	20	71%
Expresarme con otros.	Esto no es importante para mi	2	7%
	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	8	29%
	Esto es sumamente importante para mi	14	50%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Llevarme bien con otros.	Esto no es importante para mi	1	4%
	Esto es importante para mi	5	18%
	Esto es muy importante para mi	10	36%
	Esto es sumamente importante para mi	12	43%
Identificar y resolver problemas.	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	15	54%
	Esto es sumamente importante para mi	9	32%
Relajarme y disfrutar.	Esto es importante para mi	6	21%
	Esto es muy importante para mi	10	36%
	Esto es sumamente importante para mi	12	43%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Completar lo que necesito hacer.	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	13	46%
	Esto es sumamente importante para mi	11	39%
Tener una rutina satisfactoria.	Esto es importante para mi	6	21%
	Esto es muy importante para mi	13	46%
	Esto es sumamente importante para mi	9	32%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Manejar mis responsabilidades.	Esto no es importante para mi	1	4%
	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	9	32%
	Esto es sumamente importante para mi	14	50%
Participar como estudiante, trabajador, miembro de familia, etc.	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	10	36%
	Esto es sumamente importante para mi	14	50%
Hacer actividades que me gustan.	Esto es importante para mi	2	7%
	Esto es muy importante para mi	13	46%
	Esto es sumamente importante para mi	13	46%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Trabajar con respecto a mis objetivos.	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	15	54%
	Esto es sumamente importante para mi	9	32%
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante.	Esto es importante para mi	5	18%
	Esto es muy importante para mi	8	29%
	Esto es sumamente importante para mi	15	54%
Llevar a cabo lo que necesito hacer.	Esto es importante para mi	4	14%
	Esto es muy importante para mi	9	32%
	Esto es muy importante para mi	15	54%
Usar con eficacia mis habilidades.	Esto es muy importante para mi	13	46%
	Esto es muy importante para mi	15	54%

Tabla n°2: Intereses

Ítems	N° de ítems	N° de personas	Porcentaje (%)
Estar con la familia.	1	25	89,3%
Ir a cenar.	2	9	32,1%
Ir al cine.	3	5	17,9%
Pasar tiempo con los padres.	4	13	46,3%
Celebrar días festivos con la familia.	5	21	75%
Trabajar en equipo.	6	14	50%
Estudiar.	7	4	14,3%
Salir con amigos.	8	8	28,6%
Participar en actividades religiosas.	9	7	25%
Cuidar mascotas.	10	14	50%
Cocinar.	11	19	67,9%
Hacer deportes.	12	14	50%
Pertenecer a un club.	13	14	50%
Participar en trabajos de voluntariado.	14	9	32,1%

Tabla n°3: Causalidad Personal

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Concentrarme en mis tareas.	Hacer esto es un poco difícil para mi	6	21%
	Esto lo hago bien	12	43%
	Esto lo hago sumamente bien	10	36%
Hacer físicamente lo que necesito hacer.	Hacer esto es un gran problema para mi	1	4%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	8	29%
	Esto lo hago bien	8	29%
	Esto lo hago sumamente bien	11	39%
Cuidar el lugar donde vivo.	Hacer esto es un poco difícil para mi	4	14%
	Esto lo hago bien	15	54%
	Esto lo hago sumamente bien	9	32%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Cuidar de otros de quienes soy responsable.	Hacer esto es un gran problema para mi	1	4%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	2	11%
	Esto lo hago bien	13	36%
	Esto lo hago sumamente bien	14	50%
Llegar de donde necesito ir.	Hacer esto es un gran problema para mi	2	7%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	2	7%
	Esto lo hago bien	14	50%
	Esto lo hago sumamente bien	10	36%
Manejar mis finanzas.	Hacer esto es un gran problema para mi	2	7%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	5	18%
	Esto lo hago bien	9	32%
	Esto lo hago sumamente bien	12	43%

Ítems	ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Manejar mis necesidades básicas.	Hacer esto es un poco difícil para mi	6	21%
	Esto lo hago bien	10	36%
	Esto lo hago sumamente bien	12	43%
Expresarme con otros.	Hacer esto es un gran problema para mi	3	11%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	2	7%
	Esto lo hago bien	11	39%
	Esto lo hago sumamente bien	12	43%
Llevarme bien con otros.	Hacer esto es un poco difícil para mi	2	7%
	Esto lo hago bien	11	39%
	Esto lo hago sumamente bien	15	54%

ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Identificar y resolver problemas.	Hacer esto es un gran problema para mi	1	4%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	3	11%
	Esto lo hago bien	15	54%
	Esto lo hago sumamente bien	9	32%
Relajarme y disfrutar.	Hacer esto es un poco difícil para mi	7	25%
	Esto lo hago bien	9	32%
	Esto lo hago sumamente bien	12	43%
Completar lo que necesito hacer.	Hacer esto es un poco difícil para mi	5	18%
	Esto lo hago bien	10	36%
	Esto lo hago sumamente bien	13	46%
Tener una rutina satisfactoria.	Hacer esto es un poco difícil para mi	6	21%
	Esto lo hago bien	12	43%
	Esto lo hago sumamente bien	10	36%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Manejar mis responsabilidades.	Hacer esto es un poco difícil para mi	4	15%
	Esto lo hago bien	11	41%
	Esto lo hago sumamente bien	12	44%
Participar como estudiante, trabajador, voluntario de miembro de familia, etc.	Hacer esto es un poco difícil para mi	3	11%
	Esto lo hago bien	11	39%
	Esto lo hago sumamente bien	14	50%
Hacer las actividades que me gustan.	Hacer esto es un gran problema para mi	1	4%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	3	11%
	Esto lo hago bien	8	29%
	Esto lo hago sumamente bien	16	57%

Ítems	Ítem de respuesta	N° de personas	Porcentaje (%)
Trabajar con respecto a mis objetivos.	Hacer esto es un gran problema para mi	1	4%
	Hacer esto es un poco difícil para mi	5	18%
	Esto lo hago bien	13	46%
	Esto lo hago sumamente bien	9	32%
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante.	Hacer esto es un poco difícil para mi	4	14%
	Esto lo hago bien	13	46%
	Esto lo hago sumamente bien	11	39%
Llevar a cabo lo que planifico hacer.	Hacer esto es un poco difícil para mi	5	18%
	Esto lo hago bien	11	39%
	Esto lo hago sumamente bien	12	43%
Usar con eficacia mis habilidades.	Hacer esto es un poco difícil para mi	3	11%
	Esto lo hago bien	15	54%
	Esto lo hago sumamente bien	10	36%

Tabla n°4: Roles

Ítems	N° de ítems	N° de personas	Porcentaje (%)
Padre.	1	21	75%
Esposo.	2	14	50%
Pareja.	3	9	32,1%
Hijo.	4	14	50%
Abuelo.	5	7	25%
Trabajador.	6	21	75%
Estudiante.	7	3	10,7%
Amigo.	8	16	57,1%
Miembro activo de un grupo religioso.	9	4	14,3%
Proveedor de cuidados.	10	14	50%
Amo de casa.	11	15	53,6%
Aficionado.	12	4	14,3%
Participante en organizaciones.	13	10	37,7%
Voluntario.	14	4	14,3%

3.7 DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se entiende que una amputación será un evento en la vida de una persona que impactará de diferentes maneras dependiendo de múltiples factores incidentes en esta, desde lo anterior es que, un evento de tan grandes dimensiones significa una vivencia o experiencia vital que puede modificar todos los componentes volitivos y resignificar los roles. Desde esta investigación es posible visualizar como la resignificación de los roles le entregará un realce a la familia, así como un apoyo dentro de esto. Además es posible visualizar una experiencia en la que las personas amputadas se sentirán más eficaces tomando importancia en sus vidas aspectos relacionados con intereses, valores y causalidad personal.

En cuanto al objetivo específico n°1 “Describir los valores de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”

Se sabe que los valores influyen en forma importante en el sentido de eficacia que la persona adquiere al hacer ciertas cosas. Por el hecho de que los valores involucran compromisos de desempeño en formas culturalmente significativas y sancionadas, al seguirlos, experimentamos un sentido de pertenencia y de propiedad. Aún más, uno no actúa en contra de sus propios valores sin sentir vergüenza, culpa o fracaso o inadecuación (Kielhofner, 2011). Desde aquí en el libro “Los amputados y su rehabilitación” se menciona que el impacto en la salud mental que experimenta una persona que es amputada, pese a que se ha documentado ampliamente, muy pocas veces es tomado en cuenta en el plan de atención y no representa una prioridad en las intervenciones, por lo que aspectos personales como son sus emociones quedan relegados, olvidando que éstos constituyen una parte fundamental del desarrollo humano (Vásquez, 2016). Lo anteriormente descrito se ve evidenciado en la investigación, en la cual se refleja que los sentimientos propios de cada individuo genera que estos se encuentren motivados o no dentro de la realización de sus acciones, esto repercute dentro de las de la percepción de importancia que le entrega cada individuo a las actividades

dentro del instrumento. Los entrevistados aumentan el sentido de importancia que posee cada una de las actividades indicando como “Que esto es sumamente muy importante para mí” o “Muy importante para mí”, sobre todo en actividades que el entrevistado deba entregar algo esperado socialmente como por ejemplo “Participar como trabajador y/o estudiante”, “cuidar del lugar donde vivo”, “llevarme bien con otros”.

Dentro de valores se puede ver reflejado la alteración en el auto concepto de sí mismo, como actúa y qué metas o aspiraciones son deseables para la persona, ya que, según resultados del estudio “Paciente amputado de miembro inferior: necesidades físicas, emocionales y sociales insatisfechas” (Bahol, 2003), la satisfacción de necesidades de autoestima produce la confianza en sí mismo y sentimientos de valía, fortaleza, capacidad, utilidad y de competencia, influyendo directamente en el auto concepto, el cual juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un auto concepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, 2008), y como esta logra determinar el sentido e importancia de sus ocupaciones que realiza y como determina el grado de satisfacción que se deriva al desempeñarlas (Ocampo, 2010). Es por lo cual se logra entender que al momento en que la persona no logra desempeñarse ocupacionalmente de la manera en que lo realizaba antes de sufrir una amputación, genera un sentimiento de frustración en la realización de sus actividades que desencadena el que la persona aumente la importancia y a su vez valore más el realizar actividades que antes podía ejecutar de manera cotidiana y que le entregan un mayor sentimiento de aceptación dentro de sus actividades ya sea personales o sociales como lo serían “relajarme y disfrutar”, “Completar lo que necesito hacer”, “Hacer actividades que me gustan”, “Trabajar con respecto a mis objetivos”, “Manejar mis necesidades básicas” y “Manejar mis responsabilidades”.

En cuanto al objetivo específico n°2 “Describir los intereses de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”

De acuerdo a los resultados del estudio *“Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior”* (Álvarez, Simon, & Corral, 2016), las amputaciones de miembro inferior predominan en el sexo masculino, generando un impacto en el bienestar y la calidad de vida de estas personas, surgiendo una serie de necesidades no tan solo a nivel individual, sino también relacionada con su entorno familiar y social. Esto concuerda con los resultados de la investigación, los cuales han señalado como prioridad el “Estar con la familia” y “Celebrar días festivos con la familia”, entendiéndose de que necesitan, por tanto, el apoyo necesario para favorecer su paso por el proceso de adaptación de la nueva situación vital, ya que, el apoyo familiar ha resultado ser un factor de impacto importante, teniendo un rol de agente contenedor, además de ser un vínculo seguro de apoyo y aceptación. Esto se desarrolla a medida que la persona va aceptando la condición en la que se encuentra, ya que la amputación causa un gran impacto en las personas y sus familias, en las cuales provoca cambios en sus roles laborales, sociales y personales. De acuerdo a un estudio, se describió que hay una reducción de casi el 30% en la capacidad de recuperación de las personas con amputación de miembro inferior institucionalizados e insistió en el papel fundamental que ejerce la familia en su inclusión y participación social dentro de la comunidad (Álvarez, Simon, & Corral, 2016), ya que para la persona es valioso sentirse parte de algo generando un sentimiento de identificación en un ambiente determinado, lo cual influirá en el desarrollo cognitivo, el comportamiento y conductas determinadas de la persona, así como también en su salud y bienestar.

Por otro lado, también ocurre un impacto a nivel individual y social, ya que según el estudio *“Ajuste psicosocial en pacientes amputados”* menciona que perder alguna extremidad implica generar cambios en el estilo de vida, por lo que se debe desarrollar nuevas estrategias de exploración mediante el proceso volitivo, ya que

esto generará un cambio que le permita a la persona conducirse en su diario vivir a causa de la amputación (Jiménez, 2017). Estas nuevas estrategias se desarrollan, según Kielhofner, a partir de lo que las personas encuentran placentero y satisfactorio hacer, para poder identificar la preferencia de hacer ciertas cosas y no otras, a través de la realización de elecciones ocupacionales, donde paralelamente les permitirá desarrollar nuevos hábitos, que generarán una reestructuración de la rutina, proporcionando una adaptación a nuevos cambios, que influyen en el tipo de desempeño que desarrollarán en el diario vivir (Kielhofner, 2011). Esto concuerda con los estudios de nuestra investigación, ya que han señalado como segunda prioridad el “Trabajar en equipo”, “Cuidar mascotas”, “Hacer deportes” y “Pertenecer a un club”, realizadas después de haber vivido el proceso de amputación, entendiéndose de que estas elecciones realizadas para ellos son consideradas importantes en el nuevo proceso de adaptación, ya que este no debe ser un proceso intenso, sino más bien de forma paulatina para así abordar todas las áreas, tanto física, mental y principalmente social, por lo que se entiende la importancia de escoger actividades que les permitan socializar con otros, comprendiendo que el sentirse parte de un grupo genera una identidad definida, ayudando al crecimiento personal, entregando herramientas de confianza, respeto, apoyo y cuidados para la persona generando así, el propio auto concepto de ellos produciendo un bienestar ideal.

En cuanto al objetivo específico n°3 “Conocer la causalidad personal de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”

La causalidad personal nos da a entender cómo la persona valora sus propias capacidades físicas, intelectuales y sociales, así como, el sentido personal de efectividad del uso de las capacidades personales para lograr resultados deseados en la vida. Kielhofner (2006) menciona que “las personas construyen quienes son mediante lo que ellas hacen, lo que va determinando sus conductas y relaciones (p.23).

La percepción que tienen los amputados sobre su imagen corporal se genera por la combinación en cómo la persona percibe el mundo y cómo esto impacta en ellos (González, 2017). Cuando una persona amputada decide salir al mundo exterior se encuentra con que existen barreras al momento de buscar la reinserción en las diversas áreas, ya sea laboral, escolar, social y familiar, impactando de manera directa en la auto percepción que posee esta, pero será primordial el cómo las personas enfrentaran estas barreras y como su entorno los ayuda a poder sobre llevar esta nueva condición (Peña, 2008). Esto se ve reflejado en cómo los encuestados sienten que es “Esto lo hago bien” o “Esto lo hago sumamente bien” al realizar actividades que impliquen el tener que utilizar sus capacidades propias tales como el “Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante” y en “Usar con eficacia mis habilidades”.

Entendemos que los seres humanos tienen el propósito de generar una constante interrelación con su entorno, esta interrelación la cual puede tornarse positiva o negativa impacta de manera directa en el desempeño ocupacional. Dentro de esta investigación se puede ver reflejado en que en las actividades tales como “Manejar mis responsabilidades”, “Concentrarme en mis tareas”, “Manejar mis necesidades básicas” y “Participar como estudiante y trabajador” los encuestados mencionan no presentar problemas dentro de su realización, a causa de la amputación. La causalidad personal entendida desde Kielhofner (2006) busca trabajar desde el sentido de eficacia y de pertenencia en cada persona, como se mencionaba con anterioridad esta no se encontraría afectada, generando una percepción positiva que entrega como resultado un alto sentido de capacidad.

Frente al rechazo que las personas con discapacidad sufren de otras personas, se originan actitudes que representan mayores obstáculos para su reinserción social y aceptación de su autoimagen, repercutiendo en que tan eficaces se sienten de realizar sus actividades. Cada ser humano está conformado por un componente el cual se denomina resiliencia permitiendo que estos puedan salir adelante y continuar su vida una vez que han sufrido una amputación (Retana, 2007). Lo

anteriormente descrito da respuesta a que la mayoría de los encuestados como se menciona no presentan problemas para realizar actividades que impliquen el demostrar habilidades personales. El aislamiento, una visión negativa de su futuro, dificultad para aceptarse como persona debido a su autoimagen, creer que no pueden desarrollar otras habilidades por su accidente o aceptar los estereotipos negativos en cuanto a la discapacidad, serán problemáticas comunes e internas que viven la mayoría de las personas que han pasado por una amputación y que puedan repercutir en cualquier ser humano (Retana,2007) , lo importante será evaluar como cada individuo a través de sus experiencias comienza a adaptarse a una nueva vida, lo cual se ve reflejado dentro de que tan fácil o problemático es desarrollar sus habilidades dentro de las actividades que realiza en el día a día.

Dentro del objetivo Específico nº4: Identificar los roles en los hombres amputados residentes en la región del Biobío.

La acción rutinaria de cada individuo social, está influenciada por el hecho de que este pertenece e interactúa en un sistema social (Cartes & Montecinos, 2017). Este objetivo busca analizar cuáles son los roles que más se frecuentan dentro de esta investigación, relacionándolo con el impacto de una amputación, de esta manera es posible observar con los instrumentos aplicados que los participantes se identifican con el rol de “Padre”, “Hijo” y “Esposo” dejando entre ver que ser parte de una familia será una prioridad para ellos, ya que como se menciona en la Tesis de la Universidad Andrés Bello “Amputación y Reorganización Familiar” el apoyo familiar será un factor común para generar un soporte en la situación de la persona, ya que la interacción entre las personas se tornara menos problemática cuando estas han compartido experiencias vitales. Lo cual genera a su vez que la persona aumente el sentido de eficacia al momento de participar de sus roles debido a que internalizan los soportes sociales (Cartes & Montecinos, 2017). La familia y el sentirse acompañado será un aporte vital para las personas que se encuentran amputadas, estas entregan a las personas la fortaleza y la motivación para continuar adelante. En general el ser humano busca ser parte de un grupo,

por lo cual en el caso de una amputación el sentirse parte de un grupo genera sensación de satisfacción, siendo la base para poder desarrollarse bien de manera social (González, 2017).

El trabajo es visto como un área del desempeño ocupacional, y a partir de ésta, una persona puede desarrollar el rol de trabajador, cumpliendo la función de proveer económicamente a sí mismo y a su entorno (Cartes & Montecinos, 2017). El rol de “trabajador” al verse alterado puede generar de manera directa un cambio dentro de la imagen que proyecta la persona a nivel social y personal, provocando una disminución o aumento a nivel del sentido de eficacia de esta misma. Las amputaciones se definen según la tesis de la universidad central de Ecuador “Situación social de los pacientes con amputaciones en extremidades inferiores y superiores y su incidencia en el entorno socio familiar en el servicio de Traumatología del Hospital Eugenio Espejo período 2012- 2013” como un problema que coloca a la persona dentro de una mirada negativa, causada tanto por el dolor físico como por la exposición a una nueva situación que genera un estrés emocional, debido a la nueva adaptación que se provoca a nivel personal como social, es por lo cual este rol de “trabajo” permitirá que los entrevistados puedan sentirse activos dentro del entorno y a su vez eficaces con ellos mismo, generando un mejor proceso de adaptación y de logro dentro de las actividades que realizan dentro de su cotidianidad (Flores, 2015).

La volición será vista como el proceso interno de motivación por la realización de actividades (Kielhofner, 2011), ésta es necesaria para trabajar desde la causalidad personal que cada persona posee. La importancia de la satisfacción y el bienestar de los usuarios con respecto a sus roles sobre todo los que implican el compartir con demás personas tales como rol de “Padre”, “Hijo”, “Esposo”, “Amigo” y “Trabajador” radican en el hecho de que la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás, su ambiente y va variando según las experiencias vitales. Por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos juega un papel muy importante para facilitar la propia

aceptación de la nueva imagen corporal y la reintegración social, permitiendo la exploración de nuevas actividades y a su vez la participación dentro de sus roles (Retana, 2007).

El sentido de eficacia de las personas que sufrieron de una amputación traumática reciente disminuye dentro de algunas actividades y afecta las áreas emocionales, sobre todo el valor que se le entrega al realizar una actividad, debido a la dificultad de aceptar su autoimagen y el sentimiento de rechazo social que sienten fuera de su sistema familiar y comunal (Ocampo, 2010). La pérdida de un rol puede generar un rechazo a seguir participando de otros roles, debido a que afecta de manera directa en el sentido de volición del individuo (Retana, 2007). El participar de roles es fundamental dentro para cada persona, lo cual queda evidenciado a través de los intereses elegidos por los encuestados. Los roles estarán influenciados por el ambiente de cada individuo, considerando actualmente al hombre como el proveedor de recursos, genera que los roles más elegidos por los encuestados sean tales como el de "Trabajador", "Padre", "Hijo", "Esposo", "Amigo" y "Dueño de casa" considerando a estos fundamentales dentro del diario vivir de cada persona y su vez las bases para la participación de otros roles que impliquen el salir de la zona de confort de cada encuestado. Cada rol elegido por los encuestados da a comprender que el participar en roles de manera activa aumenta el sentido de eficacia de la persona y le genera un valor especial y adicional.

En cuanto al Objetivo General: Relacionar el componente volitivo en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío.

De acuerdo a lo revisado en esta investigación, queda en evidencia cómo la experiencia de una amputación en la vida de una persona le entregará un nuevo sentido a distintas esferas de su vida, es entendido así que los roles tengan una re significación, alzando a la familia como núcleo y sustento de gran importancia.

También los intereses se vuelcan tornándose claro las preferencias a las actividades sociales, entendiéndose que las personas que rodean al individuo van a ser importantes en todas las esferas de la vida del sujeto.

Aun así se necesita esfuerzo y concentración adicionales para lograr esta re significación en la vida de la persona, en el caso de los de los entrevistados demuestran una eficacia en sus vidas que acompaña a la rutina cotidiana, adicionando los intereses, considerándose así como capaces y el disfrutando lo que produce el hacer. En referencia a esto y según lo señalado por Kielhofner el año 2004, menciona que las adaptaciones físicas o de procedimientos necesarias para permitir el desempeño pueden afectar negativamente o positivamente el ambiente y las actividades. Muchas personas con discapacidades adquiridas describen vale la pena la participación en los antiguos pasatiempo y a su vez estos cobran mayor importancia que antes, ya que pueden disfrutar y valorizar acciones que realizaban en un pasado y que actualmente han debido ser adaptadas para su realización. Así mismo lo reafirma Font en su tesis, el año 2016 Cuando se produce una amputación las secuelas físicas son las que rápidamente llaman la atención. Sin embargo, aunque son importantes no son exclusivas, la amputación causa un gran impacto en las persona y sus familias, provocando cambios en sus roles laborales, sociales y personales (Font, 2016).

Debido a lo anteriormente mencionado, se relaciona con los objetivos de la investigación, ya que podemos evidenciar como cada uno de ellos tomará una perspectiva distintiva luego de la amputación, lo que se verá reflejado en el ambiente y dejando entre ver como la familia tomará un rol fundamental para los participantes de esta investigación, quedando en evidencia tanto en los roles como en los intereses escogidos por ellos, ya que como se menciona en la Investigación *Amputaciones y Reorganización Familiar*, la familia será un sistema sociocultural que posee transformaciones continuas (Cartes & Montecinos, 2017) por lo que, según en la investigación esta se tornará más importante o tendrá una mayor relevancia para las personas afectadas con una amputación, evidenciado en la

selección del ítem de intereses, siendo más significativo para ellos el apoyo durante el proceso de la amputación, así como también la aceptación de estos nuevos cambios ya transcurridos posteriores a la amputación.

Por ende, se relaciona el objetivo general con los roles, puesto que se ve clarificado la relación dinámica que presenta la causalidad personal, los valores e intereses al momento de hacer un análisis en relación a los roles presentes en hombres con amputación. Dejando en claro, de que si bien, compartimos una perspectiva cultural con aquellos que nos rodean, cada uno de nosotros somos persona con pensamientos y sentimientos volitivos distintos, reflejados por las condiciones y con mayor presión a través de nuestra historia de vida experimentada, teniendo en cuenta que la volición comienza con las tendencias biológicas como nuestro nivel de alerta, los modos sensoriales preferidos y los temperamentos, siguiendo con un proceso continuo. (Kielhofner, 2004). Esto significa, según Kielhofner, que los pensamientos y sentimientos volitivos ocurren a través del tiempo, a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones (Kielhofner, 2011). Lo anteriormente mencionado se puede ver reflejado en que una persona que sufre una amputación pasa por un proceso interno que lo lleva a cambiar la manera en la cual observa las cosas y a su vez a experimentar nuevas formas de realizar ocupaciones que con el tiempo genera el sentirse nuevamente eficaces dentro de sus actividades de la vida diaria.

De acuerdo a una investigación, la *Descripción y análisis de una intervención de Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro de inferior en la promoción de la independencia y autonomía personal*, menciona que el impacto que genera la amputación, tanto a nivel psicológico, personal, familiar y social, se ve reflejado en la disminución del nivel de independencia y autonomía personal, generando alteraciones en el rol que desempeña la persona dentro de su comunidad. La mayor red de apoyo que puede poseer una persona será su familia por lo cual será primordial que para volver a retomar la independencia y

autonomía perdida, la persona trabaje en conjunto con su ambiente (Álvarez, 2015). Esto tiene directa relación con la investigación, ya que si bien como se evidencia anteriormente en los resultados, no existe un cambio en la causalidad personal en cuanto al sentido de eficacia, ni en los valores mencionando que para ellos, realizar sus habilidades con eficacia es muy importante, se genera el análisis de que los roles en los cuales ellos participan serán fundamentales e influirán de manera directa dentro de cómo se observan a ellos mismos. Por lo que se puede concretar que las personas entrevistadas no habían sufrido una amputación reciente, permitiendo que hayan pasado por un proceso de duelo, el cual les genera estar actualmente potenciando sus virtudes personales y valorizando el desempeñarse de manera activa dentro de sus quehaceres propios y con el ambiente.

Del mismo modo, en la investigación anteriormente mencionada, se indica que el cambio en la imagen corporal puede traer consecuencias a nivel emocional, ya que la pérdida de una extremidad se ha visto relacionada con el proceso de duelo de la muerte, al representar la pérdida no tan solo de la integridad corporal, sino del sentido de uno mismo (Álvarez, 2015). Esto tiene relación con la investigación, ya que si comprendemos el ciclo del componente volitivo, necesitamos explorar nuevas áreas de interés, en cuanto a lo que cada uno le parece importante de hacer y efectivo a la vez, para obtener un desempeño exitoso según la perspectiva de cada uno. Si bien se entiende que, luego de una amputación, se produce un impacto a nivel emocional, disminuyendo la volición, específicamente en cómo ellos se sienten realizando diferentes actividades, con el transcurso del tiempo ellos logran dar una mayor importancia, a pesar de las dificultades, a las cosas que quieren lograr, lo cual genera un aumento en la exploración y devuelve a las personas el sentido de eficacia dentro de sus actividades, aumentando de manera directa dentro de volición.

Estos resultados reafirman la importancia del trabajo desde el Modelo de Ocupación Humana, puesto que todos los cambios que se pueden producir en este proceso, deben ser trabajados desde el respeto y la comprensión por la vida de la persona afectada, entendiendo su contexto y como este se ha visto afectado por el impacto de una amputación y como se mencionaba anteriormente la transformación que ha tenido la esfera social de la persona.

3.8 CONCLUSIÓN

Luego de la revisión y análisis de esta investigación, se rechaza la hipótesis de esta, “En residentes de la región del Biobío los componentes volitivos se verán disminuidos producto del proceso de amputación, lo que va a repercutir en los roles ocupacionales”. De esta manera, según los datos arrojados por los instrumentos aplicados, no se logra visualizar una disminución dentro del componente volitivo en personas que han sufrido una amputación, ya que no se presentan afectaciones en las diferentes áreas de la persona, como son a nivel individual, familiar y social, por lo que no hay una repercusión en la elección de nuevos roles ocupacionales. Comprendiendo que una disfunción física altera y modifica la percepción, los estilos de vida e incluso los intereses de las personas afectadas, todo lo anteriormente descrito no influencia el auto concepto de ellos mismos, lo que se ve reflejado en el nivel de independencia y autonomía personal, así como también en los roles que cada uno desempeñaba dentro de su comunidad. Además se puede identificar que dentro de los intereses que ellos marcaron se encuentra el estar con la familia, entendiendo que este componente es un apoyo necesario para ellos por parte de sus familiares y personas cercanas, favoreciendo así su paso por el proceso de adaptación a la nueva situación vital, comenzando así a funcionar de una forma más armónica con ellos mismos, con las demás personas y con su entorno.

Dentro del marco de la investigación, existieron algunas limitaciones, principalmente en el acceso a la muestra y a la aplicación del instrumento. En cuanto al acceso a la muestra, esta se vio dificultada producto de un bajo registro y acceso a hombres amputados que contarán con los requisitos requeridos para la investigación, es así como fueron encontrados mayormente hombres de un rango etario por sobre los 70 años, los que quedaban excluidos de esta. A su vez la región escogida no favoreció en el hallazgo de la muestra, ya que era limitante en cuanto a la cantidad de esta. Respecto a la aplicación del instrumento la limitante principal fue la baja comprensión del instrumento por parte de los participantes, considerando que era una autoevaluación, esto debido a que no se encontraban

familiarizados con la terminología del instrumento, de esta forma se requirió de asistencia en algunas oportunidades durante la aplicación de este.

Dentro de las sugerencias propuestas para las siguientes investigaciones son, a nivel familiar realizar una evaluación, ya que las personas que participaron de la investigación consideran la importancia de la familia dentro de su proceso de rehabilitación, por lo que se hace importante conocer cuáles fueron los factores que influyen dentro del proceso de amputación vivido por ellos. Por otro lado también es importante realizar una investigación sobre cuál fue la repercusión o el impacto que generó esto en el área laboral y en las condiciones socioeconómicas, entendiendo que el hombre, por lo general, es el proveedor y sostenedor del hogar. a su vez, es importante indagar cómo fue el impacto en el desempeño de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y como fue el proceso de asesoramiento que tuvieron. Así mismo otra sugerencia propuesta es tener en consideración si la amputación ha sido reciente, ya que es un factor que influiría dentro de la percepción y las respuestas de la persona. Finalmente se sugiere contemplar el ambiente de la persona dentro de la investigación como un componente que influye en la volición.

Bibliografía

- Athus, S., Nevid, J., & Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad Humana*. (6ta. Ed.)
- Álvarez, C. (2015). *Descripción y análisis de una intervención de terapia ocupacional en personas con amputación de miembro inferior*. Obtenido de [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16704/AlvarezMorga de Cristina TFG 2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16704/AlvarezMorga_de_Cristina_TFG_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Álvarez Morgade, C., Simón Sanjuan, M. L., & Corral Bergantiños, Y. (2016). *Terapia Ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: Análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal*. *TOG*, 14.
- Álvarez, C., Simon, M. L., & Corral, Y. (30 de Noviembre de 2016). *Terapia ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal*. Obtenido de <file:///C:/Users/kimbr/Downloads/Dialnet-TerapiaOcupacionalEnPersonasConAmputacionDeMiembro-5789762.pdf>
- Brodsky & Saltzman. (2016). *Mann's Surgery of the Foot and Ankle*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007365.htm>.
- Cardoso, D. R. (15 de septiembre de 2005). *Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior*. Recuperado el 26 de Agosto de 2017, de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/manual de amputados.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/manual_de_amputados.pdf)
- Cartes, L., & Montesinos, J. (2017). *Amputación y Reorganización Familiar*. Obtenido de http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/6031/a119353_C

[artes_L_Amputacion_y_reorganizacion_familiar_2017_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Cascante, L. G. (2003). El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento. *Revista digital Matemáticas, Educación e Internet*.

Comte, A. (1844). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/comte/discurso.pdf>

Costa, I., Driessnack, M., y Sousa, V. (2007). *Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa*. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38695782/es_v15n3a22.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1511652394&Signature=pfxj75Jkxc47ERATB7kJf97sto%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEs_v15n3a22.pdf.

Dr. Jesús Enrique Lara Valdivia, E. O. (s/d de enero-diciembre de 2001). *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. Recuperado el 29 de agosto de 2017, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2001000100009

Eснаоla, I. (2008). *El autoconcepto: Perspectiva de una investigación*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/175/17513105/>

Española, A. R. (2017). *Academia Real Española*. Obtenido de <http://www.rae.es/>

Espinoza, M. J. & García, D. (16 de Marzo de 2014). *Niveles de amputación en extremidades inferiores: Repercusión en el futuro del paciente*. Obtenido de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/11-Dra.Espinoza.pdf

Farro, I., Tapia, R., Bastías, L., Moltavo, R. & Iriarte, H. (Diciembre de 2012). *Características clínicas y demográficas del paciente amputado*. Obtenido de Revista Médica Herediana Scielo:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000400005&script=sci_arttext&tlng=en

Font, I. (2016). Características y experiencias del paciente con pie diabético y amputación. Obtenido de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/399233/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García, G., León, M., Abreu, R., & Peralta, M. y. (Julio de 2008). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado el 28 de Agosto de 2017, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300010

Gayoso, M. (2010). *CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AMPUTACIONES*. Recuperado el 30 de Agosto de 2017, de <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>

González, A. (2017). *Estudio sobre el duelo de una persona con amputación inferior y/o superior*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171c.pdf>

Grobler, I. (2008). *Re-defining self after limb loss: A psychological perspectiv*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/03093640802015912>

Heinze, S. (2014). *Salud mental y medicina psicológica*. Obtenido de <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1440§ionid=94750961#1114908572>

Ide, M., Watanabe & Toyonaga, T. (Diciembre de 2002). *Sexuality in persons with limb amputation*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/03093640208726647>

Jiménez García, K. (2017). Ajuste psicosocial en pacientes amputados: La psicología en el contexto sanitario. *Revista Cúpula*, 10.

Kielhofner, G. (2002). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Obtenido de <https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=hBQfhHCs->

[XIC&oi=fnd&pg=PA15&dq=volicion+terapia+ocupacional&ots=z-A9CgAHVt&sig=YuQN-m4IR9zQ5AV5kEIhiC8f9mw#v=onepage&q&f=false](https://www.researchgate.net/publication/260111111)

Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana, Teoría y aplicación*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana Teoría y Aplicación* (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Medica panamericana.

Lauren Kark, A. S. (2011). *Patient satisfaction following lower-limb amputation: the role of gait deviation*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0309364611406169>

López, B. & Pancorbo, M. J. (s.f). *Cuidados avanzados en enfermería traumatológica*. Obtenido de https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf

Loterzo, L. & Santamarta, L. (Marzo de 2012). *Amputaciones no traumáticas*. Recuperado el 29 de Agosto de 2017, de SCIELO: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raaot/v77n1/v77n1a10.pdf>

MacLachlan, D. M. (2000). *Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/03093640008726548>

Medline plus. (22 de septiembre de 2016). *Amputación traumática*. Recuperado el 29 de Agosto de 2017, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000006.htm>

Méndez, E. (1991). *Introducción al estudio de la invalidez*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Ocampo, M. L. (2010). *Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales*. Obtenido de http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3793/Documento%2042_IMPRESION.pdf?sequence=4

- Oliveira, G. C., & Boemer, M. R. (2007). La amputación bajo la percepción de quien la vive: un estudio desde la óptica fenomenológica. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a21.pdf
- Organización Mundial de la salud, de Recuperado el 28 de 09 de 2017(2017). Obtenido de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Ortiz, J (1993). *Paradigmas de la investigación*. Recuperado de <file:///C:/Users/monts/Downloads/305-1190-1-PB.pdf>
- Orol, D. M. (S/D de S/M de 2017). *CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AMPUTACIONES*. Recuperado el 30 de Agosto de 2017, de <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>
- Peña, E. (2008). *Discapacidad entre la vulnerabilidad, discriminación y justicia social*. Obtenido de https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/59_2/PDF/04-Art613-p16-22.pdf
- Retana, J. (2007). *La discapacidad por amputación traumática y educación emocional*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2007-15.pdf>
- Riveiro, D. (s.f). *El tratamiento integral del amputado*. Obtenido de <https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2009/10/TratamientoAmputado.pdf>
- Sandra M. Bañol H.*, D. C. (2003). *Revistas Fuc Salud*. Obtenido de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/330/333>
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. Madrid, España: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Senra, H. (2011). *Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215511410731>

- Serrano, J. O. (27 de Abril de 2009). *El paciente amputado: complicaciones en*. Recuperado el 29 de Agosto de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v7n2/v7n2a6.pdf>
- Esmail, S. (2010). *Attitudes and perceptions towards disability and sexuality*. Obtenido de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638280903419277>
- Spencer, A. (2005). *Sexualidad humana*. Obtenido de sexualidad humana: <https://es.scribd.com/doc/306542502/Varios-Sexualidad-Humana>
- Valdivia, O. (Enero-diciembre de 2001). *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. Recuperado el 29 de agosto de 2017, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2001000100009
- Vásquez, E. (2016). *Los amputados y su rehabilitación*. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
- Visco, E. N. (1 de junio de 2008). *Grupos de autoconocimiento: recurso*. Obtenido de fundamento de humanidades: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cc6c3690-5ba2-47bb-b34f-c18ca2548351%40sessionmgr4008>

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL
CAMPUS TRES PASCUALAS
CONCEPCIÓN

Instrumento de Seminario de investigación “Analizar los componentes de la volición en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del Biobío”

Integrantes: Kimberly Bustos
Catalina Fernández
Carolina Ferrada
Maccarena Garrido
Montserrat Salinas
Gabriela Vigores

Docente: Constanza Quiroz
Tutora: Valentina Rivera



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Introducción

Se aplicará a los encuestados el instrumento de Auto-evaluación Ocupacional (OSA), este es una herramienta de evaluación basada en el Modelo de la Ocupación Humana en la que se le ha sido designada la captación de las percepciones de los clientes en su propia función ocupacional. (Kielhofner 2004).

Este instrumento consta de 2 componentes (Auto-evaluación de “mi mismo” y de “mi ambiente”), en la cual, ambos se dividen en ítems. El componente de auto-evaluación de “mi mismo” se divide en 3 ítems (valores, intereses y causalidad personal). En cambio, el segundo componente de auto-evaluación de “mi ambiente” se divide en 2 ítems (valores y causalidad personal).

Este instrumento fue adaptado para la toma de muestra, denominado Auto-evaluación ocupacional adaptado, en la que solo aplicaremos el componente que permite la evaluación de “mi mismo”, por lo que, el segundo componente que permite la evaluación de “mi ambiente” fue eliminado del instrumento para permitir dar paso a una investigación más profunda de la persona y sus componentes, por último se agrega un nuevo ítem que es el de roles que busca entregar una visión más holística y completa de la persona.

Además, se incluirá una ficha de categorización dentro del instrumento, que nos permitirá poder clasificar los distintos aspectos, tales como amputación de miembro superior, amputación de miembro inferior, edad y uso de prótesis, con el fin de entregarnos resultados más concretos a la hora de la evaluación.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas entrevistadas, que dispusieron de su tiempo, sinceridad y el abrir las puertas de su hogar para la realización de este instrumento en relación a nuestro proyecto de investigación.



Ficha de categorización

Categoría															
Tipo de amputación			Miembro superior						Miembro inferior						
Uso de prótesis			Si						No						
Edad	20-30 a		31-40 a		41-50 a		51-60 a		61-70 a						

CAUSALIDAD PERSONAL

VALORES

INTERESES

ROLES

Paso 1: Abajo hay afirmaciones acerca de las cosas que hace en su vida diaria. Para cada afirmación, indique con una marca (x) cuan bien lo hace. Si algún ítem no corresponde a su realidad, márkelo y pase al ítem siguiente.

Paso 2: Ahora, para cada afirmación indique con una marca (x) cuán importante es para usted.

Paso 3: Para cada ítem, indique con una marca (x) de cotejo cuales son de sus intereses.

Paso 4: Al lado de cada rol, indicar con una marca (x) de cotejo que rol es el que presenta actualmente

	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto no es importante para mí	Esto es importante para mí	Esto es muy importante para mí	Esto es sumamente importante para mí
Concentrarme en mis tareas.								
Hacer eficientemente lo que necesito hacer.								
Eligir el lugar donde vivo.								
Eligir de otros a quienes soy responsable.								
Decidir de donde necesito ir.								
Manejar mis finanzas.								
Manejar mis necesidades físicas (alimentación, medicación).								

Estar con La familia		Padre	
Ir a cenar.		Esposo	
Ir al cine.		Pareja	
Pasar Tiempo con Los padres.		Hijo	
Celebrar Días festivos Con la Familia.		Abuelo	
Trabajar en Equipo.		Trabajador	
Estudiar.		Estudiante	
Salir con Amigos.		Amigo	
Participar En act. Religiosas.		Miembro Activo un Grupo religioso	

presarme con ros.								
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

CAUSALIDAD PERSONAL

VALORES

INTERESES

ROLES

Paso 1: Abajo hay afirmaciones acerca de las cosas que hace en su vida diaria. Para cada afirmación, indique con una marca (x) cuan bien lo hace. Si algún ítem no corresponde a su realidad, márkelo y pase al ítem siguiente.					Paso 2: Ahora, para cada afirmación indique con una marca (x) cuán importante es para usted.			
	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto no es importante para mí	Esto es importante para mí	Esto es muy importante para mí	Esto es sumamente importante para mí
Llevarme bien con otros.								
Identificar y resolver problemas.								
Relajarme y disfrutar.								
Completar lo que necesito hacer.								
Tener una rutina satisfactoria.								
Manejar mis responsabilidades.								

Paso 3: Para cada ítem, indique con una marca (x) de cotejo cuales son de sus intereses.		Paso 4: Al lado de cada rol, indicar con una marca (x) de cotejo que rol es el que presenta actualmente	
Cuidar Mascotas.		Proveedor de Cuidados	
Cocinar.		Amo de Casa.	
Hacer Deportes		Aficionado	
Pertenecer a Un club.		Part. en Organizaciones	
Participar En trabajos de Voluntariados.		Voluntario	

Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, etc.								
Hacer las actividades que me gustan.								
Trabajar con respecto a mis objetivos.								
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante.								
Llevar a cabo lo que planifico hacer.								
Usar con eficacia mis habilidades.								

ANEXO 2

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo, PABLO ANTONIO MUÑOZ SALGADO.-
(RUT: 16.358.115-9.-), por medio de la presente hago constar que he leído y
evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto:

“Analizar la volición en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del
Bío-Bío”

presentado por los alumnos: Kimberly Bustos R. (RUT: 19.123.260-7), Gabriela Vigores C.
(RUT: 18.987.654.8), Montserrat Salinas D. (RUT: 19.336.259-1), Catalina Fernández M.
(RUT: 19.127.358-3), Maccarena Garrido M. (RUT: 18.771.757-4) y Carolina Ferrada C.
(RUT: 19.651.751-0) para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual
apruebo en calidad de validador. Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del
instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.

Pablo Muñoz Salgado
Terapeuta Ocupacional
16.358.115-9

FIRMA

FECHA: 28/Noviembre/2017

ANEXO 3

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo, Diego Hinojosa Sáiz
(RUT: 16.936.210-6), por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto:

“Analizar la volición en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del Bio-Bío”

presentado por los alumnos: Kimberly Bustos R. (RUT: 19.123.260-7), Gabriela Vígores C. (RUT: 18.987.654.8), Montserrat Salinas D. (RUT: 19.336.259-1), Catalina Fernández M. (RUT: 19.127.358-3), Maccarena Garrido M. (RUT: 18.771.757-4) y Carolina Ferrada C. (RUT: 19.651.751-0) para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual apruebo en calidad de validador. Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.


DIEGO HINOJOSA S.
Terapeuta Ocupacional
16.936.210-6

FIRMA

FECHA: 29/Noviembre/2017

ANEXO 4

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo, Alex Vladimir Ros Ruiz
(RUT: 17081017-0), por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto:

"Analizar la volición en los roles de hombres con amputaciones residentes en la región del Bio-Bio"

presentado por los alumnos: Kimberly Bustos R. (RUT: 19.123.260-7), Gabriela Vigores C. (RUT: 18.987.654.8), Montserrat Salinas D. (RUT: 19.336.259-1), Catalina Fernández M. (RUT: 19.127.358-3), Maccarena Garrido M. (RUT: 18.771.757-4) y Carolina Ferrada C. (RUT: 19.651.751-0) para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual apruebo en calidad de validador. Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.


FIRMA

FECHA: 29/Noviembre/2017

Anexo 5

Universidad San Sebastián
Facultad de Ciencias de la Salud

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Título de la investigación: “Analizar la volición en los roles de hombres con amputaciones, residentes en la región del Biobío”

Investigador (es) responsable (s): Kimberly Bustos, Gabriela Vigores, Montserrat Salinas, Catalina Fernández, Carolina Ferrada y Maccarena Garrido.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, o no participar, en una investigación cuantitativa.

Objetivo de la investigación: Estamos cuantificando la relación que existe entre los intereses, valores y el sentido de capacidad y eficacia, al realizar las distintas actividades cotidianas, con los roles que presentan actualmente los hombres y que padecen algún tipo de amputación, residentes en la región del Biobío.

Procedimientos de la investigación: Si usted acepta participar en este proyecto de investigación se le realizará lo siguiente: Se le aplicará un instrumento de evaluación denominado “Auto-evaluación Ocupacional Adaptado (OSA)”, en el cual consta de preguntas en relación a como usted se siente realizando las distintas actividades cotidianas, además de los intereses y roles que presenta actualmente, esto con el fin de poder determinar la relación que existe entre estos componentes mencionados anteriormente.

Beneficios: Usted no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, su colaboración nos permitirá entender mejor si existe una relación entre los componentes de la volición y los roles.

Riesgos: La aplicación del instrumento puede generar el no completar la encuesta completamente y que no conste con el tiempo adecuado. Además de no dar con los resultados esperados, propuestas por nuestro grupo.

Costos: Su participación no tiene ningún costo económico para usted. Todos los costos de la investigación serán asumidos por los investigadores.

Compensaciones: Este estudio no contempla compensaciones para usted.

Declaración de Consentimiento

Universidad San Sebastián

Facultad de Ciencias de la Salud

Confidencialidad de la información: Los resultados obtenidos de la auto-evaluación se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en la defensa del proyecto de investigación, sin embargo, sus datos personales (nombres, información de contacto, etc.) o familiares no serán en ningún caso divulgados.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a retirar su consentimiento, y por tanto retirarse de esta investigación, en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como persona. Si usted retira su consentimiento, los resultados de la aplicación de la auto-evaluación será eliminada y la información obtenida no será utilizada.

Preguntas: Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar Constanza Quiroz, Dr. en Ciencias Biológicas y Docente de Metodología de la Universidad San Sebastián al correo cquirozw@docente.uss.cl y a Valentina Rivera, Terapeuta Ocupacional de la Universidad San Sebastián al correo riveravalentina.m@gmail.com.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- Se me entregará una copia firmada de este documento.

_____	_____	_____
Nombre participante	Firma	Fecha
 Kimberly Bustos Romero	_____	_____
Investigador	Firma	Fecha
 Catalina Fernández Meza	_____	_____
Investigador	Firma	Fecha
 Carolina Ferrada Cofré	_____	_____
Investigador	Firma	Fecha

Declaración de consentimiento
Universidad San Sebastián
Facultad de Ciencias de la Salud

Maccarena Garrido Muñoz

Investigador

Firma

Fecha

Montserrat Salinas Daroch

Investigador

Firma

Fecha

Gabriela Vigores Carril

Investigador

Firma

Fecha