











ORIGINAL

Lived experience of patients who are victims of motorcycle traffic accidents treated in hospitals in Managua, Nicaragua

Experiencia vivida por pacientes víctimas de accidente de tráfico en motocicleta atendidos en Hospitales de Managua, Nicaragua

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia¹  , Karen Vanessa Herrera Castro¹  , Mirliana Ramírez-Pereira²  , Natalie Figueredo-Borda³  

¹Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua.

²Universidad de Chile, Departamento de Enfermería. Santiago, Chile.

³Universidad Católica del Uruguay, Departamento de Bienestar y Salud. Montevideo, Uruguay.

Citar como: Chamorro Segovia EA de J, Herrera Castro KV, Ramírez-Pereira M, Figueredo-Borda N. Lived experience of patients who are victims of motorcycle traffic accidents treated in hospitals in Managua, Nicaragua. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5:1047. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251047>

Enviado: 10-03-2023

Revisado: 19-06-2024

Aceptado: 22-10-2024

Publicado: 01-01-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia 

ABSTRACT

Introduction: traffic accident victims experience changes ranging from mild to moderate and severe in their daily lives from the moment the event occurs, resulting in an adjustment due to the personal and social/family impact generated.

Objective: the objective of this study was to explore how they construct and make meaning of their reality based on their lived experience.

Method: a qualitative research study was conducted under the constructivist paradigm with a phenomenological approach, based on Van Manen's hermeneutic phenomenology. The aim was to understand the lived experience of 10 hospitalized patients due to traffic accident injuries, in terms of their Lived Body, Lived Time, Lived Human Relationships, and Lived Space.

Results: motorcycles were the vehicles involved in all the accidents. Victims suffer physical and psychological impacts, feeling vulnerable and powerless when confronted with their altered bodies, the limitations they perceive in the moment, and those they fear for the future. Families are also affected psychologically, economically, and in terms of work. Medical attention was directed towards physical and functional aspects.

Conclusion: understanding the lived experiences of patients who are victims of traffic accidents allows for the identification of areas for improvement to strengthen prevention measures and comprehensive care for victims and their families. A more holistic approach is needed that includes psychological support for the affected individuals and their families.

Keywords: Traffic Accidents; Traffic Victims; Lived Experience, Qualitative Research.

RESUMEN

Introducción: las víctimas de los accidentes de tráfico sufren cambios de leves a moderados y graves en su vida cotidiana desde el momento que sucede el evento, creando así un reajuste por el impacto generado de manera personal y en su escenario social y familiar.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue explorar cómo construyen y significan su realidad a partir de la experiencia vivida.

Método: se realizó una investigación de tipo cualitativa bajo el paradigma constructivista con enfoque fenomenológico, basado en la fenomenología hermenéutica de Van Manen. Se buscó comprender la experiencia

vivida por 10 pacientes hospitalizados por lesiones de accidentes de tráfico, en términos de su Cuerpo Vivido, Tiempo Vivido, Relaciones Humanas Vividas y Espacio Vivido.

Resultados: la motocicleta fue el vehículo automotor involucrado en todos los accidentes. Las víctimas sufren impactos físicos y psicológicos, sintiéndose vulnerables e impotentes al ver su cuerpo alterado, las limitaciones que percibe en el momento y las que teme a futuro. La familia también es alterada a nivel psicológico, laboral y económico. La atención médica fue dirigida a los aspectos físicos y funcionales.

Conclusión: conocer la experiencia vivida de pacientes víctimas de accidente de tráfico permite obtener áreas de mejora para fortalecer las medidas de prevención y atención integral de las víctimas y sus familiares. Es preciso un abordaje más integral que incluya la atención psicológica para los afectados y su familia.

Palabras clave: Accidentes de Tráfico; Víctimas de Tránsito; Experiencia de Vida; Investigación Cualitativa.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de los accidentes de tráfico tiene un impacto negativo en la salud pública en las Américas.⁽¹⁾ Las estadísticas sanitarias del 2024 estiman 14,1 muertes por cada 100,000 habitantes en la región, destacando tres países de Centroamérica por encima de ese valor.⁽²⁾

Las víctimas de accidentes sufren cambios leves, moderados y graves en su vida cotidiana, generando ajustes personales y en su entorno social. Además, las altas tasas de morbimortalidad en jóvenes y adultos en edad productiva y las afectaciones físicas, psicológicas y emocionales requieren estudios enfocados en áreas prioritarias.⁽³⁾

Para Huang Ching-Ya,⁽⁴⁾ los accidentes en moto afectan la calidad de vida y elevan las necesidades espirituales de los supervivientes, sin importar la gravedad. Un enfoque que incluya aspectos físicos, psicológicos y espirituales podría mejorar la recuperación, especialmente en áreas con alta incidencia.

Algunas investigaciones indican que los efectos según ciclos de vida y gravedad incluyen emociones de angustia, desesperación y culpa.⁽⁵⁾ Factores de riesgo como la pérdida de conciencia y la edad aumentan 14,05 veces la probabilidad de sufrir estrés postraumático.⁽⁶⁾ Según Saidah & Rizaldo, las reacciones psicológicas varían según circunstancias personales, con factores como la autocompasión y el respaldo social siendo claves para la recuperación.⁽⁷⁾

Kovacevic J et al,⁽⁸⁾ informan que las víctimas de accidentes presentan altos niveles de estrés postraumático y síntomas de depresión. Las lesiones graves incrementan las consecuencias psicológicas negativas, según Marasini et al.⁽⁹⁾

Estudios recientes destacan otros elementos fundamentales para comprender mejor la vivencia de las víctimas, y la aproximación fenomenológica permite entender cómo interactúan con los cuatro existenciales: corporalidad, espacialidad, temporalidad y relacionalidad.⁽¹⁰⁾

Este artículo tiene como objetivo explorar a las víctimas de accidentes de tráfico y cómo construyen y significan su realidad a partir de la experiencia vivida, siguiendo el método fenomenológico hermenéutico interpretativo de Van Manen.⁽¹¹⁾

MÉTODO

Diseño del estudio

Esta investigación cualitativa se desarrolló bajo el paradigma constructivista⁽¹²⁾ con un enfoque fenomenológico, basado en la fenomenología hermenéutica de Van Manen. Se busca comprender la experiencia de los pacientes accidentados en términos de Cuerpo Vivido, Tiempo Vivido, Relaciones Humanas Vividas y Espacio Vivido.⁽¹¹⁾

El objetivo fue explorar cómo las víctimas de accidentes de tráfico construyen y significan su realidad tras una experiencia impactante, y los significados que atribuyen al peligro y los riesgos que experimentaron.⁽¹²⁾

Recolección de datos

Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos, permitiendo a los participantes expresar sus vivencias en un entorno seguro, capturando así la esencia de las experiencias humanas.⁽¹³⁾ Se entrevistó a 10 participantes seleccionados mediante un muestreo intencional,⁽¹⁴⁾ con criterios de accidentes de tránsito con hospitalización actual, consentimiento informado, y estabilidad física y mental para responder.⁽¹¹⁾

Las entrevistas se realizaron en la habitación de cada paciente, respetando su privacidad y en horarios de baja afluencia de personal y visitantes. Los investigadores, de ambos géneros, con experiencia en entrevistas a profundidad, realizaron sesiones de 30 minutos en promedio, entre el 15 de enero y el 15 de abril de 2024. Se utilizó la saturación teórica para el análisis de la información.⁽¹⁵⁾

Análisis

El análisis siguió el enfoque fenomenológico hermenéutico de Van Manen, estructurado en 6 etapas. Estas etapas buscan desentrañar el significado profundo de las experiencias, centradas en cómo las personas experimentan el mundo a través de su cuerpo, tiempo, relaciones y espacio. Las etapas incluyeron: Experiencia vivida, Investigación de la experiencia tal como se vive, Reflexión sobre los temas esenciales, Descripción del fenómeno mediante la escritura, Consideración hermenéutica y el Equilibrio entre las partes y el todo.

Consideraciones éticas y de calidad

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de las entrevistas. La investigación fue aprobada por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la UNAN-Managua según consta en el Acta n.º 001 del 2024, Código SCEHM-2024-0. Para asegurar la calidad y validez de la investigación, se cumplieron los criterios de rigor metodológico de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y adecuación teórico-metodológica.⁽¹⁶⁾

RESULTADOS

En tabla 1 se describen las características demográficas de los participantes del estudio, todos adultos entre 33 y 44 años, 7 de sexo masculino y 3 de sexo femenino, 8 son conductores, 1 peatón y 1 acompañante. La motocicleta fue el vehículo automotor involucrado en todos los accidentes.

Código	Edad	Sexo	Rol	Vehículo
P1	33	Femenino	Acompañante	Motocicleta
P2	24	Masculino	Conductor	Motocicleta
P3	28	Masculino	Conductor	Motocicleta
P4	32	Masculino	Conductor	Motocicleta
P5	30	Femenino	Conductor	Motocicleta
P6	25	Masculino	Conductor	Motocicleta
P7	40	Masculino	Conductor	Motocicleta
P8	40	Femenino	Peatón	Motocicleta
P9	41	Masculino	Conductor	Motocicleta
P10	44	Masculino	Conductor	Motocicleta

Análisis según Van Manen (Imagen 1)

Tema 1: Cuerpo Vivido

En este tema, emergen los subtemas *corporalidad modificada*, con los códigos cuerpo que falla, cambios, fragilidad y limitaciones, el subtema *alineación corporal*, con los códigos desconexión con el cuerpo, cuerpo como máquina y separación del cuerpo, y por último la *recuperación* que emerge de esperanza/desesperanza y lucha.

1.1. Subtema 1: Corporeidad modificada

Después de un accidente, los pacientes refieren que su relación con el cuerpo cambia drásticamente. Ya no lo ven como un aliado confiable, sino como algo frágil y dañado. La conciencia de sus nuevas limitaciones genera angustia constante, recordándoles que su cuerpo ya no puede protegerlos como antes.

P10: “*imagínese que fui 4 veces al quirófano, con mucho miedo no le voy a mentir, mi juventud fue bien fregada, hice de todo y entonces miedo casi nunca he tenido, pero esto sí me enseñó lo que es realmente miedo, usted sabe, que si entra al quirófano no sabe si va a volver a salir*”

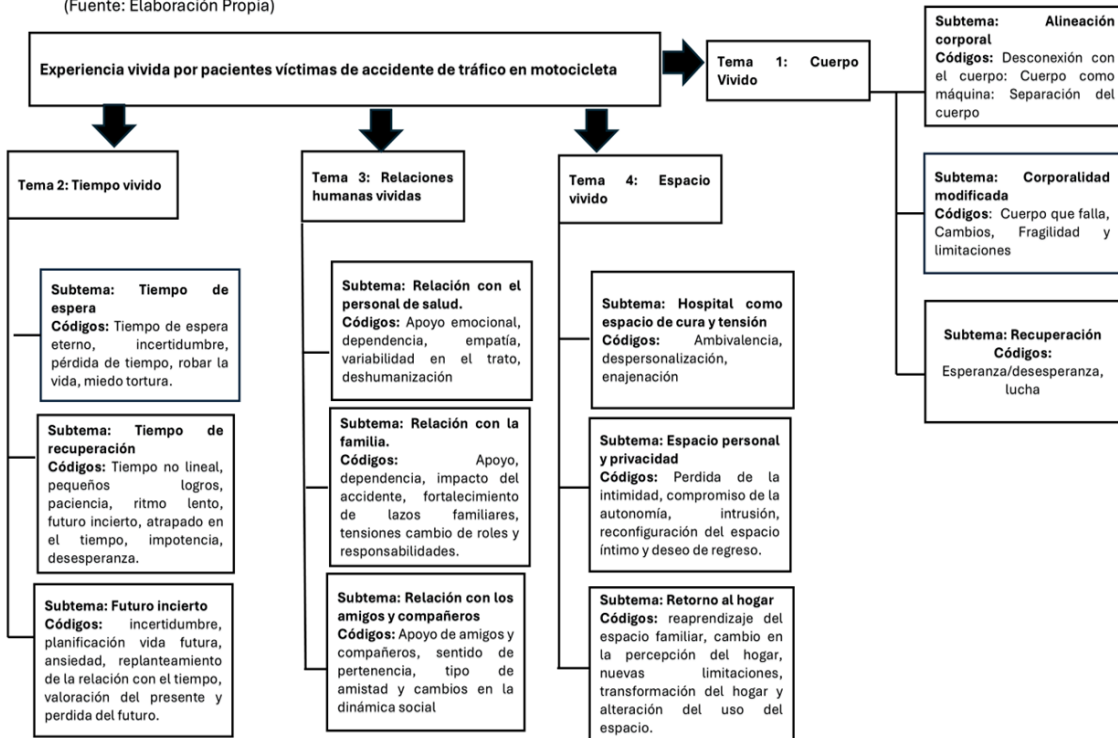
1.2. Subtema 2: Alineación Corporal

Los pacientes pueden experimentar una desconexión con su propio cuerpo, como si ya no fuera parte integral de su ser. Este fenómeno es especialmente fuerte en los casos donde las lesiones son severas o han alterado significativamente la apariencia o funcionalidad del cuerpo. La desconexión se manifiesta en la dificultad para aceptar las nuevas limitaciones físicas o en la sensación de que el cuerpo se ha convertido en un objeto extraño que ya no responde como antes.

P1: “*Para mí, es lo peor que le puede pasar a una persona, porque es un momento de incertidumbre y hasta que no caes al suelo, no sabes si estás viva o estás muerta*”

Imagen 1: Experiencia vivida por pacientes víctimas de accidentes de tráfico en motocicleta atendidos en Hospitales de Managua, Nicaragua

(Fuente: Elaboración Propia)



1.3. Subtema 3: Recuperación

Según el discurso de los participantes, la recuperación es un proceso que requiere un esfuerzo tanto físico como emocional. Los pacientes expresan que enfrentan desafíos diarios que ponen a prueba su fortaleza y capacidad de resiliencia. Muchos comentan que esta lucha constante puede ser desmoralizante, pero también destacan que es un testimonio de la capacidad del cuerpo y la mente para adaptarse y superar las adversidades.

P1: *“Pues según el doctor, yo voy a tener una modificación en mi paso, pero yo voy a tener terapia y que probablemente tenga una pequeña diferencia, entonces pienso que no depende de mí, depende de Dios, no depende de los doctores y pues si me dan el trato y todo bien y pongo de mi parte, Dios me va a ayudar”*

Tema 2: Tiempo Vivido

En este tema, emergen los subtemas *tiempo de espera* con los códigos demora, tiempo de espera eterno, incertidumbre, pérdida de tiempo, robar la vida, miedo y tortura, el subtema *tiempo de recuperación*, con los códigos el tiempo no es lineal, pequeños logros, paciencia, ritmo lento, futuro incierto, atrapado en el tiempo impotencia y desesperanza. Por último, emerge el subtema *futuro incierto*, con los códigos incertidumbre, planificación vida futura, ansiedad, replanteamiento de la relación con el tiempo, valoración del presente y pérdida del futuro que podría haber sido.

2.1. Subtema 1: Tiempo de Espera

Según el discurso de los participantes, la recuperación se caracteriza por la espera prolongada en el entorno hospitalario, donde cada minuto parece extenderse indefinidamente. La incertidumbre y el miedo intensifican esta experiencia, ya que los pacientes ansían respuestas o tratamientos que alivien su sufrimiento, enfrentando una carga tanto física como emocional.

P1: *“Llegó la ambulancia rápido sinceramente, fue rápido, limpiaron, me cortaron el pantalón, me subieron a la camilla y me trasladaron al hospital público. Me limpiaron me hicieron unos rayos x y un ultrasonido, ahí no me podían trasladar, me hicieron aguantar voté mucha sangre ahí porque no tenía la orden de traslado”*

2.2. Subtema 2: Tiempo de Recuperación

Los pacientes refieren que, durante la recuperación, sienten su vida en suspenso, con responsabilidades y actividades diarias en pausa. Esta sensación de estar detenidos en el tiempo genera desesperación, incertidumbre sobre el futuro, y sentimientos de impotencia y desesperanza, al ver su vida temporalmente interrumpida.

P7: *“Hay momentos en los que me siento como afligido como que me bajó la moral y empiezo a pensar qué bárbaro cómo me pasó esto”*

2.3. Subtema 3: Futuro Incierto

Los pacientes refieren que, durante la recuperación, su vida queda en suspenso, con actividades diarias en pausa. Esta experiencia provoca desesperación, incertidumbre sobre el futuro y sentimientos de impotencia, ya que perciben su vida interrumpida y enfrentan dificultades para retomar su rutina habitual.

P7: “no sé por cuántos meses esto va a ser sostenible y la verdad tengo una incertidumbre que a veces en las noches ahí se me pone la cabeza a dar vueltas a ver qué voy a hacer”

Tema 3: Relaciones Humanas Vividas

Las relaciones humanas vividas, según Van Manen, son la manera en que las personas interactúan y se relacionan con los otros en su mundo. Para los pacientes accidentados, estas relaciones se reconfiguran en torno a su nueva condición, donde la dependencia y el apoyo se vuelven centrales.

En este tema, emergen los subtemas *Relación con el personal de salud* con los códigos apoyo emocional, dependencia, empatía, variabilidad en el trato, y deshumanización, el subtema *relación con la familia*, con los códigos apoyo, dependencia del paciente hacia la familia, impacto del accidente, fortalecimiento de los lazos familiares, tensiones por cambios en roles y responsabilidades. Por último, emerge el subtema *relación con compañeros y amigos*, con los códigos apoyo de amigos y compañeros, sentido de pertenencia a la comunidad, tipo de amistad y cambios en la dinámica social del paciente.

3.1. Subtema 1: Relación con el Personal de Salud

Los participantes refieren que el personal de salud es fundamental en su recuperación, valorando el tratamiento y apoyo emocional. Sin embargo, señalan que esto genera dependencia, difícil de aceptar para quienes eran independientes. La empatía y comprensión del personal influyen significativamente en su bienestar emocional durante la urgencia.

P10: “yo los primeros días, estaba afligido y llegó un camillero joven, que hace poquito me puse triste también, y me dijo: mire ese de al lado le quebraron todos los huesos, yo no sé cómo está vivo, y ese tiene un año de estar ahí y él se va con su familia a tirarse una cerveza y ahora usted que solo una pierna”.

3.2. Subtema 2: Relación con la Familia

La familia es el principal pilar de apoyo para el paciente, tanto físico como emocional, proporcionándole la fuerza necesaria para enfrentar los desafíos de la recuperación. La relación con la familia se intensifica, ya que los pacientes dependen de sus seres en lo que respecta a su evolución en la urgencia. Los miembros de la familia experimentan su propio trauma, preocupándose por el bienestar del paciente y lidiando con las consecuencias prácticas y emocionales del accidente.

P2: “ellos me están apoyando me vienen a visitar y se turnan para verme me han apoyado en eso. Bueno ellos se lo han tomado como, ya estás en el problema tienes que hacerle frente”.

3.3. Subtema 3: Relación con Compañeros y Amigos

Según lo referido por los participantes, los amigos y compañeros de trabajo ofrecen un apoyo valioso durante la recuperación. La solidaridad y el compañerismo dan un sentido de normalidad y le recuerdan al paciente que sigue siendo parte de su comunidad, incluso mientras se enfrenta a los desafíos del accidente. Este apoyo es una fuente de gran consuelo y motivación.

P1: “Ahorita lo que más me urgía era la era la donación (sangre) y tanto los amigos de mi esposo, como los míos nos han apoyado, en el trabajo hicieron una recolecta me apoyaron económicamente y la muchacha de recursos humanos, estuvo hasta la 1 de la mañana tramitando esa hoja”

Tema 4: Espacio Vivido

En este tema, emergen los subtemas *hospital como espacio de cura y tensión* con los códigos ambivalencia del espacio hospitalario, despersonalización y enajenación del entorno hospitalario, el subtema *Espacio personal y privacidad*, con los códigos pérdida de la intimidad, compromiso de la autonomía, intrusión, reconfiguración del espacio íntimo y deseo de regresar al hogar. Por último, emerge el subtema *Retorno al hogar*, con los códigos reaprendizaje del espacio familiar, cambio en la percepción del hogar, nuevas limitaciones físicas o emocionales, transformación del hogar y alteración del uso del espacio.

4.1. Subtema 1: Hospital como espacio de cura y tensión

Según los participantes, el hospital es un espacio que encarna la posibilidad de curación, pero al mismo tiempo es una fuente de tensión y ansiedad. El hospital es un lugar donde se reciben los cuidados necesarios, que se ve rodeado por espacio donde la vulnerabilidad y el dolor son constantes. Esta ambivalencia genera sentimientos contradictorios hacia el entorno hospitalario, que es visto como un refugio y un lugar de sufrimiento.

P9: “la ambulancia dilató en llegar porque supuestamente no había, llegaron uno de los bomberos y me

trasladaron al hospital público ahí anduve dando vueltas dentro del centro de salud y el otro hospital como alrededor de 3 horas, al momento de que me trasladaron aquí sentí una paz porque ya estás en tu seguro y ya estás en tu hospital”

4.2. Subtema 2: Espacio personal y privacidad

En el hospital, la privacidad del paciente se ve comprometida constantemente, la habitación del hospital se convierte temporalmente en el espacio íntimo. No obstante, este espacio íntimo se reconfigura bajo nuevas reglas y dinámicas, donde la privacidad es limitada y el control sobre el entorno es mínimo. Esta reconfiguración los desconcierta, haciendo que anhelan el retorno a su hogar, donde el control sobre el espacio es mayor.

P1: “Pues el baño no lo estoy usando, estoy usando Pampers, en el traslado ellos me llevan en la camilla donde me tienen que llevar, el movimiento, ellos me ayudan con el pie (Señala a familiar) y yo me puedo mover un poco para cruzarme a la otra camilla eso es todo”

4.3. Subtema 3: Retorno al Hogar

Según los participantes, el retorno al hogar tras un accidente no es un regreso a la normalidad. Deben reaprender a interactuar con el espacio, que ahora presenta desafíos debido a nuevas limitaciones. El hogar, antes un lugar de confort requiere adaptaciones, reforzando la realidad de su cambio de vida significativo.

P2 : “Mire si me dieran de alta sería como si ya estoy curado, ya sintiera un poco de alivio sintiera que ya volvería a caminar esto y las otras cosas así tengo fractura sí, pero sangrados y cosas así no”

DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la discusión según temas que emergen luego del análisis.

Cuerpo vivido

Las víctimas de accidentes de tráfico sufren impactos físicos y psicológicos, lo que las coloca en una posición de vulnerabilidad e impotencia al ver su cuerpo alterado, las limitaciones presentes y las que temen a futuro. La cercanía con la muerte y el nivel de afectación pueden ocasionar síntomas de estrés postraumático.⁽¹⁷⁾ Estudios previos reportan una prevalencia de estrés agudo entre el 37,1 % y 40 %, asociado a factores como residencia urbana, pasividad durante el accidente, y síntomas previos de depresión y ansiedad.⁽¹⁸⁾

La aceptación del accidente como un destino o la espera de un milagro para la recuperación es similar a lo señalado por Hashemiparast M et al,⁽¹⁹⁾ donde los afectados perciben la vida como una prisión impuesta por el destino.

Las víctimas mostraron temor a la discapacidad, especialmente a no poder volver a trabajar, y la pérdida de autonomía en actividades cotidianas como conducir o vestirse.⁽²⁰⁾ Estas experiencias generan alteraciones emocionales que pueden afectar su proceso de rehabilitación.⁽²¹⁾

Tiempo vivido

Los pacientes fueron llevados a hospitales públicos, donde los tiempos de espera prolongados agravaron la situación. La primera hora tras el trauma, conocida como la “hora dorada”, es crucial para la supervivencia y la reducción de la gravedad de las lesiones.⁽²²⁾ La congestión del tráfico y el temor a problemas legales también contribuyen al retraso en el transporte de las víctimas.⁽²³⁾

Toda esta espera genera sentimientos de desamparo y desesperación, y los pacientes pueden sentirse como objetos de intervención en lugar de sujetos.⁽²⁴⁾

Relaciones Humanas vividas

Los pacientes afirmaron haber recibido mucho apoyo familiar, lo que coincide con investigaciones que mencionan cambios en las relaciones personales tras un accidente.⁽²¹⁾

La cercanía con la muerte refuerza los lazos afectivos, no solo afectando al paciente, sino también a toda su red de apoyo, provocando cambios en la dinámica familiar los familiares también experimentan reacciones psicológicas como shock, angustia e incertidumbre.⁽²⁵⁾

Espacio vivido

Tras el accidente, las víctimas enfrentan dificultades para exponerse a estímulos relacionados con el trauma y pueden evitar los lugares donde ocurrió el suceso. Estas afectaciones pueden no ser inmediatas, y algunos pacientes señalan problemas de comunicación con los médicos.⁽²¹⁾

CONCLUSIONES

Este estudio reveló que las víctimas enfrentaron vulnerabilidad, impotencia y temor al futuro. Además, las familias se vieron afectadas en aspectos emocionales y económicos, subrayando la necesidad de un enfoque

clínico integral que combine el tratamiento físico con el apoyo emocional para pacientes y familiares. Una limitación del estudio es su enfoque en un grupo reducido de adultos involucrados en accidentes de motocicleta. En futuras investigaciones, sería recomendable ampliar la diversidad de participantes, explorar intervenciones psicológicas y realizar estudios longitudinales que evalúen el impacto a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvia, A., & Linares, S. (Junio de 2024). Accidentes de tránsito, un problema de salud pública: revisión sistemática. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(3), 313-332. Disponible en: <https://doi.org/10.59169/pentacencias.v6i3.1101>

2. OMS. (2024). The Global Health Observatory. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-road-traffic-deaths>

3. Galindo-Fuentes, JDJ (2022). Perfil epidemiológico de los accidentes de tránsito en México, 2010-2019. *Horizonte Sanitario*, 22 (1), 45-52. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a22n1.5038>

4. Ching-Ya, H., Shu-Hui, P., Hui-Ping, L., Shiun-Yuan, H., & Ching-Hua, H. (July de 2024). Quality of Life and Spiritual Health in Motorcycle Accident Survivors: An Analysis Using the SF-36 Questionnaire and Spiritual Scale. *Formosan Journal of Surgery*. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/FS9.000000000000138>

5. Granados Fonseca, E., & Ovares Sanabria, R. (2022). Atención social de niños politraumatizados por accidentes de tránsito en el Hospital Nacional de Niños. *Revista Costarricense de Trabajo Social*(39). Disponible en: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/390>

6. Guevara, J., & Ortiz, A. (2019). Accidente de tránsito como factor de riesgo para trastorno de estrés postraumático en pacientes con trauma encefalocraneano leve: estudio multicéntrico. *Hampi Ruma*, 19(1). Disponible en: <https://journal.upao.edu.pe/index.php/HAMPIRUNA/article/view/1458>

7. Yustika, S., & Senna Rizaldo, P. (2024). Compassion in The Process of Recovering Traffic Victims: A Qualitative Study on Road Traffic Accident Experience. *Social Science and Humanities Journal*, 8(9). Disponible en: <https://doi.org/10.18535/sshj.v8i09.1293>

8. Kovacevic, J., & et al. (2020). Predictors of Mental Health Outcomes in Road Traffic Accident Survivors. *Journal of Clinical Medicina*. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm9020309>

9. Marasini, G., Caleffi, F., Morais, L., & Medeiros, B. (2022). Psychological consequences of motor vehicle accidents: A systematic review. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 250-264. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.06.017>

10. Barbosa, J., & et al. (2023). Assessment of incompleteness of Mortality Information System records on deaths from external causes in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, 2000-2019. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 32(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200006>

11. Van Manen, M. (2023). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. New York: Taylor & Francis. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781003228073>

12. Lincoln, Y., & Guba, E. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. En N. Denzin, & Y. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (págs. 191-215). Sage Publications Ltd.

13. Sierra Caballero, F. (2019). La entrevista en profundidad. Función, sentido y técnica. En J. Gonzáles, & C. Krohling Peruzzo, *Arte y oficio de la investigación científica: cuestiones epistemológicas y metodológicas*. (págs. 301-379). Quito: Ediciones Ciespal.

14. Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Washintong DC: Ediciones Morata, S.L.

15. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant [Internet]*. 2017;52(4):1893-907. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

16. Montero A, Ramirez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, Gonzalez D. Conscientious objection as structural violence in the voluntary termination of pregnancy in Chile. *Front Psychol* [Internet]. 2022;13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1007025>

17. Heron-Delaney , M., Kenardy, J., Charlton, E., & Matsuoka, Y. (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury*, 1413-1422. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.07.011>

18. Feki, R., & et al. (Feb de 2024). Prévalence et facteurs prédicteurs des troubles post-traumatiques chez les accidentés de la voie publique. *Pan Afr Med J*. Disponible en: <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.89.38015>

19. Hashemiparast, M., & et al. (Abril de 2022). Experiences of living and coping with spinal cord disability due to road traffic injuries: A phenomenological study. *Sage Journals*, 25(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14604086221076274>

20. Chellamuthu, L., Kittu, D., Bahurupi, Y., & Vasudevan, K. (Mar de 2024). An Exploratory Study on Quality of Life among Road Traffic Accident Victims in India. *Indian J Community Health*, 35(1). Disponible en: <https://doi.org/10.47203/IJCH.2023.v35i01.001>

21. Brown, K., & et al. (Aug de 2020). I've got to be independent': views of older people on recovery following road traffic injury in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 20(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09391-0>

22. Gopalakrishnan, S. (Jul-Dec de 2012). A Public Health Perspective of Road Traffic Accidents. *J Family Med Prim Care*, 144-150. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.104987>

23. Sathyanath, S., & et al. (Jul-Sep de 2021). Provision of Care Following Road Traffic Injuries in a District in South India: A Qualitative Analysis of Stakeholder Perspective. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 46(3). Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_704_20

24. Nicolau, I., & et al. (2018). Considerações acerca da atuação da psicologia frente a situações de violência em um hospital de urgência e emergência. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(5). Disponible en: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2444>

25. Raju, B., Kanmani, T., Konar, S., Shukla, D., & Kukkehalli, R. (Apr de 2021). Prehospital Impact on Family Members of Road Traffic Accident. *Journal of neurosciences in rural practice*, 350-355. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1723063>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Curación de datos: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Análisis formal: Mirliana Ramírez-Pereira, Natalie Figueredo-Borda, Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Investigación: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Metodología: Mirliana Ramírez-Pereira, Natalie Figueredo-Borda.

Administración del proyecto: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Recursos: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Software: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Supervisión: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Validación: Mirliana Ramírez-Pereira, Natalie Figueredo-Borda.

Visualización: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro, Mirliana Ramírez-Pereira, Natalie Figueredo-Borda.

Redacción - borrador original: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro, Mirliana Ramírez-Pereira, Natalie Figueredo-Borda.

Redacción - revisión y edición: Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.