PRAXIS
Revista Dominicana de Investigación en Salud

Vol. 1 · Núm. 1 · Artículo 13
e-ISSN 3117-2857

ENSAYO CIENTÍFICO

Vivir con una amputación traumática tras un siniestro vial: autonomía y participación social

Living with traumatic amputation after a road traffic crash: autonomy and social participation

Robert Zalzuela Alvarado[1], **Angely Nicole Sanchez Taveras**[1] **y Katherine Payero**[1]

[1] Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Santo Domingo, recinto Santiago, República Dominicana.

DOI
https://doi.org/10.68876/praxis.00013

ORCID
Robert Zalzuela Alvarado
0009-0003-9361-2021
Angely Nicole Sanchez Taveras
0009-0001-2370-5754
Katherine Payero
0009-0007-4635-9990

Palabras clave (DeCS)
Amputación Traumática
Adaptación Psicológica
Autonomía Personal
Participación Social
Rehabilitación

Keywords (MeSH)
Amputation, Traumatic
Adaptation, Psychological
Personal Autonomy
Social Participation
Rehabilitation

Responsable de correspondencia
Robert Zalzuela Alvarado
ralvaradorobert319@gmail.com

Historia editorial

Recepción
20/07/2026

Aceptación
30/09/2026

Publicado
04/11/2026

Resumen

Este ensayo sostiene que la adaptación posamputación debe valorarse por la posibilidad de decidir y realizar actividades significativas. La capacidad física es una dimensión de la recuperación, mientras que la participación efectiva también depende de los apoyos y de las oportunidades disponibles. Se examina el afrontamiento tras una amputación traumática, con atención al malestar emocional, la imagen corporal y las diferencias entre síntomas y diagnósticos psiquiátricos. Luego se analiza cómo la ayuda familiar, el apoyo entre pares, la accesibilidad y las condiciones laborales pueden ampliar o restringir la autonomía. Se propone evaluar la recuperación mediante metas elegidas con la persona y distinguir tres dimensiones: capacidad para realizar una tarea, control sobre las decisiones y participación efectiva. La literatura sobre trauma sustenta el argumento, con aportes comparativos de estudios sobre otras etiologías. Por ejemplo, una persona puede recuperar la capacidad de caminar y seguir sin poder volver al trabajo por falta de transporte accesible. Distinguir estas dimensiones permite identificar si la dificultad requiere atención clínica, apoyo psicosocial o cambios en el entorno. Los datos agregados de Moca ilustran el alcance de las categorías de calidad de vida. El esquema requiere evaluación local.

Abstract

This essay argues that adjustment after traumatic amputation should be assessed through the ability to make decisions and engage in meaningful activities. Physical capacity is one dimension of recovery, while actual participation also depends on available support and opportunities. The essay examines coping after traumatic amputation, focusing on emotional distress, body image, and the distinction between symptoms and psychiatric diagnoses. It then considers how family assistance, peer support, accessibility, and working conditions may enable or constrain autonomy. It proposes evaluating recovery through goals chosen with the individual and distinguishing three domains: capacity to perform a task, control over decisions, and actual participation. Evidence on traumatic amputation supports the argument, with studies of other causes used for comparison. For example, a person may regain the ability to walk yet remain unable to return to work because accessible transport is unavailable. Distinguishing these domains helps identify whether the barrier calls for clinical care, psychosocial support, or changes in the environment. Aggregate data from Moca illustrate what quality-of-life categories can capture. The framework requires local evaluation.

Cómo citar: Zalzuela Alvarado R, Sanchez Taveras AN, Payero K. Vivir con una amputación traumática tras un siniestro vial: autonomía y participación social. PRAXIS. Rev. Dom. Investig. Salud. 2026;1(1):13. DOI: https://doi.org/10.68876/praxis.00013.

CC BY-NC 4.0

Introducción y posición argumentativa

¿Qué significa recuperar la autonomía después de una amputación traumática? Para una persona puede significar volver a desplazarse sola. Para otra, decidir cómo cuidar a sus hijos, retomar el trabajo o participar en una actividad comunitaria con asistencia. La Clasificación Internacional del Funcionamiento distingue la capacidad para ejecutar una tarea y el desempeño en el entorno habitual[1]. Esa distinción permite formular el problema de este ensayo: una mejoría física puede ampliar lo que alguien es capaz de hacer y, al mismo tiempo, dejar intactas las barreras que le impiden hacerlo donde vive.

La tesis es que la adaptación posamputación debe valorarse también por la posibilidad de decidir y recuperar actividades significativas. Los estudios cualitativos sobre amputaciones traumáticas de miembros inferiores y superiores describen barreras ambientales, cambios en la identidad y el papel de las redes sociales[2,3]. Estos relatos permiten identificar mecanismos plausibles y experiencias relevantes. Su alcance es distinto al de una encuesta poblacional: ilustran cómo se restringe la participación, sin estimar cuán frecuente es cada barrera entre quienes sufrieron un siniestro vial.

Afrontamiento posamputación y salud mental

El afrontamiento comprende las respuestas con las que una persona maneja las demandas de una situación que ha cambiado. Puede incluir reorganizar tareas, solicitar apoyo, ensayar otra manera de realizar una actividad o modificar una meta. En entrevistas sobre traumatismos graves de extremidades inferiores, Paniagua y colaboradores identificaron experiencias de aceptación, aislamiento, malestar, imagen corporal y apoyo emocional. El estudio incluyó personas con amputación y con salvamento de la extremidad. Una investigación cualitativa en personas con amputación traumática de miembro inferior también documentó dificultades emocionales y sociales[4,5]. En conjunto, estos estudios justifican explorar experiencias diversas, sin convertir la aceptación en una etapa obligatoria ni atribuir las dificultades a una actitud individual.

Los síntomas depresivos pueden seguir trayectorias diferentes después de una amputación[6]. En un estudio de 39 adultos con amputación traumática de miembro superior, Cohen-Tanugi y colaboradores encontraron resultados positivos en instrumentos de detección de depresión y estrés postraumático durante el seguimiento[7]. Un tamizaje positivo señala la necesidad de valorar los síntomas en su contexto. El diagnóstico requiere evaluación clínica. La muestra de un único centro y el tipo de lesión impiden aplicar esas proporciones a todas las personas con amputaciones por siniestros viales.

El dolor, los recuerdos del siniestro, la percepción del cuerpo y la incertidumbre laboral pueden coexistir. La investigación fenomenológica aporta información sobre cambios en la manera de percibirse, y los relatos de quienes recibieron apoyo psicológico muestran por qué importa preguntar por el momento, la forma y la utilidad percibida de ese apoyo[8,9]. También importa cómo se mide la imagen corporal: los instrumentos y dimensiones empleados en personas con pérdida de miembro inferior son heterogéneos[10]. El dolor fantasma merece una valoración propia[11]. Reducir la experiencia a una sola puntuación puede ocultar qué problema necesita atención.

Ayuda, decisiones y autonomía

Una persona puede necesitar ayuda para moverse y conservar el control sobre a dónde ir, cuándo y con quién. Para valorar el apoyo familiar conviene distinguir la ayuda elegida de la sustitución de decisiones. En el primer caso, el apoyo hace posible una actividad que la persona considera importante. En el segundo, las decisiones sobre qué actividades retomar pueden quedar en manos de otros. Esta distinción permite preguntar qué ayuda desea la persona y qué decisiones quiere seguir tomando, en lugar de equiparar autonomía con ausencia de asistencia.

En usuarios ambulatorios de prótesis, la autoeficacia y el apoyo social se han asociado con la discapacidad percibida[12]. El diseño transversal impide establecer en qué dirección opera esa relación. La evidencia cualitativa sobre reintegración destaca el valor que algunas personas atribuyen a los pares, y una encuesta estadounidense de personas con pérdida de miembro inferior documenta experiencias de apoyo informativo y emocional[2,3,13]. Estos hallazgos sustentan ofrecer espacios de intercambio a quienes los deseen. La evidencia disponible aquí no establece que participar en un grupo produzca por sí solo una mejora funcional.

Las decisiones sobre el uso de prótesis ilustran el mismo problema. La perspectiva del profesional puede priorizar un desempeño técnicamente medible, mientras que la persona puede valorar comodidad, facilidad de uso o la posibilidad de cumplir una tarea específica. Las investigaciones sobre decisiones protésicas y problemas durante la rehabilitación respaldan incluir esas prioridades en la conversación clínica[14,15]. La autonomía se expresa también en la posibilidad de elegir cuándo y para qué utilizar una prótesis u otro apoyo.

Participación laboral y comunitaria

Una prueba de movilidad responde a una pregunta clínica válida. El nivel de amputación y las características de la prótesis se han estudiado en relación con la movilidad percibida[16]. Sin embargo, una mejor puntuación funcional deja abierta la cuestión de si hay transporte utilizable, si el lugar de trabajo es accesible y si las tareas se pueden adaptar. Las entrevistas sobre medición de resultados muestran que las personas valoran que se evalúe aquello que consideran importante, más allá de los dominios físicos[17].

El retorno al trabajo debe interpretarse desde la situación concreta de la persona. Las investigaciones sobre amputación traumática han examinado barreras laborales y también la situación de empleo de veteranos[18,19]. Otros estudios vinculan el retorno laboral con la calidad de vida después de lesiones graves o estudian predictores biopsicosociales en amputaciones disvasculares[20–22]. Esos contextos aportan preguntas para la evaluación, pero las diferencias de etiología, selección y protección laboral impiden combinar sus resultados como si describieran una sola población. Además, volver al trabajo previo es una meta posible. Cambiar de actividad, ajustar la jornada o retomar otra responsabilidad elegida también puede representar un resultado importante.

Implicaciones para la práctica y la investigación

El ensayo propone valorar tres dimensiones por separado: la capacidad para realizar una tarea, el control sobre las decisiones que la rodean y la participación efectiva. Por ejemplo, si una persona quiere regresar a su empleo, la evaluación

ENSAYO CIENTÍFICO · Editorial PRAXIS

CC BY-NC 4.0

puede registrar qué tareas puede desempeñar, qué ajustes desea negociar y si ha logrado retomar la actividad en las condiciones acordadas. Si todavía no pudo hacerlo, conviene identificar qué barrera persiste. De ese modo, una dificultad de acceso puede discutirse como tal, en vez de quedar absorbida por una puntuación de capacidad física.

Para una evaluación local, convendría incluir a personas con y sin prótesis y preguntar por actividades que desean retomar en el hogar, el trabajo y la comunidad. Reclutar solo en servicios protésicos dejaría fuera a quienes no han podido acceder a ellos. Un diseño que incluya ambos grupos permitiría distinguir dificultades de adaptación de barreras de acceso y describir a quién representa cada resultado.

Los programas pueden combinar las medidas clínicas con una meta elegida por la persona y una pregunta sobre qué impide alcanzarla. La respuesta puede orientar una conversación sobre accesibilidad, apoyo familiar, salud mental o ajustes en el trabajo. El paquete de intervenciones y las herramientas de información de la OMS ofrecen un marco para integrar rehabilitación y funcionamiento en los servicios[23–25]. La propuesta de este ensayo consiste en aplicar esa distinción al seguimiento de personas con amputación traumática, sin atribuir al esquema una eficacia que todavía debe evaluarse.

Calidad de vida y participación en Moca

En nuestro estudio en el Hospital Dr. Toribio Bencosme, 15 de las 16 personas con amputaciones asociadas a siniestros viales quedaron en la categoría alta del dominio social según la clasificación utilizada en Moca[26]. Doce participantes tenían entre 18 y 40 años y 15 eran hombres[26].

El predominio masculino en Moca (15/16, 93,8 %) también se observa en otro desenlace: en 2024, 1.890 de las 2.150 muertes viales en el lugar del siniestro con sexo registrado en República Dominicana correspondieron a hombres (87,9 %). El cálculo excluye 11 registros sin ese dato[27]. El contraste es descriptivo: el registro nacional mide mortalidad en el lugar del siniestro y el grupo hospitalario reúne personas con amputación. Ambos perfiles orientan preguntas de prevención y rehabilitación, pero no permiten estimar diferencias en el riesgo de amputación ni comparar la calidad de vida entre Moca y el país.

La calidad de vida social y la participación efectiva responden a preguntas distintas. Una valoración favorable de las relaciones personales puede coexistir con dificultades para volver al trabajo o participar en la comunidad. La distinción entre capacidad y desempeño[1], junto con los estudios cualitativos sobre apoyos y barreras tras una amputación traumática[2,3], orienta qué preguntar en el seguimiento: qué actividad desea retomar la persona, qué ha podido hacer y qué condiciones facilitarían su participación.

Alcance y limitaciones

El ensayo desarrolla una posición conceptual con literatura seleccionada. El resultado de Moca corresponde a las categorías utilizadas en el estudio y se interpreta en ese contexto. La frecuencia agregada del dominio social no permite identificar las actividades que retomó cada persona. Los estudios en población militar, personas con amputaciones disvasculares o usuarios de prótesis aportan contexto, con aplicabilidad limitada al entorno dominicano. La propuesta de evaluar por separado capacidad, decisiones y participación requiere evaluación local.

Conclusión

Recuperar capacidad física puede ampliar lo que una persona hace después de una amputación traumática. Recuperar autonomía requiere también poder elegir qué actividades retomar y contar con condiciones para realizarlas. Evaluar por separado la capacidad, las decisiones y la participación permite identificar dónde persiste la dificultad y si la respuesta corresponde al tratamiento clínico, al apoyo psicosocial o a cambios en el entorno.

Declaraciones

Financiación: Trabajo autofinanciado por los autores.

Conflictos de interés: Los autores no declaran conflictos de interés.

Contribuciones de autoría (CRediT): Robert Zalzuela Alvarado, Angely Nicole Sanchez Taveras y Katherine Payero: Writing – original draft y Writing – review & editing del manuscrito.

Disponibilidad de datos: Los resultados agregados proceden de nuestro estudio de Moca, citado en las referencias.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declaran que no utilizaron inteligencia artificial para elaborar su trabajo original.

Referencias

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO; 2001. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

2. Keeves J, Hutchison A, D'Cruz K, Anderson S. Social and community participation following traumatic lower limb amputation: an exploratory qualitative study. Disabil Rehabil. 2023;45(26):4404–4412. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2152114

3. Hutchison A, D'Cruz K, Keeves J, Ross P, Anderson S. Barriers and facilitators to community reintegration in adults following traumatic upper limb amputation: an exploratory study. Disabil Rehabil. 2024;46(16):3691–3701. https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2256667

4. Paniagua AR, Mundy LR, Klassen A, Biswas S, Hollenbeck ST, Pusic AL, et al. Resilience through practicing acceptance: a qualitative study of how patients cope with the psychosocial experiences following limb-threatening lower extremity trauma. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2022;75(10):3722–3731. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.06.022

5. Şimşek N, Küçük Öztürk G, Nahya ZN. The mental health of individuals with post-traumatic lower limb amputation: a qualitative study. J Patient Exp. 2020;7(6):1665–1670. https://doi.org/10.1177/2374373520932451

6. McGiffin JN, Ehde DM, Williams RM, Bonanno GA. Heterogeneous trajectories of depression and resilience following limb amputation. PM R. 2024;16(6):594–604. https://doi.org/10.1002/pmrj.13095

ENSAYO CIENTÍFICO · Editorial PRAXIS

CC BY-NC 4.0

7. Cohen-Tanugi S, Reid R, Loeffler BJ, Gaston RG. The prevalence of depression and PTSD in adults with surgically managed traumatic upper-extremity amputations. Hand (N Y). 2024;19(1):169–174. https://doi.org/10.1177/15589447221093671

8. Roşca AC, Baciu CC, Burtăverde V, Mateizer A. Psychological consequences in patients with amputation of a limb: an interpretative-phenomenological analysis. Front Psychol. 2021;12:537493. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493

9. Malouta R, Bouquillon L, Murray CD. Experiences of receiving formal psychological support following lower limb amputation: a qualitative study. Disabil Rehabil. 2025;47(17):4515–4525. https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2453098

10. Nugent K, Joshi A, Viana R, Payne MW, Unger J, Hunter SW. How has body image been evaluated among people with lower limb loss? A scoping review. Disabil Rehabil. 2025;47(1):33–46. https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2335646

11. Paulus P, Childers L, Butowicz C, Beisheim-Ryan E, Gorczynski S, Farrokhi S, et al. Correlates of phantom limb pain in young individuals with lower limb loss. Arch Phys Med Rehabil. 2026;107(7):1473–1479. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2025.10.014

12. Miller MJ, Cook PF, Magnusson DM, Morris MA, Blatchford PJ, Schenkman ML, et al. Self-efficacy and social support are associated with disability for ambulatory prosthesis users after lower-limb amputation. PM R. 2021;13(5):453–460. https://doi.org/10.1002/pmrj.12464

13. Lee SP, Maluotoga M, Thind R, Lindsay L, Bhatta T, Miller CA. Utilization and perception of peer-support after lower limb loss in the United States: potential benefits on mobility outcomes. Arch Phys Med Rehabil. 2024;105(5):939–946.e3. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.12.009

14. Anderson CB, Kittelson AJ, Wurdeman SR, Miller MJ, Stoneback JW, Christiansen CL, et al. Understanding decision-making in prosthetic rehabilitation by prosthetists and people with lower limb amputation: a qualitative study. Disabil Rehabil. 2023;45(4):723–732. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2037745

15. Turner S, Belsi A, McGregor AH. Issues faced by people with amputation(s) during lower limb prosthetic rehabilitation: a thematic analysis. Prosthet Orthot Int. 2022;46(1):61–67. https://doi.org/10.1097/PXR.0000000000000070

16. Norvell DC, Henderson AW, Morgenroth DC, Halsne BG, Turner AP, Biggs W, et al. The effect of prosthetic limb sophistication and amputation level on self-reported mobility and satisfaction with mobility. Arch Phys Med Rehabil. 2024;105(7):1338–1345. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.03.012

17. Ostler C, Dickinson A, Metcalf C, Donovan-Hall M. Exploring the patient experience and perspectives of taking part in outcome measurement during lower limb prosthetic rehabilitation: a qualitative study. Disabil Rehabil. 2024;46(23):5640–5650. https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2307384

18. Hutchison A, D'Cruz K, Keeves J, Anderson S. Back to work: exploring barriers and facilitators to return to work and work participation following traumatic amputation. Disabil Rehabil. 2026;48(21):6943–6960. https://doi.org/10.1080/09638288.2026.2645396

19. Hawley CE, Armstrong AJ, Darter BJ, Sima A, Fields K. Veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom: employment status following traumatic amputation. J Appl Rehabil Couns. 2022;53(1):68–80. https://doi.org/10.1891/jarc-d-20-00027

20. Wang SM, McKibben N, Azad CL, Njoroge MW, Kraenzlin F, O'Hara NN, et al. Returning to work is associated with higher quality of life: a LIMB-Q analysis in patients with limb-threatening injuries. J Orthop Trauma. 2025;39(4):155–160. https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000002951

21. Lee SP, Chien LC, Shih HT, Ho S, Clemens S. Returning to work after dysvascular lower limb amputation: a novel multivariate approach to examine relative contributions of biopsychosocial predictors. Prosthet Orthot Int. 2025;49(1):30–37. https://doi.org/10.1097/PXR.0000000000000322

22. Clemens SM, Kershaw KN, McDonald CL, Darter BJ, Bursac Z, Garcia SJ, et al. Disparities in functional recovery after dysvascular lower limb amputation are associated with employment status and self-efficacy. Disabil Rehabil. 2023;45(14):2280–2287. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2087762

23. World Health Organization. Package of interventions for rehabilitation. Module 2: musculoskeletal conditions. Geneva: WHO; 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240071100

24. World Health Organization. Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10–11 July 2023. Geneva: WHO; 2024. https://www.who.int/publications/b/70567

25. World Health Organization. Routine health information systems: rehabilitation toolkit [Internet]. Geneva: WHO. https://www.who.int/tools/routine-health-information-systems---rehabilitation-toolkit

26. Sanchez Taveras AN, Zalzuela Alvarado R, Payero K. Factores psicosociales en pacientes con amputaciones en miembros por traumas en vehículo de motor en el Hospital Dr. Toribio Bencosme, Moca, provincia Espaillat, enero 2020–2024 [tesis de grado]. Santiago de los Caballeros: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2024. p. 51–53.

27. Oficina Nacional de Estadística. Anuario de estadísticas de muertes accidentales y violentas, 2024. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística; 2025. Cuadro 2.12. https://www.one.gob.do/publicaciones/2025/anuario-de-estadisticas-de-muertes-accidentales-y-violentas-2024/

DERECHOS DE AUTOR

© 2026 Robert Zalzuela Alvarado, Angely Nicole Sanchez Taveras y Katherine Payero. Los autores conservan los derechos de autor y conceden a Editorial PRAXIS el derecho no exclusivo de primera publicación. Este artículo se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0).