



ORIGINAL

La transición posquirúrgica en adolescentes que padecen escoliosis idiopática. Un estudio cualitativo



María Dolores Navarrete-Zampaña^{a,b,*}, Nicomedes Fernández-Baillo^c, Javier Pizones^c, José Miguel Sánchez-Márquez^c y María Carmen Sellán-Soto^{b,d,e}

^a *Pediatría, cirugía pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

^b *Red ENSI-España, Madrid, España*

^c *Unidad de Columna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

^d *Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

^e *IdiPAZ, Madrid, España*

Recibido el 8 de febrero de 2023; aceptado el 6 de junio de 2023

Disponible en Internet el 7 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

Escoliosis;
Adolescente;
Teoría de enfermería;
Cirugía;
Dolor

Resumen

Objetivo: Conocer el proceso que viven las y los adolescentes que padecen escoliosis idiopática al intervenirlos quirúrgicamente para corregir la deformidad física.

Método: Estudio cualitativo con enfoque interaccionismo simbólico. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas a adolescentes intervenidos de fusión espinal posterior en un hospital de tercer nivel de Madrid entre mayo de 2019 y enero de 2021. Se llevó a cabo análisis en progreso de Taylor y Bogdan.

Resultados: Los pacientes con escoliosis idiopática del adolescente presentan una transición compleja simultánea de tipo salud/enfermedad y de desarrollo. Las principales condiciones inhibitorias de la transición son los significados sobre: su identidad, sociales, creencias sobre la cirugía, el desconocimiento sobre la patología, el proceso quirúrgico y su recuperación. Como condiciones facilitadoras encontramos: la actitud positiva hacia el cambio físico, estético, social, el nivel socioeconómico y el apoyo familiar.

Conclusiones: Los informantes de este estudio refieren que la afectación estética y las limitaciones físicas son los principales elementos que les causan disconfort. La intervención quirúrgica se presenta como la solución a esta situación. La recuperación es un punto crítico en el proceso de transición debido principalmente al dolor. Aceptan el malestar sufrido durante la recuperación porque esperan obtener una mejora en la imagen y las limitaciones físicas. Los cambios y diferencias que experimentan durante la transición les hace pensar que van a poder llevar una «vida normal» a la que se refieren constantemente en los discursos.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: md.navarrete@outlook.com (M.D. Navarrete-Zampaña).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.06.001>

1130-8621/© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Scoliosis;
Adolescent;
Nursing theory;
Surgery;
Pain

The post-surgical transition in adolescents who have idiopathic scoliosis. A qualitative study

Abstract

Objective: To know the process experienced by adolescents suffering from idiopathic scoliosis when undergoing surgery to correct the physical deformity.

Method: Qualitative study with a symbolic interactionism approach. 22 semi-structured interviews were conducted with adolescents who underwent posterior spinal fusion in a third-level hospital in Madrid between May 2019 and January 2021. Taylor and Bogdan's analysis in progress was carried out.

Results: Patients with adolescent idiopathic scoliosis present with a complex simultaneous health/illness and developmental transition. The main inhibitory conditions of the transition are the meanings about: their identity, social, beliefs about surgery, ignorance about the pathology, the surgical process, and their recovery. As facilitating conditions, we find: a positive attitude towards physical, aesthetic, and social change, socioeconomic level, and family support.

Conclusions: The informants of this study refer that aesthetic affectation and physical limitations are the main elements that cause them discomfort. Surgical intervention is presented as the solution to this situation. Recovery is a critical point in the transition process mainly due to pain. They accept the discomfort suffered during the recovery because they hope to obtain an improvement in the image and physical limitations. The changes and differences they experience during the transition make them think that they will be able to lead a «normal life» to which they constantly refer in their speeches.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Las enfermeras deben actuar sobre las transiciones de sus pacientes cuando estas o los comportamientos que surgen de estas interfieren en la salud o enfermedad. La escoliosis idiopática adolescente afecta a la percepción estética y el estado de salud mental. La apariencia es uno de los factores más importantes asociados a la satisfacción del paciente tras la cirugía.

¿Qué aporta?

Este estudio presenta, desde la vivencia de los pacientes, el proceso de transición que experimentan los adolescentes durante la primera semana tras la cirugía. Dando lugar a la terapéutica enfermera que deberá ser llevada a cabo para facilitar la transición. Incluyendo la adaptación al cambio, el desarrollo de confianza y la aceptación de la nueva imagen.

Introducción

La teoría de las transiciones es una teoría de rango medio¹. Busca comprender las transiciones que presentan los individuos y cómo hacen frente a estas a través de conductas aprendidas o adquiridas por la interacción con los demás. El uso de las transiciones como marco de trabajo ayuda a identificar los límites de la enfermería, refinar el fenómeno

disciplinar, establecer prioridades y desarrollar terapias de Enfermería congruentes^{2,3}. Se define la transición como:

«El pasar de una fase de la vida, condición, o estado a otra... Se refiere tanto al proceso como al resultado de las complejas interacciones de la persona con el entorno, supone un cambio en el estado de salud, en las relaciones, en el rol, en las expectativas o en las habilidades, supone un único conjunto de patrones de respuesta durante un periodo de tiempo^{2,4,5}».

Una transición saludable presenta tres indicadores: un sentimiento subjetivo de bienestar, dominio de los nuevos comportamientos y bienestar en las relaciones interpersonales⁴. Las enfermeras deben actuar sobre las transiciones cuando estas interfieren en la salud o enfermedad o cuando las respuestas a la transición son manifestadas en comportamientos que afecten a la salud-enfermedad⁵. La teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis nos ha ayudado a comprender la vivencia del proceso quirúrgico y lo que éste supone, en definitiva, la transición que experimentan. Esclareciendo la necesidad del papel de la enfermera mediante su función terapéutica (fig. 1).

La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es el tipo más frecuente de escoliosis, teniendo una incidencia de 4 casos por cada 1.000 habitantes⁶. Consiste en la curvatura lateral de 10 o más grados de desviación a partir de los 10 años asociada a rotación de la columna vertebral⁷. Solo 10% requiere tratamiento quirúrgico (0,3% de la población). Aunque hombres y mujeres son afectados igualmente, el riesgo de progresión de la curvatura y por lo tanto la necesidad de tratamiento es 10 veces más alta en mujeres⁸⁻¹⁰. Curvas graves, superiores a 40° de desviación, producen empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes¹¹.

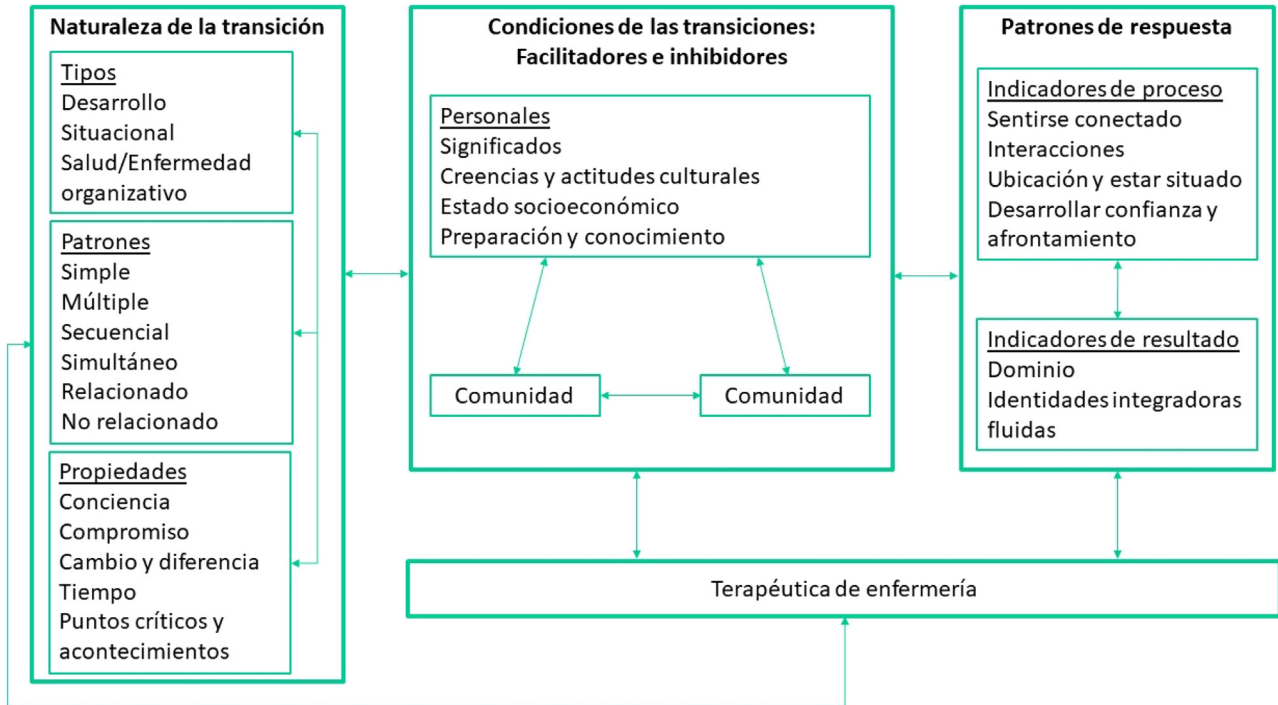


Figura 1 Teoría de las transiciones.
 Adaptado de Im EO. Afaf Ibrahim Meleis: Teoría de las transiciones³.

Uno de los síntomas en los pacientes con EIA es el dolor de espalda, aunque no es el principal síntoma de este tipo de deformidad¹². Aproximadamente 30% de estos pacientes consumen analgésicos para el dolor de espalda¹³.

Los principales factores que afectan a la calidad de vida de las adolescentes con escoliosis idiopática grave son la percepción estética de la deformidad, el grado de rotación y el estado de salud mental^{14–16}, así como la capacidad física y la capacidad para el ejercicio intenso y la resistencia¹⁷. También hay que tener en cuenta que los adolescentes con escoliosis idiopática están expuestos a sufrir acoso de nivel moderado a grave en mayor grado que la población general, viéndose incrementado en el caso de llevar corsé¹⁸.

Como se señala en el manual de la *Scoliosis Research Society (SRS)*, el tratamiento puede ser conservador, observando la evolución de la patología, con ejercicios o utilizando órtesis o bien, intervencionista mediante cirugía¹⁹. La elección del tratamiento debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta la deformidad, personalidad, entorno y disponibilidad de recursos²⁰. El tratamiento mediante órtesis consiste en el uso de un corsé y su principal objetivo es frenar la progresión de la curva, no corregirla¹⁹. El corsé está indicado en pacientes con curvas idiopáticas de entre 20 y 40° Cobb²⁰. El procedimiento quirúrgico más común para la escoliosis idiopática adolescente es la fusión vertebral posterior²¹. La cirugía debe ser llevada a cabo en pacientes con curvas graves y/o que progresan rápidamente, con un ángulo de Cobb mayor a 50°^{6,21,22}. El objetivo principal de la cirugía es la prevención de la progresión de la curva a través de la fusión espinal, y secundariamente corregir la

curvatura, siendo el único tratamiento que corrige la curva existente^{6,21}.

La apariencia es uno de los factores más importantes asociados a la satisfacción del paciente tras la cirugía. Las mejoras en la autoimagen, la salud mental y el nivel de dolor son encontradas al año, a los dos años y a los cinco años tras la cirugía^{23–26}.

A pesar de los trabajos publicados a cerca de esta población, no existen estudios que exploren el proceso de transición que viven estos adolescentes al realizarse la cirugía de fusión vertebral, es por esto por lo que el objetivo de nuestro estudio es conocer el proceso que viven las adolescentes que padecen escoliosis idiopática durante la primera semana tras la cirugía para corregir la deformidad física.

Metodología

Estudio cualitativo con enfoque interaccionismo simbólico

El interaccionismo simbólico centra la importancia en los significados sociales que las personas asignan a lo que les rodea. Estos significados se asignan a situaciones, personas, cosas, y a sí mismo, a través de la interpretación que hace la propia persona y que dependerá de los significados de los que disponga, previamente, y de cómo considere la situación²⁷. El significado que un objeto tiene para una persona va a condicionar la forma de ver el objeto y de actuar con respecto a este, así como el modo en que se dirige a él. Este significado será diferente según cómo le ha sido defi-

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de las y los participantes

	Edad	Sexo	Comunidad Autónoma	Grados Cobb	Tratamiento con corsé	IQ previas	EVA registrado (mayor/menor)
Iris	14	M	Cantabria	59	Sí	Sí	6/2
Juno	16	M	C. La Mancha	74	Sí	No	3/0
Minerva	16	M	C. La Mancha	67	Sí	No	3/0
Neptuno	16	H	C. La Mancha	68	Sí	No	6/3
Olimpia	13	M	C. La Mancha	60	Sí	No	7/0
Perséfone	12	M	Castilla León	67	No	No	8/2
Venus	18	M	Madrid	62	Sí	No	4/3
Zeus	14	H	Madrid	66	Sí	Sí	10/3
Némesis	16	M	Cantabria	46	No	Sí	7/2
Atenea	14	M	Castilla León	62	Sí	No	10/0
Selene	13	M	Cantabria	80	No	Sí	10
Poseidón	14	H	Castilla León	50	Sí	No	5/0
Penélope	15	M	Madrid	49	Sí	No	8/0
Aura	16	M	Madrid	60	Sí	No	9/4
Tique	15	M	Madrid	57	Sí	No	9/3
Demeter	13	M	Cantabria	60	Sí	Sí	6/2
Anouket	17	M	Madrid	60	Sí	Sí	7/3
Neftis	14	M	Madrid	50	Sí	No	5/0
Horus	17	H	Madrid	69	Sí	No	8/1
Isis	13	M	Castilla León	48	Sí	No	10/0
Nix	17	M	Cantabria	50	No	Sí	7/0

IQ: intervención quirúrgica; EVA: escala visual analógica; M: mujer; H: hombre.

nido cada objeto a cada individuo por aquellos con los que interactúa²⁸. El individuo se define en la interacción social al asumir diferentes roles²⁸. A través del enfoque del interaccionismo simbólico se ha pretendido entender y conocer los significados que dan a la patología, a sí mismos, y a las vivencias que experimentan durante el proceso quirúrgico.

Se captaron 27 participantes, de los cuales tres se negaron a participar, dos aceptaron en un principio y, posteriormente, no realizaron la entrevista. Finalmente, participaron 22 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años, que habían sido intervenidos quirúrgicamente para corregir la escoliosis idiopática por la Unidad de Columna del Hospital Universitario La Paz. Quedaron excluidos los pacientes con déficits cognitivos y/o patologías neurológicas. Se realizó muestreo teórico hasta conseguir saturación de información (tabla 1).

La recogida de datos se realizó entre mayo de 2019 y enero de 2021, realizándose una parada entre los meses de marzo y junio de 2020 debido a la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2. La captación de informantes se realizó en el momento de ingreso en la Unidad de Hospitalización de Cirugía Pediátrica 3 del Hospital Universitario La Paz. Los pacientes y tutores legales recibieron información verbal y escrita sobre el estudio decidiendo voluntariamente la participación en él. En caso de que decidiesen participar, cumplieron el consentimiento informado. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo el quinto o sexto día tras la intervención en la habitación del hospital hasta marzo de 2020. A partir de esta fecha, dada la situación de pandemia y las restricciones en los hospitales, se realizaron a través de videollamada cuando el adolescente estaba en su domicilio. Estas tuvieron lugar entre el séptimo y décimo día tras la intervención. El momento de realización de la

entrevista se eligió sabiendo que la transición no estaría completa, pero consideramos que la información aportada era la más cercana al momento de la cirugía y a la recuperación postquirúrgica, tiempos en los que como profesionales podemos realizar cambios en la terapéutica enfermera.

Durante la realización de la entrevista, los informantes se encontraban a solas con la investigadora, salvo en dos ocasiones en las que por preferencia de los informantes estuvieron acompañados de sus madres. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para su análisis. Para asegurar el anonimato se utilizaron seudónimos. La captación la realizaron tres de los investigadores, la entrevista y la transcripción fueron llevadas a cabo por la investigadora principal. La duración de la entrevista varió entre una hora y 36 min, la de mayor duración, y 18 min la de menor duración, con una duración media de 46 min (tabla 2).

El análisis de los datos se realizó conforme al método de análisis en progreso de Taylor y Bogdan, a través de sus tres etapas: descubrimiento en progreso, codificación de los datos y relativización de los datos²⁷. Este análisis fue triangulado mediante las notas de campo y datos clínicos, por dos de los investigadores.

Este trabajo recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, así como del Comité Ético de Investigación Clínica del H.U. La Paz con el código PI-3541.

Resultados

Presentamos los resultados siguiendo la teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis (fig. 2).

Tabla 2 Preguntas tipo y su relación con las categorías

Categoría	Pregunta tipo
Naturaleza de la transición	Cuéntame cómo ha sido el proceso que has seguido desde que te diagnosticaron de escoliosis ¿Cómo te diste cuenta? ¿Qué tratamientos has tenido y cómo los has llevado? ¿Cómo te ha influido tener escoliosis?
Condiciones de la transición	¿Qué sabías acerca de la cirugía? ¿Dónde y cómo has encontrado la información? ¿Qué esperabas conseguir con la cirugía? ¿Cómo has afrontado la cirugía? ¿Qué ha sido lo más difícil durante el ingreso? ¿Qué te ha ayudado a llevar mejor el proceso? ¿Cómo imaginabas el postoperatorio?
Patrones de respuesta	¿Cómo has experimentado el proceso? ¿Qué sentimientos has tenido y tienes? ¿Qué cambios o diferencias percibes o esperas? ¿Cómo va la recuperación?

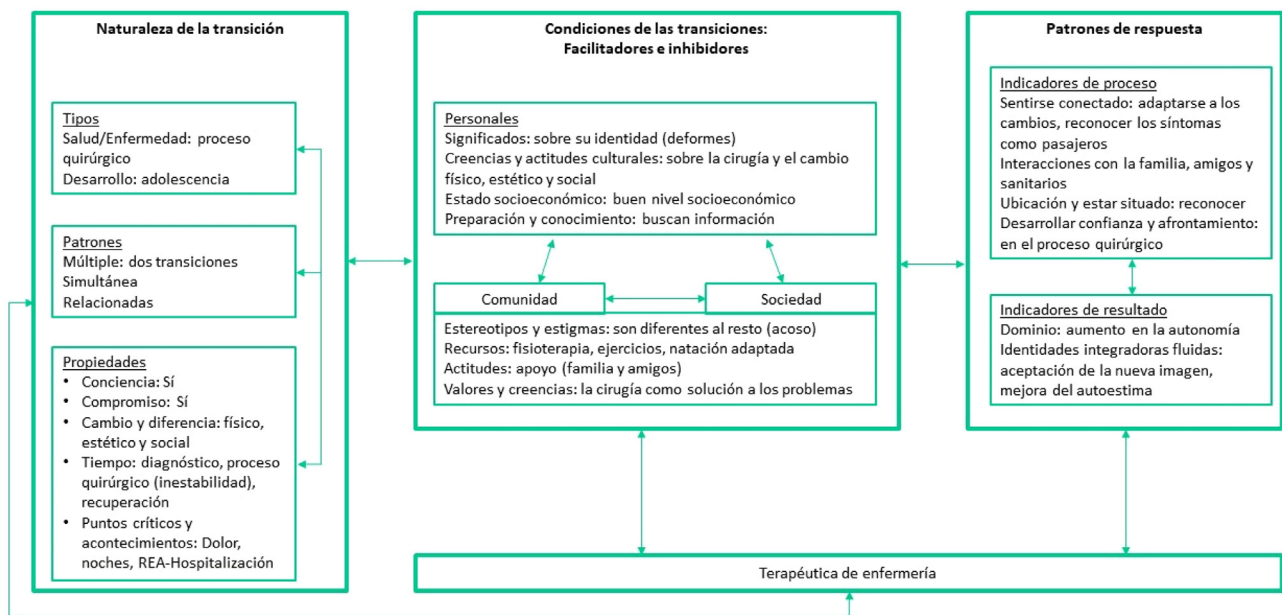


Figura 2 Transición posquirúrgica en adolescentes con escoliosis idiopática. Elaboración a partir de los resultados obtenidos.

Naturaleza de la transición

Los adolescentes con EIA presentan una transición de tipo salud/enfermedad que se encuentra relacionada íntimamente con la transición de desarrollo, que experimentan durante la adolescencia, dando lugar así a una transición con un patrón complejo simultáneo.

Los adolescentes perciben y reconocen la experiencia de transición, tomando conciencia del proceso de cambio que experimentan. El diagnóstico, en la mayoría de los casos, se produce de forma casual en el control del niño sano, por la visualización de la deformidad física por parte de los padres o por la recomendación de algún profesor de ir a consulta. En

ninguno de nuestros informantes el diagnóstico lo propicia el propio paciente y esto da lugar a que le resten importancia debido al desconocimiento sobre la patología y todo lo que esta conlleva. Esto provoca que la toma de conciencia se produzca, generalmente, al reconocer las limitaciones físicas, las posibles complicaciones derivadas de la patología, así como las diferentes alternativas de tratamiento que se les proponen.

Anouket: «Y todo el proceso de pensar desde ese punto, de tomar conciencia de que me van a operar, pues a partir de ahí empecé a analizar cómo ha sido mi trayecto desde que me diagnosticaron la escoliosis hasta ahora y también ha sido duro el pensar 'ostras, es que ahora que

me van a operar, mi cuerpo va a ser distinto'. Sí, voy a dejar de tener escoliosis, ¿cómo será eso? Porque claro, he vivido desde los nueve años con escoliosis, ¿cómo será eso?».

El grado de implicación en el proceso es distinto en cada adolescente y en cada momento de la transición. De forma general, en el momento del diagnóstico se comprometen a hacer lo que esté en su mano para poder ralentizar la progresión de la patología. Sin embargo, aquellos que son tratados mediante corsé reconocen no cumplir la pauta prescrita, presentando sentimientos de culpabilidad cuando son conscientes de que el tratamiento no ha sido efectivo. Cuando se les propone el tratamiento mediante cirugía es aceptado asumiendo la necesidad de esta para mejorar su estado de salud. Durante el periodo de recuperación asumen el manejo de la analgesia controlada por el paciente (PCA), realizan técnicas de relajación y se distraen para que esta sea más liviana. Por otro lado, se comprometen a deambular y realizar los ejercicios que les indican los sanitarios, asumiendo mayor autonomía cuanto mejor se sienten.

Neptuno: «Y luego, ya pues el corsé y operarme, porque no me lo puse. Es un poco también... te has operado también porque tú has querido, porque se te han puesto medios y todo».

A lo largo de los discursos se evidencian las redefiniciones que los adolescentes hacen hacia ellos mismos y hacia la escoliosis. En un principio se definen como deformes, refiriéndose a la escoliosis como bulto, joroba, montañita o chepa. Este concepto de sí mismos les limitaba a nivel físico, estético y social. Los cambios y diferencias a lo largo de la transición les hacen verse a nivel estético rectos y altos, indicando que cambiarían su forma de vestir, ya que no intentarían ocultar una deformidad que ya no es visible. Por otro lado, refieren que a nivel físico podrán llevar a cabo actividades que antes no realizaban por el dolor o las limitaciones de movilidad provocadas por el corsé. En cuanto a los planes de ocio y las relaciones sociales, el ir a la piscina o relacionarse con otras personas ya no les supone un problema porque no se definen como deformes ni se avergüenzan de su físico. En definitiva, los cambios y diferencias que experimentan durante la transición les hace pensar que van a poder llevar la «vida normal» a la que se refieren constantemente en los discursos.

Démeter: «Pues... para estar bien y para poder hacer cosas... andar, correr sin que me duela la espalda. No verme el bulto de atrás, aunque eso también era una de las preocupaciones porque pensaba que iba a tener más que ahora, porque ahora no tengo casi nada. Y pues que quería tener vida normal. Pensaba que se me iba a quitar todo. No sé si me entiendes...».

Durante la transición se establecen varios tiempos, estos están delimitados en un inicio por el diagnóstico y el tratamiento con corsé, el proceso quirúrgico como intermedio, durante el que experimentan el mayor momento de inestabilidad y, finalmente con la recuperación y alta hospitalaria. Estos tiempos se caracterizan por los distintos puntos y acontecimientos críticos que experimentan. En el inicio encontramos el descontento con la autopercepción estética que los lleva a autorrestricciones en la forma de vestir, la

presencia de dolor de espalda, las limitaciones físicas ya sean por el dolor o por el uso del corsé, así como la evitación de actividades recreativas. En el tiempo intermedio de la transición, los puntos críticos se caracterizan por el momento del ingreso, el cual viven con gran nerviosismo, y el paso de la unidad de reanimación a la unidad de hospitalización. En este tiempo aparecen niveles elevados de dolor, ya que les reducen las dosis de sedoanalgesia. Además, suelen padecer efectos secundarios del tratamiento farmacológico como vómitos, estreñimiento o mareos. Por otro lado, las noches se les presentan como el peor momento del día ya que sufren alteraciones en el sueño debido al dolor. La recuperación es el último tiempo identificable en la transición, se caracteriza por el inicio en la deambulación, el aumento de la autonomía, la ausencia o mejora del dolor, así como el momento en el que perciben el cambio estético.

Minerva: «A ver, los dos primeros días, cuando volví de la reanimación era horrible, porque pensé que iba a estar un mes en la cama y que no me iba a poder mover, que iba a ser todo horrible. Pero luego ya, según vas andando lo ves todo mejor, los primeros días son muy malos, pero luego...».

Condiciones de la transición

En cuanto a la valoración de las condiciones personales exploramos los significados, las creencias y valores, el estado socioeconómico, la preparación y el conocimiento. El principal significado que le dan al proceso de transición es el objetivo que se plantean con respecto a esta, siendo generalmente el cambio físico y, por tanto, estético, así como la disminución o desaparición del dolor de espalda y el abandono del corsé. En definitiva, todos buscan mejorar su calidad de vida y su salud. Durante el proceso de transición presentan la creencia de que la recuperación va a ser intensamente dolorosa y de larga duración. El estado socioeconómico generalmente es bueno, pudiendo hacer frente a los gastos derivados del tratamiento antes de la cirugía, así como a los derivados de esta. Asumen los gastos referentes a consultas de fisioterapia, clases de natación adaptadas, ejercicios adaptados, así como la compra de los diferentes tipos de corsé. En relación con los gastos producidos por la cirugía hay que tener en cuenta que la mitad de los pacientes tuvieron que trasladarse a Madrid, por lo que los acompañantes tuvieron que buscar una residencia durante este tiempo, además del gasto ocasionado por el transporte y la manutención durante el ingreso hospitalario. Por otro lado, se preparan para la transición mediante la búsqueda de información. Esta información la obtienen a partir del equipo de cirujanos en primera instancia, pero también a través de internet y redes sociales. Adquieren conocimientos sobre el proceso quirúrgico, pero aún más sobre la recuperación y cómo van a experimentarla

Atenea: «Yo, en verdad, al principio no me quería operar, pero me di cuenta de que me quería operar porque sería mejor. Porque además de que crecería y todo eso, me ayudaría a los problemas respiratorios y tendría una vida más cómoda».

Al indagar sobre las condiciones sociales y/o comunitarias tuvimos en cuenta los estereotipos y estigmas, los recur-

sos, las actitudes y los valores y creencias. Los adolescentes con escoliosis sufren la recepción de miradas y comentarios despectivos hacia la deformidad que padecen por parte de otras personas, lo que les hace sentirse incómodos, generando una sensación de malestar al interactuar con otros. Como principales recursos a los que tienen acceso, encontramos la asistencia a natación adaptada, los tratamientos con fisioterapeutas realizando ejercicios específicos para escoliosis, así como la adquisición del corsé. A nivel hospitalario disponen de voluntarios que les ayudan a entretenerse durante la recuperación, así como la posibilidad de recibir visitas, aunque esto se vio eliminado durante la pandemia del SARS-CoV-2. Según los adolescentes, sus padres, que son los cuidadores principales, presentan una actitud positiva hacia la recuperación, actuando de forma que complementan a los adolescentes durante la misma. Su actitud se refleja en llevar a cabo medidas para favorecer la relajación de los adolescentes, entreteniéndoles, así como asumiendo el rol de cuidador al ayudarles a levantarse, sentarse, vestirse, ir al baño o comer. Sus padres, además, los acompañan, les dan apoyo y los animan siendo pilares fundamentales durante la recuperación. Por otro lado, los amigos y la familia les brindan apoyo a través de visitas, llamadas o videollamadas.

Némesis: «Sí, sí, sí. Pues no sé, han estado muy pendientes de... no sé ¿te duele? Pues si te duele vamos a llamar a una enfermera, oye mira le pasa esto' que... 'te encuentras bien ahora, quieres no sé qué...' Cuando no podía dormir 'quieres que pidamos pastillas a ver si te pueden dar algo para dormir, algún calmante...' No sé, estaban muy pendientes de eso para que... pues intentar que lo pasara lo mejor posible dentro de esto».

Patrones de respuesta

En relación con los patrones de respuesta, se tiene que indagar sobre cómo se adaptan a los cambios de la transición y a cómo interaccionan con respecto a estos. Asimismo, se tienen que conocer los sentimientos que experimentan. En un primer momento presentan miedo enfocado a la anestesia, por las dudas en cuanto a si será efectiva o bien a que no puedan despertar tras ella, y a la posibilidad de aparición de alguna complicación derivada de la cirugía. Este miedo va unido al nerviosismo ante la espera quirúrgica. Sin embargo, los adolescentes hacen frente a este a través de un ejercicio de razonamiento en el que asumen la tranquilidad que les proporciona el equipo de cirujanos. La evitación se presenta como otra forma de prepararse en este momento de la transición, intentando evadirse de los pensamientos respecto a esta.

Horus: «Pues yo tenía bastante miedo porque lo máximo que me han hecho en un hospital ha sido sacarme sangre, nunca me he roto un brazo, nunca me ha pasado nada. Y que de repente me digan que me tienen que operar, abrir la espalda, meterme una prótesis... pues me impactó bastante. Pero tampoco lo llevé mal, fue como 'me tengo que operar y ya está, qué se le va a hacer'. En el momento, justo en el momento, sí que me impactó bastante, claro que me impactó, porque no quería».

El enfocar los pensamientos en los resultados que esperan obtener de la cirugía los ayudaba a afrontar la situación. Por

último, encontramos la resignación, entendiendo la cirugía como una obligación ante la que no pueden negarse. Durante el tiempo de recuperación tras la cirugía, los adolescentes utilizan diferentes mecanismos para afrontar la situación.

Selene: «Pues nada, yo siempre a las consultas he ido muy nerviosa... Pero, con miedo y tal, pero antes de operarme, el día antes, ya iba como contenta porque sabía que luego lo iba a pasar bien, luego podría hacer muchas cosas».

En cuanto a los indicadores de resultado indagamos sobre el dominio de nuevas habilidades y el desarrollo de la nueva identidad. Al final del ingreso, o bien cuando ya se encuentran de alta en el domicilio, los adolescentes manifiestan una actitud de positividad. Piensan que todo va a salir bien, que la experiencia vivida, es decir, la transición, ha merecido la pena por los resultados obtenidos. En este punto deben aceptar la nueva identidad con respecto a su imagen, la eliminación de la giba que presentaban les hace verse más altos y rectos, favoreciendo el desarrollo de la autoestima. Por otro lado, refieren que a partir de este momento podrán llevar una vida normal, sin presentar limitaciones físicas ni sociales. Además, mejoran en autonomía a la hora de realizar actividades básicas e instrumentales.

Aura: «el verme en el espejo y ver, por ejemplo, que mi cuerpo estaba mucho mejor y que era mucho más bonito que como estaba antes, también ayudaba mucho. Porque pensaba, realmente, si no lo hubiese hecho, yo seguiría igual que antes y tendría el mismo cuerpo, que se me notaba mucho que tenía escoliosis».

Discusión

En este trabajo se ha estudiado el proceso que viven los adolescentes durante el ingreso tras intervenirlos quirúrgicamente para la corrección de escoliosis idiopática. La teoría de las transiciones nos ha ayudado a entender este proceso, ya que es un marco teórico que intenta explicar el desarrollo de las transiciones que los individuos experimentan pudiendo desarrollar un plan de cuidados acorde a los hallazgos³. Hasta el momento, solo encontramos un artículo que intenta explicar el proceso quirúrgico de estos pacientes según el modelo de sistemas de Betty de Neuman, el cual aboga por planear los cuidados con relación a la identificación de los factores intra, inter y extra personales, así como los factores estresores²⁹.

Coincidiendo con otros autores, el dolor prequirúrgico se presenta en gran parte de los pacientes entrevistados^{12,30}. Este dolor provoca la limitación de su actividad física, teniendo que dejar en algunos casos la realización de deporte como también defienden Cong et al.¹⁷. Sin embargo, en el estudio de Motyer et al, la actividad física no se veía limitada por la presencia de dolor³⁰.

La implicación en el proceso pasa por aceptar la cirugía y tomar parte de sus cuidados, tanto en la toma de decisiones como en el desarrollo de autocuidados. La búsqueda de información es parte fundamental, esta es buscada tanto en el equipo de cirugía como por internet. La creación de un recurso informativo, facilitar el apoyo y el acompañamiento son fundamentales^{30,31}.

La presencia de altos niveles de dolor es constante durante la recuperación quirúrgica, como ya han indicado varios autores, además de la presencia de efectos secundarios de la analgesia³²⁻³⁴. Coincidiendo con la literatura científica publicada, relajarse, distraerse y, sobre todo, el manejo de la PCA son las principales acciones que llevan a cabo los pacientes para implicarse en el manejo de su dolor³⁴⁻³⁶.

Las noches se presentan como los peores momentos durante el postoperatorio debido a que el dolor no los deja descansar, coincidiendo con Yakut et al.³⁷

La identidad que asumen como deformes durante todo el proceso prequirúrgico genera uno de los principales factores facilitadores de la transición al ser uno de los principales objetivos quirúrgicos de los pacientes, así como el principal indicador de resultado. Como en otros estudios, la autoimagen es una de las claves en los pacientes con EIA^{14,30}. Esta alteración de la imagen corporal es, además, la causante de uno de los factores inhibidores de la transición, al recibir acoso por parte de iguales, ocasionando la aparición de complejos y limitando las relaciones sociales, como también indican Carrillo et al.¹⁸ Es importante que los pacientes conozcan las diferentes posibilidades de resultados tras la cirugía, ya que puede suponer un problema a la hora de desarrollar la nueva identidad³⁸.

Coincidiendo con otros estudios, nuestros informantes esperan conseguir con la cirugía una «vida normal», mejorando su calidad de vida. Además del cambio en la imagen corporal, así como el desarrollo de la autoestima, esperan aumentar su autonomía y eliminar las limitaciones físicas producidas por el dolor, el cual también esperan que desaparezca^{30,39}.

Limitaciones del estudio

Además de las propias de la metodología cualitativa, al realizar el estudio en un contexto y entorno determinado imposibilitando la generalización de los datos, precisando de más investigaciones en entornos diferentes para ello, la principal limitación se debe a que, en el momento de la entrevista, la transición no se ha completado. Consideramos necesario un seguimiento temporal a los seis meses y al año de la cirugía para poder valorar si la transición ha llegado a su fin de forma saludable.

Conclusiones

Los informantes de este estudio refieren que la afectación estética y las limitaciones físicas son los principales elementos que les causan disconfort. La intervención quirúrgica se presenta como la solución a esta situación. La recuperación es un punto crítico en el proceso de transición debido principalmente al dolor. Aceptan el malestar sufrido durante la recuperación porque esperan obtener una mejora en la imagen y las limitaciones físicas. Los cambios y diferencias que experimentan durante la transición les hace pensar que van a poder llevar una «vida normal» a la que se refieren constantemente en los discursos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no presentar conflictos de interés.

Agradecimientos

Queremos agradecer a las y los pacientes y a sus padres y madres la participación en el estudio, ya que sin ellas y ellos no hubiese sido posible.

Bibliografía

1. Castrillón Agudelo MC. Desarrollo disciplinar de la enfermería. *Investig Educ Enferm*. 2002;20:82-8.
2. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nurs Outlook*. 1994;42:255-9.
3. Im EO, Afaf Ibrahim Meleis. Teoría de las transiciones. En: *Modelos y teorías en enfermería*. 8 a ed Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 1994;26:119-27.
5. Chick N, Meleis A. Transitions: A nursing concern. En: Chinn P, editor. *Nursing research methodology: Issues and implementation*. Rockville, MD: Aspen Publications; 1986. p. 237-57.
6. Pantoja S, Chamorro M. Escoliosis en niños y adolescentes. *Rev Med Clin Condes*. 2015;26:99-108.
7. Scherl SA, Phillips WA. Adolescent idiopathic scoliosis: Clinical features, evaluation, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2021 [consultado 02 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/adolescent-idiopathic-scoliosis-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>
8. Belarmino Dantas MG, Nogueira Aquino AN, Jacomé Correia HJ, Pires Ferreira KP, Borges Do Nascimento BBD, da Santana Silva L, et al. Prevalence of Back Pain and Idiopathic Scoliosis in Adolescents From the Semi-arid Region of Brazil: A Cross-sectional Study. *J Chiropr Med*. 2021;20:97-107.
9. Horne JP, Flannery R, Usman S. Adolescent idiopathic scoliosis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2014;89:193-8.
10. Plaszewski M, Nowobilski R, Kowalski P, Cieslinski M. Screening for scoliosis: different countries' perspectives and evidence-based health care. *Int J Rehabil Res*. 2012;35:13-9.
11. Mak T, Cheung PWH, Zhang T, Cheung JPY. Patterns of coronal and sagittal deformities in adolescent idiopathic scoliosis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22:44.
12. Balagué F, Pellisé F. Adolescent idiopathic scoliosis and back pain. *Scoliosis Spinal Disord*. 2016;11:27.
13. Landman Z, Oswald T, Sanders J, Diab M, Spinal Deformity Study Group. Prevalence and predictors of pain in surgical treatment of adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*. 2011;36:825-9.
14. Kaya MH, Erbahçeci F, Alkan H, Kocaman H, Büyükturan B, Canlı M, et al. Factors influencing of quality of life in adolescent idiopathic scoliosis. *Musculoskelet Sci Pract*. 2022;62:102628.
15. Cantele F, Maghini I, Tonellato M, Meneguzzo P, Favaro A, Masiero S. An Analysis of Eating Disorders in Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Prospective Cross-sectional Study in a Female Population. *Spine*. 2021;46:440-6.
16. Belli G, Toselli S, Latessa PM, Mauro M. Evaluation of Self-Perceived Body Image in Adolescents with Mild Idiopathic Scoliosis. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2022;12:319-33.
17. Cong H, Chen L, Shen J, Yuan W, Lin Y, Liu Z, et al. Is physical capacity correlated with health-related quality of life in

- patients with adolescent idiopathic scoliosis? *Ann Palliat Med*. 2021;10:6220–7.
18. Carrillo LA, Sabatini CS, Brar RK, Jagodzinski JE, Sabharwal S, Delgado E, et al. The Prevalence of Bullying Among Pediatric Orthopaedic Patients. *J Pediatr Orthop*. 2021;41:463–6.
 19. Rowe DE, Michigan K. The Scoliosis Research Society Brace Manual: introduction. Scoliosis Research Society. 2003 [consultado 05 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.srs.org/professionals/online-education-and-resources/srs-bracing-manual>.
 20. Gomez JA, Hresko MT, Glotzbecker MP. Nonsurgical Management of Adolescent Idiopathic Scoliosis. *J Am Acad Orthop Surg*. 2016;24:555–64.
 21. Scherl SA, Hasley BP. Adolescent idiopathic scoliosis: Management and prognosis [Internet]. UpToDate. 2022 [consultado 2 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/adolescent-idiopathic-scoliosis-management-and-prognosis>
 22. Kotwicki T, Chowanska J, Kinel E, Czaprowski D, Tomaszewski M, Janusz P. Optimal management of idiopathic scoliosis in adolescence. *Adolesc Health Med Ther*. 2013;4:59–73.
 23. Duramaz A, Yılmaz S, Ziroğlu N, Bursal Duramaz B, Kara T. The effect of deformity correction on psychiatric condition of the adolescent with adolescent idiopathic scoliosis. *Eur Spine J*. 2018;27:2233–40.
 24. Ghandehari H, Mahabadi MA, Mahdavi SM, Shahsavari-pour A, Seyed Tari HV, Safdari F. Evaluation of Patient Outcome and Satisfaction after Surgical Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis Using Scoliosis Research Society-30. *Arch Bone Jt Surg*. 2015;3:109–13.
 25. Mens RH, Bisseling P, de Kleuver M, van Hooff ML. Relevant impact of surgery on quality of life for adolescent idiopathic scoliosis: a registry-based two-year follow-up cohort study. *Bone Joint J*. 2022;104-B:265–73.
 26. Helenius L, Diarbakerli E, Grauers A, Lastikka M, Oksanen H, Pajulo O, et al. Erratum: Back Pain and Quality of Life After Surgical Treatment for Adolescent Idiopathic Scoliosis at 5-Year Follow-up. *J Bone Joint Surg Am*. 2021;103:e13.
 27. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
 28. Blumer H. El interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982.
 29. Pestana-Santos M, da Silva Reis Santos M, Evangelista Cabral I, Sousa PC, Lopes de Freitas Lomba ML. Neuman Systems Model in perioperative nursing care for adolescents with juvenile idiopathic scoliosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03711.
 30. Motyer G, Kiely P, Fitzgerald A. Adolescents' Experiences of Idiopathic Scoliosis in the Presurgical Period: A Qualitative Study. *J Pediatr Psychol*. 2021;47:225–35P.
 31. Bray L, Wilkinson C, Bruce C, Davidson N, Satchwell C, Carter B. «It's my back...»; developing the coming to spinal clinic resource to improve the health literacy of young people with adolescent idiopathic scoliosis and their parents. *J Child Health Care*. 2022, 13674935221083767.
 32. Rullander AC, Isberg S, Karling M, Jonsson H, Lindh V. Adolescents' experience with scoliosis surgery: a qualitative study. *Pain Manag Nurs*. 2013;14:50–9.
 33. Rullander AC, Jonsson H, Lundström M, Lindh V. Young people's experiences with scoliosis surgery: a survey of pain, nausea, and global satisfaction. *Orthop Nurs*. 2013;32:327–33.
 34. Bray L, Craske J. Idiopathic scoliosis: managing pain before and after spinal surgery. *Nurs Child Young People*. 2015;27:22–5.
 35. Honeyman C, Davison J. Patients' experience of adolescent idiopathic scoliosis surgery: a phenomenological analysis. *Nurs Child Young People*. 2016;28:29–36.
 36. Navarrete-Zampana MD, Sellán-Soto MC, Díaz-Martínez ML. Painful experience in adolescents undergoing surgical correction of scoliosis. *Enferm Clínica (Engl Ed)*. 2019;29:297–301.
 37. Yakut Y, Pelin Z, Yagci G. An investigation of sleep profiles in individuals with idiopathic scoliosis. *Sleep Sci Sao Paulo Braz*. 2022;15:172–8.
 38. Sieberg CB, Manganella J, Manalo G, Simons LE, Hresko MT. Predicting Postsurgical Satisfaction in Adolescents With Idiopathic Scoliosis: The Role of Presurgical Functioning and Expectations. *J Pediatr Orthop*. 2017;37:e548–51.
 39. Chau WW, Hung ALH. Changes in Health-Related Quality of Life (HRQOL) of a Specific Group of Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS) Patients Who Came Across Both Bracing and Surgery. *Indian J Orthop*. 2021;55:925–30.