



**Universidad  
Andrés Bello**

**UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN**

**ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**RECONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y DESEMPEÑO  
OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN  
PERSONAS QUE HAN EXPERIMENTADO UNA AMPUTACIÓN DE UN  
SEGMENTO CORPORAL**

**Seminario de Título de pregrado para optar al título profesional de Terapia  
Ocupacional**

**Autores:**

**Nicolás Núñez Calderón**

**Carla Velásquez Pailamilla**

**Constanza Vidal Urzúa**

**Profesor Guía: María de los Ángeles Zúñiga Avilés**

**Profesor Metodológico: Iván Torres**

**Santiago, Chile**

**Diciembre 2016**

## ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Formulación del Problema de Investigación	5
a. Hipótesis Guía	20
b. Objetivos	
c. Objetivos	20
– Objetivo General	
– Objetivos Específicos	
4. Consideraciones Éticas	21
5. Marco Teórico	22
a. Sobre la amputación, la teoría y la práctica	22
b. Sobre el Esquema Corporal e Imagen corporal y la persona que ha experimentado una amputación	25
c. Reconstrucción de la Imagen Corporal y la persona que ha experimentado una amputación	30
d. Actividades de la Vida Diaria y la experiencia de una amputación	37
6. Marco Metodológico	42
a. Diseño Metodológico	42
b. Diseño Muestral	43
c. Técnica e Instrumento de Producción de Información	45
d. Técnicas de Análisis de Información	45
7. Presentación de Resultados de la Investigación	47
8. Conclusiones	67
9. Bibliografía	72
10. Anexos	80

## **RESUMEN**

El presente seminario de título, se enmarca bajo la comprensión de significado y proceso de reconstrucción de la imagen corporal, y el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, con el objetivo de analizar dicho proceso de reconstrucción y reintegración en las actividades de la vida diaria. La investigación se orientó como un estudio Cualitativo, cuyo enfoque se encuentra encuadrado bajo los lineamientos de un enfoque Fenomenológico. Como técnica e instrumento de producción de la información, se desarrollaron entrevistas semi-estructuradas a seis personas que han experimentado una amputación, de los cuales, cuatro corresponden a un segmento de extremidad inferior y dos a extremidad superior.

Los resultados de la investigación sugieren que las personas que han experimentado dicha pérdida, presentan dificultades en la aceptación de su nueva imagen corporal, ya que, la aceptación de esta imagen, se atribuye a un desempeño ocupacional satisfactorio dentro de las diversas áreas de la ocupación, dejando de lado el curso de un proceso de salud mental sujeta a la experiencia. Finalmente, dentro del análisis de las entrevistas, se comprueba que el total de los participantes lograron ser independientes en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, luego de haber afrontado las dificultades y/o problemáticas presentes ligadas a su nueva condición de salud.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente seminario de título 2 pretende ser un aporte para los diversos procesos de intervención y rehabilitación de personas que han experimentado una amputación, a partir de sus propias experiencias, además, a su vez, se propone ampliar los diversos estudios en torno a dicha área a partir de una mirada más holística e integradora hacia la persona, desde las experiencias subjetivas e individuales de cada una de ellas.

Si bien, la experiencia de una amputación de un segmento corporal es subjetivo e individual, podemos desprender que dicha situación provocará una disrupción en la concepción de la imagen corporal y su desempeño ocupacional, donde dicho acontecimiento 2 se reflejará en un proceso psicológico, social y físico, en los cuales podemos observar una orientación similar en diversas personas que lo han experimentado.

Como profesionales que se desenvuelven en torno a esta área, se debe comprender los diversos procesos personales de la persona luego de experimentar una amputación, aludiendo a la reconstrucción de su imagen corporal y la reintegración a sus actividades de la vida diaria, sin olvidar que la persona se desenvuelve como sujeto activo dentro de sus diversos contextos, siendo sociales, físicos, familiar y laboral, entre otros.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Para abordar el tema de interés, debemos tener una aproximación de lo que se entiende por el concepto “cuerpo”, durante la historia se han ido registrando cambios en torno a la concepción de dicho término, es decir, se encuadra bajo diferentes constructos sociales y épocas históricas, los cuales definen el cuerpo ideal (Gallego, 2009), caracterizándose por ser un proceso psicológico importante, el cual es definido como “...una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso y profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario....” (Ajuraguerra, 1980, p. 305).

A partir de lo anterior, se puede extraer que el sujeto se construye bajo un constructo social, con poder de reconfigurar su propia realidad a partir de la relación con un otro (García, 2008), es así, que podemos desprender de esta concepción, los diferentes constructos los cuales forjan el desarrollo del concepto “cuerpo” establecido en la sociedad, así mismo, el contexto socio-histórico y las relaciones interpersonales que vamos ejerciendo a lo largo de nuestras vidas, van a determinar el cómo percibimos la concepción del cuerpo e imagen corporal determinado; un ejemplo de cómo las niñas y adolescentes se ven influenciadas en su autopercepción hacia su imagen, y van estableciendo la idea de cómo deberían ser sus cuerpos, son a partir de las diversas historias de fantasías, las cuales establecen distintos estereotipos y estándares de belleza (Raich, 2000).

Luego de proponer una aproximación del concepto cuerpo, debemos tener en vista que este se encuentra expuesto a diversos cambios propios del desarrollo humano, sin embargo, en ocasiones nos encontramos con variadas experiencias que pueden llegar a inducir una disrupción en este. Dichas experiencias pueden ser producto de numerosas naturalezas y orígenes, donde para efecto de la presente seminario de título,

se expondrá la experiencia específica de una amputación, la cual, es una situación que se puede presentar en cualquier momento de la vida, es decir, desde la niñez hasta la adultez.

Comprenderemos el concepto de amputación como “... la remoción o resección total o parcial de una extremidad seccionada a través de uno o más huesos, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro...” (Mendoza y González, 2000), donde estas pueden ser producto de diversas situaciones, como patologías congénitas y vasculares, oncológicas y accidentes traumáticos.

Adentrándonos a las estadísticas mundiales y aterrizando lo anteriormente expuesto a términos estadísticos, se calcula que en Madrid, la proporción de la población occidental con algún tipo de amputación, oscila entre 0,5% y un 1,25% de la población, siendo más frecuentes dentro de los jóvenes las amputaciones de orígenes traumáticos (22%), debido a la mayor cantidad de accidentes de tránsito, laboral y deportiva que estos sufren. Sucesivamente, nos encontramos las amputaciones de origen “tumoral” (4%), realizadas para eliminar tumores malignos y/o agresivos y así evitar metástasis (Castro, Gálvez, Paniagua y Pellicer, 2006).

En el mismo sentido, se estima que en los Estados Unidos, aproximadamente 40.000 personas experimentan una amputación anualmente. Inglaterra y Gales, por su lado, se identifican más de 80.000 personas que han experimentado una amputación, producto de la guerra (27.000) y accidentes traumáticos y/o patologías (60.000) (Cevallos y Dolores, 2013).

Debido al trabajo de mano de obra en contextos industriales, en Japón es 3,4 veces mayor que en E.E.U.U, desprendiéndose que la proporción de personas que han experimentado una amputación de miembro superior es de 10 a 14 veces mayor que en miembro inferior (Cevallos y Dolores, 2013).

Según la Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. La proporción de amputaciones entre hombres y mujeres es de 3:1 (73.6% v/s 26.4%), siendo las amputaciones por accidentes 9 veces más numerosas en hombres. Otro dato relevante para nuestra investigación, es que ocurren predominantemente en miembros inferiores, con un 84% respecto a miembro superior, que alcanza un 16% (Alós, 2008). En miembros superiores, la causa predominantemente es traumática con un 70,4%.(Birbaumer y Sherman 2000).

En Chile, no existen estadísticas nacionales claras de la epidemiología en amputaciones, sin embargo, el 20% de las personas de 18 años o más, es decir, 2.606.914 personas, se encuentran en situación de discapacidad en nuestro país, de los cuales el 11,7% presenta una situación de discapacidad leve o moderada y 8,3% severa (ENDISC Chile, 2016), donde el 7,8% de la población adulta, declara enfermedades o condiciones de salud por traumatismo y envenenamiento (ENDISC Chile, 2016).

Se destaca la investigación del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA) en el que, tras 5 años de estudio, dio a conocer que los 16,03% del total de cirugías de amputación realizadas fueron de extremidad superior. (Revista Chilena de Salud Pública 2010). Además, el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), en el 2012, realizó una cuenta pública en la cual, de un total de 8.289 amputaciones, 1,584 corresponde a miembro superior.

En el mismo sentido, se señala las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población productiva es de 11.326.119 personas, en donde según los informes que emanan de esta organización estatal, Chile tiene una población independiente que quintuplica a la población dependiente, esto se puede traducir a una población trabajadora muy amplia, donde se destacan las áreas de trabajo como; construcción, reparación de vehículos y enseres domésticos, efectos personales, los cuales presentan una mayor incidencia y/o riesgo en experimentar una amputación de un segmento corporal (INE, 2010).

A medida que fuimos recabando información y orientando dicho entendimiento desde la Terapia Ocupacional, se pudo pesquisar que dentro de los estudios en torno a dicha profesión, sólo se encontró una investigación que hace alusión al objeto de estudio, en la “Revista Chilena de Terapia Ocupacional”, realizado en el año 2013 sobre “Productos de apoyo para pacientes con amputación Transcarpiana” refiriéndose a las áreas físicas y cognitivas del usuario. Al igual que los estudios realizados por los otros profesionales de la salud, entiéndase a Kinesiólogos, Traumatólogos, Enfermera, entre otros, se ven encauzados hacia los cuidados y tratamiento de salud física de la experiencia de la amputación, es decir, orientados al cuidado del muñón, cicatrización, etapa pre-protésica, protésica y post-protésica, entre otros.

A pesar de la existencia de los variados estudios realizados en torno al tema de interés, sumados a los anteriormente mencionado, se puede concluir la interrogante de donde se encuentra la mirada holística hacia la persona en el entendimiento de su situación de salud o experiencia de la amputación desde la perspectiva subjetiva del sujeto, y como este proceso resultará en la participación social, integración e independencia de la persona en sus actividades de la vida diaria después de dicho proceso.

Aludiendo a nuestro que hacer como profesionales de Terapia Ocupacional, nuestro rol cobra vital transcendencia en la comprensión de las diversas situaciones de salud de cada persona que ha experimentado una amputación, y como a partir de esta concepción, se irá estableciendo los procesos de intervención y rehabilitación en torno a dicha área; identificando cuales son los factores y barreras, tanto psíquicas, cognitivas, sociales, emocionales y físicas que interfieren en su desempeño ocupacional, sin olvidar los diversos contextos en los que se desenvuelve la persona y los intereses propios, motivaciones, roles y cultura, entre otros (Romero y Moruno, 2003).

Conjuntamente, el concepto de ocupación según Creapeau. Cohn & Schell, en el año 2003, se caracteriza como actividades diarias que reflejan valores culturales, que

proveen estructuras de vida y significado a los sujetos, siendo estas actividades relacionadas con las necesidades humanas de auto-cuidado, disfrute y participación social. El desempeño ocupacional como tal y las demandas de las diversas actividades, se relacionan directamente con el entorno físico (requisitos del entorno físico que presenta una actividad, por ejemplo, tamaño, características ambientales, ventilación y ruido, entre otros), entorno social y contexto cultural (según Geertz, 1957), comprendiendo este último concepto, como la “trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencias, asimismo como conducen sus acciones”.

Las actividades de la vida diaria (AVD), son un eje central en nuestro oficio, siendo uno de los pilares fundamentales para la práctica (Polonio, 2003), promoviendo que la persona logre ser autónoma e independiente en su desempeño ocupacional en las distintas actividades en las cuales se desempeña. Estas actividades se subdividen en dos grupos: Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDb) e Instrumentales (AVDi), donde se orientan al cuidado del propio cuerpo (baño, ducha, cuidado de higiene de la vejiga e intestinos, vestido, alimentación, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso, entre otros) y aquellas destinadas a la interacción con el medio, las cuales generalmente son de realización opcional (cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistema de comunicación y movilización, preparación de alimentos, cuidado del hogar, manejo financiero y cuidado de salud, entre otros), correspondientemente (Polonio, 2003).

De igual relevancia, los diversos contextos en los que se desenvuelven las personas (escuela, trabajo, hogar y comunidad, entre otros), alcanzan vital importancia ya que determinará el cómo la persona se desarrollará dentro de estos, y como afrontará las diversas situaciones y experiencias subjetivas. Junto con lo anterior, podemos comprender que dentro de estos contextos (hogar, escuela, trabajo y comunidad, entre otros) nos encontramos con múltiples redes de apoyo, las cuales son entendidas como “un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia”

(Speck, 1989, p. 24). Estas, juegan un rol fundamental en los diversos procesos de intervención y rehabilitación, puesto que, a través de dichas, el sujeto contará con los recursos necesarios para los diversos procesos enmarcados en la experiencia de una amputación, donde “...la familia es percibida como la base para enfrentar el futuro y comenzar el proceso de adaptación a una nueva forma de vida, considerando el cambio físico que se experimentó a causa de la amputación...” (Avendaño, 2004). Las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de las personas, proveyendo no solo apoyos materiales e instrumentales, sino también, por el impacto significativo en el ámbito emocional (CELADE, 2003). Según Puga (2007), las redes de apoyo pueden lograr un efecto positivo en cuanto a la situación de salud de las personas, actuando como factores protectores en personas en situación de discapacidad (Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, 2008, p. 85)

Luego de haber mencionado y comprendido los diversos conceptos que enmarcan en el presente seminario de título, debemos profundizar sobre los términos de esquema e imagen corporal, los que, aun cuando se han comprendido como símiles, estos no lo son, para así luego comprender a partir de las diversas experiencias, el proceso de reconstrucción de estos conceptos.

Por una parte, debemos destacar los aportes de Schilder y Ajuriaguerra, los cuales fueron muy significativos a la hora de manejar una definición integrativa del concepto de esquema corporal, los cuales hoy en día son útiles en los modelos actuales de intervención en personas que se encuentran en una situación de discapacidad debido a una lesión física; para Schilder, P. (1994) “... el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo...”. Donde la formación de este esquema, se lleva a cabo a través de los procesos fisiológicos, neurológicos y psicológicos del ser humano, y la construcción de este, es a través de los estímulos propioceptivos, abarcando además las sensaciones táctiles, visuales, espaciales y motoras. Por otra parte, Ajuriaguerra (1989) lo define como: “...el proceso psicofisiológico que a partir de los datos sensoriales nos da, en una síntesis continuamente deshecha y constantemente renovada, el conocimiento y la orientación

de nuestro cuerpo en el espacio para permitirnos actuar con eficacia...”. Esta definición, deja al esquema corporal como una representación socializada del cuerpo, de tinte más bien consciente y de orden temporal.

Extrapolando el término de imagen corporal, esta se profundiza en la visión intersubjetiva de la valoración del cuerpo, permitiendo quedarse en la representación mental de sí mismo, independiente de la representación mental que se tiene del cuerpo humano en general. Schilder, P. (1950), la determina como aquella representación que se va desarrollando y estableciendo mentalmente de nuestro cuerpo, la cual nace a partir de la relación entre las medidas del cuerpo, los pensamientos, sentimientos y valoraciones que la persona tiene respecto a esta proyección, donde los modelos sociales-físicos apuntan al cómo deberían ser las mujeres y hombres hoy en día, ya que se muestra un cuerpo “ideal”.

Inicialmente, estos dos conceptos fueron definidos sin ser diferenciados entre sí, siendo Francoise Dolto, en su libro “La imagen inconsciente del cuerpo” (1986), quien señala claramente que “...no se debe confundir imagen del cuerpo y esquema corporal”. Donde para efecto de este seminario de título, el esquema corporal será explicitado como “... una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal en el contacto con el mundo físico...” (Dolto, 1986, p. 18), es decir, se remite al cuerpo actual en el espacio, a la experiencia inmediata, siendo una abstracción de la vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, estructurándose mediante el aprendizaje y la experiencia (Dolto, 1986, p. 25). Por otro lado, “...la imagen del cuerpo, sería la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, actuales o arcaicas...” (Dolto, 1986, p. 21), así también señala:

“La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda las vivencias relaciones y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica (...) actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo,

modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual” (Dolto, 1986, p 21).

Luego, en 1992, Rocen, expone que la imagen corporal se refiere a la manera en que uno siente, percibe, imagina y actúa respecto a su propio cuerpo, es decir, la conciencia que una persona tiene de ser ella misma creándose y representando la noción de este. Dentro de este concepto, también nos encontramos con las experiencias subjetivas y el cómo nos vamos a ir comportando dentro de la sociedad, siendo la imagen corporal una construcción dinámica, que va cambiando a lo largo de la vida (Romo, 2001).

A partir de dicha concepción, logramos observar una inclusión de los diversos constructos sociales en la comprensión de dicho término, ya que la imagen corporal comienza a ser caracterizada por elementos típicos de la época y la región geográfica, además de las cualidades anatómicas desprendidas del conocimiento científico y del sentido común. Desde dicho entendimiento, podemos desprender la comprensión de las variaciones de la época cursada de los estándares de belleza, del sentido de bienestar y la expectativas del rendimiento físico respecto de tareas lúdicas o de la vida diaria (Gallego, 2009)

Transversalmente, es importante destacar que Wallon y Piaget fueron los primeros en incorporar el desarrollo evolutivo como eje central de la formación del esquema corporal, pues mencionaron los elementos cognoscitivos típicos de cada etapa del niño y cómo estos permiten integrar, de diversa manera, la información de la existencia del propio cuerpo. Algo similar intentaron hacer los expertos en psicomotricidad, quienes consideraban indispensables las variables cognitivas y motoras en la interpretación que cada sujeto hace de su propio cuerpo y su lugar en el mundo (Jaramillo, 2012).

Este desarrollo evolutivo, se genera dentro de la infancia, donde el esquema corporal se va desarrollando a medida que los infantes reconocen su propio cuerpo y descubren las distintas sensaciones, de esta forma accediendo a la construcción de su

personalidad e inteligencia. Este proceso permitirá el conocimiento de un otro (individuo) y los objetos que irán moldeando a lo largo de su vida, viéndose interrelacionados los conceptos de subjetividad (del individuo) y objetividad (contexto social). Aproximadamente, a los dos años de edad, el niño comienza a reconocer su esquema corporal, donde a medida que se va desarrollando en los distintos sistemas educacionales y culturales, se irá incorporando y desarrollando la concepción de imagen corporal.

A través del desarrollo del presente seminario de título, se puede ir extrapolando que el contexto socio-histórico y las relaciones interpersonales que vamos ejerciendo a lo largo de nuestras vidas, van a determinar el cómo percibimos la concepción del cuerpo e imagen corporal determinada (Raich 2000).

En la actualidad, la sociedad y el ser humano dan una valoración significativa a la percepción del cuerpo (Muñoz, 2014), donde para encontrarnos incluidos dentro de la sociedad tenemos que cumplir estándares estéticos, psicológicos y sociales, definiendo así un estereotipo ideal de cómo deberíamos ser. Conjuntamente, dichos constructos sociales dan lugar a la exclusión y discriminación hacia los que no se encuentran dentro de dicha enmarcación, así traduciéndose en una pérdida de la participación dentro del contexto social, además de una pérdida de las diferentes oportunidades que se irán presentando a lo largo de la vida, dificultando así el acceso a los diversos sistemas sociales, autonomía e independencia de la persona.

A partir de lo anteriormente mencionado y la interrelación de todos los conceptos revisados, se puede observar que los diversos contextos irán determinando como la persona se enfrentara a las diversas situaciones y experiencias subjetivas de la vida, las cuales, al ser orientadas y enmarcadas bajo el objeto de estudio, irán determinando como la persona enfrenta la experiencia de la pérdida de un segmento corporal, sin embargo, a pesar de comprender que las diferencias de los diversos contextos individuales de cada persona son determinantes directos en dicho proceso, existe un proceso común de duelo.

Como se menciona anteriormente, el duelo lo comprenderemos desde lo descrito por Freud (1917), el que lo define como "... la reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción...", caracterizándolo como una labor psíquica que se manifiesta por la presencia de un sentimiento de dolor psíquico intenso, una pérdida de interés por el mundo exterior y una inhibición de toda productividad. Además, lo describe como: "... la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc..." (Freud, 1917, p. 1). Dicha comprensión nos permitirá comprender e interpretar la experiencia psíquica del objeto de estudio, en la cual, se puede deducir que la pérdida de un segmento corporal, se relaciona como la pérdida de una parte vital del ser humano

Se conceptualiza que "... él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida en su yo." (Freud, 1917 p. 4), donde comprenderemos que es esta pérdida la que confiere a la persona como una pérdida subjetiva en su cuerpo, que se extrapola a toda realización cotidiana, ya sea en sus quehaceres o convivencia con otras personas. El duelo es un proceso normal de pérdida en el cual se debe respetar los tiempos subjetivos, para que la persona logre realizar la re-significación de su esquema corporal.

Colectivamente, nos encontramos con el término melancolía, el cual se caracteriza "...principalmente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el usuario sea objeto a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo..." (Freud, 1917 p. 3). A partir de dichas nociones, dejan espacio para interpretar que dentro del proceso de la experiencia de una amputación de un segmento corporal, se manifiesta una dificultad en asociar la pérdida del segmento.

**¿Cómo se desarrolla el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal?**

Haciendo hincapié en la comprensión del objeto de estudio, se resume a la comprensión de la persona desde una mirada holística e integradora, donde esta se encuentra conformada tanto por la esfera biológica, psicológica y social, percibiendo que la experiencia de una amputación es única y subjetiva de cada persona, donde los constructos sociales de los contextos en los que se desenvuelve la persona van a ir directamente relacionados con las diversas esferas nombradas. En cuanto a la esfera biológica, subyace que la situación de salud de la persona que ha experimentado una amputación de un segmento corporal, la reorganización y la reestructuración se producen en partes de la corteza cerebral, en el que se genera una alteración en la tolerancia hacia la pérdida del segmento (reacción del duelo), pudiendo llegar a presentarse la melancolía y sentido de reproche o en otro escenario, la delegación de un tercero de la responsabilidad de lo sucedido. Sin embargo, a su vez, pueden lograr una reorganización emocional que los libere del dolor psíquico, con el fin de abrir posibilidades de nuevos contenidos. (Lillo, 2001)

Dicha reorganización, que se presenta como motivación, se genera de manera subjetiva en cada individuo, mediante el apoyo que brinda el equipo clínico. Es por esto, que el proceso debe ser de manera participativa y activa, “...La rehabilitación no es algo que sucede para los pacientes; es algo que los pacientes hacen para sí mismos. No es un deporte de espectadores. Una activa participación dentro del proceso es un mandato obligatorio...” (Smith, 2003).

Tras la pérdida de un segmento corporal, en la consciencia de la persona que experimenta dicha situación, se inscribe en el orden de la autopercepción, es decir, en la valoración que hace la persona de sí misma, donde el proceso de sólo asumir la pérdida, la persona comienza a cursar un período de duelo, en el que, no sólo se debe lidiar con las dificultades fácticas de la situación de discapacidad de salud adquirida,

sino también, en los temores, resentimientos y dudas que implican enfrentar la vida de esta “otra” manera (Sierra, 2010)

Dentro de dicho proceso, alcanzamos a observar una defensa típica frente el daño percibido, la cual corresponde a la negación de la lesión, ante lo cual, la persona puede intentar desenvolverse en su día a día, como si no hubiera experimentado dicha vivencias, sin embargo, luego, con el paso del tiempo, poco a poco la persona comienza a adentrar a una etapa de aceptación, cursando con altísimos niveles de angustia y frustración, con recurrentes evidencias clínicas de regresión, necesidad de afecto, dependencia, y/o aislamiento social y miedo (Góngora, 2004).

La bibliografía es tácita en declarar que la lesión en sí misma no implica cierto tipo de sentimientos y sensaciones en la persona, aunque sí se denotan discrepancias en la progresión temporal de los estados de angustia según la gravedad de la lesión adquirida; así por ejemplo, en una amputación quirúrgica como consecuencia del tratamiento contra el cáncer de mama, la sensación de inseguridad ante el advenimiento de la enfermedad, la disminución del apetito sexual y el temor a entablar nuevas relaciones sociales, sin la adecuada intervención psicológica, puede tener una presencia clínicamente pesquisable durante años (Vásquez, 2010).

Siguiendo con la repercusión de las personas que han sufrido lesiones, suelen de vez en cuando, presentar una sensación consciente de poseer aún su extremidad amputada, aunque muchas veces, esa percepción sutil de sus pulsiones de reparación pueden apreciarse en el relato espontáneo que hace la persona de haber soñado poseer, en plena forma, todas las partes de su cuerpo dañadas por su lesión o enfermedad (Cárdenas, 2001). Aun cuando la intervención clínica típica, en personas que han experimentado una amputación, reside en monitorear las conexiones nerviosas nuevas que el cerebro hace ante la ausencia de estímulos en el circuito que a ese miembro solía corresponder, la concepción previa (cognitiva y simbólica) de la preexistencia del miembro perdido, hace que la persona lo sienta en su lugar por un tiempo prolongado (Lopera, 1995).

Luego de haber experimentado una amputación, la recuperación de la autoestima y el rearmado de un auto concepto positivo de sí mismo, juega un rol clave dentro del proceso de rehabilitación, el cual se suma a la capacidad de la persona de compensar sus dificultades dentro de su desempeño ocupacional, con el desarrollo de nuevas técnicas, habilidades o modificaciones del entorno, además de las potencializar aquellas remanentes. El desarrollo de la imagen corporal es clave en la constitución de la identidad de la persona, así mismo, esta se encuentra aparejada con la construcción social del contexto en el que se desenvuelve la persona, por tanto la adaptación a la experiencia de la amputación se debe expresar e ir asociada a una adaptación de su desempeño ocupacional y la forma de realizar las diversas actividades de la vida diaria, donde dicho proceso deberá ir enfocado en la reconstrucción de su sentido de utilidad, pertenencia y control de su propia vida.

Conjuntamente, el ideal social, de una madre que cría a sus hijos o de un hombre reconocido por su esfuerzo en el trabajo, provoca una disrupción en la subjetividad de la persona en situación de discapacidad, pues siente que su nueva condición le ha robado más que una extremidad: le ha robado su lugar en la sociedad. Los mecanismos compensatorios pueden desencadenarse de las más dañinas formas, donde el aislamiento suele ser la forma más común, donde síntomas relativos a la depresión suelen ser descritos en la bibliografía como consecuencias directas de una lesión que produce que la persona se encuentra en situación de discapacidad, en especial si el sujeto no presenta el apoyo de redes sociales necesarias para un rápido regreso a sus labores cotidianas. Los aportes del estudio de Serrano & Jackeline Ospina, “El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación”, año 2010, otorgan relevantes antecedentes en torno al área de salud mental, en donde el 35% de los sujetos participantes de dicha investigación, presentaban trastornos depresivos y el 15% hacen uso de fármacos anti-depresivos, para aplacar los diversos procesos psicológicos que conlleva dicho acontecimiento.

Además, se puede extraer que la persona puede llegar a sentirse inferior que los demás en los diversos contextos en los que se desenvuelve, debido a la presencia de su

nueva situación de salud. Dicho sentimiento puede ser entendido como el producto de la valoración negativa subjetiva de cada persona hacia sí mismo, sumado a la valoración social del entorno en que se desenvuelve, donde dicho contexto influye directamente en la participación social y como se irán desarrollando las diversas interacciones sociales.

No hay duda que dentro de la bibliografía y desarrollo de la presente investigación, podemos dar cuenta que la imagen corporal se ve directamente influida por el cambio en el esquema corporal, posicionando a la persona en la reconstrucción de su identidad a través de su imagen personal actual, observándose una influencia en su personalidad, su autoestima, valoración a sí mismo, como también en su participación social. La persona experimentara variadas etapas dentro del proceso de haber experimentado una amputación, para así lograr la aceptación de su nueva condición.

Como Terapeutas Ocupacionales, tenemos un gran desafío en la intervención de personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, donde debemos enfocarnos en todos los contextos que se ven influenciados por esta pérdida, centrándose en una mirada holística hacia la situación de salud de la persona, y no sólo en la intervención en salud física, ya que existe un impacto en todos los ámbitos de la vida de la persona. Es por esto que se vuelve imprescindible el intervenir de manera multifactorial, abarcando y desarrollando variados objetivos de intervención, considerando componentes físicos, psicológicos y sociales de la persona, orientados en la autonomía e independencia en su desempeño ocupacional. Cabe mencionar además, que debe existir un seguimiento constante del proceso de rehabilitación, centrando el abordaje terapéutico en las necesidades individuales de la persona, así como también de su familia, brindándoles un apoyo en todo el proceso de rehabilitación.

Sin embargo, se podría aislar socialmente a la familia y al individuo al dejarlos sumidos en el sentimiento de que son “...los únicos a los que les pasa esta desgracia...” (Góngora, 2004). Podría decirse que el ideal es una interrelación donde se reconozca

a la persona en su particular modo de vivir su lesión (dar un espacio de escucha a aquello que tiene para decir sobre lo que le aqueja) a la vez que se le enfrenta a una realidad donde otros, en condiciones similares, han logrado insertarse, ser independientes y vivir una vida prácticamente normal.

Se orienta como eje temático, la importancia de un desempeño satisfactorio para la persona en las diversas áreas de la ocupación, comprendiendo el desempeño como la capacidad de la persona a elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria las diversas actividades, es decir, tanto en las AVD básicas como instrumentales, participación social, ocio y tiempo libre, trabajo y descanso, entre otros, de forma independiente y autónoma. Polonio (2004), describe que al limitar la participación social, ejecución y planificación de estas actividades, se coarta la significancia de la persona en su contexto, o que da como resultado un aislamiento progresivo en el tiempo, exclusión y/o privación, lo que a su vez, se verá limitados sus vínculos sociales y familiares.

En cuanto al objeto de estudio, es fundamental conocer y comprender la reconstrucción de la imagen corporal y los diversos procesos psicológicos que se enmarcan bajo la experiencia de una amputación, para así otorgar y facilitar una intervención integral y de calidad, enfocados en la persona como un ente holístico, ya que, actualmente los procesos de rehabilitación van enfocados a la intervención en salud física, como se ha mencionado con anterioridad.

A partir del desarrollo de la revisión bibliográfica, la historia de vida y las experiencias subjetivas de cada persona, son relevantes, así mismo cada sentimiento y forma de enfrentar la experiencia de una amputación va a ser única e individualizada, sin embargo, nos encontramos con procesos psicosociales comunes en cada una de las situaciones, como lo son el duelo en todas sus facetas. La persona que ha experimentado dicha situación, adentrará por un proceso de cambio y reestructuración de la imagen corporal de sí mismo, donde emanan auto-reproches, rabia y afecciones psicológicas que conlleva este proceso. Paralelamente la participación social se ve

influida directamente, donde la sociedad actual juega un rol fundamental en la aceptación de las diferencias en los estándares establecidos dentro de la comunidad.

### **Supuesto guía**

Las personas que han experimentado una amputación, cursan por un proceso de reconstrucción de su imagen corporal, donde a partir de los diversos atributos individuales, este se integra de forma positiva o negativa. Conjuntamente, la reintegración de sus actividades de la vida diaria, además de los atributos personales, se ven relacionadas en cuanto a las diversas redes de apoyo, los contextos sociales en los que se desenvuelve y la oportunidad de acceder a una prótesis, así favoreciendo o no, un desempeño ocupacional satisfactorio.

### **Objetivos**

- *Objetivo general*

Analizar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado amputación de un segmento corporal.

- *Objetivos específicos*

- Caracterizar cómo se reconstruye la imagen corporal después de una amputación de un segmento corporal.
- Identificar y describir cómo el desempeño ocupacional se ve afectado tras una amputación de un segmento corporal.
- Caracterizar la reintegración en las actividades de la vida diaria tras una amputación de un segmento corporal.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró:

- Consentimiento Informado: se adjunta el documento escrito a cada instrumento, el cual contempla los objetivos de estudio.
- Se guardará la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes de la investigación se protegerá, donde solo los estudiantes en práctica de Terapia Ocupacional que estén ejerciendo la investigación y los profesores guías tendrán acceso
- Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas se respetaran
- Los participantes del objeto de estudio, tendrán acceso a los resultados de la información antes de ser publicada.

Los principios éticos que se garantizaron durante este proceso de investigación (Berrueta, Bellidoy Arrasco, 2004):

1. Principio de confidencialidad: La investigación reconoce que las personas participantes tienen derecho a la privacidad y anonimato. Donde las personas tienen derecho de excluirse y/o mantener la confidencialidad sobre la información.
2. Justicia: la muestra se seleccionará sin discriminación, existiendo un trato igualitario en consideración y respeto.
3. No maleficencia: no se realizará ningún trato y/o estudio que pueda dañar la integridad de las personas participantes del objeto de estudio.
4. Autonomía: en el estudio, solo se incluirán a las personas que acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de querer pertenecer en este.
5. Beneficencia: durante el proceso, los investigadores informarán la relevancia la necesidad del conocimiento en los participantes de la investigación.

## MARCO TEÓRICO

### **Sobre la amputación, la teoría y la práctica**

Como se ha mencionado anteriormente, la amputación es definida como la remoción o resección total o parcial de un segmento corporal, caracterizándose por ser un proceso complejo (Mendoza y González, 2000). El hecho de que una persona llegue a experimentar una amputación, se debe a variados factores y/o causas los cuales se pueden categorizar por patologías congénitas y vasculares, oncológicas y eventos traumáticos. Dichos agentes se pueden clasificar según su origen, encontrándonos con amputaciones tanto primarias/traumáticas (producida por un agente traumático) como secundarias/quirúrgicas (caracterizada por ser aquella que es programada o electiva, realizada a través de un proceso quirúrgico).

Articulando el concepto de amputación, con lo mencionado anteriormente, se puede desprender que es un proceso que requiere de una técnica más bien compleja, en la que se además de remover el segmento corporal, se focaliza en minimizar las complicaciones tanto locales como sistémicas, donde según Chang (2006), tanto las desarticulaciones como las amputaciones pueden efectuarse de dos formas (Trujillo, 2012):

- Cerrada: caracterizada por ser aquella que luego de aserrar el componente esquelético, tanto los músculos, aponeurosis como la piel, son saturadas por planos
- Abierta: es aquella la cual se realiza ante la presencia de una infección, donde se caracteriza por dejar la herida abierta, así existiendo un drenaje de los productos de la infección y realizando una irrigación con líquidos antisépticos

A su vez, Chang (2006), hace alusión a la preferencia de la búsqueda de un muñón dinámico funcional, caracterizándose por la búsqueda de una amputación lo más distal

posible, ya que, la funcionalidad de los muñones a medida que va subiendo el nivel de amputación, se va reduciendo progresivamente (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013).

A partir de lo anterior, nos podemos encontrar con diversos niveles de amputaciones, donde dicha clasificación se comprenderá a partir de la Clasificación Anatómica de Oxford y la Clasificación Topográfica de Schwartz.

- Clasificación Anatómica de Oxford

Miembro Superior	Miembro inferior
Segmento Humeral (H)	Segmento femoral
Tercio superior del húmero (H1)	Tercio superior del fémur (F1)
Tercio medio del húmero (H2)	Tercio medio del fémur (F2)
Tercio inferior del húmero (H3)	Tercio inferior del fémur (F3)
Segmento radial (R)	Segmento tibial (T)
Tercio superior del radio (R1)	Tercio superior del radio (T1)
Tercio medio del radio (R2)	Tercio medio del radio (T2)
Tercio inferior del radio (R3)	Tercio inferior del radio (T3)

- Clasificación Topográfica de Schwartz

Miembro Superior	Miembro inferior
Interscapulotorácico	Hemipelvectomía
Desarticulación de hombro	Desarticulación de cadera
Amputación por encima del codo (A.E)	Amputación por encima de rodilla (A.K)
Desarticulación de codo	Desarticulación de rodilla
Amputación por debajo del codo (B.E)	Amputación corta bajo rodilla (short B.K).
Desarticulación de muñeca	Amputación por debajo de rodilla (B.K)
Amputaciones parciales de mano	Amputación de Syme
	Amputaciones parciales del pie

El proceso de intervención y de rehabilitación, irán enmarcadas bajo un equipo multidisciplinario, conformado por el Médico especialista en Rehabilitación,

Kinesiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social y Ortesista - Protésista, entre otros, orientándose a que la persona logre su máxima funcionalidad y un desempeño ocupacional satisfactorio en las diversas actividades de la vida diarias realizadas dentro de su contexto social, familiar y laboral (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013), ya que, "... las amputaciones pueden generar en el individuo, desgaste a nivel, emocional, social y físico..." (Trujillo, 2012)

Junto con la vivencia de esta pérdida, nos encontraremos con diversas dificultades las cuales se encuentran enmarcadas bajo los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Haciendo referencia a las posibles limitaciones funcionales, los placeres de la persona entran en juego con las facultades físicas propias para poder desempeñarse en dichas actividades, Fishman, propone que la persona que ha experimentado una amputación, presenta alternativas abiertas como "...a) evitar la ejecución de la tarea, b) compensar la pérdida con el uso de la extremidad restante, c) ejecutar la función reemplazando el miembro perdido por otro artificial..." (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

En cuanto la alternativa c, el proceso de rehabilitación irá enfocado hacia la funcionalidad y satisfacción de las personas en su desempeño ocupacional dentro de las diversas actividades que realiza, donde a través de esta extensión artificial del segmento perdido, conocido como prótesis, tiene como principal objetivo sustituir las necesidades individuales de la persona, permitiendo así reintegrarse en sus actividades de la vida diaria.

Los objetivos de la rehabilitación en la etapa Pre-protésica, se encuentran inmersos en la preparación de la utilización de la prótesis, encontrándonos que la estabilización del muñón dura aproximadamente entre cuatro y seis meses. Estos objetivos van orientados en la aceleración del cierre de la herida, la estabilización del volumen del muñón, la reducción del dolor y edema, prevención de contracturas, fortalecimiento de los músculos, evaluación de la tolerancia al tipo de apoyo, modelar rodetes y la educación de posturas y buenos hábitos. Luego, en la etapa Protésica, se realizara una

prescripción lo más apropiada para la persona, detallando cada componente y material, donde la correcta combinación y selección de los mismos permitirán confeccionar la prótesis, donde cabe mencionar que tiene que ser confortable, funcional, cosmética y económica (Sociedad Argentina de Diabetes, 2015)

La etapa Post-protésica, por su parte, se instruye a la colocación, cuidado e higiene de la prótesis, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, simulación de la tarea laboral, entrenamiento ocupacional, la recreación y el deporte, los cuales se sustentan en base a los intereses y motivaciones de la persona. (Sociedad Argentina de Diabetes, 2015)

Finalmente, se puede extrapolar, que el proceso de una amputación, se ira enmarcando a partir de las diversas variables, tanto psicológicas y sociales, allegando en determinadas situaciones en depresión y suicidio. Las consecuencias de dicha experiencia, pueden llegar a ocasionar aislamiento y una etapa de constante lucha por “retomar” su vida anterior, impactando en los diversos contextos en lo que se desenvuelve la persona (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013)

### **Sobre el Esquema e Imagen corporal y la persona que ha experimentado una amputación**

La noción del concepto “cuerpo” y la concepción ideal de este dentro de la sociedad, se encuentra enmarcado bajo diversos constructos sociales. Por su lado, la palabra estética, es relacionada con el embellecimiento, donde en el campo de la restauración protésica hace alusión a los problemas asociados al aspecto visual que la pérdida de un segmento corporal conlleva. (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Cuando se experimenta una amputación, la autopercepción de uno mismo cambia a los ojos de la misma persona que lo ha vivenciado, y de los demás que lo rodean, ya que, cuando no nos encontramos inmersos bajo los estándares sociales, se

sufre una pérdida de adaptación y por ello, dificultades interpersonales (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Profundizando en los términos de esquemas e imagen corporal y relacionando lo mencionado anteriormente, se expondrá el objeto de estudio bajo la alusión del enfoque de Schilder, el cual conceptualiza el término de imagen corporal como una construcción propia del sujeto, haciendo referencia que dicha imagen no se encuentra atribuida a la apariencia física real, sino que, extrapola la subjetividad del propio sujeto, mediante sus actitudes, valoraciones y su conceptualización que atribuye a su propio cuerpo, donde conjuntamente, esta se va desarrollando bajo un constructo social histórico.

Colectivamente, De la Serna (2004), complementa a dichos aportes, que la conformación de la dicha imagen corporal se encuentra construida a partir de “el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción)” e influida por los aspectos socioculturales, biológicos y ambientales, donde actualmente, a diferencia de otras épocas, se basa en un modelo de “prodelgadez” (Vaquero, 2013, p.27-35 ), encontrándose inmerso el concepto de cuerpo ideal determinado culturalmente (Acosta, 2003).

Para comprender la construcción de la imagen corporal, se debe engranar la visualización y conocimiento de los diversos segmentos corporales del cuerpo, simultáneamente con la capacidad de orientarse en torno a las relaciones entre cada uno de estos, es decir, la relación que la persona le atribuye al segmento a partir de su significado subjetivo.

Dicha construcción, se irá desplegando gracias a las experiencias ópticas y a la actividades de localización de la persona, mediante el tacto o el movimiento osteomusculares (García, 2013), donde a partir de dicha noción, se puede desprender, que es un elemento que se enmarca bajo una construcción temporal y que esta sucesivamente dispuesta a cambios, comprendiendo, que esta se desarrollará mediante situaciones fisiológicas y vitales, las cuales, irán modificando cada aspecto de nuestras vidas y la propia concepción que tenemos de nosotros mismos. Se atribuirá además, que “la influencia emocional altera el valor relativo de las distintas partes de la imagen corporal de acuerdo a las diferentes tendencias libidinales” (Schilder, 1994), donde esta relación íntima con el segmento corporal, puede ser potenciada por efectos históricos o netamente funcionales, como por ejemplo, la profesión o actividad significativa, en donde está implícito el funcionamiento y uso de aquel segmento corporal.

En contraste, Dolto, en 1986, refiere tres modalidades interrelacionadas que constituyen una imagen corporal, ilustrándose la Imagen de Base, Imagen Corporal y la Imagen Erógena.

De dichas etapas se desprende, que la primera permite a la persona percibirse a través de una continuidad espacio-temporal, que permanece y se forja desde el nacimiento. Dicha continuidad se categoriza como narcicismo, ya que hace alusión a aquello que es ser uno mismo, estableciendo así el sentimiento de existir de un ser humano temporal y con fecha de caducidad, sin embargo, es pertinente señalar, que imprime una visión netamente del cuerpo íntegro, donde no se subdivide al ser humano en segmentos, sino que se considera en su totalidad. A partir de lo anterior, la imagen corporal se posiciona como algo sobrehumano y autorreferente.

La Imagen Funcional por su parte, hace alusión a que la persona actúa y se relaciona con el medio, generando así una dimensión dinámica y móvil; en esta modalidad es que las pulsiones de vida se pueden manifestar mediante el deseo para obtener placer, objetivándose la relación con el mundo. Aquella dinámica aporta el movimiento en el

espacio de este cuerpo, la cual irá variando dependiendo de su contexto. Se puede desprender así, que al ver un cuerpo móvil en el espacio-tiempo este se irá nutriendo de experiencias las cuales atribuirán valor a los segmentos, dicha representatividad dependerá de la significación de la persona le otorga al segmento. Por otra parte, la Imagen Erógena, hace alusión al lugar donde se focaliza el placer y el displacer erótico en la relación con el otro.

Se extrapolará, que la Imagen Base por su lado garantiza su cohesión narcisista, mientras que la Imagen Funcional dará uso del esquema corporal. Conjuntamente, la Imagen Erógena permitirá o no, el placer compartido y humanizante con otras personas (Morris, 2003), donde a partir de dicha concepción, se irá dando énfasis a los segmentos corporales. Es aquí la importancia de especificar y detallar las concepciones y comprensiones de imagen corporal y segmento corporal, ya que, a partir de dicha noción, se irá comprendiendo el proceso de reconstrucción a partir del significado subjetivo otorgado por la persona hacia la pérdida de ese segmento corporal.

Volviendo a conceptualizar el cuerpo y su imagen, se contrapone el enfoque de Schilder, quien define el esquema corporal como “...una entidad dinámica, debido a que no sólo incluye sensaciones y recuerdos, sino que abarca otros aspectos como la intencionalidad, los objetivos, las inclinaciones, etc. Además, también existe un sentimiento de necesidad de que los demás conozcan las emociones y sentimientos que tienen lugar dentro de nosotros. El cuerpo es siempre la expresión de un Yo y de una personalidad que se encuentra dentro de un mundo...” (Schilder, 1987, p. 189-242), estableciendo un dinamismo, sin embargo, Dolto (1986) no conceptualiza el cuerpo como una entidad dinámica, sino plástica y netamente física, es decir, un cuerpo que se confecciona bajo segmentos corporales establecidos (cabeza, tronco, extremidades superiores e inferiores, entre otros) los cuales, dan paso a la concepción de imagen corporal, en que la experiencia corporal se va configurando en la experiencia espacial, enmarcando los límites del mismo cuerpo. Es importante desplegar dichas diferencias colaboran engranar una definición global, ya que por una parte se visualiza el proceso de una imagen corporal estática, movilizada por un esquema corporal y otorgándole la

plasticidad como una entidad integradora de experiencias a esta imagen, o más bien, esta persona y/o segmento.

Enfocándonos a la esquematización contextual, se ha observado que debido a los factores culturales, los hombres se muestran con mayor disposición a las situaciones corporales de orden sensorial y estético, teniendo de esta manera una percepción más favorable de su imagen corporal, no así en mujeres, por lo que, con el aumento de la edad, los parámetros de exigencia con la percepción de la imagen van disminuyendo (García, 2013). Vale decir, la preocupación por la imagen corporal comienza desde la niñez, aumentando en los adolescentes y mostrándose en un nivel sin variantes en la adultez, lo que podría verse alterada al experimentar una amputación.

Relacionando todos los conceptos expuestos, podemos concretar que en fin de cuentas la imagen y esquema corporal en una persona que ha experimentado una amputación de un segmento corporal, varía dependiendo del nivel personal estático (esquema corporal) y el nivel dinámico (imagen corporal) de cada persona. Dicho, se encontrara orientado hacia el significado de la utilización de ese segmento en los diversos contextos en los que se desenvuelve la persona, por ende, dicha pérdida impactará en su concepción de esquema corporal e imagen, donde a medida que se desenvuelve dentro de sus diversos contextos y las relaciones interpersonales que ejerza, confluyan en la significación de está pérdida.

Conjuntamente, se debe considerar la edad en la cual se experimenta una amputación de un segmento corporal, ya que, los diversos procesos psicológicos dependerán en gran medida de la significación de dicha experiencia en torno a su segmento corporal perdido y a los atributos personales de cada persona, entendiéndose este último como los valores, creencias, espiritualidad, funciones corporales y estructuras corporales (Asociación Americana de Terapia Ocupaciona, 2014), donde una persona que pudiendo experimentar una pérdida física limitada, podrá apreciar una mayor dificultad en su proceso de adaptación, que en otra persona con una pérdida de

un segmento corporal más ampliada, observándose así la significación subjetiva atribuida al segmento perdido.

### **Reconstrucción de la imagen corporal y la persona que ha experimentado una amputación**

*“El cuerpo perfecto no existe porque lo más aproximado a la perfección es una mente equilibrada en un cuerpo armónico; y es la mente la que hace al cuerpo.” (Anónimo)*

Adentrándonos en la reconstrucción y el proceso de rehabilitación de una persona que ha experimentado una amputación, se logra concretar un proceso donde la persona vive una etapa de resignificación a dicha pérdida, donde como hemos mencionado anteriormente, los procesos psicológicos dependerán en un mayor grado de los atributos personales del propio individuo que del tipo o nivel de amputación, donde el significado y la importancia de dicha experiencia es subjetiva, ya que, juega un papel fundamental el contexto cultural y social en las que se desenvuelve cada persona y a su vez, como aquel segmento corporal se desenvuelve en su contexto significativo (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961)

Basándose en el capítulo “Amputación” por el Dr. Fishman en “Psychological Practices with the Physically Disabled”, este dirige su atención a las reacciones de las personas que han vivenciado esta pérdida y analiza los aspectos psicológicos, donde propone tres canales como forma de orientación; El primer canal, hace alusión a las experiencias y dificultades con los cuales la persona que ha experimentado la amputación se enfrenta. El segundo, concierne a las múltiples formas de reacciones, conducta e introspección en referencia a dichos estímulos, y por último, el tercer canal, trata de la identificación de los procesos psicodinámicos los cuales mantienen relación entre las experiencias de objetividad de la pérdida y la conducta (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Haciendo referencia a la conducta de la persona que ha vivenciado esta pérdida, Wittkower en 1947, realiza un estudio enmarcado en el periodo de hospitalización de personas que han experimentado una amputación producto de la guerra, determinando que las reacciones dominantes eran expresiones de “ansiedad, depresión, resentimiento, desconfianza, resignación e indiferencia”. Luego, Randall, Ewalt y Blair en 1945, suma “...sentimientos de vergüenza, auto-compasión, preocupación por la familia... sentimientos de buena suerte y sin respuestas emocionales entre el grupo (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Fishman, expone que después de la experiencia misma de la pérdida, los efectos traumáticos psicológicos instantáneos de la cirugía, luego del agotamiento emotivo inicial y las adaptaciones asociadas a esta pérdida, no hay un proceso neurótico o psicótico durante el proceso de ajuste de la amputación, sin embargo, se observa un relato similar en la vivencia de varias personas, donde el modelo de la conducta se orienta bajo la adaptación (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Junto a Stiller, en 1958, Fishman, intentó realizar un estudio de las “personalidades variadas: 1) aceptación de la pérdida, 2) identificación con el inválido, 3) evaluación de la adecuación, 4) independencia, 5) sensibilidad, 6) evaluación de la aceptación por otros, 7) sociabilidad, 8) frustración, y 9) optimismo” (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961). Sus hallazgos sugieren que a pesar de las personalidades estudiadas, las personas mantienen un sentimiento de integridad del cuerpo, evitando dar importancia a las dificultades físicas y negando consecuencias personales, vocacionales y sociales que conlleva la pérdida, rechazando sus deseos cosméticos y funcionales con las personas que no han experimentado una amputación.

Un gran número de comportamientos de no aceptación a la vivencia y lo que conlleva dicha conducta dentro de su desempeño ocupacional, parte de las concepciones negativas salen a flote, traducándose en: “1) hostilidad, 2) dependencia,

3) timidez, 4) confianza superficial en sí mismos, 5) motivaciones inestables, 6) racionalización de las situaciones, y 7) obligatoriedad” (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961), sin embargo, los aspectos atribuibles a conceptos positivos, corresponde a “ 1) seguridad en sí mismos, confianza, 2) motivación estable, 3) sociabilización, 4) hostilidad no expresada, y 5) actitudes positivas hacia el miembro artificial” (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961).

Podemos deducir que las conductas ante la pérdida de un segmento corporal, son individuales y subjetivas, donde este proceso de vivenciar la amputación dentro de su desempeño ocupacional y en los diversos contextos en los que se desenvuelven, se pueden observar circunstancias que tienden a favorecer la frustración de la persona y la generación de conflictos. Dichos aspectos son “construcciones teóricas que describen ciertos aspectos de la adaptación humana, y su presencia actúa inevitablemente en el desarrollo de las tensiones en el individuo” (Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P, 1961), exponiendo que, para reestablecer el equilibrio psicológico, se debe reducir la tensión de dichas dimensiones.

Los atributos psicológicos mencionados con anterioridad, se pueden ver relacionados, de cierta manera, en la resolución de las diferentes etapas del duelo, el cual es un proceso normal en donde cursa la persona, pero que, al no ser resuelto, puede volverse patológico, como lo es la melancolía según Freud (1917). Existen diversas definiciones en relación a los procesos que vive una persona que experimenta dicha pérdida, de las cuales destacaremos a Lindeman, quien habla de tres etapas del duelo; a) conmoción e incredulidad, b) duelo agudo y c) resolución. Por su parte, Parkes y Bowlby, postulan cuatro etapas; a) aturdimiento, b) anhelo y búsqueda, c) desorganización y desesperación, y d) reorganización. Junto a lo anterior, Fink, categoriza cuatro pasos dentro del proceso de adaptación: a) choque inicial, b) retraimiento defensivo, c) reconocimiento, y d) adaptación.

Aun cuando existen diferentes exposiciones en torno a la comprensión del desarrollo de dicho proceso, creemos importante señalar que todas las personas que han vivenciado esta situación, experimentan una sucesión de etapas, las cuales serán afrontadas de manera más efectiva a través del apoyo social y familiar, ya que estas redes de apoyo, como hemos mencionado anteriormente, juegan un rol fundamental en la percepción de sí mismo, así como también, en la canalización de las emociones a través de la facilitación de la expresión y contención de estas. (Sierra y Manzo, 2012).

El proceso que experimentará una persona tras esta pérdida, se verá influenciada tanto por las experiencias subjetivas a las cuales enfrentará dentro de los diversos contextos a lo largo de su vida, como también, a la reacción que adoptará frente a estos sucesos (introspecciones frente a su situación de salud) y por último la identificación de los procesos psicodinámicos que se presentan en las experiencias y las respuestas frente a la persona con amputación. Con la pérdida de un segmento corporal, transcurren diversos procesos psicológicos, ya referidos anteriormente, donde inciden aquellas negativas como la frustración, tensión y temor, entre otros, frente a la nueva situación de salud, reconstruyendo su imagen corporal a través del proceso de adaptación.

Si bien, el proceso de adaptación es variable según el autor, nos encontramos con la exposición de la doctora Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), quien propone un modelo de duelo descrito en su libro “On death and dying”, en el cual manifiesta cinco fases (Raffo, 2005):

- Fase de Negación: Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida
- Fase de Enfado, Indiferencia o Ira: Estado de descontento por no poder evitar la pérdida que sucede. Se buscan razones causales y culpabilidad.

- Fase de Negociación: Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.
- Fase de Dolor Emocional: Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.
- Fase de Aceptación: Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

Kübler, describe que estas fases suelen durar entre dos y doce semanas, aunque estos puede persistir hasta por seis meses, cuando se trata de la pérdida de un ser querido muy allegado (madre, hijo y cónyuge, entre otros). Sin embargo, en el caso de que dicho proceso se alargue, no cesando después del periodo tiempo determinado, estos provocarán problemas en el desenvolvimiento de la persona dentro de su vida rutinaria, por ende, suma vital importancia acudir a un profesional, ya que, la persona que se encuentra vivenciando dicha experiencia, pudiese estar sufriendo un episodio de depresión crónico, pudiendo implicar así un duelo patológico (melancolía).

Cabe mencionar, que no siempre se cumplen todas las etapas, ni necesariamente ocurren en el orden señalado, expresándose este proceso a partir de los atributos individuales de la persona y definidas de forma directa por la representación del segmento en la funcionalidad cotidiana, es así que, la percepción de dicho segmento es crucial para esclarecer y posicionar las etapas del duelo, ya sea propio del segmento, como de la misma imagen corporal.

Luego de haber experimentado una amputación de un segmento corporal, se observa la apreciación de padecer dicho segmento luego de la pérdida (Treviño, Salazar, Escammilla, Martínez y Rivera, 2012). Este fenómeno fue descrito por primera vez en 1951 por Paré, definiéndolo como “miembro fantasma”, el cual se

caracteriza por ser una sensación viva y persistente de percepción o molestias en el lugar del segmento corporal perdido, además, la mayoría de las personas padecen dolor intenso, mientras que otros solo perciben una sensación de presencia continuada de dicho miembro (Treviño, et al, 2012). Luego, Mitchell complemento y popularizó este concepto como "Dolor del miembro fantasma", terminología que es utilizada hasta la fecha (Treviño, et al, 2012).

El miembro fantasma es la percepción no dolorosa del segmento amputado, la cual puede ocurrir en cualquier órgano del cuerpo humano; sin embargo, la presencia de este síndrome surge con mayor frecuencia posterior a la experiencia de una amputación de un segmento corporal. Conjuntamente, a raíz de esta percepción, emanan distintos tipos de dolor; Dolor en el Miembro Residual y Dolor Fantasma (DF) (Treviño, et al, 2012).

El dolor en el miembro residual, es aquel que se origina en el segmento no perdido, por ende puede ser ocasionado por dolor propio de la cirugía, dolor similar al dolor regional complejo, neuroma, infecciones, complicaciones vasculares y dolor muscular, entre otros (Treviño, et al, 2012).

El dolor fantasma (DF), es la percepción dolorosa que se origina en el área correspondiente al segmento perdido y que se genera después de esta experiencia (Flor, Birbaumer, y Sherman, 2000). La aparición de dicha percepción, se encuentra enmarcada dentro del primer año luego de la experiencia, donde según los estudios del Dr. Uwe Kern, el 74,1% de los hombres y el 76,8% de las mujeres, sufren dolor fantasma. La intensidad de este, se clasifica en la mayoría de los casos, entre cinco y ocho dentro de la Escala Visual Análoga de 0 a 10, caracterizando dicha sensación como; Navajazo (23,4%), Hormigueo (20,4%), Descarga eléctrica (21,0%), Calambres (15,3%) y Ardor (13.6 %) (Da Luz, Souza, Andrade, Ventoza, Honório, Avila y Berral, 2012). Junto con lo anterior, el dolor fantasma fue significativo dentro de las dimensiones emocionales y valorativas según el estudio, donde las personas que presentaban un mayor índice de depresión, ansiedad y dramatización ante el dolor, era

peor su percepción de la calidad de vida (vitalidad y rol físico), no obstante, cuanto mayor era el tiempo de la vivencia con la amputación, esta percepción fue mejorando (Da Luz, Souza, Andrade, Ventoza, Honório, Avila y Berral, 2012).

Cabe recalcar, la incidencia con respecto a factores que exacerbaban dichos padecimientos, los cuales son el estrés emocional y físico y cambio de temperatura, puesto que se concretizará un panorama multifocal que fuerzan a congruir en la persona dichos factores que empeoraban, desencadenaban o aliviaban el dolor fantasma.

A partir de lo anterior, es que cobra vital importancia el entendimiento de dicho proceso, para así dar los primeros pasos hacia la comprensión de la reconstrucción del esquema e imagen corporal, ya que, estas etapas son vivencias propias de la persona y la percepción hacia su situación de salud tiende a percibirse con mayor auge. Destacamos, que la percepción de este, dependerá del valor estructural que ejerce ante la pérdida y la nueva percepción de su imagen corporal, en torno a su cuerpo, donde este último concepto, se irá modificando en base a las experiencias de la persona dentro de su proceso de rehabilitación y reintegración a sus actividades diarias, ya que, en cierta forma, en primera instancia la persona aún no ha experimentado y significado su nueva situación de salud y de vida.

Enfatizando y consolidando la estética del miembro perdido a una extensión artificial, este permite a diversas personas sobrellevar el proceso de duelo de una manera o no, más cercana a sus apoyos, otorgando una “normalidad” estética, donde esta no es igual al segmento perdido, sin embargo, cumple con los estándares sociales de una apariencia construida bajo un esquema e imagen corporal determinado. En la tesis de Arango y compañía indican que “...se observó que la prótesis juega un papel fundamental para la reconstrucción del esquema corporal...” (Arango, Castañeda, Contreras, & Medina; 2010, p. 32), con el fin de invisibilizar la discapacidad física, o más bien dejarlo con una funcionalidad modificada, brindándole así una apariencia “normal”, facilitando las relaciones interpersonales y abrirse al apoyo de sus redes

cercanas y a su vez cumpliendo con las necesidades sociales del esquema corporal, las cuales son tener de forma íntegra las extremidad y concepción estándar de un sujeto y/o persona.

Por su parte, la reconstrucción de la imagen corporal es compleja, debido que es una concepción multifocal en donde identificamos barreras y constructos sociales que imprimen una imagen ideal para encontrarse inmersos dentro de la sociedad. Cabe señalar, que estas imágenes son diferenciadas dependiendo en el contexto cultural en el que se desenvuelve la persona, puesto que, dependen del contexto socio-histórico y del contexto circundante. El como la persona afrontara aquella vivencia dependerá además de las redes de apoyo que está presente, ya que, mantiene una íntima comunicación el proceso de duelo.

Desde la presente comprensión, cobra vital importancia la rehabilitación integral e individual de la persona, orientada a un desempeño ocupacional satisfactorio personal dentro de sus actividades diarias, la cual se encontrara enmarcada bajo los atributos personales, su ocupación, motivación, significados e intereses, sin olvidar los valores y metas personales que esta tenga presente antes y después de haber experimentado la amputación. Así no solo enfocándose en la recuperación física como tal, sino también, en la reconstrucción de la identidad personal y eliminando en cierta parte, el aspecto de la frustración y conflictos.

### **Actividades de la Vida Diaria y la experiencia de una amputación**

Las actividades de la Vida diaria (AVD) corresponden a un componente de la ocupación, por lo cual se debe comprender este último término antes de adentrarnos a su descripción.

La ocupación, hace alusión a las actividades diarias en las que las personas participan, las cuales a su vez, se encuentran inmersas bajo un contexto e influenciadas por la interacción entre los atributos, patrones de ejecución y las destrezas de la persona

(Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014). Esta es definida como “las cosas que ocupan el tiempo y la atención de las personas, significado, actividad con propósito, las actividades personales son individuales, elegidas o por necesidad de participar, y al mismo tiempo son utilizadas para intercambiar experiencias individuales entre ellos (Schell, Gillen y Scaffa, 2014, p.1237). Junto con lo anterior, Law, Baur y Dunn, la sistematiza como una entidad vital que incluye acciones, tareas, actividades, pensar y ser (Romero, 2010). Por lo que comprenderemos, que dicha es una necesidad básica de supervivencia biológica e intelectual, ya que expone a la persona en su forma práctica como reflexiva de su contexto inmediato, dando lugar a múltiples transformaciones de patrones de autocuidado y mantención personal.

Las ocupaciones, se desempeñan en base a un propósito y significado, las cuales, se comprenden por los componentes de Actividades de la Vida Diaria Básica e Instrumentales, Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio o tiempo libre y Participación social (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014). Conjuntamente, se comprende como desempeño, a aquello enfocado “a hacer una forma ocupacional” (Nelson, 1988), donde por medio del desenvolvimiento de la persona dentro de su día a día, se van a ir imprimiendo las distintos componentes del desempeño necesarios para su realización.

Los atributos personales, por su lado, atribuirán una vital importancia dentro del desempeño ocupacional, los cuales ya fueron comprendidos como los valores, creencias, espiritualidad, funciones corporales y estructuras corporales, ya que, aportan en la motivación de la persona dentro de su desempeño ocupacional en las diversas actividades y así otorgan un significado a estas (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014). A partir de lo anterior, se debe recalcar la importancia de cada perfil ocupacional, ya que, la comprensión de la historia y experiencias de cada persona, irán construyendo sus patrones de vida, intereses, valores y necesidades individuales de cada uno, desprendiéndose un proceso subjetivo e individual en la reconstrucción y reintegración en las actividades diarias. Conjuntamente, los intereses son definidos como “lo que uno encuentra agradable o satisfactorio hacer” (Kielhofner,

2002), por lo que podemos comprender, que estos irán enmarcando el comportamiento de la persona dentro de su quehacer.

Como se mencionó anteriormente, la ocupación se encuentra comprendida por diversos componentes que reflejan la independencia y autonomía de la persona en el desarrollo de las diversas actividades. En cuanto a las AVD, nos podemos encontrar con diversas definiciones que hacen alusión a dicha concepción, Mosey (1986), las define como "...aquellas actividades que uno debe empeñarse o llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida". Por su lado, Rogers y Holm (1994), refiere que estas son "actividades orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales por naturaleza", mientras que el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA) las define como "actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado".

Moruno (2006), define las AVD clasificándolas en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, estas van enfocadas en el cuidado personal, en aquellas más complejas como en la utilización del teléfono, cuidado del hogar y utilización de transporte, entre otros y las cuales requieren habilidades sociales. A su vez, Polonio (2003), las subdivide en dos grupos: Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDb) e Instrumentales (AVDi), donde se orientan al cuidado del propio cuerpo (baño, ducha, cuidado de higiene de la vejiga e intestinos, vestido, alimentación, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso, entre otros) y aquellas destinadas a la interacción con el medio, las cuales generalmente son de realización opcional (cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistema de comunicación y movilización, preparación de alimentos, cuidado del hogar, manejo financiero y cuidado de salud, entre otros), correspondientemente (Polonio, 2003).

A partir de lo anterior, podemos observar que existen diversas comprensiones y concepciones de lo que se entiende por las Actividades de la Vida Diaria, sin embargo, para efectos del presente seminario de título, la información se ira organizando a través del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional-AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014), sin embargo, hay que dejar en claro, que sólo se usara dicha conceptualización para organizar la clasificación de las AVD:

- AVDB: aquellas orientadas a ducharse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, deglutir/comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene, arreglo personal y actividad sexual.
- AVDI: cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, conducir y movilidad en la comunidad, uso de gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de comida y limpieza, actividades y expresión religiosa y espiritual, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, compras.

Cabe destacar que las AVD son uno de los componentes de los cuales se integra el desempeño ocupacional, por lo que para efectos de una comprensión holística de la persona, y su situación de salud luego de experimentar una amputación, no deben obviar las nociones de los otros componentes, los cuales se caracterizan por el descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio o tiempo libre y la participación social, ya que el proceso por el cual cursa la persona luego de la vivencia de una amputación, repercutirá en todas las áreas en las que la persona se desenvuelve.

El trabajo por su parte, se comprende como a las “ocupaciones comprometidas que se realizan con o sin recompensa económica” (AOTA, 2014). El trabajo se liga a una actividad personal, que se encuentra desarrollado dentro de un contexto social e inmerso en una dimensión lúdica, donde la motivación de las personas para realizar dicha actividad no se asemeja directamente a la remuneración económica o

satisfacción de sus intereses, sino más bien, corresponden a obligaciones sociales que validan a la persona dentro de la sociedad, portando la fuente de la identidad y la integración social (Meda, 1995).

Dicho componente de la ocupación, es una actividad multidimensional que “se manifiesta en diversas esferas: económica, tecnológica, social, ética, etc., pero también tiene dimensiones cognitivas y psíquicas, es decir, subjetivas, intersubjetivas, afectivas y relacionales” (Neffa, 1999), expresándose en autonomía, creatividad, responsabilidad, desarrollo de habilidades y capacidades, autogestión y promovedor de la salud (Neffa, 1999), comprendiéndola como una actividad significativa desde los 18 años.

Articulando lo anterior con la experiencia de una amputación, podemos deducir que las actividades de la vida diaria (AVD) y sus otros componentes, deberán ser modificadas o en su defecto asistidas de forma parcial o totalmente, ya que, debido a que la persona que vivencia dicha situación, no podrá sortear estas actividades obviándolas, sino que, debe ejercerlas por ser algo propio del ser humano.

Las AVD para una persona que ha experimentado una amputación, son un desafío que gira entorno a la modificación de su desempeño, es por esto se relacionan directamente dichos conceptos, además, el proceso psicológico por el que cursara, irán enmarcando los procesos de intervención y rehabilitación, donde la persona logrará percibir todos los cambios que ocurren en su desempeño y satisfacción en la realización de las diversas actividades.

Conjuntamente, la dimensión social se manifestará en su participación social y el establecimiento de las diversas relaciones interpersonales, además podrán interferir en el aspecto laboral. Dicha vivencia, no solo es de la persona, también de su familia y el contexto donde se desenvuelva la persona, donde el acompañamiento y apoyo son un eje fundamental.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **Diseño metodológicos**

Nuestro objeto de estudio fue comprender el significado y proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, donde dicha investigación se orientó como un estudio Cualitativo, el cual, produce información descriptiva orientada de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor & Bodgdan, 1986), para así revelar las cualidades de los diversos fenómenos y reconstruir la realidad desde los mismos sujetos (Sampieri Callao, Lucio, 2003), basándose en la recolección de datos desde la descripción y la observación, entre otros, sin una medición numérica determinada, donde el objeto de estudio, se mueve entre los eventos e interpretaciones de las personas que se encuentran enmarcadas en la investigación y así reconstruir su realidad (Sampieri Callao, Lucio, 2003), es decir, está regida desde la inducción que emana el conocimiento desde la observación y análisis de fenómenos particulares, permitiendo así, a partir de lo anterior, descubrir, analizar, caracterizar e interpretar la información obtenida, de las diversas situaciones de vida presentes a partir de la perspectiva de los propios actores, así asumiendo que la realidad es socialmente construida y abordando los diversos contextos y sujetos de la investigación, desde una perspectiva holística.

Junto con lo anterior, la investigación se encuentra enmarcada bajo los lineamientos de un enfoque Fenomenológico (Trejo, 2012), el cual explicita el sentido de la experiencia y la vivencia de los actores, en este caso, personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, enmarcado bajo los significados de la personas y toma como punto de referencia la vida cotidiana de estas, utilizando un método de investigación Biográfico (Sanz, 2005), el cual, es fundamentalmente

descriptivo, reconstruyendo, en este seminario de título, la experiencia de personas que han experimentado una amputación, en torno a la reconstrucción de su imagen corporal y desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria, a partir de la narración acerca del discurso histórico de la vida personal de cada una de ellas.

Además, la presente investigación tuvo un alcance de índole descriptiva, permitiéndonos caracterizar y describir el objeto de estudio, los cuales “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández & Baptista, 2004, p. 18). Dicho alcance nos permitió integrar los diversos sentidos y significados de la información recopilada, centrándose en cada una, con el fin de determinar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño en las actividades de la vida diaria, en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, es por esto que el alcance de la investigación permitió favorecer la inclusión de un proceso holístico e integral en los diversos procesos de intervención de Terapia Ocupacional, en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, además de ampliar la información existente en relación a dicho objeto.

### **Diseño muestral**

La selección de participantes fue cualitativa, lo cual nos permitió tener como objeto de estudio una población determinada, en esta investigación, personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, así se ejecutó de forma simultánea la interpretación, análisis y recolección de datos, los que nos permitió ampliar la muestra cuando se requiera mayor información (Glaser y Straus, 1967), recopilando toda aquella que fue relevante y pertinente a la investigación, donde “...el investigador según su criterio, selecciona la muestra de forma que sea lo más representativa a los efectos de la investigación que se pretende realizar” (Ferrando, 2010, p.463).

El diseño muestral estuvo enmarcado por el muestreo por criterio, el cual incluyó a personas que cumplieron con ciertos criterios, siendo precisada y gestionada de acuerdo al estudio, entorno a las estrategias también se utilizó la bola de nieve, la cual aportó a unir e identificar casos que concordaron con los criterios de este estudio, lo que permitió a dar paso a ampliar el espectro de casos a través de informantes claves, ya sea personas en puestos claves de diversas instituciones.

Los criterios de inclusión fueron, hombres y mujeres entre los 18-65 años de edad de nacionalidad Chilena, que hayan experimentado una amputación adquirida, hace más de un año, que se encuentren reintegrados a sus actividades de la vida diaria y trabajo.

Estos criterios responden a una población que se encuentra en edad productiva, atribuyéndose el trabajo como un área del desempeño ocupacional en la cual se expresa como un apoyo a la vida cotidiana que a menudo requieren interacciones complejas y diversas actividades de autocuidado. Junto con lo anterior, para poder lograr comprender el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y reintegración a las diversas actividades de la vida diaria, a partir de las experiencias subjetivas de las personas, estas deben haber finalizado dichos procesos.

La recopilación de información estuvo limitada bajo el criterio de saturación de información, el cual, se determinó por criterios de inclusión, mencionados anteriormente, correspondiendo a personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, origen de la amputación, rango etario y reintegrado a sus actividades de la vida diaria. Estos criterios, delimitan las diversas situaciones de salud que puedan incluirse en el estudio

## **Técnicas e Instrumentos de Producción de información**

Para dar respuesta al objeto de estudio, la recopilación de la información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas a seis personas individualmente que cumplieron con el criterio de inclusión, la cual, se caracterizó por ser una técnica de conversación y narración abierta, flexible y adaptable, lo que favoreció caracterizar y describir a través del relato hablado, la situación de salud de cada una de ellas.

Junto con lo anterior, la recopilación de información, se realizó por medio de una modalidad presencial y no presencial. Se consideró diversos medios tecnológicos, como llamadas telefónicas y/o videollamadas, las cuales facilitó a las personas participar en nuestro estudio.

## **Técnicas de Análisis de información**

El análisis de la información recopilada se realizó a través de un Enfoque de Aproximación Teoría fundamentada, la cual se define como una “aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno” (Guillemette, 2006), haciendo énfasis en la construcción social de la realidad e interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información sobre el objeto de estudio, donde la teoría surge de los datos.

Se realizó una codificación abierta y axial, siendo esta primera definida como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos su propiedades y dimensiones” (Strauss y Corbi 2002), lo que permitió la fragmentación, clasificación y conceptualización de los datos. Por otra parte, la codificación axial consiste en la relación de las categorías a sus subcategorías” (Strauss y Corbin, 2002), reuniendo, desarrollando y relacionando entre categorías y subcategorías a partir de sus dimensiones. Ambas facilitaron realizar una construcción de un análisis, a partir de la interpretación acerca de la vivencia y su significación

individual de un fenómeno, en este caso, la experiencia de una amputación de un segmento corporal.

Conjuntamente, se realizó dicho análisis a través de categorías emergentes, las cuales se caracterizan por surgir desde el levantamiento de los datos de la propia investigación (Cisterna, 2005), construyéndose a partir de la recogida en el análisis y no de definiciones anteriores (Echeverría, 2005).

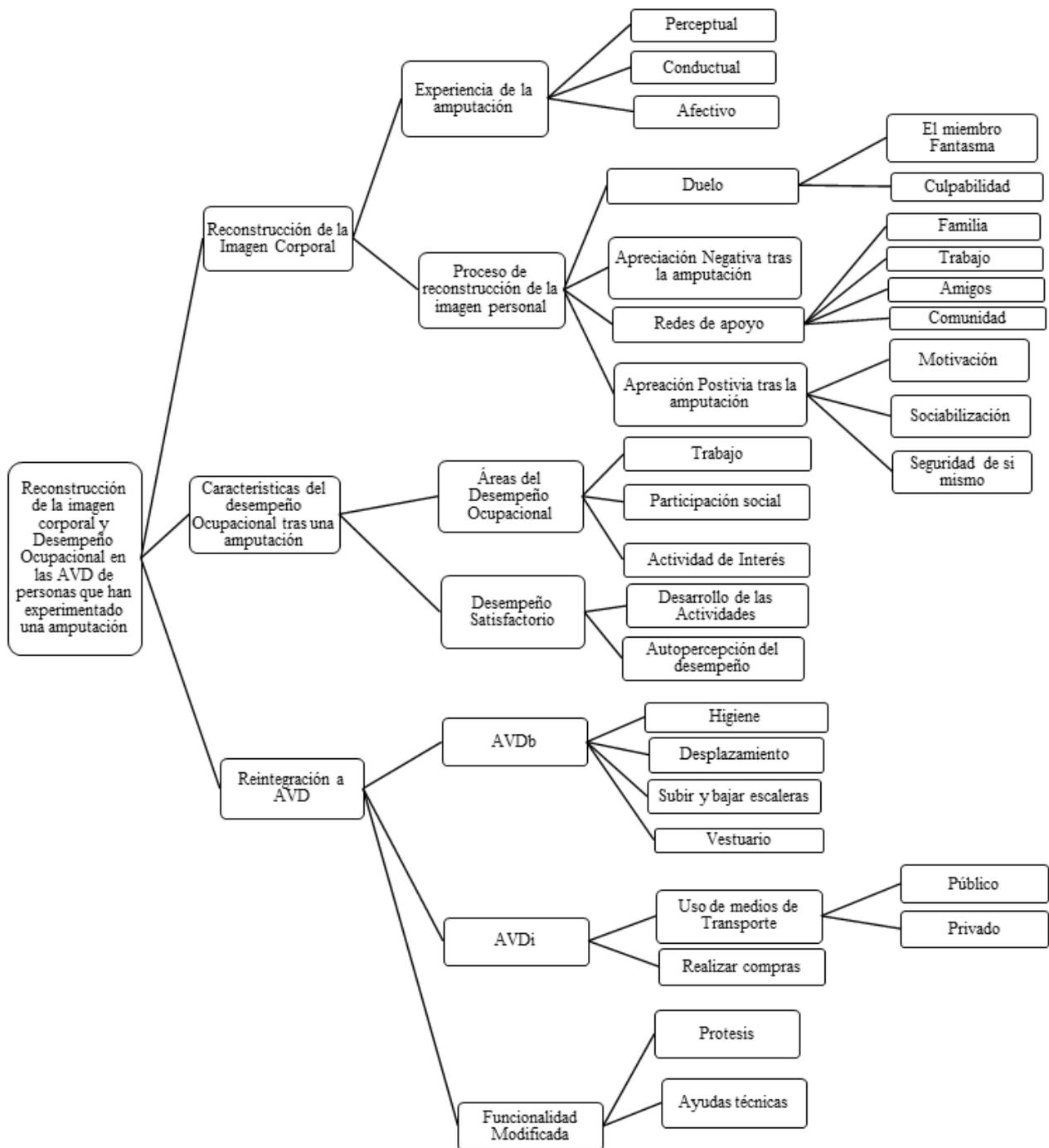
Finalmente, el registro de la información se llevó a cabo a través de la transcripción de las entrevistas semi-estructuradas.

## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

En el presente capítulo se exponen los análisis y los resultados de investigación relevantes para la investigación, la cual se realizó a través de la teoría fundamentada, con las diversas experiencias de una amputación de cada entrevistado, con el propósito de dar respuesta a la pregunta de investigación *¿Cómo se desarrolla el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal?*

El análisis de los resultados de la investigación, se desarrolló a través del marco teórico y del relato de las personas. La presentación de resultados, se organizó en tres categorías, reuniendo así la información obtenida a lo largo del proceso de investigación.

Los resultados que se sistematizaron, se observarán en la siguiente gráfica:



CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	SATURACIÓN	CODIGOS	
1. Reconstrucción de la imagen corporal	1.1. Experiencia de la amputación	1.1.1 Perceptual		24	E1R46;E1R45;E1R41;E2R5;E2R19;E2R18;E2R16;E2R12;E2R11;E2R7;E2R6;E2R4;E2R3;E3R27;E3R24;E4R13;E4R27; E4R31; E5R8; E5R13; E6R3; E6R5; E6R6; E6PR22	
		1.1.2 Conductual		5	E1R8;E1R6;E2R15;E3R25;E4R5	
		1.1.3 Afectivo		9	E1R41;E1R10;E1R6;E1R5;E1R4;E2R5;E4R10; E6R7; E6PR9;	
	1.2. Proceso de reconstrucción de la imagen corporal	1.2.1. Duelo		1.2.1.1 Miembro fantasma	3	E4R9; E3R24; E1R47
				1.2.1.2 Culpabilidad	9	E1R6;E2R12;E2R8;E2R4;E3R27;E3R27;E4R2; E4R11; E6R5
		1.2.2. Apreciación negativas de la amputación		6	E2R5;E3R10;E1R7;E2R15;E3R27;E4R4	
		1.2.3 Redes de apoyo	1.2.3.1 Familia	7	E1R9; E3R84; E3R19; E3R31; E5R15; E5R35; E5R42;	
			1.2.3.2 Trabajo	1	E3R10	
			1.2.3.3 Amigos	2	E1R41; E5R42	
			1.2.3.4 Comunidad	4	E1R15; E3R10; E3R24; E4R52	
		1.2.4. Apreciaciones positivas de la amputación	1.2.4.1 Motivación	6	E3R28;E3R8;ER29;E3R7;E4R8;E4R5	
	1.2.4.2 Sociabilización		2	E2R8;E5R39		
	1.2.4.3 Seguridad en si mismo		2	E4R9; E3R14		
	2. Características del Desempeño ocupacional tras una amputación	2.1. Areas del desempeño	2.1.1. Trabajo		7	E1R15;E2R14;E3R34;E4R9;E3R68; E5R16; E6R18
2.1.2. Participación social				2	E1R15; E5R39	
2.1.3. Actividad de Interesés				8	E1R37;E1R15;E3R10;E3R79;E4R3; E4R26;E4R52; E6R21	
2.2. Desempeño satisfactorio		2.2.1. Desarrollo de las actividades		10	E1R17;E3R49;E3R44;E4R26;E4R50; E5R3; E5R13; E5R32; E6R3; E6R10	
		2.2.2. Autopercepción del desempeño		9	E1R39;E1R17;E3R84;E3R81;E3R43;E4R19; E4R26; E6R18; ER18	
3. Reintegración a AVD	3.1. AVDB	3.1.1 Higiene		6	E1R28;E1R17;E3R50;E4R29; E5R34; E6R13	
		3.1.2 Desplazamiento		5	E1R26;E3R20;E4R14; E6R12; E6R14	
		3.1.3 Subir y bajar escaleras		3	E3R53;E4R52; E6R17	
		3.1.4 vestuario		3	E1R24; E5R29; E6R16	
	3.2. AVDI	3.2.1 Uso de medios de transporte	3.2.1.1 Público	4	E1R36;E4R41;E4R44; E6PR19	
			3.2.1.2. Privado	5	E1R17;E1R16;E3R74;E3R22; E6R19	
		3.2.2. Realizar compras		3	E1R32;ER41;E3R72	
	3.3. Funcionalidad modificada	3.3.1. Prótesis		13	E1R30;E1R28;E1R20; E6R7; E6R3;E6R17;E3R79;E3R67;E3R66;E3R62;E3R14;E4R9;E4R36	
		3.3.2. Ayudas Técnicas		5	E1R28;E3R69;E3R57;E3R50; E5R41	

La primera categoría que surgió, es **La Reconstrucción de la Imagen Corporal**, la cual hace alusión a aquellas dimensiones que nos permiten comprender el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y como está se fue desarrollando hasta la actualidad. Dicha categoría reúne a la **Experiencia de una amputación** y al **Proceso de reconstrucción de la imagen corporal**.

La primera subcategoría emergente se refiere a la descripción y comprensión de la vivencia como tal, en la cual emanan los aspectos subjetivos atribuibles a la situación, extrapolando las dimensiones; **Perceptual**, **Conductual** y **Afectivo**, encontrando una mayor saturación dentro en el componente Perceptual. En contraposición la menor saturación se encontró en la dimensión conductual.

Dichos se relatan desde una forma conjunta, es decir, desde la perspectiva de la persona que ha experimentado la amputación y la teoría existente dentro de este ámbito, ya que, esta construcción se verá conformada a partir de estos componentes, donde a su vez, estos se vieron influenciados por los aspectos socioculturales, biológicos y ambientales, enmarcados en el concepto de cuerpo “ideal” determinado culturalmente.

La dimensión **Perceptual**, se comprende como la autopercepción de la persona hacia su imagen corporal o situación de salud, donde se construye una apariencia en base al esquema e imagen corporal socialmente determinada, donde cabe mencionar que facilita las relaciones interpersonales y abre el apoyo a sus redes más cercanas. Tanto dentro del marco teórico como en la recogida y análisis de la información, se logró apreciar que la autopercepción de sí mismo cambio a los ojos de cada entrevistado luego de la experiencia, presentando dificultades interpersonales en un comienzo.

Se apreciaron variadas atribuciones que le otorgaron los sujetos de estudio en cuanto a dicho ámbito, donde afloraron una dualidad de apreciaciones que se enmarcan tanto en el aspecto positivo como negativo, sin embargo, el último predomina dentro

de los entrevistados. Dicha se caracteriza por ser denotativa al esquematizar su imagen corporal.

*(...) el tema de la amputación como acepto mi cuerpo, yo la verdad de las cosas como te decía no note grandes cambios, porque eran muchas las ganas que tenía de recuperarme (...)* (E3P97R27)

*(...) marcado por todos lados, con injertos, con la amputación, marcado por todos lados, así en pocas palabras, todo hecho tira, la espalda injerto, en la otra pierna injerto, la amputación, en los brazos con heridas de peleas, el cuello también, pero estaban llenos de mangueras, eso sería (...)* (E1P87R46).

Junto con lo anterior, los sujetos de investigación evidenciaron, una percepción negativa en cuanto a la estética de su cuerpo, refiriendo uno de ellos “...lo que más me afectó fue como la parte estética, de enfrentarme nuevamente a la sociedad por así decirlo, y mostrarme tal cual estoy ahora, eso fue la parte más difícil y con 15 años...” (E2P90R12). Por lo que podemos deducir, que dependiendo de las diversas experiencias, atributos personales, significancia de la persona hacia ese segmento corporal y al cuerpo ideal social, es como se va a cursar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal que va a congruir finalmente en su percepción.

Conjuntamente, surgió la dimensión **Conductual**, la cual se comprende como las acciones o comportamientos de la persona en base a la percepción. En dicha relación, nos encontramos que uno de los seis entrevistados, expresan conductas de autodestrucción, la cual se caracteriza por el aumento de consumo de sustancias ilícitas y un quiebre dentro de su ciclo vital.

*(...) me ponía a tomar, a drogarme, igual consumía de antes, pero no era tanto como en ese minuto que llego todo justo así a mi cabeza, después me separe porque estaba viviendo con una mujer, me separe debido también que me empecé a desordenar mucho (...)*” (E1P82R6).

Junto con lo anterior, se pesquisaron conductas de auto discriminación debido a su situación de salud, excluyéndose de la sociedad.

*(...) yo me discriminaba solo antes que la sociedad a mí (...)* (E2P91R15)

Se puede inferir que debido a los cánones de la sociedad los entrevistados identifican como imagen ideal, pueden llegar a dificultar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal.

Finalmente, nos encontramos con la dimensión **Afectivo**, guardando relación a los sentimientos con respecto al cuerpo o una parte de este, donde los sujetos de estudios expresaron en un comienzo un curso de estado anímico bajo para luego ir asumiendo su situación de salud paulatinamente. Donde uno de ellos refiere;

*(...) después empecé a aceptarla, pero estuve con depresión, de hecho en la clínica estuve a punto de matarme... me desconecte de las máquinas, ehmm, no y de a poco empecé a asumirlo poh” (...)* (E1P82R5).

La segunda subcategoría emergente se define como **Proceso de reconstrucción de la imagen corporal**, reuniendo el curso psicosocial de la persona luego de haber experimentado una amputación y como esta irá guardando relación con la imagen base, funcional y erógena, anteriormente mencionada. Esta subcategoría reúne como dimensión al **Duelo, Apreciaciones negativas de la amputación, redes de apoyo y Apreciaciones positivas de la amputación.**

La dimensión **Duelo**, relaciona el proceso psicológico frente a la pérdida de un segmento corporal de la persona luego de haber experimentado una amputación, por la cual, la podemos comprender como un proceso psicodinámico subjetivo de resignificación. Si bien, en la teoría se expone diversos expositores respecto a la comprensión de dicho proceso, existe una similitud del curso de este.

Se puede desprender como subdimensión; **El miembro fantasma y Culpabilidad**, encontrando la mayor saturación en este último. Dentro de la primera subdimensión,

los sujetos de investigación hacen referencia al miembro fantasma como un olvido de la pérdida del segmento corporal durante la fase aguda de la amputación, expresándose durante la instancia hospitalaria y en ocasiones extrahospitalarias.

*(...) Inicialmente claro era tanto que a veces se me olvidaba que no tenía la pata, porque me bajaba de la cama iba a salir caminando y pisaba en banda, obviamente no tenía la pata y me caía debajo de la cama, me subía a la cama otra vez, llamaba a la señorita le decía mire señorita estoy sangrando y tenía todo lleno de sangre (...)* (E3P96R24)

*(...) sentía mucho los dedos, sentía que me picaba, necesitaba rascarme (...)* (E1P87R47).

La negación de la pérdida del segmento corporal comprende la existencia de dicho segmento en el área cortical, la cual podemos inferir su importancia durante los diversos procesos de rehabilitación en cuanto a la utilización de prótesis, ya que facilitaría el proceso protésico.

Otra subdimensión que surge, corresponde a la **Culpabilidad**, donde dos de seis sujetos de estudio expresan la culpa de la experiencia de la amputación a un tercero,

*(...) no lo acepté inmediatamente, porque yo culpaba a lo mejor mucho a mi mamá, porque en ese tiempo mi mamá, paseábamos todos los años en Quinteros un mes más o menos, y mi mamá se enfermó, y tuvimos que venir a operarla, como en el día veinte, por así decirlo de febrero, y yo me corte el dedo el día 24, entonces si mi mamá no se hubiera enfermado, hubiéramos estado en Quinteros y yo no me hubiera cortado el dedo, no hubiera pasado esto (...)* (E2P90R12)

Este sentimiento de culpabilidad a terceros, se logró apreciar en el proceso de duelo por el cual transcurren los sujetos de investigación, durante su proceso de

reconstrucción de la imagen corporal; “...yo pude haber estado con un psicólogo una cosa así que lo haya afrontado de mejor manera, pero fue más natural y me demore más en el proceso digamos...” (E2P90R12)

Junto con lo anterior, emerge como segunda dimensión la **Apreciación Negativa tras la amputación**, expresa en la teoría como a la serie de comportamientos negativos los cuales surgieron desde la negación de la aceptación de la situación de salud, donde los entrevistados relatan situaciones en las cuales ellos mismos se describen desde una forma negativa, la cual si persiste en un periodo de tiempo, esta puede repercutir dentro de su ciclo vital y en la reconstrucción de la imagen corporal “...me sentí discapacitado que es la palabra o incapacitado porque no tenía nada, no tenía casa de allegado no tenía nada y creí que no iba poder avanzar...”(E3P97R27).

Además, se observó que a pesar de que los entrevistados afirmaron el encontrarse en buen estado de salud, durante su relato existe una negación reticente ante la pérdida, la cual se pudo evidenciar en; “...ahora ya por obligación tengo que aceptarlo, si ya no puedo hacer nada, no hay nada como para ir a trasplantarme un pie, si se pudiera yo lo haría...” (E1P83R12) donde no logra ser concordante durante todo el discurso, donde anteriormente expresa él mismo “...tengo 36 años, igual tengo una polola de 24 años, jovencita, mal no lo paso, para nada, no poh’, yo creo que me siento bien poh’, con todo lo que he logrado más encima poh’, con lo poco y nada que tengo...” (E1P83P44). Dicha situación se puede apreciar en cuatro de seis entrevistados.

Las **Redes de Apoyo**, es otra dimensión que emergió dentro de la presente subcategoría, la cual hace alusión a un entramado de nodos que contribuyen en la calidad de vida de la persona, dando un impacto significativo en el ámbito emocional, social y laboral, entre otros. Las redes de apoyo pueden impactar de forma positiva en las diversas situaciones de salud, siendo un matriz protectora dentro del proceso de rehabilitación, donde la teoría refiere que las redes de apoyo juegan un rol fundamental en la percepción de sí mismo, ya que estas ayudan a canalizar las emociones a través de la facilitación de la expresión y contención de estas.

Los entrevistados, atribuyeron vital significancia a la **Familia, Trabajo, Amigos y Comunidad**, pesquisando la mayor saturación en Familiar. Ellos Recalcan la importancia de dichas subdimensiones, ya que expresan que gracias a la presencia de estas lograron afrontar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y en la reintegración del desempeño ocupacional. En cuanto a la familia, tres de seis de los participantes de la investigación, expresaron que la familia es una red de apoyo fundamental durante la nueva situación de salud, siendo uno de los pilares motivacionales,

*(...) ¿Mis redes de apoyo? Ósea ¿los que me ayudaron? Ósea mis papas poh', mis amigos en general, mi familia, hermano, todo, que fueron lo más importante poh', ósea sin ellos nada (...)* (E5P121R42)

También se destacó la importancia de la comunidad-trabajo, ya que se refleja una red que otorga un apoyo emocional, entrega de información y ayuda socioeconómica en el ámbito laboral y vivienda, “...ahora tengo un quiosco, voy a ver trabajo si tengo trabajo en los autos con don Roberto, o me llama gente, clientes que tengo, vuelvo a almorzar a mi casa, el quiosco lo conseguí a través de la muni por la misma invalidez...” (E1P84R15).

Otra dimensión, corresponde a la **Apreciación positiva tras la amputación**, la cual reúne en la teoría una serie de conductas que surgen desde la aceptación de la experiencia, que a su vez, se relaciona con el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y a sí mismo, con el desempeño ocupacional de la persona en los diversos contextos en los que se desenvuelve. Dentro de este, surgen las subdimensiones de **Motivación, Sociabilización y Seguridad en sí mismo**. La primera, se atribuye como subdimensión a la raíz dinámica del comportamiento, que justifica el impulso necesario para poner en marcha la necesidad intrínseca de la persona.

*“...el eje para motivarse la familia no más poh querer dar algo y te digo yo que el 80% de las personas con incapacidad física el eje es demostrar que somos capaces para nuestras familias...” (E3P97R28).*

*(...) Claro somos capaces de dar más de lo que la gente piensa, porque a mí me ha tocado la oportunidad, por ejemplo de pararme en una esquina y llegaba gente a darme plata. Claro a darme plata porque pah la sociedad nuestra los inválidos vivimos de las limosnas, yo no poh le dije no estoy pidiendo plata (...) (E3P97R29)*

Cuatro de seis entrevistados, refirieron como una motivación concreta y duradera el ser independiente y autónomo en sus actividades de la vida diaria, y presentar un desempeño satisfactorio dentro de estas, la cual puede llegar a representar una nueva oportunidad para comenzar “...lo mío es cambiar el chip noma. El chip de empezar de nuevo, ósea te da otra oportunidad para empezar de nuevo. Y esas cosas al final no las dejai de hacer poh...” (E4P107R5)

Por su parte, la subdimensión **Sociabilización**, enmarca los diversos procesos de aprendizaje socio-culturales durante el desarrollo de la persona.

*(...) fui asumiendo y aparte fui conociendo a otras personas le había sucedido lo mismo, no porque me iba a relacionar, bueno me relacionaba con gente que trabajaba en lo mismo, y había otra persona que también trabajaba en lo mismo y se había cortado el mismo dedo que yo (risas)<sup>3</sup>, después tenía otro amigo, que su papá tenía una carnicería y se había cortado un dedo con la máquina para cortar hueso, también, y ya después lo tome como un poco a la chacota, con más humor (...) (E2P89R8).*

Junto a la teoría, las redes de apoyo y la participación activa dentro de los diversos contextos, favorece el proceso de aceptación de la nueva imagen corporal en base la

visualización de diversas realidades y procesos de reconstrucción, además otorgan un apoyo socio-emocional ante la situación de salud y un lugar de esparcimiento.

Finalmente, la **Seguridad de sí mismo**, reúne atribuciones subjetivas positivas de la percepción de la persona a sí misma, ya que, como expone la teoría, guiaran la conducta dentro de los diversos contextos en los que se desenvuelve la persona que ha experimentado una amputación, favoreciendo la reconstrucción de la imagen corporal. Es así como lo relata uno de los sujetos de estudio;

*(...) Como lo mío no es un tema psicológico, sino físico, me da lo mismo andar con una o las dos patas hoy día (...)* (E3P94R14)

La segunda categoría que surgió, corresponde a **Características del desempeño ocupacional tras una amputación**, donde la teoría la define como el hacer de las actividades, representando a la acción dinámica conjugando a la persona, contexto y actividad. De dicha, emergen como subcategorías las **Áreas del Desempeño** y **Desempeño Satisfactorio**.

Dentro de la subcategoría **Áreas del desempeño**, nos encontramos con la dimensión de **Trabajo**, la cual los entrevistados expresaron una participación activa dentro de esa área, manifestando una gran relevancia a este debido a la estabilidad económica otorgada.

*(...) Es que la la fuente laboral se me estableció cuando me corte la pata, no antes (...)* (E3P99R34)

*(...) yo después de haberme cortado la pata me jubile, seguí trabajando, ya sea en Utifruti, yo hace un mes atrás me retire, fabricaba sillas yo en una empresa a trato y me iba muy bien, como no quise ser pasado a llevar ahí me retire (...)* (E3P94R10).

Se logró apreciar a través de los diversos relatos, que luego de la experiencia de la amputación, se desprendió que esta área del desempeño es caracterizada por los sujetos de investigación como un área netamente económica y no participativa, la cual otorga mantención, independencia y autonomía para la persona y su contexto cercano. Además, se observó que luego de la experiencia, no identifican un quiebre dentro de este, sin embargo, si existe una modificación en el rubro en el cual ejercían; un ejemplo de este:

*(...) cuando trabajo suelto los batones y trabajo sin bastones. Yo trabajaba haciendo sillas por ejemplo y iba allá a la cocina y un montón de silla tenían diez, quince sillas y las tomaba con la mano y me venía arrastrándolas para acá poh y las sillas me servían de bastón. Un salto, otro salto y llegaba al mi lugar de trabajo (...)* (E3P103R68)

Otras de las dimensiones que surgió dentro de las características del desempeño ocupacional tras una amputación, corresponde a la **Participación social**, la cual junto a la teoría, comprende a los patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados en los individuos que puede estar enmarcada dentro de un sistema social de nodos y relaciones dinámicas entre las personas. Por consiguiente, los entrevistados relatan una participación activa dentro de diversos contextos, luego de la experiencia.

*(...) De repente atiendo todo el día con mi polola. Tomo trago, carreteo, bailo, no si yo, salgo, en bailar me ha afectado un poco (...)* (E1P84R15)

Por lo que, podemos deducir que luego del proceso de reconstrucción de la imagen corporal y desempeño ocupacional, los sujetos de investigación no presentaron dificultades en el desenvolverse en los diversos contextos, aunque puedan llegar a presentar dificultades en el desarrollo de estas, su participación finalmente no se ve mermada.

Otra dimensión que surge es la de **Actividad de interés**, atribuyéndose la mayor saturación dentro de las dimensiones. Es definida desde la teoría como aquellas actividades con significado para las personas, donde se observó dentro los relatos una dualidad del seguimiento del desarrollo de estas.

Algunos entrevistados expresaron, que se mantienen en sus actividades luego de la experiencia, sin embargo, algunas se han ido modificando en la ejecución.

*(...) ósea todo lo que a nivel puedo hacer con el cuerpo, ósea una pierna menos no te imposibilita de nadar, ósea nadi igual si sabi nadar nunca se te va a quitar de nadar. Entre andar en una bicicleta, también podi andar, difícil pero andai (...)* (E4P11R26)

Por otra parte, algunos sujetos de investigación, manifestaron que algunas actividades con significado de gran demanda física no logran realizarlas, habiendo intentado la modificación de estas, sin embargo, no lo representan como una limitación al significado de dicha actividad.

*(...) Mira bueno, si tuve que dejar algunas actividades que me gustaban como andar en bicicleta, yo antes andaba harto en bicicleta, pero después de la amputación ya no pude andar más, pero ahora con el dolor yo creo que menos. A ver otra actividad que deje de realizar es de ir a la playa, igual voy a la playa, pero me refería a ir a la playa y usar traje de baño, bañarse y tomar sol (...)* (E6P125R21)

Otra subcategoría que emergió, es el **Desempeño satisfactorio**, el cual se comprendió desde la teoría, como la apreciación otorgada al desarrollo de las actividades, que se producen en el contexto cultural de la persona, que dependen del grupo etario y atributos personales. Reúne como dimensión al **Desarrollo de las actividades** y la **Autopercepción del desempeño**, observándose la mayor saturación dentro de la primera.

El desarrollo de las actividades hace referencia a la ejecución de estas, donde los entrevistados relataron el desarrollo de algunas de sus actividades diarias antes y después de la experiencia, donde se observó una modificación en torno a su ejecución y no así en su realización.

*(...) Si poh, hoy día tengo cincuenta y seis años, no, no, no. No sé si contestarte bien o mal. El tema es que yo no tengo problema ni el antes ni el después para hacer las cosas, porque yo hasta hace un tiempo no sé, ya hace harto tiempo después veintiséis años atrás aquí. Yo en la casa que vivíamos anterior a esta, si había que encerar, enceraba, si había que envirutillar, envirutillaba y estando con una patita (...) (E3P100R44).*

Conjuntamente, se relaciona con la dimensión de **Autopercepción del desempeño**, ya que hacen referencia a la percepción positiva a la ejecución de las actividades, la cual los sujetos de investigación, manifestaron un desarrollo gratificante de las actividades luego de la experiencia, rescatando los logros que han realizado

*(...) fue una alegría, volver a manejar y hacer todo de nuevo, fue alegría, una alegría, imagínate estar dos meses acostados, después quince días en el Salvador, y ahí recién salí en silla de ruedas (...) (E1P86R39).*

Finalmente, emerge la categoría de **Reintegración a las Actividades de la Vida Diaria**, la cual reúne los aspectos del proceso en el cual la persona vuelve a realizar las actividades que desarrollaba ante de la experiencia. Como da alusión a la teoría, estas se comprenden desde las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, donde los propios sujetos de estudios, recalcan haber presentado alguna dificultad dentro de este proceso, desprendiéndose estas como subcategorías.

En cuanto a las **Actividades de la Vida diaria Básicas**, y sus dimensiones, **Higiene, Desplazamiento, Subir y bajar escaleras, y Vestuario**, los entrevistados manifestaron que en una etapa aguda de la experiencia, presentaron diversas limitaciones en realizar dichas actividades, refiriendo que en ocasiones, requerían de

la dependencia de un tercero, sin embargo, expresaron que luego de modificar la ejecución de esta, y al ir aceptando su condición de salud, estos lograron ser independientes en dichas actividades.

*(...) Fue difícil, porque comenzó mi mamá a bañarme, ponía un piso en el baño, en la ducha me acuerdo, y ahí me sentaba y me duchaba ella (...). (E1P85R28)*

*(...) Hay cosas que yo hago de otra forma, que antes hacía de otra forma, como, haber, como ducharme, tengo que afirmarme con una mano en una barra, pero en la barra que se afirma la cortina en la realidad, porque igual mantengo el equilibrio (...). (E1P84R17)*

En cuanto a la dimensión de **Higiene**, expresaron no presentar dificultades en dicha área en la actualidad, siendo independientes y autónomos, luego de haber modificado la ejecución de esta.

*(...) Bueno, también hice cambios en bañarme, igual eso depende del baño donde este. Bueno, en mi casa de ahora tengo una tina y se pusieron pasamanos. Entro al baño con prótesis, me siento en la tina y ahí me saco la prótesis después cuando termino me la pongo nuevamente. Y Si no hay tina requiere de mayor esfuerzo, pero se puede utilizar un piso plástico dentro de la ducha y me baño. Pucha igual ha sido una lata el proceso de sacar y poner la prótesis, pero hay que acostumbrarse porque es parte de (...). (E6P123R13)*

El **Desplazamiento**, se comprendió como a la forma de desplazarse de un punto a otro, donde las personas que han experimentado una amputación de un segmento de una extremidad inferior, expresaron la utilización de ayudas técnicas y/o prótesis para poder movilizarse.

*(...) Entonces para ir de mi dormitorio a el comedor por ejemplo utilizaba silla que se utiliza para el computado, me impulsaba con el*

*otro pie. Luego de eso cuando ya tenía firmeza en los brazos volvi a los bastones y después comencé a usar la prótesis, pero cometí un grave error, me daba lata por ejemplo levantarme en las noches y ponerme la prótesis entonces me iba saltando a cualquier lugar sin prótesis ni bastones (...). (E6P123R12)*

Dentro de los diversos relatos, se pueden apreciar la prevalencia de la utilización de una prótesis para poder realizar dicha actividad, sin embargo, a su vez manifestaron la presencia de dificultades en su utilización debido a lesiones y/o incomodidad que esta puede producir.

*(...) El desplazarme, de repente me duele, por ejemplo cuando salgo a bailar mucho, me duele el muñón, ando como cojeando y todo (...) (E1P85R26).*

Junto con lo anterior, surge la dimensión **Subir y bajar escaleras**, donde las personas relataron que han realizado adecuaciones en su ejecución.

*(...) Segundo piso, ósea yo es casa de dos pisos y pah subir subo sentado en la escalera y bajo sentado. Me acostumbre a andar sentado en el trasero, en el piso, ya en mi casa (...) (E4P116R52)*

Cabe mencionar, que los entrevistados refieren a ver logrando ser independientes en dicha actividad, sin embargo, el desarrollo de esta dependerá del nivel de dicha amputación y la utilización o no de ayudas técnicas y/o prótesis.

Finalmente, emergió la dimensión **Vestuario**, la cual comprende a la función de vestir y desvestirse. En cuanto a esta área, los sujetos de investigación refirieron que esta actividad se vio interferida luego de la experiencia, existiendo una correlación entre las diversas experiencias en cuanto a las dificultades presentes en la etapa aguda.

*(...) Se complica un poco el vestirme, en el sentido de meter la prótesis dentro del pantalón, pero eso (...). (E1P85R24)*

Sin embargo, se observa que luego de modificar la realización de dicha actividad, logran ser independientes en su ejecución.

Otra subcategoría emergente, es **Actividades de la vida Diaria instrumentales**, donde los sujetos de investigación identificaron dificultad en el **Uso de medio de transporte** y **Realizar compras**, expresándose en dimensiones.

Con respecto a la primera, surgen como subdimensiones, lo **Público** (comprendiendo el transporte, como la red de movilización otorgada por el Estado) y el **Privado** (como medios de transporte propios de la sujetos de investigación). Se logró identificar que la mayoría de los entrevistados prefieren utilizar el medio de transporte privado, ya que, estos son de mayor comodidad para ellos. Sólo uno, refirió facilitarle dicha movilización dentro de su localidad, pero de igual forma, en otras esta se puede presentar con mayor limitación.

*(...) El transporte, bueno si, es complicado, si antes no hacía lo mismo, la vida normal y ahora tomar esto es diferente, te subí con otro instrumento más a un bus, bueno por lo menos aquí hay buses para eso, en otro lados no hay. Ósea tení que pescar la silla, doblarla y que subirla por al medio y subir tú, aquí no poh', te subí con silla y todo pah' arriba y te vai sentado en tu silla, en otros lado no hay poh', por eso te digo aquí, aquí hay adaptaciones pah' uno, en otros lados no (...)  
(E4P115R44)*

En cuanto a la dimensión, **Realizar compras**, los sujetos de investigación expresaron como problemática el cargar las bolsas con las compras, no así la accesibilidad para realizar dicha actividad. “...No, no hay problemas ya que yo adapte mi bicicleta, que es como un ataúd, cachay. Para poder ir de compras al centro,

*porque no puedo utilizar las micro chicas de aquí y es mucho leseo esperar un colete...” (E3P103R72)*

Las adaptaciones surgen en medida a las exigencias de la actividad y el gasto físico que los entrevistados identifican, donde dichas modificaciones responden a las necesidades individuales de cada uno de ellos.

Finalmente, emergió la subcategoría **Funcionalidad modificada**, donde en conjunto a la subcategoría de AVDb, representan la mayor saturación en relación a la presente categoría. Los sujetos de investigación calificaron de vital importancia el apoyo de **Prótesis** y **Ayudas técnicas** para realizar las actividades de la vida diaria.

*(...) Con la prótesis ninguna dificultad, pero sin la prótesis, ahí sipo, ahí sí que no soy nada, pero es muy rara la vez, cuando no la tengo, lo que hago es saltar. Pero tengo esta prótesis gracias a Dios y ahora me mande a hacer otra (...)* (E1P85R20)

Dentro de la dimensión de **Prótesis**, se logra observar que tres de los entrevistados, identificaron la utilización de una prótesis como facilitador, sin embargo de igual forma, existe una apreciación negativa al utilizarlas, ya que se encuentran enmarcadas a un daño físico.

*(...) Porque me producía erosiones, ese es el problema de la prótesis es como que tu pesques un vaso y te lo metas aquí pah riba. Tenía un botón que apretaba y me succionaba. Y qué pasó que con esa cosita, seguramente la usaba mucho rato... Me rompía aquí arriba la ingle y también alrededor del muñón, adelante y en todos lado, con la succión me producía apoyas (...)* (E3P102R62)

La prótesis se encontró enmarcada bajo una significancia funcional para la mayoría de los entrevistados, sin embargo, también se pudo apreciar una apreciación estética

positiva de la utilización de esta, la cual, se encuentra enmarcada bajo la reconstrucción de la imagen corporal en base a la adhesión de un segmento protésico que complete el esquema corporal e imagen ideal asociada

*(...) Bueno, hoy en día no me veo como una persona discapacitada. Llevo años utilizando prótesis, mirándome al espejo viéndome una mujer completa (...)* (E6P122R3)

*(...) cuando me entregaron la prótesis y me mire al espejo, francamente te puedo decir que estaba feliz y cuando me mire al espejo es como que nada hubiera pasado era una persona normal como se dice Y por lo mismo hoy en día no me miro al espejo sin la prótesis. Y ahora que lo pienso es como que estuviera en un estado intermedio porque por un lado me siento completa con mi prótesis como si no me faltara nada (...)* (E6P122R7)

Conjuntamente, en la dimensión de **Ayudas técnicas**, emergió desde los entrevistados como una herramienta facilitadora, donde se identificaron a los bastones canadienses y silla de ruedas, como las más utilizadas.

*(...) Era lento, caminar. Estéticamente te ves bien, pero el movimiento en muy lento, me movía más lento que lo que me muevo hoy día teniendo el doble de la edad con mis bastones (...)* (E3P103R66).

Los entrevistados representaron a las ayudas técnicas y a las prótesis de vital apreciación para su quehacer, dado que otorgaron mayor versatilidad en sus movimientos, como a su vez en la seguridad de los mismos, las cuales respondieron de forma distinta ante las necesidades individuales de cada una de ellas.

*(...) Así como estoy ahora, antes caminar es diferente, ósea eh usar prótesis, andar en una silla de rueda y trabajar. Lo tomái más rápido con la silla de rueda, con la prótesis es más lento. Según el corte, el mío es arriba de la rodilla,*

*cuando es debajo de la rodilla caminai normal igual que cualquier persona. Eh cualquier persona no lo toma, ósea si te cortan acá y te ponen la prótesis caminai más rápido, pero más arriba teni que ponerte un arnés y caminai más lento, ósea que con los bastones (...)* (E4P108R9)

De lo anterior, se puede extrapolar que la utilización de ambas otorga seguridad y favorecen el proceso de reintegración de las diversas actividades que estos realizan, permitiendo sobrellevar las nuevas exigencias en el desarrollo de estas, destacando que estas responden de forma individual a cada una de ellas y no necesariamente estas serán facilitadoras en todas, logrando así la independencia y autonomía en su desempeño ocupacional.

## CONCLUSION

La experiencia de una amputación de un segmento corporal, es una vivencia que puede ocurrir cualquier momento de nuestras vidas, donde se caracteriza por ser subjetiva e individual, sin embargo, se pueden desprender diversos procesos psicosociales comunes respecto al proceso de reconstrucción de su imagen corporal y la reintegración a sus actividades de la vida diaria.

Se logró dirimir efectivamente una respuesta positiva a la pregunta de investigación, ya que se pudo observar, describir y analizar como es el proceso de reconstrucción de la imagen corporal luego de haber experimentado una amputación de un segmento. Este proceso se encontró enmarcado bajo una nueva imagen corporal y no a la anterior de la pérdida, y a su vez, el proceso psicosocial por el que cursó la persona, se encontró ligado a esta imagen corporal previa a la experiencia de la amputación, es decir, esta reconstrucción de su nueva imagen se moldea y configura a partir de los precedentes y percepción futura, en conjunto de la propia realización de las actividades.

De acuerdo al estudio realizado de las personas que experimentaron una pérdida de un segmento corporal, se puede confirmar que la teoría concuerda con la práctica. En primera instancia, se identificó un bajo estado anímico, presencia del miembro fantasma, comportamiento autodestructivos y sentimientos de culpa a un tercero o a uno mismo.

Sé comprobó que los entrevistados fueron aceptando su pérdida y construyendo una nueva imagen a partir de su contexto social, actividades significativas, reintegración de sus actividades de la vida diaria y las diversas redes de apoyo que ellos mantenían, observándose de gran importancia el logro de la independencia en su desempeño ocupacional, en base a esto se puede mencionar que la experiencia se atribuye a una

disrupción tanto de la percepción de su propia imagen como en su desempeño ocupacional, es decir, la persona debe afrontar a los nuevos retos, a partir de su nueva condición de salud.

Al indagar en la nueva imagen corporal, esta se ve concretizada en una estructura conforme a las demandas de las actividades y en el significado otorgado a la pérdida. A partir de los resultados, se infiere que la representación de estos, presenta una información enmarcada en una línea temporal, donde en un comienzo el desempeño ocupacional y la percepción en cuanto a su imagen, se encuentran desvinculadas de su imagen corporal previa a la experiencia.

Los entrevistados, a pesar de mencionar que reconstruyeron su imagen corporal de forma positiva y estimar que se encuentran en un buen estado de salud, se extrapola en cada relato, que estos esquematizan su imagen corporal en cuanto a sus logros y/o gratificaciones en su desempeño ocupacional, excluyendo su estado psicosocial, es decir, dicha percepción se enmarca bajo la funcionalidad y desempeño satisfactorio que han logrado luego de la experiencia.

Conjuntamente, se observa que los entrevistados en variadas ocasiones, se excluyeron de una participación activa dentro de los diversos contextos en los que se desenvolvían, debido a una representación negativa hacia su imagen corporal, identificándose una disminución en su participación social. Estos refieren presentar una percepción de una persona en situación de discapacidad, distinta a otro, la que no cumple con los estándares sociales, por lo que se anticipan ante un posible rechazo social.

El uso de las prótesis, se encuentra delimitado bajo una dualidad en cuanto funcionalidad versus estética, donde es atribuible a un objeto que permite un desempeño ocupacional satisfactorio dentro de las diversas actividades que realizan, y a su vez para otros, el recuperar este segmento corporal perdido y volver a poseer esta

imagen corporal completa y que responda a las exigencias sociales en torno a esta área, sintiéndose “normal” frente a un tercero.

Se observa, que para ellas el proceso de rehabilitación va directamente ligada al área de salud física, dejando excluido los diversos procesos psicosociales que pudiesen o pudieron experimentar, dejando de lado la salud mental como un área en la cual se pueden ver interferidos y encapsulando los diversos sentimientos atribuibles a la experiencia las que son ajenas al cumplimiento de la actividad y funcionalidad de ellos dentro de las actividades. Se destaca el hecho de que la mayoría de los entrevistados no cursaron un proceso de rehabilitación junto a profesionales del área de salud que intervienen en dicha experiencia, donde se observa encapsulada la dificultad de aceptar su nueva imagen corporal en cuanto a su percepción, opacada en la aceptación de los logros que han realizado luego de la experiencia, por lo que en un futuro, esto se puede atribuir a una dificultad dentro de la participación social de las personas y en salud mental de estas.

En cuanto a la reintegración de las actividades de la vida diaria, se comprueba que los entrevistados lograron ser independientes en su desempeño ocupacional, donde en la mayoría de las experiencias, debieron realizar modificaciones de acuerdo a las exigencias de las actividades, habilidades y capacidades de cada uno de estos. Se correlaciona que las personas que experimentaron una amputación de un segmento de una extremidad inferior, presentaron dificultades en la higiene mayor (baño), desplazamiento, subir y bajar escalares, uso de transporte y realizar compras, sin embargo, actualmente las realizan sin dificultades. Con respecto a los entrevistados que experimentaron una pérdida de un segmento de una extremidad superior, no presentaron dificultades en la reintegración luego de la rehabilitación.

Sumado a lo anterior, las personas entrevistadas refirieron no haber presentado dificultades en su reintegración del trabajo. Algunos manifestaron que luego de la experiencia pudieron estabilizar dicha área de la ocupación, otros mencionan haber modificado el desarrollo de las actividades y finalmente, otros haber cambiado su

rubro. Se concuerda que en esta área no se encontró interferida debido a la experiencia y que su desempeño satisfactorio le otorga a la persona un sentimiento de gratitud y de aceptabilidad a su situación de salud.

Uno de los principales problemas dentro del desarrollo del presente seminario de título, es el haber encontrado personas que quisieran participar en la investigación, donde en variadas ocasiones, estas afirmaban su participación, sin embargo, luego se retractaban. Esto se puede relacionar, a que ellos al participar en la investigación debían hacer una retrospección ante su situación de salud, que en variadas ocasiones, se observó ser un tema de dificultad dentro de los entrevistados

Junto a lo anterior, se identifica un doble discurso dentro de la mayoría de los relatos, dificultando el proceso de análisis, donde los entrevistados referían encontrarse bien y luego expresaban indirectamente que la afirmación anterior no era completamente cierta. Se puede deducir que esto es producto de una posible negación a su nueva imagen corporal que se encuentre enmarcada ajena a la gratificación de sus logros

Además, se identificó como un conflicto la profundización de la experiencia de estos, donde existía una diferencia importante entre los entrevistados debido a su contexto cultural, económico y social, siendo un factor directo dentro del proceso de rescate y análisis de la información.

Producto de estas problemáticas, el seminario de título, reconstrucción de la imagen corporal y desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal, se vio envuelto en diversas dificultades, para la recopilación de la información necesaria sobre los entrevistados, sin embargo, se logró recaudar la información necesaria para responder el objeto de estudio.

Se torna necesario el proponer investigaciones en torno al tema anterior, además de indagar sobre la diferencia de los diversos procesos psicosociales tanto en hombres como mujeres, ya que, cada proceso de rehabilitación ira enmarcado en diversos significados otorgados a dicha experiencia, donde en el presente seminario de título se logró observar una diferencia clave en torno a la reconstrucción de la imagen corporal, donde los hombres lo atribuían a una perdida funcional mientras que la mujer a una pérdida del cuerpo “normal”.

Además, como Terapeutas Ocupacionales encontramos necesario investigar el proceso de duelo y miembro fantasma dentro de la etapa aguda de la experiencia de una amputación, sin olvidar a la persona desde una mirada holística, ya que, este fenómeno permitirá fomentar y facilitar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal, dentro de la atribución de la prótesis como un objeto que permite la “normalidad” dentro del esquema corporal nuevo.

Finalmente, de acuerdo a todo el estudio realizado para el seminario de tesis, la pérdida de un segmento corporal debido a la experiencia de una amputación, se atribuye a una disrupción dentro de su ciclo de vida, donde las personas se presentaron ante diversas problemáticas debido a su nueva condición de salud, tanto en su percepción de su imagen corporal como también en su desempeño ocupacional. A partir de lo anterior, se observa que la persona cursa por diversos cambios biopsicosociales, los cual en conjunto a los contextos y redes de apoyo en los que se desenvuelve, facilitaran o dificultaran el proceso de rehabilitación y finalmente la aceptación de su nueva condición de salud.

Junto a lo anterior, dentro del análisis para dar respuesta a la pregunta de investigación, surgió como una nueva interrogante y la cual consideramos importante como objeto de investigación, el estudiar las diferencias en cuanto al desarrollo de los diversos procesos de rehabilitación tanto en el sistema de salud público como privado, ya que, dentro de los entrevistados solo uno curso un proceso de rehabilitación con profesionales del área de la salud relacionados a dicho ámbito. Esta diferencia puede

ir enmarcando el curso de reconstrucción de la imagen corporal y la reintegración de las actividades de la vida diaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acosta MV, Gómez G.(2003) *Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México*. Int J Clin Health Psychol; pág 9-21.
- Ajuriaguerra, J., *Manual de Psiquiatría Infantil*, 4ª edición: Toray-Masson, Barcelona, 1980, pp. 345
- Alós Villacroza, Jesus (2008). *Amputaciones del Miembro Inferior en Cirugía Vascular; Un problema multidisciplinar*
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso*.
- Arango Durán, D. M., Castañeda Sánchez, A. M., Contreras Rodríguez, P. M., & Medina Gómez, L. M. (2010). *Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia*. pp.32
- Avendaño, Marianela. (2004) *Vivenciando la amputación*. Tesis Licenciado de enfermería.
- Bañol, S. M., Briceño, D. C., Cuervo, A. L., Parra, S. M., Rodríguez, A., & Rojas, M. J. (2003). *Paciente amputado de miembro inferior: Necesidades físicas, emocionales y sociales insatisfechas*. *Repertorio de medicina y cirugía*. [revista de internet].

- Berger, Norman. Edelstein, Joan E., Fishman, Sidney y Springer, Warren P. (1961) Facultad Protésica y Ortésica, Escuela Graduada de Medicina de la Universidad de Nueva York; Protésica del Miembro Inferior; traducción Pedro Prim; M.D. de Madrid (España). DominicCasella.
- Berrueta, Luis M., Bellido, José R., Arrasco Luis R. (2004). *Los principios éticos de la intervención en Terapia Ocupacional*. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG.
- Birbaumer, Flor, N., & Sherman, R. A. (2000). *Dolor de miembro fantasma*. pp 1-4
- Cárdenas, P. (2001): *Análisis de la influencia de las relaciones de apego en los procesos de elaboración del duelo en personas que han sufrido la amputación de un miembro. Tesis de pre-grado*. Universidad Técnica Salesiana.
- CELADE/UNFPA (2003). “*Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*”, en *Revista Notas de Población N.º 76*, 190. Chile,
- Cisterna, Francisco (2005). *Categorización y Triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Departamento de Ciencia de la Educación Facultad de Educación y Humanidades. Universidad del Bío- Bío, Chillán. Vol. 14 (1) 61-71
- Crepeau, E. Cohn, E., Y Schell, B. (2003). *Wollard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Da Luz, S. T., Souza, J. B., Andrade, M. C., Lacunza, C. V., Honorio, G. J. S., Ávila, A. O. V., & de la Rosa, F. J. B. (2012). *Valoración del síndrome del*

*dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. Trauma, 23(3), 176-182.*

- Dolto, Françoise (1986) “*La imagen inconsciente del cuerpo*” pp. 18, 25. 21.
- Echeverría, Genoveva (2005). *Análisis Cualitativo por categorías*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Psicología.
- *Elaboración del marco teórico: revisión de la literatura y construcción de una perspectiva teórica capítulo 4, El proceso de la investigación cuantitativa, pp. 63-97*
- Fernández Mendoza , Oscar; González Moreno, Ángel (2000). *Cirugía Ortopédica y traumatológica*. Lima: UNMSM
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (Vol. 12). Madrid España : MORATA.
- Flor, H., Birbaumer, N., & Sherman, R. A. (2000). *Dolor de miembro fantasma. Pain, 8(3), 1-4.*
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas*. Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu. Pp.1,3,4, 238.
- Gallego, F. (2009): *Esquema corporal e imagen corporal. Revista española de educación física y deportes*, Universidad de Alcalá, N° 12.
- García, Blanca. (1991) *El cuerpo: cuerpo real, esquema corporal e imagen CORPORAL Proyecto de Formación Personal por Vía Corporal de la licenciatura de Psicomotricidad. Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Oriental del Uruguay.*

- García S. Echavarren, A. Goya Arrese (2008) *Amputación traumática de Extremidades, Libro Electrónico de Temas de Urgencia.*
- Gergen, K. (1985). *El movimiento social construccionista en la psicología moderna.* Boston: Psicólogo estadounidense.
- Góngora, J. (2004): *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial.* Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- *Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.*(2008) pp.85
- Instituto Nacional De Estadísticas- INE (2010). *Informe Anual Área Laboral.* Gobierno de Chile.
- Instituto Nacional Pedro Aguirre Cerda (INRPAC). (2012). *Cuenta Pública gestión 2012.* Santiago: MINSAL.
- Jaramillo, D. (2012): *Intervención de la distorsión de la imagen del cuerpo a raíz de un desmembramiento.* Tesis de pre-grado. Universidad Católica de Guayaquil, Ecuador.
- John Michael's Corner. (2008). *Ortésica Del Miembro Inferior.* Cap. 2
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Práctica.* Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Lacan, J. (1968): *La lógica del fantasma.* Seminario XIV. Inédito.

- León Castro, J. C., Gálvez Domínguez, D. M., Arcas, M. Á., Paniagua, S., & Pellicer, M. (2006). *Fisioterapeutas del Servicio Gallego de Salud*. Madrid: Editorial Mad, S.L.
- Lillo, J. L. (2001): *Duelo y pérdida corporal*. *Revista Hospitalaria* (No. 163).
- Lopera, F. (1995): *Miembro fantasma y otros trastornos del esquema corporal*. IATREIA, N° 8.
- Lopez Suallaez, Lía Clara y Estrada Ruiz, René. *Repercusión Ocupacional de las Amputaciones Traumáticas en Dedos de la Mano por Accidente de Trabajo*. *Med. segur. trab.* [online]. 2009, vol.55, n.217 [citado 2014-11-28], pp. 41-48
- Meda, Dominique: *"Le travail, une valeur en voie de disparition"*, Ed. Aubier, Paris. (1995)
- Meyer A. (1992). *The philosophy of occupation therapy*. *Archives of occupational therapy*. 1(1): 1-10
- Mendoza , Oscar; González Moreno, Ángel;. (2000 a). *Cirugía Ortopédica y traumatológica*. Lima: UNMSM
- Mendoza, & Moreno (b) *AMPUTACIÓN, DESARTICULACIÓN: DEFINICIÓN, INDICACIONES; NIVELES DE AMPUTACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR: TIPOS*.
- Morris, Saul. (2003) *Los aspectos psicológicos de la amputación*
- Muñoz, Ana M. (2014). *La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI*. Trabajo de fin de grado; Grado de Enfermería. Universidad Internacional de Catalunya.

- Navarro Góngora, José (1991): *INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES*, Rev. Psicoterapia, nº 6-7, 139-158
- Neffa, Julio César. (1999). *Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate. Orientación y sociedad, 1*, 127-161. Recuperado en 10 de diciembre de 2016, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-88931999000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88931999000100007&lng=es&tlng=es).
- Nelson, D.L (1998). *Occupation: Form and performance*. Revista Americana de Terapia Ocupacional, 633-641
- Pedro Ángel. *Body image: literature review. Nutr. Hosp.* [online]. 2013, vol.28, n.1 [citado 2014-11-28], pp. 27-35
- Polonio, B, Durante P, Noya B. (2003). *Modelos propios de Terapia Ocupacional. Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana*, pp. 104-109.
- Raffo, S. L. (2005) *Intervención en crisis*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campo Sur. Apuntes. Universidad de Chile. p. 4
- Raich, R. M. (2000). *¿Qué es la imagen corporal?. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 17-26.
- Revista Chile Salud Pública (2010); Volumen 14 (2-3): pp. 417-463, Políticas públicas

- Romero, D., & Moruno, P. (2003). *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson. Capítulos, 18, pp 21-22.
- Romero, D. (2010). *El sentido de la Ocupación. TOG (A Coruña)* [Revista en Internet; Vol 7,supl. 6: p 59-77.
- Romo, Ana María (2001). *La imagen corporal, diplomatura en nutrición humana y dietética, asignatura: imagen corporal, alimentación y calidad de vida, bibliografía Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*.
- Sampieri Hernández, roberto; Collado Fernández, Carlos y Lucio Baptista, Pilar. Metodología de la investigación. McGraw-Hill interamericana, México, D. F., 2003. Disponible en URL: <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/files/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf> [Consulta 11 Julio 2015]
- Sanz, Alexia (2005). *El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales*. Profesora Titular de Sociología, Universidad de Zaragoza.
- SENADIS, Gobierno de Chile. (2016) Fondo Nacional de la Discapacidad en Chile, ENDISC CHILE, *Prevalencia de personas con discapacidad en Chile*.
- Schilder, P., *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Paidós, México, 1994 (1950) pp. 189-242
- Serrano, F., & Jackeline Ospina. (2010). El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. revista ciencias de la salud, pp. 7-25.

- Sierra Mier E. A., & Manzo Chávez, M. d. (2012 ). *Proceso de duelo y adaptación después de una amputación en la adolescencia. Un estudio de caso. Uaricha- Revista de Psicología*, pp. 25- 26.
- Smith, Douglas G (2003) *Enfrentando una amputación, ¿Qué Puedo Esperar?*
- Sociedad Argentina de Diabetes (2015). Amputaciones y Rehabilitación, pp. 7-9. Recuperado de <http://www.diabetes.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/14-amputaciones.pdf>
- SPECK, R.V. y ATTNEAVE, C.: (1974) Redes familiares. Buenos Aires: Amorrortu ed. --- id. y SPECK, J.L.: (1979) On network: Network Therapy, Network Intervention and networking. *International J. of Family Therapy*. 333-337.
- Taylor, S., & Bodgdan. (1986). *Introducción a lo Métodos Cualitativos de Investigación*.
- Trejo, Fernando (2012). *Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería*. Vol. 11, No.2: 98-101, 2012
- Trujillo, María Alejandra (2012). Tesis Proceso de adaptación en adultos que han sufrido una amputación y cuentan con una prótesis, Universidad Rafael Landivar, Facultad de Humanidades Departamento de Psicología.
- Universidad Tecnológica de Pereira (2013). *Persona con Amputación; Guía de Rehabilitación*. Programa de Medicina y Cirugía: Programa de salud III.
- Vaquero-Cristobal, Raquel; ALACID, Fernando; MUYOR, José María y LOPEZ-MINARRO (2003) pp.27-35

- Vázquez-Ortiz, J. (2010): *Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Revista de psicooncología, Vol. 7, N° 2 – 3, pp. 433 – 451.*
- Véliz, Verónica (2010) artículo “*Aportes de la Terapia Ocupacional al Contexto Educativo Inclusivo: Interrelación entre el Enfoque*”

## **Anexos**

1. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ manifiesto encontrarme en conocimiento del objetivo de la entrevista en la que participaré acerca de **“Reconstrucción de la Imagen Corporal y Desempeño Ocupacional en las Actividades de la Vida Diaria en Personas que han experimentado amputación de un segmento corporal”** la cual forma parte de la investigación que desarrollaran los alumnos de Pregrado de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello, Casona las Condes, en el marco de su tesis para optar el título profesional, a la cual podré acceder luego de terminada la investigación.

Además, **comprendo y acepto** que la conversación puede ser grabada por medio de audio, por lo que los estudiantes se comprometen a **resguardar y proteger la identidad individual** posterior a la recolección de la información, siendo conocida sólo por quien me entrevista y por su profesor guía de investigación.

Entiendo que mi participación es voluntaria y sé que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier momento de la entrevista.

Sí, he leído y entendido este documento y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista

\_\_\_\_\_  
Firma estudiante 1

\_\_\_\_\_  
Firma persona

\_\_\_\_\_  
Firma estudiante 2

\_\_\_\_\_  
Firma estudiante 3

## 2. TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS DE PERSONAS QUE HAN EXPERIMENTADO UNA AMPUTACIÓN DE UN SEGMENTO CORPORAL

Fecha de entrevista: 24/08/2016

Duración de la entrevista: 35:55

Entrevistado: E1: Gonzalo

### **Para comenzar, me gustaría que nos contaras de ti**

1. R: Antes del accidente, yo trabajaba con don Roberto, en electricidad, ehmm (*silencio*)<sup>1</sup>, claro y un día Salí a comprar y me pasó el accidente, me atropellaron contra un muro, y ahí me amputaron el pie lado izquierdo, una cuarta debajo de la rodilla. Ehh que más te puedo contar, a ver, y de ahí empezó a ser terrible po, me llevaron a la clínica, ehhh, estuve dos meses hospitalizado, después quince días en el Salvador

*(Interrupción acompañante, estuviste primero en la Clínica las Condes, ahí callo, se lo llevaron de urgencia)*

*(Interrupción entra alguien, diga toda la verdad Gonzalo (risas)<sup>1</sup>)*

2. R: Toda la verdad (*risas*)<sup>2</sup>

### **¿Hace cuánto tiempo pasó?**

3. Uff hace unos ocho años ya, a ver, yo tenía imagínate unos, hacer son nueve años, sipo, más menos nueve años.

### **¿Qué implicó para ti el haber experimentado la amputación? ¿La primera vez que te viste después de eso?**

4. R: Ahh, no, se me cayeron las lágrimas, fue fuerte, un dolor al corazón. Fue un dolor súper fuerte.

### **¿Cómo fue ese proceso que comenzaste a vivir?**

5. R: No, después empecé a aceptarla, pero estuve con depresión, de hecho en la clínica estuve a punto de matarme ¿Te acordai? (dirigiéndose a la acompañante), me desconecte de las máquinas, ehmm, no y de ha poco empecé a asumirlo po

### **Y ¿Cómo fue ese proceso?**

6. R: Fuerte po, me ponía a tomar, a drogarme, igual consumía de antes, pero no era tanto como en ese minuto que llego todo justo así a mi cabeza, después me separe porque estaba viviendo con una mujer, me separe debido también que me empecé a desordenar mucho, ehmm, salía sin la prótesis, bueno hubo un tiempo que no tenía prótesis en ese tiempo, salía así no más con muleta, sin la pierna, me caí varias veces, me hice tira el muñón, ehmm después me dieron prótesis y seguí peor, hasta que llegue a un punto que toque fondo yo ya (*silencio*)<sup>2</sup> y empecé por las más a recuperarme, eso (*silencio*)<sup>3</sup>, no quise ayuda de nadie, ni de psiquiatra ni de psicólogo, nada po, si yo igual estaba yo mal po, entendí, en ese aspecto yo he sido súper fuerte, y, de un día para otro dije que me voy a cantar solo un poco, no totalmente (*risas*)<sup>3</sup> Hay que contar la verdad (*risas*)<sup>4</sup>

*(Interrupción de acompañante, nunca te vas a cantar)*

7. R: no, yo nunca me chanto (*risas*)<sup>5</sup>

**¿Qué significa cantar la moto?**

8. R: no cantarla totalmente, pero comencé a consumir menos, a irme para la casa porque yo me amanecía dos, tres días, tenía una plana junta y me acuerdo que recibí plata por el accidente, y me la gaste toda po, me empecé a gastar todo.

**Y, ¿Cómo tú comenzaste a aceptar esto? Porque ya, pasaste por la depresión, empezaste a consumir más que antes, hasta que tocaste fondo como mencionaste, pero cómo fue ese proceso de decir ya no más.**

9. R: mi mamá me dio un consejo y lo tome, y don Roberto también me dio varios consejos, porque yo de repente venía para acá todo tomado, todo drogado, diciendo que tenía ganas de matarme, que me iba a matar, y lloraba, y don Roberto me dio artos consejos y mi mama, tuve el apoyo de lo más cercanos.

**¿Cómo fue ese proceso de volver a aceptar tu cuerpo?**

10. R: Ehhh, no po, fue difícil, el irme a duchar, me entendí, el otro miedo después termine con una polola, que ya era señora, porque estuvimos viviendo después del accidente como unos tres años con ella, después me separe, y después conocer otra mujer fue difícil, por primera vez fue difícil. Ahora no están ni ahí, si la juventud esta cambia, les da lo mismo, hasta me hacen cariñito ahí cuando nos vamos a un motel (*risas*)<sup>6</sup>

*(Interrupción acompañante, antes siempre estuviste con pareja, siempre pololeabas, siempre estabas con una después de un tiempo estabas con otra, pero sí después de la amputación no fue así, comenzaron a aparecer muchas más)*

11. R: Si, sí siempre he sido así siempre pololo (*risas*)<sup>7</sup>, pero puede ser po, siempre he sido mujeriego, no sé a quién saque eso, no tengo idea (*risas*)<sup>8</sup>

**Y, en cuanto a la aceptación de tu cuerpo**

12. R: ahora ya por obligación tengo que aceptarlo, si ya no puedo hacer nada, no hay nada como para ir a trasplantarme un pie, si se pudiera yo lo haría.

**¿Qué pasa cuando te miras a un espejo?**

13. R: no, porque no me miro, una porque no tengo espejo, la otra no porque, no tampoco, lo tengo bien así, no me miro mucho

**¿Te causa algo verte al espejo? ¿Qué?**

14. R: sipo, de repente sí, puta una molestia y que se ve feo po, se ve como raro el cuerpo, me entendí, le falta un cuarto de la pierna, sipo un cuarto, entonces es como raro.

**Orientándonos a las actividades que realizas tú en tu día a día ¿qué actividades realizas en la semana?**

15. R: me levantó, ahora tengo un quiosco, voy a ver trabajo si tengo trabajo en los autos con don Roberto, o me llama gente, clientes que tengo, vuelvo a almorzar a mi casa, el quiosco lo conseguí a través de la muni por la misma invalidez. De repente atiendo todo el día con mi polola. Tomo trago, carreteo, bailo, no si yo, salgo, en bailar me ha afectado un poco

**¿Cómo describirías tu desempeño en estas actividades?**

16. R: Que es difícil, hay que tener harta fuerza, y sobre todo en la otra pierna, para yo en el sentido de yo pararme, más que uno igual tiene el físico así grueso, entendí, gordo como uno, difícil po, tengo una pierna que es gigante al otro lado, que hace toda la fuerza, no me la alcanzo a agarrar con las dos manos, es el medio muslo, y tengo una pierna que es impresionante la fuerza, así todos me miran y me dicen que fuerza tiene este weón po. Yo manejo, ando hasta en moto po, te muestro una foto si querí po.

**Viendo las actividades que realizaban y/o realizas, antes y después de la amputación, ¿ha cambiado como las realizas? O ¿Qué dejaste de hacer?**

17. R: Hay cosas que yo hago de otra forma, que antes hacía de otra forma, como, haber, como ducharme, tengo que afirmarme con una mano en una barra, pero en la barra que se afirma la cortina en la realidad, porque igual mantengo el equilibrio, no sé si Dios ayudará a uno, no sé cómo será eso, pero yo igual mantengo el equilibrio en una pierna así unos 40 minutos. Ahora, (*silencio*) soy más consciente de hacer las cosas, que no me vaya a pasar algo, antes era así a lo loco, entendí. A ver, después de ducharme, voy a la pieza, bueno pero en el baño pongo la prótesis, ehmm, tengo que sacarme la prótesis, ponle me llevo el calzoncillo, me tengo que cambiar en la pieza, después me levanto voy a trabajar, antes llevaba dos cajas súper pesadas ahora no po, tengo que llevar de a una, donde en un momento para sacar los alternadores y las baterías me costaba trasladarlas y me hice un carrito, pero ahora lo hago con la mano no más, pero más lento. También deje de trotar po, ir al cerro, caminar en el cerro, bañarme en la playa, porque no me gusta que me vean.

**En cuanto a las actividades de la vida diaria básicas, ¿tienes dificultades para realizarlas?, las que son comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, usar el baño, bañarte, vestirte, subir y bajar escaleras, desplazarte, control de la vejiga y del intestino, ¿Tienes alguna dificultad en realizar estas actividades? Te voy nombrando de a una**

18. R: Ya

#### **Comer**

19. R: No, no nada

#### **Trasladarte entre la silla de la cama, sin y con la prótesis**

20. R: Con la prótesis ninguna dificultad, pero sin la prótesis, ahí sí, ahí sí que no soy nada, pero es muy rara la vez, cuando no la tengo, lo que hago es saltar. Pero tengo esta prótesis gracias a Dios y ahora me mande a hacer otra.

#### **Aseo personal**

21. R: No, nada

#### **Usar el baño**

22. R: No, tampoco

#### **Bañarte**

23. R: Bueno en esa me tengo que afirmar po.

#### **Vestirte**

24. R: Se complica un poco el vestirme, en el sentido de meter la prótesis dentro del pantalón, pero eso,

#### **Subir y bajar escaleras**

25. R: No, no tanto, la verdad no subo tantas escaleras

#### **Desplazarte**

26. R: Ahí, de repente me duele, por ejemplo cuando salgo a bailar mucho, me duele el muñón, ando como cojeando y todo

#### **Control de la vejiga e intestinos**

27. R: No nada

#### **¿Cómo tú podrías describir el proceso de la reintegración a estas actividades?**

28. R: Fue difícil, porque comenzó mi mamá a bañarme, ponía un piso en el baño, en la ducha me acuerdo, y ahí me sentaba y me duchaba ella. Me ayudaron mucho, en el caminar igual fue súper rápido, porque yo tenía unas ansias de caminar enorme, me pusieron la primera prótesis y comencé a caminar casi al tiro, me pasaron las muletas y comencé a caminar súper bien, hasta el doctor quedó sorprendido. Fue difícil, pero se logró po.

#### **¿Cómo lo afrontaste?**

29. R: lo pensé, y lo tuve que hacer no más po, ya no había vuelta atrás, y hasta que tuve que hacerlo po.

#### **¿La prótesis te facilita tu desempeño? ¿Ayuda?**

30. R: Sí, si yo sin prótesis no hago nada, nada, nada, absolutamente nada.

**Hablando de otras actividades que haces en el día, ¿tienes dificultad en usar el teléfono?**

31. R: No nada

**¿Al ir de compras?**

32. R: ir de compras, bueno al cargar las bolsas, si son muchas y caminar hartito, igual me canso y todo, pero no es algo que sea así tanto como, uno siempre va en auto, así que no tengo problemas

**¿En la preparación de la comida?**

33. R: No, nada

**¿Realizar el aseo en tu casa?**

34. R: No, nada

**¿Lavar tu ropa?**

35. R: No menos, no lavo po (*risas*)

**¿Usar medio de transporte?**

36. R: yo manejo, pero yo también ando en micro, la semana pasada no más, no tengo problemas.

**En cuanto al uso del auto, ¿has tenido dificultades para que te den la licencia?**

37. R: No nada, nunca, todos saben que tengo una amputación pero con la prótesis no hay problema, en algunos autos me cuesta el tema del embriague pero no nada, pero son contados con los dedos. También ando en motocross po, mira la foto.

**Oye, y ¿tienes algún problema para manejar dinero?**

38. R: (*risas*) Aparte que me lo gasto todo (*risas*) no, para nada.

**¿Cómo fue ese proceso en volver a realizar las compras, el manejar, y todo lo que hablamos antes?**

39. R: Ehhh, no fue tan difícil, a ver cómo te lo puedo explicar, fue una alegría, volver a manejar y hacer todo de nuevo, fue alegría, una alegría, imagínate estar dos meses acostados, después quince días en el Salvador, y ahí recién salí en silla de ruedas, en las Condes nada po, y se demoraron cuatro meses desde el accidente en pasarme la pierna (*silencio*)

**Como tú te sientes hoy en día**

40. R: Bien po, de repente me achaco (*silencio*)

**Volviendo a profundizar en la imagen corporal, en el cómo tú te miras, podrías hablarme más de ese proceso, describirlo.**

41. R: Ósea, sipo, me afectó, me afectó en mi visión como hombre y cómo voy a conocer a alguien a sipo, a una mujer nuevamente, si mi mujer me deja, no po, fue terrible, esa parte fue terrible, claro, quién me va a pescar así como estoy ahora, y Dios me ayudó y he tenido varias pololas desde el accidente, lo que si fue impactante es verme en el espejo después del accidente, fue impactante, así quedai mal, igual que mi sobrino en mi casa, cuando me vieron quedaron impactados, ehhhh, no, quedan choquiados hasta el día de hoy, mi sobrino más grande sabe todo lo que paso y de hecho hay algunos que me hacen cariño, y me siento bien po, ahora lo otro que fue impactante fue ver todas las prótesis que existen po, porque me entraron a una

pieza a verme las prótesis, y quede impactado de ver tanto brazo y tanta pierna, quedai mal po, fue como un shock (*silencio*)

Fue difícil po, porque, siempre toda la gente me apoyó, todos mis amigos iban a la clínica a verme, pero me veían después por ahí todo, hay harta gente que me ayudó (*silencio*)

Ya pasó, y tengo que aceptarlo no más, de repente se me olvida y hay a harta gente que también se le olvida (*silencio*) pero si po, he tenido a dos que no le gusto po, me sentí mal po, pero las mande a la chucha (*risas*). Siempre he tenido suerte con las mujeres po, la primera vez de desvestirme, cuatico po, pero mi polola de ahora bacán po, el primero fue incomodo la primera vez, pero ahora nada.

**A partir de eso, ¿has sentido que te han discriminado?**

42. R: No, nada po, si en pelea con gente que sabe me grita cojo culia, pero nada

**¿Cómo ha cambiado tu forma de verte?**

43. R: Cambio que todo ha sido más difícil de la amputación, tengo que seguir luchando, ahora me falta una pata po, además toi gordo po, pero he sido súper fuerte, donde he tenido el apoyo de mucha gente estoy bien po, nunca deje de salir, no lo veo como un impedimento. Cuando conozco a una minita de a poco comienzo a contarle po, le cuento del accidente y quedan ahí, y le pregunto es malo para ti, y nada po, hay algunas que me piden que le muestre, y me hacen cariñito y todo po, no es tema (*risas*), eso sí.

**¿Cómo te sientes contigo mismo?**

44. R: nada po, ya estoy gordo, tengo 36 años, igual tengo una polola de 24 años, jovencita, mal no lo paso, para nada, no po, yo creo que me siento bien po, con todo lo que he logrado más encima po, con lo poco y nada que tengo.

**Antes me mencionaste que cambio el ir a la playa ¿Por qué?**

45. R: Sipo, bañarme en la playa, me baño con pantalones, porque me da lata que me miren, no me gusta, así como en público no, me cohíbe, me da vergüenza mi cuerpo, igual me da vergüenza que me queden mirando, en las piscinas lo mismo, me tiro con todo.

**¿Cómo describirías tu cuerpo?**

46. R: marcado por todos lados, con injertos, con la amputación, marcado por todos lados, así en pocas palabras, todo hecho tira, la espalda injerto, en la otra pierna injerto, la amputación, en los brazos con heridas de peleas, el cuello también, pero estaban llenos de mangueras, eso sería. Oye tengo que irme, ¿en que más te puedo ayudar? Tengo que ir a cerrar el quiosco y me espera mi polola po, ves que después me pega (*risas*)

**¿Sientes tu pierna o tuviste dolores?**

47. R: sipo, nada po, siento todos los dedos de repente, de hecho hay un secreto, que en un laboratorio lo llenas de agua y metes al fondo una tijera abierta, y eso, ehh, es un secreto y resulta, porque yo sentía muchas puntadas en los pies po, sentía muchos los dedos, sentía que me picaba, necesitaba rascarme, y me lo dio la señora, y funciono po, y lo meti debajo de la

cama y se me quito todo, ahora de repente me da, pero nada po, es rico sentirlo, porque quería tocarte, de repente en el muñón, le hago cariñito voy tocando y encuentro, acá está el dedo chico, acá está el tobillo (*risas*). Ya me voy oye, o me van a pegar

Duración Entrevista: 35:55

-----Fin de la Transcripción-----

Fecha de entrevista: 22/09/2016

Duración de la entrevista: 29:43

Entrevistado: E2: Antonio

**Para comenzar, me gustaría conocerlo un poco más**

1. R: Bueno, me llamo Antonio, tengo 58 años y soy Terapeuta en Drogo dependencia y también tengo una pequeña pime, como se dice ahora, donde yo fabrico y vendo repuestos de calefón, desde llaves de agua, de cocina y lavadora, algún repuestos que generalmente son empaquetaduras

**¿Hace cuantos años comenzó con eta Pime?**

2. R: Yo trabajo en esos desde los 12 -13 años, me lo dejó mi padre, mi padre cuando falleció me dejó unas máquinas y una prensa céntrica (*silencio*)<sup>1</sup> y ahí fue cuando yo tuve el accidente.

**Cuénteme sobre ese día**

3. R: Yo tenía 15 años y me corte el dedo índice toda la uña, ósea me lo revente, ósea me lo ampute por así decirlo, no hubo posibilidad digamos de reconstruirlo o de pegarlo nuevamente, no sé cómo se dice, el cocerlo, porque se reventó. Con la máquina, con la prensa céntrica, que funcionaba con un pedal, ya, lo que significa que yo con el pie, yo lo presionaba y bajaba toda máquina, entonces por lo tanto uno tenía las manos libres, ya, entonces sucedió que se quedó algo trabado y yo instintivamente, y con la mano derecha, lo fui a sacar, estaba haciendo gomitas para la llave de agua, me entiende, esas cosas, lo fui a sacar y uno con el pedal llevaba un ritmo y por supuesto me lo corte, no me dolió nada, pero la impresión de verse ahí que me había cortado, claro ahí como que el dedo me tiritaba.

Después de eso fui donde mi papá yo, y le dije po, ya y me fui a la urgencia, fui a este no me acuerdo como se llama el que queda entre San Martín con San Pablo (*silencio*)<sup>2</sup>, como se llama, tiene un nombre especial, pero es ahí entre San Martín y San pablo, bueno, ahí me vio el doctor, imagina que yo tenía 15 años, entonces pensé que me estaba anestesia y después calcule que me estaba cociendo por eso me dolía tanto.

Y eso fue po, yo creo que en el momento no fue tanta la, digamos, la impresión si no después fue el proceso, el proceso digamos de sanación por así decirlo, porque estuve un año con el parche, porque tenemos que ponernos en el contexto que yo tenía 15 años, y cuando el hombre tiene 15 años, se hace muchos complejos, ya, muchos complejos, la mujer se da antes, pero bueno, muchos

complejos ponte tú en la parte física, entonces yo no me sacaba el parte para que no me vieran que tenía un dedo menos

**Y este parche que uso durante un año, ¿era propio de la rehabilitación?**

4. R: Era primero, era como una curación como una venda, grande con toda la cosa, pero después era un parche así, me decía incluso los médicos que yo tenía que tener el dedo libre para que se pudiera secar bien, lo cual yo no hacía, y después vino como un parche curita por así decirlo y yo cubría todo mi dedo para eso, ya, por lo cual yo me acomplejaba en ese tiempo, me acomplejaba, me acuerdo también que una vez un compañero de curso me estaba molestando por eso, pero con el tiempo lo fui superando y ahora como que me río un poco de esto (*risas*)<sup>1</sup> de toda esta cuestión, pero fue difícil yo creo en ese tiempo que yo pase, fue difícil para mí.

**¿Cómo se sentía usted con todo esto? ¿Cómo le afectó?**

5. R: Me afecto yo creo que psicológicamente, la manera a lo mejor de relacionarme y de sentirme menos po, en esa parte (silencio)<sup>3</sup>, no me afectó como hombre, si no como que, a ver cómo decirlo, como así como una desgracia, del por que me sucedió a mí, claro de eso me acuerdo, claro que yo alegaba de porque me sucedió a mí, ya, entonces yo decía porque esto, bueno, y porque tanto si es un dedo, si uno en ese tiempo nose po, es una parte de tu cuerpo que tú, es uno imagen que uno tiene por lo tanto yo después cubría eso para tener la nueva imagen que tenía.

**¿Cómo era esta nueva imagen que tenía usted de sí mismo luego de haber experimentado la amputación?**

6. R: Era como desgraciado, como (silencio)<sup>4</sup> poco afortunado, esa era la imagen que tenía y que no me gustaba que me miraran el dedo porque estaba feo, y (silencio)<sup>5</sup>, bueno eso principalmente, pero yo creo que eso duró aproximadamente después de que yo me saque el parche, que fue como un año que estuve con el parche aproximadamente, ocho a diez meses más o menos

**Y esta sensación de no querer sacarse el parche, ¿Porque era? ¿Qué sentía?**

7. R: Claro, no quería mostrar mi nueva imagen, me avergonzaba en ese tiempo, claro, y era complicado en esa edad para el hombre, por lo menos para mí, porque uno en esa edad está preocupado de pololear, de hacer una relación con una niña por ahí, y eso me impedía que yo ocultara mi mano para que no me vieran po, me sentía como menoscabado, menos. Pero no me afecto en mi relación de pareja, porque yo en ese tiempo la verdad era, independientemente de todo, era bien tímido, y recién a los dieciocho años recién vine a pololear (*risas*)<sup>2</sup>

**¿Qué paso más adelante?, a medida que fue creciendo**

8. R: lo fui como asumiendo, lo fui como asumiendo y viendo que otras personas, no se po, que pierden sus extremidades por diferentes causas y que lo mío no era tan terrible, ósea era como la uña no más que me corte del dedo, que ahí todavía lo tengo, pero lo fui asumiendo y aparte

fue conociendo a otras personas le había sucedido lo mismo, no porque me iba a relacionar, bueno me relacionaba con gente que trabajaba en lo mismo, y había otra persona que también trabajaba en lo mismo y se había cortado el mismo dedo que yo (*risas*)<sup>3</sup>, después tenía otro amigo, que su papá tenía una carnicería y se había cortado un dedo con la máquina para cortar hueso, también, y ya después lo tomé como un poco a la chacota, con más humor, y decía siempre que yo el único problema que tenía yo, que siempre lo digo (*risas*)<sup>4</sup> era cuando hacía parar la micro, como que me paraba un poco más allá la micro entonces tenía que correr (*risas*)<sup>5</sup> entonces eso fue, pero sí me acuerdo que fue una carga emocional y psicológica fuerte cuando me lo corte yo, yo creo que los primeros seis meses, yo creo, y después de los otros seis meses de tener que mostrarme a los demás, eso primero fue una cuestión mía, después ya tenía que decir yo a que me vieran, y ahí yo no quería que me vieran, por eso estuve seis meses más con el parche. Pero fue, emocionalmente desgastante

**Y usted cree que si no hubiera tenido ese apoyo de las demás personas que habían experimentado algo parecido, ¿hubiera sido distinto este proceso de aceptación?**

9. R: Es que eso fue más tarde, yo creo que con el tiempo lo fui superando y dándole menos importancia, pero las personas las fui conociendo ya grande, como de los veinte años en adelante. Pero fue importante también, donde conocí distintas de amputados, así se dice, amputados.

**Y cuando conocía a personas nuevas, donde tenía que desenvolverse en nuevos contextos, ¿Qué pasaba con usted?**

10. R: yo creo que trataba de ocultar mi dedo, trataba de hacer que no se viera el dedo, que no se viera, pero igual hasta el día de hoy como que es, diría como, complicado, pero ya no tengo problema de mostrarme, ya son importante otras cosas, como el que hacer, pensar, sentir o ser más de lo que uno pueda tener.

En ningún momento además tuve problemas para poder tener una pareja, va en un tema de personalidad, bueno además yo pololee ya de grande, y mi resulta que yo fui también el primer pololo de ella y bueno, nos casamos, claro ahora estoy separado y ese es otro problema (*risas*)<sup>6</sup>, pero no fue problema en eso, por lo menos en relacionarme con el sexo opuesto.

**Volviendo a la imagen nueva que usted comenzó a desarrollar luego de su experiencia, ¿Qué pasaba o pasa cuando se mira al espejo?**

11. R: Yo lo único, que al final, como todas las cosas de la vida como un desarrollo y crecimiento, como superar algo, ósea yo hoy en día para mí no es tema, no es tema, ósea por ejemplo el otro día una paciente me pregunto a mí que me había pasado en el dedo y le tuve que contar po, porque estéticamente quizás no es lo más bonito, pero son cosas que suceden y están y que forman parte de nuestra realidad.

**Profundizando en este proceso de aceptación, ¿Cómo fue este proceso?**

12. R: Fue como, claro, no lo acepté inmediatamente, porque yo culpaba a lo mejor mucho a mi mamá, porque en ese tiempo mi mamá, paseábamos todos los años en Quinteros un mes más o menos, y mi mamá se enfermó, y tuvimos que venir a operarla, como en el día veinte, por así decirlo de febrero, y yo me corte el dedo el día 24, entonces si mi mamá no se hubiera enfermado, hubiéramos estado en Quinteros y yo no me hubiera cortado el dedo, no hubiera pasado esto, pero bueno, ya de apoco, bueno después ya con el tiempo, lo que más me afectó fue como la parte estética, de enfrentarme nuevamente a la sociedad por así decirlo, y mostrarme tal cual estoy ahora, eso fue la parte más difícil y con 15 años

**Al referirse a la sociedad ¿usted pensaba que no lo iban a aceptar?**

13. R: No, no era eso, yo no me hacía esas preguntas, yo me sentía mal, hubo una burla en un momento dado en el colegio, fue complejo, pero eso fue complicado. Ya teniendo las amistades se vuelve algo común.

**Y luego ¿en la universidad? ¿Cómo fue esta etapa?**

14. R: No, no, ningún problema, en los estudios, ni en la relación con mis compañeros, no ningún problema. Y en el trabajo, bueno yo trabajé mucho tiempo con mi papá, trabaje y estude mucho tiempo, y bueno, después termine trabajando en esto otro, porque yo digamos, en esta cosa de trabajar en drogodependencia, yo empecé a trabajar en una fundación como voluntario, y después continúe en eso, me especialice, hice cursos, que se yo y hace, en el año 99, nosotros fuimos a dar una prueba al ministerio de salud, porque no existía la carrera en ese tiempo de drogodependencia, entonces, como antiguamente los profesores normalistas que nunca fueron a la universidad, a nosotros nos acreditaron, a pesar que tenían en el año 99, tenían más de tres años de rehabilitación, nos hicieron una prueba y ahí nos acreditaron. Pero no tuve ningún problema ni en la educación como en el trabajo.

**¿Algún día usted sintió una discriminación por parte de la sociedad? O ¿un difícil acceso a distintas cosas?**

15. R: No, yo creo que era más de mi hacia la sociedad, que yo me discriminaba solo antes que la sociedad a mí (*silencio*)<sup>6</sup> pero yo creo que todo tiene que ver con la edad, la edad yo creo que es una cuestión como bien importante, claro, a lo mejor si me hubiera pasado de niño, para mi hubiera sido una normalidad en toda mi adolescencia, pero claro, porque también he visto el proceso de otras personas que también se habían cortado un miembro, y yo encontré que era menos traumático, quizás por personalidad, cada uno vive su experiencia, pero cuando conversaba con ellos y lo veía como menos traumático, y lo menos traumático para mi es que ellos a los dos meses andaban con su dedo libre.

**Me gustaría saber, si las actividades que usted realizaba antes de haber experimentado la amputación, ¿Cómo cambiaron después de esta?**

16. R: No cambiaron fíjate, ahora me estaba acordando que incluso en esos tiempos postule a una rama de las fuerzas armadas, a la fuerza aérea, y quede, quede seleccionado, y comencé a

hacerme los exámenes, y bueno nunca dije que tenía la amputación y yo creo que nunca se dieron cuenta, bueno y yo también me hacia esas preguntas en ese momento, que claro, si hubieran sabido no me hubieran aceptado por una cosa estética, es lo mismo a lo mejor un cojo vistiendo el uniforme, bueno, la cosa, cuento corto, después de haber quedado seleccionado me fui a ser los exámenes médicos y ahí me rechazaron porque, por el oído, no tenía ningún problema de audición, pero después fui al otorrino, yo me acuerdo que en esos tiempos como trabajaba con esta misma máquina, esta máquina pegaba tan fuerte, que yo sentía que mi oído se iba hacia afuera, como una cosa que, así como un globo que se desinfla, sentía una cosa así, y ese problema me lo detectaron en la fuerza área y por eso fui rechazado, después fui al otorrino y no me encontraron nada, y con el tiempo ya no tengo esa molestia, era fuerte el ruido que tenía esta máquina.

Y yo me enfrente a eso, sabiendo que a lo mejor en un momento dado no me iba a aceptar por lo de mi dedo (risas)<sup>7</sup>

**Pero al final no lo aceptaron por otra cosa**

17. R: (risas)<sup>8</sup>, si po, entonces como que me dio lo mismo

**Y retomando la pregunta anterior, presentó alguna dificultad para realizar las actividades de su vida diaria**

18. R: en un primer momento si, por que estaba la herida cerrado, lo que fue por un cuidado de la herida, pero luego de esto, en realidad no me afectó en ninguna actividad, no era invalidante mi amputación y tampoco cambie la forma de hacerlo. Para mí, lo traumático fue lo de la imagen, porque ahora pensándolo bien, yo pude haber estado con un psicólogo una cosa así que lo haya afrontado de mejor manera, pero fue más natural y me demore más en el proceso digamos.

**Y, ¿hoy en día?**

19. R: No hoy en día nada, hoy en día estoy dando una entrevista respecto a eso. Me veo como una persona igual que todas no más po.

**¿Hay algo que nos quiere comentar respecto a lo que hemos ido conversando?**

20. R: No, lo que me acuerdo, es que en ese tiempo me acuerdo que leía, que siempre se decía que cuando uno se amputa un miembro, siente como si lo estuviera ahí, y yo lo sentí mucho tiempo, hoy en día, ahora estaba tratando de sentirlo pero no siento el dedo (risas)<sup>9</sup> solo el dedo menos no más, pero eso.

**Esta sensación ¿le interfería en realizar sus actividades?**

21. R: En un momento, ahora me estoy acordando, que sí que me dolía, sentía como una puntada pero no era invalidante, era en momentos que me daba.

**Bueno le quería agradecer por el tiempo y haber permitido haber realizado la entrevista**

22. R: no, se te agradece a ti, y si te puedo ayudar en eso me avisas

Duración Entrevista: 29:43

-----Fin de la Transcripción-----

Fecha de entrevista: 26/09/2016

Duración de entrevista: 41:17

Entrevistado: E3: Patricio

**Estamos haciendo una tesis junto con unos compañeros que el objetivo en si es ver la reconstrucción de la imagen corporal, a qué me refiero de la imagen corporal cómo se percibe en si el cuerpo, en general ¿ya? Entonces queremos ver como después de este como, después de la amputación. Después de la amputación cómo usted se re-configura para hacer sus actividades de la vida diaria. Ese es como el objetivo de la tesis. Yo le voy hacer unas serie de preguntas que van a ir para después hacer el análisis de lo que usted nos va diciendo ¿ya? Usted me dice cuando pueda partir. Primero que todo cuénteme con quién vive, hace cuántos años vive acá.**

1. R: Hoy día queda mi suegra, mi señora y ese de barbita, un hijo

**¿Hace cuántos años vive acá usted?**

2. R: Veintiséis años

**Veintiséis años vive acá, eh con respecto a su labor de trabajo ¿cómo ha sido anteriormente, antes de la amputación? ¿A qué se dedicaba usted ante?**

3. R: Eh a lo que hubiera nomas poh'

**Ya, por ejemplo**

4. R: Cualquier trabajo, lo que hubiera, por ejemplo cuando vivía en San Francisco de Mostazal, me dedicaba hacer carbón y algunos negocios iba y vendía algunos bazar. Después ya nos vinimos a Hospital y ahí me dedique a la construcción del puente de Hospital ¿ubica?

**sí, si**

5. R: El primer puente que hay en Hospital, no el que está hoy día en la entrada de Champa, otro que está dentro de Hospital, puente de carretera. De ahí me quede en la zona a trabajando ya sea en fruta, los paquín, después me metí a ferrocarriles y ahí fue donde perdí la pierna.

**Ya, ¿es hace cuántos años fue?**

6. R: Veintiocho años, cinco de marzo del ochenta y ocho.

**Ya, eh bueno así haciendo una línea de vida en todo esto cuál ha sido su actividad significativa durante su vida, que lo haya gratificado más**

7. R: El cortarme la pata poh' compadre, estoy mucho mejor que como estaba antes, en la parte laboral, en la parte económica. Logrando grandes sueldos, pero me dio cierta estabilidad.

**Ya, ¿a que cómo lo refiere usted eso? ¿Por qué?**

8. R: Porque antes no tenía donde caerme muerto poh', no tenía casa, no tenía nada, no tenía sueldo, no tenía nada y este depa, lamentablemente me accidente, que nadie lo quiere, pero se podría decir que gracias al accidente, yo me establecí en lo que tu ves ¿ah?

**Ya**

9. R: ¿por qué? Porque eso forzó a la empresa de Ferrocarriles contratarme de planta

**Ya**

10. R: Y eso hasta el día de hoy, he recibido un sueldo y eso siento que a todos nosotros nos da cierta estabilidad, es como tener un trabajo estable. Todos los meses tu cuenta con una cantidad de plata, mucha o poca, pero cuentas con ella y tienes para solventar algunos gastos y con poquito que hagas a fuera vas a lograr lo que tú ves. Y eso me dio cierta estabilidad. Y gracias a eso se presentó la oportunidad de tener casa, porque la empresa de ferrocarriles hizo estas casas exclusivamente para los funcionarios ferroviario. Pude pagar veinte años de dividendo poh'. Si no es malo. Siento que hoy día digo ésta casa es mía y puede darle, a lo mejor no son grandes títulos, pero son los que ellos eligieron, a mi hijo y a mi hija. Y después de eso yo después de haberme cortado la pata me jubile, seguí trabajando, ya sea en Utifruti, yo hace un mes atrás me retire, fabricaba sillas yo en una empresa a trato y me iba muy bien, como no quise ser pasado a llevar ahí me retire. El hecho que sea cojo tu no me vas a poner la mano en el pecho y me vas a decir tú no puedes ganar tanta plata, porque sacaba siete gambitas mensual al hombre, se enojó pero le sacaba de todo, porque el me decía hace aquí, hace aquí y hace más.

**Ahora volviendo a un punto inicial usted se podría presentar, decir su nombre, dónde fue la amputación, cómo a que nivel, cómo fue este proceso también.**

11. R: ¿Cómo yo?

**Sí, preséntese.**

12. R: Yo me llamo Patricio Mella poh', Patricio Enrique Mella Casanueva, pero el tema de la amputación traumática noma, el hecho de no traumática en tema psicológico, sino traumática en la manera que fue. Yo a mí me pasa el tren por arriba y me paro y me veo con todo esto hueva hecha tira pah bajo y puras cuerdas de guitarra arrugando ahí.

**Fue como al nivel del muslo**

13. R: No, si la pierna no me la amputó el tren a mí, el tren se subió aquí y me molió todo esto, hizo papilla conmigo como que tú le saques la cascara al arbolito y queda blanco, así quedò mi hueso, se veía la rodilla y todo. Y tuvieron que cortar ahí porque supuestamente lo que quedó bueno de ahí para arriba y para poder hacerme una prótesis.

**La amputación fue sobre la rodilla**

14. R: Sobre la rodilla (5 minutos, 29 segundos). Y ahí me hicieron prótesis, anduve un tiempo, después no quise usarlas más. Creo que es lo más cómodo así. Como lo mío no es un tema psicológico, sino físico, me da lo mismo andar con una o las dos patas hoy día.

**Una consulta ¿cuántos años tenía usted cuándo sufrió esta amputación?**

15. R: Veintiocho

**Veintiocho años, ya ahora contamos así como su historia de vida, un poco nos contextualizó**

16. R: Bueno aparte de eso tengo otro accidente, si tu ves yo tengo una desviación en la vista, yo cuando tenía trece años trabajaba en una discoteque en San Francisco Mostazal, cuando se estaban iniciando la discoteque con conjunto electrónico (risas). Y jugando con un joven, unos manotazos pah allá, pah acá, este niño saca una pistola ¡pah! y me pone un balazo en la cabeza, ahí, en la nariz (... 6 minutos, 21 segundos), dentro la bala y al dentro creo que me rompió un nervio, una vean. Algo así y me dejo no vidente del ojo izquierdo, por eso tengo la desviación que tengo. Anduve del año setenta y tres del cinco de septiembre, del año setenta y tres, hasta marzo creo que hasta marzo del dos mil nueva con ella, y un día la escupí la bala, por ahí la tengo guarda.

**El recuerdo**

17. R: SÍ, ASÍ (...6 minutos, 48 segundos). Y también tuve otro accidente en el trabajo que estaba haciendo el puente, que un amigo tenía un martillo por ahí y me pegó en el bigote y me sacó todos los dientes.

**Ah ya ¿Ocupa placa usted?**

18. R: Si

**Ya, Situándonos en el concepto de amputación ¿Qué ha implicado para usted la amputación?**

19. R: Pienso que nada, es lógico que uno tenga ciertas anomalías para querer hacer alguna cosa minutitos que tú. Puta si yo tuviera pata no te estaría pidiéndote ayuda a ti por ejemplo para que me pasí ese sillón que me pari alguna cosa eso más que nada. Pero no me he sentido yo como que he sido gran pérdida la que he tenido, pero veo que ha jugado mucho el tema de la parte psicológica la familia obviamente. El Héctor tenía seis años, la Macarena tenía cuatro años y. Han pasado hartos años ya tenía 28 años en estos días tiene 34 años.

**Y cómo ves tú lo que le ha afectado a usted dentro de este contexto más hogareño más como domiciliario**

20. R: Es que a mí no me afecta en nada, porque yo no tengo problema pah' desplazarme ni aquí ni afuera

**¿Esto a que se debe usted modificó algo de la casa?**

21. R: No, nada como usted ve en la casa aquí hay alfombra todo lo que tú ves. De repente va a un cojo como yo es incómodo porque se te enreda la alfombra, porque si me caigo tengo no sé cuántos años más pah' seguirme cayendo, así que no me preocupa. No me preocupa el que me caí noma. Yo ando en bicicleta y se manejar el auto. No manejo por un tema más de conciencia, porque hoy día tengo diabetes también y aparte de no ser vidente del ojo, le falta la pata. Siempre he pensado que sería sería muy ilógico que me ponga a manejar un auto, porque la reacción que tienes tu para manejar no es la misma que yo ¿cierto?

**Si poh'**

22. R: Los riesgos que van alrededor mío son muchos. Así que lléveme y tráiganme y si no hay chofer en la casa se llama a un amigo noma y llévame pah' allá.

**Yendo al tema más de la percepción del cuerpo ¿cómo se siente usted con su cuerpo actual en comparación antes de este accidente traumático?**

23. R: No tengo problemas y obviamente que a veces me canso al caminar el hecho que estoy en 93 kilos, pero más que eso no.

**No ha sentido como un cambio desde el evento traumático?**

24. R: La verdad de las cosas es que no note el cambio compadre. Fueron tantas ganas que tenía de mejorarme que yo al día siguiente o subsiguiente que fui trasladado al hospital ferroviario en Valparaíso porque me amputaron aquí y después fui trasladado allá por el hecho de ser ferroviario me. No note cambio. Inicialmente claro era tanto que a veces se me olvidaba que no tenía la pata, porque me bajaba de la cama iba a salir caminando y pisaba en banda, obviamente no tenía la pata y me caía debajo de la cama, me subía a la cama otra vez, llamaba a la señorita le decía mire señorita estoy sangrando y tenía todo lleno de sangre (risas). Me caí le decía yo me baje de la cama y me caí. Pero yo a los dos meses caí hospitalizado un cinco de marzo del ochenta y ocho y el veinte de mayo del mismo año yo estaba de vuelta en la casa y me vine solo, marzo, abril, mayo. Yo me vine solo con mi maleta con ropa con una silla de rueda, me vine con todas mis cosas y con cinco operaciones en el cuerpo ya, una de cuatrocientos puntos o más. Que son piel que sacan de acá para parcharte igual que parchar un pantalón.

**Cómo usted nos refiere no ha sentido como grandes cambios al fin y al cabo, pero habido un cambio en su rutina, en algún rol como padre, cuidador, trabajador?**

25. R: Yo siempre le hecho empeño, trabajo hartito, me da lo mismo el trabajo que sea yo si tengo una pega que se presente y que no tenga que depender del resto para no incomodar yo la debiera hacer. Por ejemplo estos días me llamaron de una fábrica para hacer marquesa de cama. Y yo vi que iba a depender del caballero que estaba al lado mío, porque ponían uno por cada lado y yo la rechace y las lucas eran buenas, no eran malas, eran muy buenas 380 ó 400 gambita por ahí. Y le dije oiga yo la pega puedo hacerla, pero usted va hacer el problema porque no sé si el caballero va a ganar más o menos que yo, pero él se va a llevar más la pega que yo ¿por qué?

Porque él va a tomar el marqués y se la va llevar para allá, pudo haber sido entre los dos una por medio ¿cierto? En ese caso yo iba a poder tomar esto y llevarlo para allá. Así que dejémoslo hasta aquí muchas gracias por la oportunidad que me está dando, si tiene alguna cosa que yo pueda hacer solo dígame sino (.....12minutos, 16 segundos).

**Situándonos en esto mismo en la percepción de la amputación ¿cómo fue el proceso de volver aceptar su cuerpo? ¿Tuvo algún Le costó un poco aceptarse que le faltaba una extremidad o no? ¿Cómo fue?**

26. R: la verdad de las cosas que no hubo un proceso yo creo que lo acepte en el minuto porque yo autorice que se cortara mi pierna porque yo no perdí el conocimiento. Yo llegue al hospital vivito como me veí y el doctor me preguntó cómo tres o cuatro veces el nombre y yo le dije oiga si yo sé que me llamo Patricio Peña y usted y tengo.

*(Interrupción entra alguien) Hola amigo ¿cómo está? (... 13 minutos, 4 segundos) (risas)*

27. ¿En qué quedamos? el tema de la amputación como acepto mi cuerpo, yo la verdad de las cosas como te decía no note grandes cambios, porque eran muchas las ganas que tenía de recuperarme. Claro que en algún momento me, me, me, pero fue un tema que no sé si de una semana o más me sentí discapacitado que es la palabra o incapacitado porque no tenía nada, no tenía casa de allegado no tenía nada y creí que no iba poder avanzar a lo que llegamos hoy día y le dije a mi mujer separémonos búscate a un hueón que te pueda dar algo porque yo en estas condiciones no te puedo dar mucho. Después me puse las pilas Dios gracias y como te digo logre sacar a mi hijo en computación y mi hija arsenalera también mi hija venta y este otro programación dos cursos cada uno. Cuarto medio salieron con algo y después a los institutos. Pude darme el lujo de decirle a los dos hijos usted no tiene que trabajar para estudiar para eso estoy yo. Yo voy hacer unos trabajitos más, no me dijo yo voy a trabajar y estudiar y le dije no hijo usted se retira y yo le doy de todo, sino se retira usted se paga todo y no le doy ni uno, porque me va hacer las dos cosas mal va hacer el trabajo o el estudio, porque a los dos va a llegar cansado uno por trabajar y el otro por estudiar.

**Una consulta don Patricio ¿Cuál era el eje de esto que lo motivaba para poder rehabilitarse?**

28. R: El eje para motivarse la familia no más poh querer dar algo y te digo yo que el 80% de las personas con incapacidad física el eje es demostrar que somos capaces para nuestras familias.

**¿Así es cómo lo vive usted?**

29. R: Claro somos capaces de dar más de lo que la gente piensa, porque a mí me ha tocado la oportunidad, por ejemplo de pararme en una esquina y llegaba gente a darme plata. Claro a darme plata porque pah la sociedad nuestra los inválidos vivimos de las limosnas, yo no poh le dije no estoy pidiendo plata yo me estoy fumando un cigarro en aquellos tiempos, el caballero que está ahí está pidiendo plata. He tenido la otra evidencia que he estado parado al

frente de mi casa en Hospital y yo veía un caballero avanzaba y se metía todas las casas y venía macheteando en todas las casas, pero luego al lado mío y me la quería dar a mí, porque me faltaba una pata factura. Me paro en el terminal Turbus de Santiago al lado del templo evangélico pah bajo, estoy ahí parado esperando a mi hijo porque yo me iba pah' Valparaíso y él me iba a ir a dejar y cuando ibamo para allá me dijo tu no podí venir a machetear aquí quién dijo que no le dije yo poh' si aquí trabajo yo (risas) pero yo no vengo a machetear poh', yo estoy esperando a mi hijo pah' que me vaya a dejar en el bus pah' Valparaíso. Ah! disculpa compadrito me dijo yo pensé que iba a pedir monea. No por el hecho que me falte la pata a mí no es que yo ande pidiendo plata. También hago tramites como lo así tú me muevo de un lado al otro

**¿Esta motivación va entorno a la familia?**

30. R: A la familia, nada más que eso

**¿Por qué identifica usted a la familia como algo que lo motiva?**

31. R: Porque yo creo que a todo padre o marido lo que te motiva a salir a delante poh, porque si estoy solo ya la motivación no es nada, soy tú y nada más poh'. ¿Así que pah qué quiere tener un living si me puedo sentar en este cajón? ¿pah qué quiero caja si puedo vivir en una pieza? ¿oh no? Es como cuando tú te compras una casita como la que yo tengo y llega el tiempo y estos cabritos hay que separarlos de pieza. Querimos tenerlos y hay que agrandar la casita, pah' que estén más cómodos nuestros hijos o estemos más cómodos todos ¿cierto? Pero el centro yo digo de un marido, de un papá el centro el eje es la familia yo no veo otra motivación

**Pasando a un segundo aspecto de esta entrevista cómo usted y orientando siempre a su desempeño, desempeño ocupacional un poco más orientado a como uno se siente dentro de las cosas que uno hace, si es bueno si es malo, usted lo puede calificar, ¿eh! como la satisfacción más que nada ¿podría usted identificar las actividades que usted realiza durante la semana. Así como entablando un poco como la semana las actividades que le demandan más esfuerzo físico?**

32. R: Hoy día hoy día lo que tú ves que dentro en el computador y juego y salgo a la calle y me siento en la plaza. Eso es todo lo que estoy haciendo, porque sin trabajo. No estoy haciendo nah', pensando en que pudiera hacer, proyectándome hacia febrero, marzo. Si Dios lo permite abren la estación y ahí voy abrir mi negocio porque nosotros tenemos un negocito, que partimos como hace dieciséis, dieciocho años atrás un negocito así y hoy día está un poquito más grande. Lo cerré únicamente porque pararon el tráfico de los trenes. Pero más que eso no hago hoy día yo.

**¿Participa en alguna actividad comunitaria social en algo?**

33. R: Mira como tanto partici, si me piden la cooperación claro que participo, ya sea la opinión y/o alguna otra manera que se pueda colaborar también se coopera. Generalmente me están consultando porque yo he trabajado en el tema de la villa estación con todas las directivas. He participado como director y también me he retirado porque no me gusta ser director, porque

todos terminamos mal como hoy día terminan lo alcaldes, concejales y todos los [hueones 18:46] todos. Tú lo pudiste haber hecho muy bien, pero mañana salí siendo ladrón, aunque no hayas robado nada. Prefiero estar de lado de afuera y cooperando y nadie me va a decir nada y todos tienen que decir gracias Don Pato.

**Don Patricio y usted nos podría contar cómo era su actividad poco tiempo antes o cuando estaba con una fuente laboral más establecida**

34. R: Es que la la fuente laboral se me estableció cuando me corte la pata, no antes

**¿Pero nos podría contar eso?**

35. R: Yo anteriormente vivía ocasionalmente de lo que yo hacía, por ejemplo claro que de trabajo no me faltaba, porque si yo como vecino tuyo tú me decías rásrame el sitio, yo te lo raspaba porque sabía que me ibas a pagar monedas. Lo que hubiese que hacer no me incomodaba. Me acomodaba que me pagaran. Lógico el signo pesos es el mismo. Ya yo como por ejemplo como te dije un rato atrás cuando partimos con el tema. En invierno si no tenía trabajo yo me iba con un hacha, una pala y un saco de carbón y un poco de comida a un cerro en San Francisco de Mostazal hacer carbón y todos los días bajaba con un saquito de carbón y ese se iba acumulando en la casa, se vendía y con eso vivíamos. Después llegaban las temporadas de la fruta y iba a los rastrojos a buscar manzana, pera, todo lo que hubiese botado en los huertos por ahí en San Francisco de Mostazal y salía a vender. También trabajé en una feria por ahí vendiendo loza. Pal el terremoto. Me gusta el negocio a mí. Llegó un señor preguntando oiga aquí quién tiene tejas pah vender? Yo tengo y me dijo ¿qué valen? ¿Cuánto paga? Por decirte en esos tiempo me dijo cien pesos y no yo las vendo a ciento veinte pesos y ya las tengo tratadas y me dijo pero yo las vengo a buscar mañana y te las pago a cien, si me dejai plata sino no hay tejas. Asegurando el chanco (risas). No tenía ninguna teja, nada. Y llegó el hombre y me dijo ya poh' ahí hay plata, mañana las vengo a buscar tiene me las que más puedas. Fui lo lleve a mi casa, para que viera dónde vivía yo. Me baje del camión, parti me devolví pal centro comprando todas las tejas que habían al tiro. Por decirte a cien pesos, yo las pagaba a 10 pesos, así que gane cualquier monea (risas).

**Siempre ha sido un hombre así como más diestro para los negocios?**

36. R: Si, si, si poh', me encanta el negocio.

**Entonces se califica cómo alguien rebusquilla con el tema laboral**

37. R: Muy rebusquilla, muy rebusquilla

**¿Cómo me puede describir su desempeño dentro de alguna actividad aquí en el ámbito doméstico?**

38. R:A que te referí

**Ósea no sé participar un poco en el orden, cocinar**

39. R: Yo soy súper desordenado, ya deje de cocinar porque ahora están las dos abuelas ahí, pero cuando faltaba alguna cuando mis cabros estaban más chicos, si había que cocinar, lavar pañales y coser pañales, que en esos tiempos se cosían porque eran de género, se hacían hervir en la ollita, también lo hacía. Y si hoy día tuviese que cocinar también lo voy hacer, pero para esos tengo que tener una responsabilidad al lado mío.

**¿Cómo es eso?**

40. R: Este cabrito aquí ¿ah?, ya hay que cocinar porque está él. Porque me puedo cagar de hambre hablando chilena, pero él no se deja cagando de hambre así que le voy a cocinar

**Alguien a quien poder cocinarle**

41. R: Claro

**Ahí le entiendo**

42. R: Estando mi huacho ahí. Él es nieto mío. Estando mi nieto, alguien, a quien aiga que atender. Si estoy yo solo con él claro que voy a cocinar

**Ya, ¿y esta actividades como las califica su desempeño? ¿Bueno, malo, cuesta? ¿Cómo lo calificaría usted?**

43. R: Yo considero que es bueno, no considero que cueste, más que querer que costar ¿cierto? Claro si yo estoy con él (nieto) a mí no me va a costar nada, pero si estoy solo prefiero cruzar donde el cabro de al frente y decirle tráeme un almuerzo, porque el vende almuerzos. Pah mí solo para que voy andar cocinando. Más que eso no

**¿Cómo visualiza usted un poco las tareas domésticas o extra-domésticas? El antes y el después de la amputación ¿cuándo era más joven?**

44. R: Si poh, hoy día tengo cincuenta y seis años, no, no, no. No sé si contestarte bien o mal. El tema es que yo no tengo problema ni el antes ni el después para hacer las cosas, porque yo hasta hace un tiempo no sé, ya hace harto tiempo después veintiséis años atrás aquí. Yo en la casa que vivíamos anterior a esta, si había que encerar, enceraba, si había que envirutillar, envirutillaba y estando con una patita. Me sentaba arriba de esa (...23minutos, 15 segundos) y con la mano le envirutillaba la piecесita a mi vieja la casita y le hechaba cerita ¿sí o no viejita? Más que me cueste es querer hacer las cosas.

**¿Ósea podríamos esquematizarlo lo que usted nos está diciendo que siempre ha tenido que modificar las actividades para poder participar?**

45. R: Sí, sí.

**Ya ¿Cómo ha ido moldeando y modificando estas actividades como bien físicamente? ¿Cómo lo ha hecho? Por ejemplo encerar usted me lo representaba con esta alfombra que se movía dentro ¿Alguna otra actividad que usted ha modificado para poder participar?**

46. R: No.

**¿No?**

47. R: Y ahora lo que puedo decir que se ha modificado, antiguamente por ejemplo si yo quería servirme un té, me lo servía en la cocina y me lo tomaba acá obviamente porque tenía las dos patas, hoy día no poh, tengo una mesa en la cocina. Y si estoy solo caliente el agua aquí lo paso acá y listo

**¿Cómo que todos los artículos quedan más cerca?**

48. R: Claro, y el hecho de que la casa sea tan chica está todo cerquita (risas)

**Comprendo, ahora pasando al tercer eje cómo consulta más general, le voy hacer preguntas entorno a la vida diaria como; comer, trasladarse de la silla a la cama, el aseo personal, uso del retrete, bañarse, ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, control de heces, orina, vestirse y desvestirse ¿Podría describir usted el proceso de reintegración a esta actividades después de la amputación?**

49. R: Problemas pah comer tengo porque mi mujer me cuida mucho y me da mucha comida (risas), pero lo que tú te refieres, yo controlo todo tal como lo controlo yo estoy bien en todo sentido. No tengo problemas para ir al baño, de orinar, de nada. La ducha pah' mí es algo a diario y no hay problema, yo me ducho parao' sin bastones obviamente

**¿El baño lo tiene adecuado con alguna barra u algo?**

50. R: Hay una barra ahí, pero casi no la ocupo, pero hay una barra que está así en diagonal y me paro ahí, dejo los bastones afuera, dentro a la tina, me paro y sujeto el muñón sobre el fierrecito que está ahí y nada más. Ahí me baño como te bañas tú, me doy vuelta pah ya pah ca. No, nuin problema.

**En torno a subir y bajar escaleras**

51. R: No, no hay problema

**¿Hay alguna fatiga en torno a subir muchas escaleras?**

52. R: eh! Obviamente que te vai a cansar con las dos y con una pata (risas) (25 minutos. 47 segundos) es la lógica. Y si me ha tocado subir escaleras en el mall por ejemplo y de repente prefiero pararlas. El Héctor mi hijo las para, ¿viste que tiene un botón al lado?

**¡Ah ya ya!**

53. R: Ya para nomas y todos tienen que subir al ritmo mío, todos caminando para arriba nomas poh' (risas) o bajar caminando (risas). Y no hay problemas es más me he dado el lujo de echarles carreras entre los ascensores y la escalera y he llegado primero abajo (risas).

**¿Para vestirse y desvestirse?**

54. R: Ningún problema

**Y cuando este proceso de la amputación era más agudo ¿Costó un poco retomar este?**

55. R: Claro porque teni que aprender hacer cosas que no haciai. Claro inicialmente teni que acostumbraste hacer lo que no haciai

**Por ejemplo ¿En qué le ha costó más dentro de estas actividades? ¿Qué le costó más re-educar el cuerpo?**

56. R: ¿Qué me costó más? Lo que note, casi no lo note, si yo te digo que no me costó nada. Yo salí del hospital haciéndome todo. A mí jamás mi mujer, me he tenido que estar muriéndome en algún momento si mi mujer me ha tenido que poner un zapato, si mi mujer me ha tenido que meter un pantalón, un calcetín o un calzoncillo o alguien de la casa. En algún momento lo hicieron porque estuve enfermo de úlcera, me costaba harto, me estaba muriendo, me reventaron la ulcera me metieron la chala, zapatilla, pero no es por problemas físicos ¿Me entendí? Es por un problema de la condición que me encontraba en el minuto poh'

**He una consulta**

57. R: Yo no me muevo en silla de rueda, pero si ando en bicicleta. Tengo una bicicleta que mande adapta para mí y en esa te recorría todo Buin ponte tú con quinientos kilos arriba, trecientos, cuatrocientos kilos arriba. Entre la mercadería, mi hija que estaba embaraza, mi señora y yo. Los tres arriba y yo pedaleaba. Pedaleo con el pie, no con las manos.

**Ya, esa pierna está súper trabajada (risas)**

58. R: Si poh', si poh' compadre lorea

**¿Cómo ha afrontado este proceso de amputación a lo largo de su vida? Igual a pasado desde como (entrevistado interrumpe)**

59. R: Yo desde la percepción de que todo esto es parte de la vida y parte de la vida y si tu estay en contrado conmigo hoy día y haya programado lo que estaba haciendo. Y es parte de la vida que hasta los 28 años hubiese andado con las dos pata y a hasta los 13 años hubiera visto por los dos ojos. Yo siempre toco el tema es como si nosotros, todos venimos con un librito hecho y cada librito tiene una hojita que dice que vas hacer hoy día. Dentro de eso supe cuando golpeaste la puerta que tu venías (risas) y aquí estamos. Mañana te va a tocar con otra ¿cierto?

**Claro, una consulta he en un momento usted me nombró un, la prótesis o una ayuda técnica que sería el bastón que es una ayuda técnica ¿Esto le facilita su desempeño en las actividades?**

60. R: ¿Qué?

**La prótesis**

61. R: a mí me incomodo

**¿Por qué?**

62. R: Porque me producía erosiones, ese es el problema de la prótesis es como que tu pesques un vaso y te lo metas aquí pah riba. Tenía un botón que apretaba y me succionaba. Y qué pasó que con esa cosita, seguramente la usaba mucho rato. Cómo está comentando mi señora que estoy preocupado de los dos oídos, seguramente la usaba mucho rato o largo espacio, porque largo espacio porque no eran tanto los rato, pero me rompía aquí arriba la ingle y también alrededor del muñón, adelante y en todos lado, con la succión me producía apoyas de sangre y decidí no usarlas más.

**¿Eso cuándo fue?**

63. R: Eso tuvo que haber sido en el año,

**Después de la amputación**

64. R: Obvio sin la amputación no puedes andar en la ortopedia (risas). ¡Eh! Eso fue más menos en el año noventa y dos, noventa y uno, noventa y dos. Deje de usar las prótesis cuando llegamos aquí. Tuve dos, una di un pie por el televisor y la otra la vendí. Llego un señor y me dijo ¿usted no usa prótesis? Sí, si tengo dos allá dentro y no la uso nunca ¿cuánto vale? Tráeme un televisor, por eso te digo que di un pie por el televisor (risas) y algo en plata y después la otra se la vendí. Y después ya pasaron los años y me dio diabetis. Si hoy día me las regalarán, como todas me las regalan a mí, no, no volvería a usar porque hoy día los riesgos de una herida con diabetis son mayores. Así que prefiero estar así y además que me maneje muy bien así.

**Y en ese entonces cuando ocupaba un poco la prótesis**

*(Interrupción del entrevistado)*

65. R: Hace una pata de palo como dice mi señora

*Interrupción de señora: no, cuando estabas hospitalizado te hicieron una*

Si poh, hacen unas patas de palo que le llaman en los hospitales pirón. Los pirones son para aprender a caminar. Antes el proceso es ese, primero viene la pata de palo y después viene la pierna ortopédica.

**Y cuando usted ocupaba esta prótesis he ¿cómo era su desempeño en estas actividades?**

66. R: Era lento, caminar. Estéticamente te ves bien, pero el movimiento en muy lento, me movía más lento que lo que me muevo hoy día teniendo el doble de la edad con mis bastones. Aparte que había que ir con [HUEVA 31 minutos, 42 segundos] metida ahí, colga en el hombro compadre y de repente con el calor transpirabai y te le soltaba y quedabai con una pata más larga y andabai rayando la cancha arrastrando la pata (risas). Por eso dicen que el cojo anda rayando la cancha, se le alarga la pata y no la pueden levantar poh y quedai rayando (risas).

**Y después con esta implementación de los bastones canadienses o ayudas técnicas ¿siempre las tuvo?**

67. R: El día que me corte la pata me autorizaron para bajarme de la cama tengo batones, del año vamos a decir del año ochenta y nueve

**¿Y cómo ha sido este la integración en el desempeño en las actividades? ¿mejor, peor que con la prótesis?**

68. R: No, mucho mejor poh'. Claro que yo cuando trabajo suelto los batones y trabajo sin bastones. Yo trabajaba haciendo sillas por ejemplo y iba allá a la cocina y un montón de silla tenían diez, quince sillas y las tomaba con la mano y me venía arrastrándolas para acá poh y las sillas me servían de bastón. Un salto, otro salto y llegaba al mi lugar de trabajo

**Al fin y al cabo como que la utilización de una prótesis fue un poco desfavorable o ¿no?**

69. R: Claro, que le quita [Diez 33 minutos, 00 segundos] minutos y otro que no trabajaba estaba recién con el tema y no podía trabajar, estuve cuatro años con licencia. Así que no sé qué era desfavorable, pero de comodidad y hoy día es mucho más cómodo que cuando tenía la prótesis.

**El bastón es por lejos más cómodo. Pasando a un tema de la última área de esta entrevista hem. Le vamos a especificar una serie de actividades que se llaman para nosotros actividades instrumentales de la vida cotidiana ¿ya? Son como por ejemplo la capacidad de usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar el medio de transporte ¿o no? La responsabilidad de hacer alguna medicación, la capacidad de utilizar el dinero, ¿Podría usted describir el proceso de reintegración en estas actividades? ¿o si hubo algún cambio de?**

70. R: La única mala que tengo es de manejar la plata, para mí es malo tener plata en el bolsillo porque se me va en un ratito a los días estoy pato. Pero en cuanto a llamada telefónica, el teléfono y la modernización que hay hoy día, obviamente que yo no. Una que no me interesa aprender y no me gusta el tema de los celulares, del chateo no. El teléfono es pa que me llamen y llamar no más que eso, yo no juego, no hago nada en el teléfono. El computador lo ocupo pah puro jugar, el teléfono de la casa no hay problema y el resto de las cosas y no tengo problemas

**¿Y por ejemplo ir de compras?**

71. R: No, no hay problemas

**¿Presenta alguna dificultad en ir al centro de Buin hacer alguna diligencia?**

72. R: No, no hay problemas ya que yo adapte mi bicicleta, que es como un ataúd, cachay. Para poder ir de compras al centro, porque no puedo utilizar las micro chicas de aquí y es mucho leseo esperar un coleteo.

**ya, por favor**

73. R: Mí la bicicleta para mí es un auto, es un auto sí para mí. Hace cuenta que mes a mes tengo que colocarle ruedas a cada lado, la bicicleta la soldaste de la otra punta y ahí es como un ataúd, le abrí el cajón y le echai cosas adentro y te vení no mas poh. No, yo no tengo problemas

**Podríamos que este artículo que usted generó le facilita ir de compras.**

74. R: Me facilita mucho, trabaje de cabro quince, catorce años vendiendo diarios y ese era mi medio de transporte. Iba al centro a las cinco de la mañana pah tener los diarios y atender mi negocio abierto a las seis, cuando pasaba el primer tren.

**¿Cómo afrontó el proceso en estas actividades? Que necesitan como más movilidad en estas actividades.**

75. R: Bueno, muy bueno

**Al fin y al cabo modificó su implemento para realizar las cosas**

76. R: Claro, (...35 minutos, 31 segundos) ojala hoy estuviera otra vez, porque aparte te ayuda y otra parte que hoy día estoy muy sedentario

**Así como por ejemplo el cuidado de la casa y preparación de la comida ¿ha modificado alguna actividad?**

77. R: No, la única que ya no cocino, como te decía en delante si yo estoy solo no voy a cocinar, y si estoy acompañado voy hacerlo porque hay que hacerlo, pero no nada. Y de quedarme en la casa soy muy buen cuidador porque el otro día me dejaron solito, fueron pah Curicó las viejitas, yo quede solito aquí. De aquí al asiento de la plaza y de la plaza aquí, de allá miraba para acá (risas).

**Como un poco anexándolo a la que me contaba con la prótesis y las ayudas técnicas actualmente ¿Cómo fue la utilización de esta prótesis en relación con estas actividades? Por ejemplo ir de compras**

78. R: Nunca la use para salir a comprar nada. No salía a comprar, salía a caminar nomas poh'. Y eso fue lo que me incomodaba, cuando me sacaba la prótesis iba más rápido. Yo no salía a caminar, no salía a nada. Salía a jaranear noma (risas) aunque no lo crea. A veces salía a bailar y me movía más con una pata que con las dos. La jarana de Hospital (risas).

**¿Cómo se percibe usted actualmente?**

79. R: Yo estoy bien

**¿Qué es estar bien?**

80. R: Estar en las condiciones que estoy poh, estoy tranquilo porque más que mal logre lo que yo quería o como familia queríamos; tener una casa, darle estudio a los hijos y con la educación que yo tengo cuesta mucho hay que ser jornalito noma amigo. Yo tenía trece años cuando deje de estudiar, no alcance a terminar, eh no tengo certificado, en esos tiempos se llamaba licencia de quinto básico, así que se puede decir rue hasta cuarto noma. En esos tiempos se sumaba y se multiplicaba por un número y dos mi esposa sabe ya. En aquellos tiempos todos eran profesor, los que salían de cuarto medio eran profesor o los que canchaban un poquito más en la sala hacían clases mientras que el profe salía.

**¿Cuál fue su objetivo después de la amputación?**

81. R: Seguir tirando pah delante y trabajar y poder luego llegar donde estamos, porque no tenía nada, como te digo si yo viví en una pieza de tres por seis de tabla montada que tu mirabai pah fuera y veía al hueón que venía pasando por fuera.

**Podríamos decir que es un logro realizado a pesar de su situación de salud**

82. R: Yo me siento realizado a pesar que haiga problemas económicos, porque los tení tú, los tengo yo, los tenemos todos. En algún minuto los tuvimos y en el otro minuto es una lata esa hueva porque se va pah un lado y se devuelve pal otro

**El dinero va y viene**

83. R: Claro, no he tenido grandes problemas hasta hoy en día, hubieron problemas sí, pero por el mal manejo como le decía hace poco rato, porque para mí es muy difícil tener plata en los bolsillos. Pero cuando yo estaba bien me daba el lujo de pagar cuatrocientos, trescientos mil

pesos mensuales en puros créditos. Hoy día no puedo pagar ni diez mil pesos, así que no pido préstamo, porque lo que está esta cuadradito para lo que tenemos que hacer en la casa. Hoy día son ciento ochenta lucas las que entran nomas y el auto está porque nos compramos auto y el auto lo mantiene el Héctor, porque tampoco voy a tener auto como estoy yo, lógico. Él le echa bencina, le cambia aceite de todo. Cuando necesitamos tiene que estar aquí. Pero yo estoy muy tranquilo con lo que he logrado, porque el noventa por ciento o más lo he logrado después de cortarme la pata y obviamente con el apoyo de mi mujer, que inicialmente mi mujer y mi suegra cuando llegamos o cuando me corte la pata llegó ahí mi suegra con nosotros. También ha sido un aporte para nosotros, porque así pudimos salir a trabajar los dos. Mi señora y yo salíamos a trabajar a Utifruti, y ella se quedaba con estos cabros chicos y es una gran ayuda. También ella aporta algo a la casa económicamente, pero en todo a participado mi suegra, mi señora y obviamente la familia. De una u otra manera, yo digo que esto es de todo, porque de una u otra manera nos restringimos a todos le tuvimos que apretar el cinturón pah llegar a donde estamos. Por ejemplo en algún momento a mi hijo le tuve que decir que no poh, no te puedo comprar dulces hoy día poh, porque tengo que hacer esta otra cosa mañana sino me va a faltar la plata. Y de una u otra manera nos restringimos todos para llegar estar donde estamos.

**Claro, ahora si como resumiendo esta entrevista, primero que todo agradecerle el tiempo, la disposición que ha tenido y agradecerle que nos haya presentado su como su historia de vida, su situación de salud y solamente darle las gracias, le agradecemos.**

84. R: Y si alguna vez necesitas algo y te puedo ayudar ningún problema.

**Ya, gracias.**

85. : igualmente tú (hablando al otro entrevistador).

**Ah muchas gracias.**

Duración de entrevista: 41:17

-----Fin de la Transcripción-----

Fecha de entrevista: 7/10/2016

Duración de entrevista: 38:40

Entrevistado E4: Sergio

**Buenas tardes hem, nosotros queremos entablar esta entrevista para como el objetivo final es saber la reconstrucción de la imagen corporal, desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria, de personas que han experimentado la amputación de un segmento corporal ¿ya?**

**Entonces queremos que usted se presente, nos cuente un poco de su vida, cómo fue la amputación, a qué nivel y entre otras características, por favor.**

1. R: Empezamos, bueno yo soy Sergio Solar y me dicen el [OYOI 00:35], eh aquí en el Sotero llevo tres años, y el trabajo que tengo yo es todo lo relacionado con esto (indicando su carro de fabricación de llaves). La amputación que tengo yo es en la pierna izquierda ¿no cierto?, eh dos veces amputado, eh fue por producto de una trombosis. Y debido a eso me salió una úlcera, una úlcera varicosa. Entonces las úlceras varicosas no tienen como remedio o no tienen para establecerse. Si tu vas a una parte buena igual vas, ósea es problema de vena. Entonces mi amputación fue bajo rodilla, fue en el dos mil nueve y como me entró gangrena eh me amputaron hasta más arriba de rodilla [INDEPENDIENTE PAH MI 1 minuto 20 segundos]. Así y todo estoy bien

**Una consulta, configurando su línea de vida ¿Cómo era usted antes de la amputación? ¿Cómo se percibe?**

2. R: Antes eh, andaba menos que ahora (risas). Ahora ando más, ósea te cambio de vida noma. Antes tenía otro trabajo y ahora es lo que me gusta, ósea esto lo tome como hobby antes, esto era un hobby pah mí. Pero cuando sabía que me iba a pasar esto, uno se antepone a esas cosas, porque yo más menos sabía que me iban a cortar la pierna, porque yo ya he leído sobre mi enfermedad.

**Una consulta para que nos quede más claro ¿En qué trabajaba usted antes?**

3. R: Chuta que te puedo decir, hem supervisor en un restaurant, ya era el rey de lomite en esos tiempos (risas). Después trabajando de enfierrador arriba en edificios, ósea aprender lo que estructura, ósea todo de a poco para empezar y después lo último cerrajería todo lo que es fierro. Y esto y esto es cerrajería completa ya, ósea la actividad. La mente mía yo la hago discurso a los discapacitados, gente discapacitada que no tiene nada que hacer, ósea que quieren ganar un poco más yo les enseño esta pega y el compromiso es ese. Yo tengo un taller acá de discapacitados, taller de discapacidad Sotero del Río, aquí llevamos dos años cumplidos ya cuando empezamos. Entonces yo a los cabros que llegan, el que quiere aprende la pega de cerrajería, ósea hacer llaves. Porque cerrajería es soldar y una pila de cutiones, pero lo mío es más la llave

**Ya que un poco nos contextualizamos en su historia de vida, el nivel de la amputación, en que trabajaba y en que trabaja ahora ¿queríamos saber en qué implica para usted la amputación?**

4. R: Bueno como lo tomen las personas, si tú lo tomái negativamente siempre vas a estar amurrado, pero si lo tomái por otra parte que, que te olvidai de la enfermedad que teni, la calidad de vida cambia

**Claro**

5. R: Ósea yo también tengo mi pierna esta úlcera, ósea me pegue por estar, ósea me ulcere. Capacito que más adelante me pase lo mismo que está pierna, pero yo me cuido el eh la herida, tengo curaciones y todas las cuestiones. Entonces eh la herida no sana, ósea pueden hacerte muchas cutiones y parches caros que he gastado uno. Entonces no llega (...4 minutos 18 segundos). La amputación pah mi lo tomo como, claro yo, otras personas no lo toman así. Claro yo no soy diabético, aquí todos creen que soy diabético, yo le digo no soy diabético lo mío es cambiar el chip noma. El chip de empezar de nuevo, ósea te da otra oportunidad para empezar de nuevo. Y esas cosas al final no las dejai de hacer poh, ósea el factor dinero.

**Claro**

6. R: Esta pega pah todos lados quien la toma un discapacitado y la toma que donde este le va bien, no lo deja más. Ósea yo pienso que va en la persona también.

**¿Cómo podría usted visualizar o entender los pros y los contra de la amputación?**

7. R: Los contra a ver, explícame

**Así cómo lo afectó en su vida, como negativamente.**

8. R: Es que, es que no se me noto, es que a mí me amputaron la primera vez y al otro día salí a trabajar, al otro día ósea la gente me dice oiga usted descanse. Es que no puedo estar tranquilo y a medida de eso he, bueno la gangrena tu sabi que si no le tomai el toque al tiro, bueno fue rápido lo otro que, un año después que me cortaron más arriba y ahí sano. Y el doctor que me operó fue, bueno se supone que se fue del hospital, pero me dijo, me las cantó al principio, si sigue pah arriba hasta ahí no más llegamos. Ósea el hizo todo lo posible pah, ósea él hace lo posible pah que tú te sani y lo hizo, si yo por eso yo después cuando ya me fui no lo vi más, hasta ahora poh. Y bueno eso sería lo bueno del factor de la amputación pah mi poh.

**Ya, ¿cómo se siente usted con su cuerpo en la actualidad?**

9. R: Así como estoy ahora, antes caminar es diferente, ósea eh usar prótesis, andar en una silla de rueda y trabajar. Lo tomai más rápido con la silla de rueda, con la prótesis es más lento. Según el corte, el mío es arriba de la rodilla, cuando es debajo de la rodilla caminai normal igual que cualquier persona. Eh cualquier persona no lo toma, ósea si te cortan acá y te ponen la prótesis caminai más rápido, pero más arriba teni que ponerte un arnés y caminai más lento, ósea que con los bastones, osea yo me adapte solo yo no fui a terapia, osea no fui de esas persona que cuando te amputan a ti, no te pescan y te dicen ya te van a mandar a terapia, tu teni que buscar después, porque soy mayorcito. Entonces uno tiene que buscar el factor de si vai a rehabilitarte o no. La rehabilitación mía fue rápida y sola sola, sola rápida y eso pah es bueno poh, porque me olvide que, claro igual de repente pienso que tengo mi pierna y doy el paso la primera y olvídate, si esa fue la primera reacción que tuve cuando me cortaron me di un paso en falso como se dice y mentalmente pensé que tenía pierna y me había olvidado. Entonces esa cosa de que vai a acostumbrándote después poh. Mucha gente no lo toma así

**Como situándonos de nuevo como en una línea temporal usted podría ser una comparación entre un antes y un después de la amputación**

10. R: El ante eh pucha yo soy re-loco. Antes era como que era mucha como te lo puedo explicar. Lo de antes era mejor y lo de ahora es mejor bueno, bueno pah mi concepto porque hay otras personas, por eso digo yo todos no pensamos igual. Yo pah mi esta peguita es un trabajo no como cualquiera. El que toma esta peguita se da cuenta que hay de todo, donde te pongai poh. Yo vengo viajando, ósea fui a Antofagasta estuve en los municipales, estuve, hice un libro sobre lo que me pasó a mi porque era más metido en lo discapacitado y ver que otras personas realizaron lo que tenían que ver poh', pero al final lo lograi tú, ósea al final a todo el caso no puedo comparar ni el antes ni el después, pah mi es lo mismo, ósea no sé no he ida a psiquiatra todavía si estoy bien (risas). Estoy bien, yo me siento bien, eso es lo bueno

**Claro y es válido también**

11. R: No obvio, es que lo mismo que yo hago acá la otra gente que me ve eh se mete en el cuento. Entonces me dice chuta usted está así, y ahí comenzamos la conversa de la gente que está peor poh, entonces ahí de repente yo le digo mire yo hago esto, esto, le interesa o no le interesa ¿en serio? Ya poh vamos. Entonces ahí me doy cuenta que la persona que está discapacitado, según la discapacidad porque a veces podí quedar ciego, perder una pierna, un brazo, no sé es diferente forma de tomarlo. Entonces yo lo tomo por la parte que tengo mi otra extremidad buena poh, pero igual, igual es a veces piensa porque no hicieron algo, ósea no se hizo algo o no hay un remedio pah' esto.

**Claro**

12. R: Hay gente que tiene su herida y yo creo que mueren con su herida poh'

**Sí poh, al fin y al cabo. Como ya un poco más profundizando este tema de la amputación de cómo se siente usted con su cuerpo eh sí o no ¿Existió algún proceso para volver aceptar su cuerpo? ¿Y cómo fue esto?**

13. R: ¿Acéptalo yo?, ósea pucha es difícil también poh, es que no podí cuando te cortan una actividad no creo que seai el mismo poh', ósea personal, como te conocen, pero no soy el , ósea cambia de otro. Cambie de otro al cien por ciento, pero ya no es lo mismo de antes ¡no es lo mismo!

**En qué cosa percibe qué no es lo mismo de antes**

14. R: Pucha no sé poh, eh el factor de moverte más rápido, eh desplazarte. ósea subir una escala, ósea claro si podí subirla la subí, pero no es lo mismo ya, ósea caminar una escala, si no hay recurso para subir en un ascensor, un elevador eh y una persona que tenga problema en sus dos piernas, tiene que subir arrastrándose.

**¿Cómo ha sido su proceso personal con esta como adaptación?**

15. R: De mi persona bien poh, ósea lo tome hasta ahora bien poh bien, ósea no he pensado que en la mañana me voy a despertar y voy a verme que me paso. Entonces mucha gente de repente

recapacita en eso y dicen chuta y ahí es donde le llega la depre. La persona pucha por qué. Si lo toma por ese lado estaríamos llenos aquí en el hospital de enfermos, en serio. En realidad es así acá

**Ahora como situándonos un poco a identificar un poco su desempeño ¿ya? el cual está orientado a la satisfacción de algunas actividades ¿Me podría usted identificar las actividades que realiza usted en la semana? así como a grandes rasgos.**

16. R: Trabajo de lunes a viernes, eh en casa todo lo que es hacer ejercicios físico, pesas, ósea pah tener la mente, ósea yo tengo la mente en trabajo y físico y lo otro el fin de semana, bueno si tengo la libertad de salir, si tengo la libertad salgo, sino seguir en lo mismo. La rutina mía es trabajar todos los días poh, tener la mente en algo

**¿Nos podría un poco detallar su rutina, supongamos hoy día cuando llegó acá?**

17. R: Trabajo, de la hora que salga de la casa al levantarme a las seis de la mañana.

**¿Cómo lo hace para llegar acá?**

18. R: En la silla, es que no tomo locomoción porque vivo como a siete, ocho cuabras y largas, pero bueno da lo mismo porque vengo trabajando, lo bueno es que vengo trabajando. Entonces eh hoy día es un día como todos. ósea todos los días pah mí son diferentes, veo todo los días lo mismo, ósea la misma rutina, las mismas personas, pero siempre van pasando otras cosas, ahora estoy con ustedes, es distinta la cosa, ósea cuando hacen una tesis como la que están haciendo, son muy poca las personas que evalúan eso ¿Entendí o no? Hasta que uno [por eso 12:34]. Si hubieran más de ustedes enfrentarían más otras personas que están peores, porque hay personas con cáncer ¿cómo lo toman? una persona amputa ¿cómo lo toma? Yo lo tomo ahora, bueno yo lo tomo bien, pero otras personas no lo toman, no piensas igual que yo. Entonces por eso que de repente le diga esa cuestión, chuta. Estar metido en lo mismo mío, no es lo mismo.

**¿Nos podría como un poco detallar su labor actualmente?**

19. R: Eh lo mío es cerrajería, ósea yo es una máquina pah' ser llave, ósea eh prácticamente yo fabrico la llave de aquí de los, todas las puertas y hacer llaves poh. Cerrajería el trabajo mío es cómo te dijera yo, ¿se cerró un auto? yo soy el que lo abro, ¿se cerró una puerta sin llave? yo soy el que la abro, esa es mi función acá, ósea me gané un puesto aquí en el hospital por mi parte porque sirvo hartito. Ósea las personas que no pueden salir a ejecutar su trabajo afuera, ósea hacer un, porque trabajan acá no tienen tiempo, yo les facilito ir a donde están ellos mismos. Cerrajería ambulante, nada más. Entonces eso podría ser el esquema.

**¿Me podría un poco detallar un poco cómo adaptó su labor a su silla de rueda?**

20. R: Mira yo hace del antes que me cortaran la pierna ya venía pensando en eso, ósea pah mi es eso, esta es la tercera silla que uso en esto, de los años; dos mil nueve, imagina estamos en el dieciséis. Ósea la silla me dura hartito sabiéndola cuidar, pero te adaptai tu a lo que haci,

entonces te adaptas mucho a lo que haci. Entonces qué es lo que pasa eh el a meter esta cuestion, al meterme yo mismo en este cuento eh salió de mi nomas, ósea no tengo que copiarle a nadie ¿entendí o no? Pero yo le doy que copien otras personas, ósea pah es fácil esto, pero otra persona cuando empieza, también va ser fácil, pero tiene que acostumbrarse, creerse el cuento de lo que uno hace, el trabajo.

**¿Cómo que le da una pauta a seguir?**

21. R: Por eso poh, eh fácilmente, por eso te digo, si tu trabajai en esto, lo que tengo la silla rodante, ando pah todos lados y a donde este yo me facilitan la pega, facilitó la pega yo.

**¿Cómo podría describir el desempeño en esta actividad, en esta labor? Que para usted es significativa**

22. R: ¿Cómo me desempeño yo?

**Sí, cómo se siente**

23. R: Bien poh, no bien poh si no la cambiaría, no poh es que yo creo que ya uno se toma un trabajo noma poh, si me cortan la otra pierna ni Dios quiera, estaría en lo mismo ya sentado más firme en la silla. Si tengo una pierna que puedo moverla y con dificultad igual me puedo sostener. Si eso es lo que uno tiene que pensar más adelante poh porque ya te adaptaste ya al jueguito este, [es normal pah todos 15:22]. Yo creo que no sé poh si usted le amputaron un deo, según deo que le amputaran usted también se sentiría poh, pero después con la costumbre va sintiendo una persona que realmente que no es tanto lo que es tener buena la cabeza

**¿Cómo le hizo usted o cómo podría detallar usted cómo una comparación el desempeño del antes y el después de la amputación?**

24. R: Antes, bueno era lo normal poh andaba pah todos lados, ahora con la amputación eh se limitan las cosas, pero igual, ósea igual lo tomaí, ósea en una silla de rueda es como más rápido, teni dificultad pero llegai igual. No creo que sea la respuesta pero ¿será así o no?

**Porque al fin y al cabo usted tomo este hobby pasó a ser una labor, algo significativo ¿Cómo usted vivió ese proceso?**

25. R: Eh chuta yo lo viví, por eso te digo yo, yo me amputaron y salí al otro día a trabajar poh. Cómo lo tomo, eh es que yo sabía pah donde iba poh, ósea teniendo un trabajo anterior remunerado y que te lo pagaran patrones a hacer tu mismo el patrón es diferente la cosa, ganai más siendo tu patrón a que te pague otra persona poh, porque tú trabajai a la pinta tuya, ósea yo no tengo horarios. Yo salgo de acá, claro tengo una pensión por invalidez, porque yo trabajé años trabajando imponiendo, si tampoco, yo empecé a los diecisiete años trabajando imponiendo, imagina al POG y al PEN en esos tiempo. Ustedes no tienen idea de que es el POG Y el PEN. Para mí en esos tiempos olvídate y hasta ahora trabajando. Entonces qué es lo que pasa, que todo lo que se juntó la plata en la famosa AFP te la están pagando y nah que ver

con lo que tu pensai. Ósea teni que trabajar en esto, si fuera mas plata yo no trabajaría, fácilmente, ósea no tampoco trabajaría [todo el tiempo 17:18] (risas). Es que lo tomái así poh, eh con la plata que tu ganai así no, no viví, tengo que hacer esto

**Una consulta ¿Cómo ha ido moldeando o modificando alguna actividad después de la amputación?**

26. R: La actividades que he tenido, aparte de que ¿del trabajo?. Deporte, ósea todo lo que a nivel puedo hacer con el cuerpo, ósea una pierna menos no te imposibilita de nadar, ósea nadi igual si sabi nadar nunca se te va a quitar de nadar. Entre andar en una bicicleta, también podi andar, difícil pero andai y bueno sería eso nomas poh. Es que qué más moverse pah todos lado con una pierna.

**Usted así como ya que modificó un poco su labor, la adaptó hacía su silla de rueda ¿ha modificado alguna otra actividad en su casa, en otro espacio?**

27. R: Eh no, igual, ósea no he cambiado nah poh si lo que he cambiado es esto noma, la pura silla; si en la casa es normal, no hay baranda. Es que yo encuentro que no estoy tan discapacitado pah lo que estoy, ósea estoy bien, ósea no no me siento discapacitado. La cosa es que estoy haciendo lo mismo noma, ejerciendo una pega más noma. Ya si me da otro accidente, no sé poh ahí tú tení que pensar si lo vai a tomar con fuerza, un accidente vascular que te de eh yo creo que tampoco, según la parte que se te comprometa, pero tu adaptai todo poh, ósea estay eh. Va en la persona noma yo creo.

**Ahora pasando como a otra área de esta entrevista, en relación a la actividad de la vida diaria básica. Que lo entendemos nosotros que al fin y al cabo son; comer, trasladarse de la silla a la cama, el aseo personal, el uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y de orina. Estos son la actividad de la vida básica, que nosotros así las comprendemos ¿cierto? ¿Podría usted describir el proceso de reintegración a estas actividades?**

28. R: Eh, chuta harto difícil, eh reintegrarme ¿cómo podría a ver? Si es normal en la casa, ósea no tengo nada cambio, ósea yo pah lo mismo que hacía antes, ósea no ha cambiado nada de lo que es esto en aseo teni que hacerlo, de lavarte los dientes hasta lavarte bien las manos, ir al baño hacer tus necesidades, es normal poh

**Pero en unos inicios cuándo tuvo recién la amputación**

29. R: Igual, aquella (20 minutos 02 segundos) amputar, pensaron que yo podía caerme, no poh, pesque los bastones noma y me fui al baño. Es que según como lo tome tú, por eso te digo en el momento que tú los tome un accidente como esto lo que me pasó eh eh la motriz de uno es eso. Ósea a mí no me gusta que me ayuden, enserio no me gusta que anden, bueno igual yo les doy, a una persona si tú voy a una [rede 20:25], me deci le ayudo le ayudo. Entonces yo tengo que pensar ya bueno deja que me ayude, pucha por último se siente la persona bien que te diga

ya y te puede trasladar no sé poh un resto y eh la persona queda contenta, pero al final mucha gente no le gusta que la ayuden. Cuando te ayudan mucho te acostumbrai, entonces qué es lo que pasa que después dependí de las personas, andai esperando que alguien te ayude. Entonces pah mi edad que tengo yo todavía estoy joven.

**En este proceso ya de ir aceptando un poco más amputación, moldear esta actividad laboral ¿Hubo alguna actividad que costó más básicamente hablando?**

30. R: Eh ¿básica?

**Sí**

31. R: No, ósea no poh, ósea un día todos los días es normal pah mí. La amputación no fue, claro, por eso te digo yo va en el momento que cuando tu como lo tomí. EL momento que te cortó la pierna, desperté de la operación y decí chuta y queri que vuelva esto pah tras, ósea porque me cortaron la pierna, pero al final, yo lo tome por otro lado, porque sabía que la pierna no tenía salvación. No tenía salvación, pero bueno pah que vamos a seguir con él, ósea yo no puedo, si no se hizo no se pudo salvar, no puedo culpar a nadie, la naturaleza hizo lo que tenía que hacer noma, ósea que no podía salvarla. Yo sé que en otros lados se salvan, en otros países se salvan estas custiones de la piel, es difícil, es difícil, ósea no hay una parte pah está herida, entre más que te cuidí no sé poh' tení que tener un saco de plata y no hacer nada y no sé poh. Yo he visto gente que ha sanado pero después se le ha abierto la herida igual y han gastado dinerales.

**Un poco como también guiándonos con esta actividad, como usted también siente que no ha habido tanto cambio ¿cómo ha afrontado este proceso? porque al fin y al cabo usted nos comenta que es súper como proactivo, súper empoderado de esta situación de salud ¿Cómo lo ha afrontado? ¿Cómo lo podría describir usted?**

32. R: Yo yo pah mi persona bien, ósea no he caído en depre, no no he caído y si llegara a caer no se poh' ahí tendría que analizar eso, pero no creo, es que yo ando pah' todos lados, no no voy a quedarme parao', no puedo quedarme parao', ósea hasta acá mismo de repente me dicen descanse; pero para qué voy a descansar si al final va haber un día que vai a descansar pah siempre (...22 minutos, 56 segundos). Pero esto eh tener un trabajo que tu tengai todo el día la mente en eso, yo creo eso es bueno y las terapias que hacimo en el taller. Gente que está enferma y en talles aquí tejido, que joyería y todo eso. Es bueno poh, entonces la amputación no es, es algo mejor no ma poh

**Eh y siguiendo con este patrón de las actividades ¿cómo nos diría usted que ha sido la integración en estas actividades o reintegrarse en algunas actividades?**

33. R: ¿Integrarme? Ósea no te van a buscarte pah integrarte, tení que integrarte tu solo, ósea es que no hay, según la edad que tengai tu, no hay pah integrarse. Uno tiene que buscar, ósea no hay otra persona que dice sabe lo voy a meter a esto, para que usted haga esto, no. Si aquí el médico no te da un papelito que vai a un terapeuta. te quedai en la casa no ma poh'. Y si el

doctor te dice sabe, ósea se interesa en tu persona y te dice sabe teni que irte a esta persona pah que te atienda y tengai otra calidad de vida, es otra cosa. La tomai por otro lado

**En algún momento te, haber después de haber experimentado la amputación, ¿usted ha ocupado prótesis?**

34. R: Sí, tengo mi prótesis.

**Nos podría como detallar ¿cómo fue la utilización de esto, si facilitó su desempeño?**

35. R:No. no eh lo que lo que empecé con la prótesis, yo la compré segunda mano

**Ya**

36. R: Y la adapte, era del otro pie y y la adapte pal otro pie. Ósea la mande a trabajarla y no fue un fisiatra que le llamamos lo que hacen, sino que me hice amistades por otras personas y había una persona que en el grupo en otra parte hacía esta custiones. Entonces me cambiaron la pierna pal otro lado y me hizo la pierna poh a medida y es prótesis la use, bueno harto tiempo hasta que me, me, ósea cómo es la palabra que tengo herida mi otra pierna, entonces no puedo hacer fuerza, entonces la prótesis ahí quedó

**¿Usted ocupó la prótesis después de haberse amputado?**

37. R: obvio, primero se cicatriza bien y después usai una prótesis. Y te mandan a terapia cuando es que tu queraí tener una de esas, pero yo no solo, ósea no, no busque una persona. Sino que yo un día de la noche a la mañana como te digo yo a mi segunda mano. La compre segunda mano y la instale pah la pierna que me faltaba y listo. Y después me puse a caminar y me la arnés como y listo. Y no se me soltó, aprendí y obvio que ahora está la custion de los computador para ver cómo se instala, cómo se pone, la vendaje, vendaje y todo. Ósea yo al tiro me puse una prótesis empecé a caminar al tiro. Y a otros en un video que lo grabe también, un cabro que perdió hace poquito y tiene su prótesis. Le pase mi prótesis para que viera que lo que se sentía y ahora el compadre anda con una prótesis. Ósea yo le pasé mi prótesis, lo invite a mi casa y no creía poh y se la puso, lo grabe, el compadre al tiro, ósea igual que yo, osea hizo la misma onda que yo. El perdió en una moto, lo atropellaron y se cortó con un, ósea bueno un accidente automovilístico, pero este cabro también poh, cuando lo hicimos aquí mismo lo hicimos, yo le saque conversa y no creía. Le dije mira sabi que, como era la misma pierna mía corta y el mismo corte, lo invite y le dije yo. Sabí que en dos tiempo se la puso y nunca había andado con una prótesis, yo lo tengo grabado, tengo mi video grabao y lo mande a Facebook. y él tampoco la creía y esa cution la ayudó a meterse al tiro al programa, ósea al tiro al tiro, buscó el programa que tenía que hacer y le hicieron. Le mandaron a hacer la prótesis y ahora anda con prótesis, anda en bicicleta el hombre. Bueno ósea es más joven que yo en todo caso, pero le gusta eso.

**¿Y a la larga usted la prótesis la sigue ocupando?**

38. R: Yo creo que si sano de la pierna que tengo herida, yo creo que la voy a usarla. Pero me, sabí que no me no. eh lo tome como que; si ando en la silla, pah mi es la silla y la prótesis es un lujito noma, yo pah mí es un lujito. Es como tener un auto y.

#### **Ferrari**

39. R: Claro, exactamente, porque la prótesis es muy incómoda, ósea el que se acostumbra a caminar, va a caminar, pero según como te digo yo el corte. Ahora las prótesis, la que yo tengo es antigua, las prótesis de ahora son más livianas, entonces son más estables. Tú te la poni así noma y se chupa sola, las antiguas tu teni que poner una venda, sacártela por el hoyito, sacar que entre el aire, ponerle. Ahora es un proceso y uno aprende eso y eso lo aprendí solo, entonces eso me ayudó a que la prótesis anduviera harto rato, no si anduve harto rato, pero me gustaba andar con el fierro pelao, ósea que me vieran que tenía la pierna de fierro, porque no era de los que. Muchos se bajan el pantalón y les gusta, ósea que no digan que, yo le digo pah qué, bueno según la persona. Y otros le mandan a colocarle como piel, ósea yo le digo pah qué poh, ósea es la persona, osea como querai sentirte tu poh, pero si eh si tú, si tú quieres estar, ósea te comprometes a estar con tu pierna, no te digan que soy un discapacitado, te sentí bien poh. Los discapacitados tenemos muy, muy poca ayuda si no te bucai ayuda nadie te ayuda ¿por qué vamos andar con.

#### **Minoreses**

40. R: Claro

**Claro. Y ahora como pasando a la última área de esta entrevista, eh que seguimos con las actividades, pero con actividades de la vida diaria instrumental. Como por ejemplo; capacidad de usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, medio de transporte, responsabilidad sobre medicación y capacidad de utilizar dinero ¿cómo ve usted o nos podría describir el proceso de reintegración de estas actividades? Por ejemplo ir de compras**

41. R: Buena, salgo a comprar, tengo todo cerca y aquí es todo fácil, tomar el metro y en un bus yo fácilmente me puedo subir sin la rampa o con la rampla. Y me desplazo solo, ósea si tú me vei con otra silla, esta es una silla de trabajo, la otra es silla de deporte, ósea eh deporte claro. Entonces esta es para trabajar y la otra es pah andar

*(cae grabadora. Entrevistado: es una caída de discapacitado (risas)).*

Ya entonces va por ahí las cosas. Entonces si tu lo tomas por ese lado yo no es la única silla. Yo tengo otra silla pah andar, ósea no te puedo usar la prótesis con eso te digo todo y la casa me desplazo con, con la silla. Podría andar con los bastones, pero yo encuentro más rápido hacer, bueno por eso te digo la persona lo toma como uno quiere.

#### **¿Y cómo lo percibe usted?**

42. R: Bien poh, pah mi forma de parecer bien poh, pero en la casa están todos adaptados a mi persona, ósea yo ando con la silla pah todos lados, en los bastones el peligro que me ha

ocurrido, me he sa, me he caído y caerse con p resfalarte o quedai con un este mojado el piso y te resfalai no te podí, te vai noma.

#### **Entregado**

43. R: Claro, entonces es diferente una silla poh, la silla difícil que te caigai, ósea si así una mala maniobra yo creo que te podí caer, pero la silla deportiva tení mucho desplazo, es más desplaora. Eh te desplazai más rápido ¿me entendí o no? Ósea mi casa está todo pah andar bien, en las subía-baja no tengo problemas, ósea no, no. Deberían arreglar la, la. Aquí en Chile no estamos adaptados pah los pavimentos. Entonces uno tiene que adaptarse noma, te adaptai a lo que hace noma digo, la vida normal.

#### **¿Cómo ha afrontado este proceso? Supongamos para ocupar un poco el medio de transporte, que es como el cambio más drástico que ha tenido**

44. R: El transporte, bueno si, es complicado, si antes no hacía lo mismo, la vida normal y ahora tomar esto es diferente, te subí con otro instrumento más a un bus, bueno por lo menos aquí hay buses para eso, en otro lados no hay. Ósea tení que pescar la silla, doblarla y que subirla por al medio y subir tu, aquí no poh, te subí con silla y todo pah arriba y te vai sentado en tu silla, en otros lado no hay porh, por eso te digo aquí, aquí hay adaptaciones pah uno, en otros lados no

#### **Para ir al banco, cosas así**

45. R: Ósea pah hacer cosas, diligencia hago lo mismo en la silla, ósea.

#### **En la deportiva**

46. R: Claro, exacto, no poh esa, esa es la buena (risas). No es que no esa corro, no por eso digo yo si alguien sale conmigo se adapta a mi persona, ósea si salgo con otra persona con silla de rueda que no es la misma, yo lo dejo atrás, pero en la forma de decirle que, que, que no es imposible hacer uno cuando quiere hacer algo, eh otras sillas son pesa poh, ósea no son la misma

#### **Material**

47. R: Claro, la otra es más, más, es pah eso, pah deporte, pah correr

#### **Una pluma**

48. R: Claro, exacto, no es lo mismo, pero la gente se acostumbra a eso.

#### **¿Cómo usted ha podido hem, integrarse a estas actividades sintiendo como capacidades, asistencia alguna, si ha tenido que tener alguna asistencia de otra persona o mantiene esa forma independiente un poco más que nada?**

49. R: No, independiente, no, no, no. Hasta ahora no he dependido de alguien, hasta ahora, hasta ahora. Ósea no sé poh, por eso te digo yo, ni Dios quiera que me pase otra cosa, bueno ahí no sé poh, eh va en uno noma poh. No me ha pasado nada todavía.

#### **Como volviendo al eje de la prótesis, la prótesis como que quedó en un ámbito secundario al fin y al cabo**

50. R: Ahí quedó encerra, ahí quedó, ahí quedó paraita sola. No la uso es que sabí lo que pasa es que yo aquí a las personas que son discapacitadas con más edad, yo le pregunto ¿si tú soy delgado y tení, querí irte en tu prótesis tenla, si no podí adaptarte, tení que meterte con la, meterte con la famosa silla noma, pero tu tení que ver eso, ósea nadie te va a decir que tú. La prótesis, la silla o los bastones.

**¿Nos podría un poco detallar cómo es su domicilio?**

51. R: Eh, mi, mi, mi domicilio. Segundo piso, ósea yo es casa de dos pisos y pah subir subo sentado en la escalera y bajo sentado. Me acostumbre a andar sentado en el trasero, en el piso, ya en mi casa. En otros lados no lo hago pero en mi casa es como más fácil, porque no me voy a llevar la silla de rueda para arriba, ósea se deja abajo y arriba es pah. Mi pieza es un gimnasio ¿entendí o no? Ósea mancuernas, fierro, mancuerna, estiramiento y la, esa es la onda mía. Ósea te da dolor, empesai a levantar fierro y se te quita todo. Un día no sé es como que la, el chips este, si te tenía algo que lo. Ósea en la pieza mía segundo piso y un gimnasio y ahora estoy vendiendo mi ¿cómo se llama esa cution eléctrica? Es que no puedo hacer, con la prótesis no lo puedo hacerlo y claro ahí quedo poh. Y mis otras máquinas sirven pah lo que sirvo, que es pah los brazos, lo otra es la pierna, si la corredora también se tuvo que vender también poh. Si yo tenía todo lo que era, me gusta el deporte por eso te digo to. Yo cuando me amputaron me metí a un club de silla de rueda jugando basquetbol en silla de rueda, a mí me invitaron, yo pensaba que estaban leseando, porque el que me invitó a mí fue un profesor que todavía está. Es un profesor en Antofagasta es bien conocido, tiene su club de discapacitado. Resulta que él hasta ahora hemos sido, hemos jugado con otro equipo; jugamos con Perú, todo lo que es deportes. Entonces qué es lo que pasa yo me integre a un club de básquetbol en silla de rueda y ahí me di cuenta la faceta mía lo que era correr un poco más poh'. Y si hacían deportes buenos de Antofagasta, Arica, fuimos a Perú, ósea los viajes fueron eso.

**Cerrando un poco la entrevista, de antemano agradecer su tiempo, su disposición, especificarle un poco que esta entrevista va hacer utilizada para la tesis que nosotros estamos realizando, como el objetivo que le propusimos, que estamos realizando y que va hacer anexado para citarlo dentro del trabajo ¿ya?**

52. R: Claro

**No sé si tiene alguna duda, consulta para mí**

53. R: No, nada poh si es por apoyo pah otras personas que vean lo que yo hago y si le sirve bien poh'. Yo digo la asistente social, la señora que vive acá, ella también me programa mucho pah lo que hacimo, con el libro que uno lo que, ósea no es un libro sino que lo que tu dai a otras personas pah que se integren. Si tu lo hací pah otras personas que se integren yo creo que si poh'.

Duración Entrevista: 38:40

-----Fin de la Transcripción-----

Fecha de entrevista: 15/11/2016

Duración de la entrevista: 19:37

Entrevistado E5: Feizal

**Buenas noches, mi nombre es Nicolás Núñez, estamos haciendo una tesis junto a unas compañeras entorno a la construcción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en actividad de la vida diaria ¿Ya? En cómo esto haber experimentado una amputación ha marcado o ha tenido un impacto en tu vida ¿ya? Bueno por favor cuéntame un poco de ti ¿Cómo fue la amputación? ¿En qué nivel? ¿Qué haces ahora? ¿Qué hacías ante? Cuéntame**

1. R: Eh bueno perdí mis dedos de mi mano derecha trabajando y en realidad últimamente estoy retomando las labores, pero estoy con licencia, por invalidez. Entonces en teoría me siguen pagando una indemnización del trabajo, así que mucho no he hecho.

**¿Hace cuánto fue esto?**

2. R: Hace como un año y unos meses, dos meses un poco más.

**Ya ¿Cómo te has sentido entorno a esto?**

3. R: ¡Eh! Bueno, no es fácil, osea es un cambio fuerte, hay cosas que antes podía hacer super fácil y ahora me cuesta, no sé poh'; ponerte la polera o abrocharte el pantalón. Cosas complejas que antes eran fáciles, muy fáciles.

**Volviendo como así al tema de la labor ¿Qué pasó es día? ¿Nos podría un poco comentar eso?**

4. R: Estaba viendo, estaba en una máquina y se quedó trabado un pedazo de carne, es una máquina que molía carne. Como que yo trate moverla y al final se activo la máquina y se llevó tres dedos y todo.

**¿Tuviste algún proceso de rehabilitación? ¿Te acuerdas de algo en el hospital?**

5. R: (...2 minutos, 20 segundos ) Como que fue muy rápido y nada poh. Después que estaba en el hospital me dijeron que no había vuelta, no había dedos y eso.

**¿Qué fue lo más difícil?**

6. R: Osea todo (silencio) porque ya no es lo mismo obviamente teni así como que algo te falta y que no teni, no sé poh' lo que tuviste siempre, hacer cosas y como que no podí. Y claro te vei así raro como que

**Me podrías definir cómo te ves ahora**

7. R: Osea distinto, no sé es como difícil.

**¿Me podría definir en una palabra?**

8. R: Osea no, la definición así como incompleto al final. Te falta eso

**Claro, mire ahora si como un poco más que nada situándonos en el concepto de amputación he ¿qué ha implicado para usted la amputación?**

9. R: Pucha, un cambio en general, un cambio de vida porque no sé poh, tení que. Necesitai más ayuda de otras personas que antes no hacía (silencio), no se si me entendí.

**Sí, si te entiendo**

10. R: y tení que eso, ósea igual como que tratai de verte las por ti (silencio), pero no es fácil

**Eh entorno así como un poco a esquematizar tu percepción de la amputación ¿cómo definirías tu el estar amputado?**

11. R: (Silencio) eh es complicado.

**Prefieres que pasemos a otra pregunta?**

12. R prefiero que sí

**¿Cómo fue el proceso de aceptar tu cuerpo nuevamente?**

13. R: Ósea, es difícil, ósea que el cuerpo en si como que no es tanto, es mas como la falta (silencio). Ósea así como estoy da lo mismo, pero es la falta, como que necesitai tus dedos para hacer cosas y no lo tení poh'. Entonces como que físicamente no es tan terrible, como que ósea me refiero como un sentido más de vanidad, como que no es tan terrible, pero en el momento en que hací cosas, como de repente como que vay a cocinar o hacer cualquier cosa como que no sé poh', para cortar cualquier cosa necesitai dos manos para hacerlo bien, o si no es más complicado y más en lo cotidiano y ahí como que la sufrí. Puta que paja no tener los dedos como que te hace falta.

**¿Usted estuvo en un proceso de rehabilitación, así como psicológica o física después de haberte amputado?**

14. R: Mmmm, no la verdad es que no, no. Ósea como que la rehabilitación, ósea no fui a ningún lado, lo que uno hace en la casa noma. Tratar de ayudarte a empezar de nuevo.

**¿Quién te ayudo asi como a empezar de nuevo como lo dices tu?**

15. R: La casa, ósea mi mamá me ayudo harto que al principio antes. Después tratai de ver las por ti, hay cosas que igual tení que pedir ayuda, al que esta dispuesto ayudarte, pero las tratai de hacer por ti mismo y eso.

**Mira me podría comentar lo que haces tu durante la semana ¿qué haces?**

16. R: (silencio) Pucha, nada ósea como que igual ya no trabajo, estoy llendo un par de días, pero un trabajo más ligero. Como de supervisión, no tanto de trabajo así . Y nada cuando estoy en la casa trato de ayudar, de repente voy a comprar, pero antes mucho no podía hacer para traer las cosas.

**¿Manejas?**

17. R: eh sí si, pero igual hay que tener más precaución, cpmo que ósea eso (silencio) Osea manejo, pero no hecho ningún tramite, no he sacado como pah la custion de dicapacidad nada poh' Igual andai con más precaución y trato igual de no salir mucho porque es peligro eso. ósea a trayectos cortos, lo que este más cerca y así.

**Claro ¿Cómo visualiza usted su desempeño antes y después de experimentar la amputación?**

18. R: ¿A pero en qué?

**En tus actividades diarias**

19. R: ah no poh antes era como que hacías todo bien, como que no lo pensai mucho, las cosas. No pensai mucho porque como lo hací noma. Ahora las cosas obviamente son más difíciles y te dai cuenta que necesitai los dedos .

**Después te das cuenta de lo que necesitas**

20. R: Claro, claro o lo que te servía, claro como que lo echai de menos, no sé, pero eso como que te dai cuenta al final estai como limitado en tus, ósea obviamente que tratai de hacer las cosas lo mejor posible pero obviamente no es lo mismo poh' pero entonces si el cambio es notorio.

**Ahora asi como colgando lo que dices tú el cambio es notorio, un poco moldeo las cosas ¿Cómo has moldeado algunas actividades en tu casa? no se poh' diagase desde leer un libro hasta cocinar**

21. R: Ósea no se poh' ya como que cocinar no se poh' es más difícil como que no se hacia cosas como más perfectas, ya no es tan así cortai las cosas como se pueda noma, buscar un apoyo, pero lo haci noma asi como una cosa más funcional

**Ósea como que te tomas tu tiempo**

22. R: Claro, claro, claro, claro y no se poh' en otras cosas no sé poh' así el ejemplo leo, no se poh. Como que buscai la forma tampoco es tan, como que te a comodai a la custion poh', pero eso de repente no se poh' así la ducha.

23. **Ya una consulta ¿sales con amigos?**

24. R: Sí, si

**¿Te complica un poco esto de la amputación?**

25. R: No tanto

**¿Tienes pareja?**

26. R: No

**Y cuándo sales a la calle y vas a comprar ¿te molesta andar con la amputación así a la vista o algo?**

27. R: No

**En ese aspecto sales noma**

28. R: Si, normal

**Mira así como pasando como una parte de esta entrevista que va entorno de la actividad de la vida diaria básica ¿ya? que son comer, trasladarse de la silla a la cama, el aseo personal, el uso del retrete, bañare, ducharse, desplazarse dentro de la casa, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, el control de las heces, entre otras cosas ¿Me podrías decir eh cómo fue el proceso de reintegración después de haber experimentado la amputación a estas actividades?**

29. R: La mayoría las haci nomas poh' porque no sé poh' pararse sentarse no es tan complicado, son los dedos nomas poh'. Imagínate haber perdido una pierna o dos puede ser más complicado, pero no sé poh' si de repente ya vestirte hay cosas que cuestan pero después de un tiempo la hací igual poh' como abrocharte los botones.

**Abrocharte los botones ¿te cuesta?**

30. R: ósea al principio, ya después le agarrai la técnica

**¿Ocupas alguna ayuda técnica?**

31. R: Sí, si

**¿La ocupas habitualmente?**

32. R: No siempre, de repente me hago el loco y lo trato de hacer yo, pero si porque al final igual te sentí como dependiente de cosas y preferi hacerlo como antes, lo hacía noma, no pensabai mucho no tenía nada. Pero eso como el resto de cosa como todo bien. Hay cosas que necesitai los dedos y pensai a decir puta en verdad como que si tuviera los dos estaría bueno pero ya no

**Por ejemplo; para ocupar el retrete ¿tiene un problemática ahí?**

33. R: No, en general

**Te adaptaste bien ahí**

34. R: SÍ, sí, ósea con el confort de repente estay como más rato pero no es tan terrible

**Ah ya, oye hem ¿cómo has afrontado este proceso has necesitado de otros apoyos te las veí solo?**

**¿Cómo lo has hecho? porque igual me imagino un cambio grande, me imagino**

35. R: Sí, si no podría decir que lo hice solo si al final [VIVÍA... 13 minutos, 45 segundos) con mis papás todo, entonces como que he teni harta ayuda pero ya llega un punto igual que tratai hacer las cosas tú y tratar de no pedir tanta ayuda, ósea en algún momento voy a estar solo y entonces eso. Ósea he tenido ayuda, obviamente también no sé amigos (...14 minutos, 11 segundos) dan apoyo pero en lo más como cotidiano claro tenía a mis papás, mi hermano. Entonces te ayuda ¿cachai? Ya después tu buscai la forma de no pedirles ayuda, tratar de hacer las cosas tú y eso. Igual fome si te quedai así, igual es malo por ti ¿cachai?.

**Siguiendo con la línea de las actividades pasaremos a la actividad instrumentales que son como un poco más compleja dependí de terceros o algún instrumento. Por ejemplo; la capacidad para utilizar el teléfono, de ir de compras, preparar la comida, lavado de ropa, medios de transportes, la responsabilidad de la medicación y entre otras actividades. Eh como puede describir el proceso de reintegración en estas actividades. Por ejemplo el teléfono que es algo que se usa muy mucho en este tiempo**

36. R: sí, el teléfono lo usai igual, ósea con la mano que tení noma poh', no es como tanto eh, no sé poh lavar ropa la echai a la maquina noma (risas) no, es como tan poco botones (silencio)

**usar el transporte público**

37. R: Sí, tampoco es tanto drama, ósea es mas hueviado con la tarjeta, pero nada, mucho drama no **Usted cómo podría distinguir este proceso del antes y el después de esto de ocuparse en estas actividades**

38. R: Obviamente, bueno antes era más fácil no, pero si te limitai a estar así como que obviamente ahora es más complejo, eso es la única como, que no lo pensai mucho lo haci noma (silencio), pero hay otras cosas que son más difíciles, quizás para otro tipos de amputaciones, no sé, siempre hay algo diferente que quizás puede costar, yo al menos lo tomo de esa forma, tratai de hacer ya y si no podí, pedir ayuda noma. Por ejemplo; no sé poh' son cosas como más no sé levantar algo muy pesado, como que ya no es lo mismo no podí poh', pero (silencio) son cosas que igual finalmente pedí ayuda pero entonces no, eso (risas).

**Para salir a la comunidad, onda así como una actividad de esparcimiento una ida a la disco, erí un cabro joven igual**

39. R: En realidad nuca he sido mucho de disco, ósea como más de, ósea no, no hay drama, ósea salgo con los amigos, claro a disco no, pero a un bar no sé tomar algo y no no hay drama

**¿Cómo lo tomaron tus amigos esto de la amputación?**

40. R: No sé, tendría que preguntarles a ellos (risas), pero yo creo que normal, ósea como que obviamente te preguntan y todo, pero ya no es tema tampoco ya teni como dejarlo de lado, no sé.

**Ayudas técnicas como abotonadores, calzadores ¿los ocupa en su rutina o en algo?**

41. R: Sí, poco como abotonadores podría ser, pero trata de hacerlo. Con lo otro no hay problema

**Entorno a tus redes de apoyo más cercana ¿cuáles serían las que tú identificas?**

42. R: ¿mis redes de apoyo? Ósea ¿los que me ayudaron? Ósea mis papas poh', mis amigos en general, mi familia, hermano, todo, que fueron lo más importante poh', ósea sin ellos nada.

**No sé si quiere agregar algo más, algo importante, algún detalle que quieras contar**

43. R: No, en general eso

**Bueno sólo te quiero agradecer el tiempo cachai y**

44. R: No te preocupi

**Darte las gracias por haber participado de esto.**

Duración Entrevista: 19:37

-----Fin de la Transcripción-----

Fecha de entrevista: 03/12/2016

Duración de la entrevista: 29:05

Entrevistado E6: Gloria

**Antes de comenzar le agradecemos desde ya su colaboración en esta entrevista, como le explicamos antes, la idea es que en cada pregunta usted se pueda explicar lo las posible en cada pregunta que le realizaremos. Bueno lo primera pregunta es que si usted se puede presentar y explicar cómo fue su amputación y en qué nivel fue**

1. R: Bueno, como les dije antes mi nombre es Gloria y primero te cuento que mi amputación es desde ya 10 años por un accidente que tuve a los 26 años, luego de eso fui madre he trabajado y he hecho una vida lo más normal posible.

**¿En dónde fue su amputación?**

2. R: Eh! Mi amputación es bajo la rodilla transtibial como le dicen los doctores, bueno fue en mi pierna derecha. Esto me ocurrió cuando iba a mi trabajo, como se dice fue un accidente de trayecto y es por eso que soy paciente de la Mutual de seguridad

**Ah ok y debido a este accidente cómo reconoce ahora usted su imagen corporal. Digase de imagen corporal, la forma en cómo se describe ¿Cómo te ves? Ahora y antes de la amputación**

3. R: Bueno, hoy en día no me veo como una persona discapacitada. Llevo años utilizando prótesis, mirándome al espejo viéndome una mujer completa, he logrado con un poco de dificultades más que el resto realizar todas mis actividades cotidianas, a pesar de que me cansa más porque si esto bueno produce un desgaste físico y obviamente también psicológico por el dolor que tengo por la amputación

**Y cuando la amputación era reciente ¿cómo veías tu imagen corporal?**

4. R: Bueno, comprenderás que en diez años en diez largos años, bueno porque ahora tengo 36 años, he pasado por varias etapas como comprenderás

**Claro comprendemos**

5. R: Bueno, al principio no asimilaba completamente lo que significaba ser amputada, pero daba gracias igual el tipo de amputación que tuve y el proceso que viví. Lo que hacía que viera de forma positiva el proceso, pero eso en un principio, bueno porque después con el tiempo llega la frustración pensai por ejemplo; si te enfocas en lo físico en que nunca mas vas a ir a la playa con traje de baño, porque para una mujer la imagen es más importante que para un hombre. Bueno lo primero que extrañe fue andar descalza y sentir el frío del piso o del agua. Puta recuerdo que eso fue uno de mis pensamientos sentir el frío del agua y el pienso, bueno en realidad sentir era lo que extrañaba. Bueno, igual ser una persona amputada involucra todos los aspectos de una persona por lo menos de una persona de mi edad y también ser mujer, porque nosotras somos bien vanidosas. Igual al principio en vez de preocuparme de cómo me veía yo, me preocupaba más como me veían los demás o como iban a reaccionar sobre todo el sexo opuesto en la intimidad, pucha en lo social que la percepción de las personas que te rodean cambie.

**Comprendo**

6. R: cuando recién tuve la amputación bueno, me di mucho valor porque siempre pensé que la imagen física que tenía de la falta de una pierna cambiaba cuando utilizará una prótesis como que iba a ser normal ¿cachai?

**Claro, claro**

7. R: Y cuando me entregaron la prótesis y me mire al espejo, francamente te puedo decir que estaba feliz y cuando me mire al espejo es como que nada hubiera pasado era una persona normal como se dice. Y por lo mismo hoy en día no me miro al espejo sin la prótesis. Y ahora que lo pienso es como que estuviera en un estado intermedio porque por un lado me siento completa con mi prótesis como si no me faltara nada, pero igual tengo algo de incomodidad y dolor y esto me recuerda que está ahí y que tengo una condición diferente. Bueno, en realidad donde vivo creo que nadie sabe que uso prótesis no lo comento con nadie porque no creo que sea necesario, pucha no porque me avergüence por mi condición, porque con el tiempo los años y la experiencia te hacen entender y proyectarse en tu vida con normalidad. Bueno igual esto lo entendí y procese de mejor manera cuando mi hija hace un año atrás más o menos me dijo que se sentía incomoda de que sus compañeros superan que tenía una madre que le falta una pierna. Pucha ahí entendí que mi hija era el reflejo inconsciente de lo que yo proyectaba. En el grupo hay una mujer con la cual hable una vez por Facebook porque pensé que ella estaba recién amputada y la verdad quería ayudarla porque preguntaba por las personas amputadas y ella me decía que había decidido no utilizar prótesis. Y yo le conté que la prótesis me daba autonomía a lo que ella me respondió que igual se podía hacer todo sin la necesidad de la prótesis y que luego de un largo trabajo había aceptado su imagen y no usaba prótesis. Pucha igual yo pienso distinto porque no concibo mi vida con una elección así, igual la respeto, pero como te dije antes la prótesis me completa como persona. Pucha creo que me fui por las ramas

**No para nada, en esta entrevista todo lo que usted diga es muy importante para esta investigación, así que no se preocupe**

8. Ah bueno

**Volviendo a lo de su hija cómo ves está imagen con tu hija**

9. No entendí bien a lo que te refieres con lo de mi hija, pero te puedo comentar que en un principio pensé que para ella iba a ser súper normal, porque la tuve después del accidente, así que me conoce con esta condición y por lo mismo pensé que sería fácil o súper normal. Pucha porque el hecho de conocerme en esta condición sería más fácil que un día para otro esta realidad cambiara. Bueno igual ella sabe los controles que debo realizarme y que sufro de dolores y que de alguna manera me he limitado en algunas cosas físicas, pero cuando empezó a decirme que no quería que sus compañeros supieran mi condición, igual me hizo pensar en que hice mal para que ella sintiera eso. Bueno obvio que fui empática con ella, pero no quiere decir que no me haya dado pena y lata que no valorará que al final de cuenta yo hacía lo mismo que otras mamás con su cuerpo completo. Bueno hable con ella de que el físico no era lo importante en las personas, sino lo que son como persona. Hasta que un día entendí que los hijos son el espejo de los padres. Quizás inconscientemente le había transmitido y sin palabras lo que yo sentía y que en realidad tenía oculto y todo este problema con mi hija me ayudo a ser mejor y aceptar y dejar que las cosas fluyeran y también reconocer y valorar todo lo que he logrado a pesar de mi condición.

**Pasando a otra área de esta entrevista nosotros identificamos ciertas actividades que realizamos diariamente como actividades de la vida diaria básicas; las que son come, bañarse o ducharse, vestirse y desvestirse, trasladarse de la silla a la cama, el uso del retrete, desplazarse, subir y bajar escaleras y control de esfínter. Queremos saber cómo usted ha podido reintegrarse en estas actividades que le mencione, ya sea de forma independiente o pidiendo ayuda a en alguna de ellas**

10. R: bueno, primero que todo para un amputado de pierna bajo la rodilla como yo utilizamos prótesis en las actividades que me mencionaste, la verdad no tiene mayor grado de complejidad, requiere de un mayor esfuerzo y algunas realizas técnicas diferentes cosas de ingenio de cada uno.

**¿En qué actividades has cambiado la técnica?**

11. R: bueno, hay actividades que se pueden hacer con prótesis y otras sin la prótesis, como el bañarse por ejemplo. Igual las actividades que me nombraste quizás tenga mayor impacto en amputados de extremidad superior. Ahora de todas formas te las relatare como lo hacía o lo hago sin prótesis y con prótesis bien detallada.

**Podría ir identificando en un periodo agudo o más bien cuando recién había experimentado la amputación**

12. R: comer fue sin dificultad, el traslado de la silla a la cama al inicio fue con bastones, cuando recién estaba de alta me resbale en el baño con los bastones por la falta de manejo y descuido por lo que comencé a utilizar burrito porque cuando tuve la amputación vivía en un departamento así que el uso de silla de rueda no era una opción. Entonces para ir e mi dormitorio a el comedor por ejemplo utilizaba silla que se utiliza para el computador, me impulsaba con el otro pies. Luego de eso cuando ya tenía firmeza en los brazos volví a los bastones y después comencé a usar la prótesis, pero cometí un grave error, me daba lata por ejemplo levantarme en las noches y ponerme la prótesis entonces me iba saltando a cualquier lugar sin prótesis ni bastones y por esto provoqué un deterioro importante en mi rodilla buena.

**Es interesante como trabajó para moldear esta actividad**

13. Bueno, también hice cambios en bañarme, igual eso depende del baño donde este. Bueno, en mi casa de ahora tengo una tina y se pusieron pasamanos. Entro al baño con prótesis, me siento en la tina y ahí me saco la prótesis después cuando termino me la pongo nuevamente. Y Si no hay tina requiere de mayor esfuerzo, pero se puede utilizar un piso plástico dentro de la ducha y me baño. Pucha igual ha sido una lata el proceso de sacar y poner la prótesis, pero hay que acostumbrarse porque es parte de.

**Lo entiendo y se lo agradezco.**

14. Igual el deterioro de la otra pierna ha sido un gran tema físico y psicológico

**¿Por?**

15. R: Porque tengo una condromelacia grado cuatro, y el dolor es intenso, por eso te decía que el dolor está condicionado el desplazarme. Y cuando este dolor apareció me afectó físicamente como psicológicamente. Físicamente porque el dolor que me provocaba el tener mayor actividad era continuo, era todo el día. Ya en épocas de más gravedad podía estar sentada y sentía dolor. También esta el otro lado, que la pierna de la amputada está el dolor fantasma que también me salió un neuroma y en un momento también me afectó, porque al caminar de repente caminaba dos cuerdas y tenía toda la pierna acalambrada y me dificultaba en ese proceso cuando comencé con mucho dolor en una u otra pierna que eras por diferentes cosas, me dificultaba el desplazarme.

**Claro, es comprensible su preocupación. Continuando con las actividades de la vida diaria ¿cómo fue el vestirse y desvestirse en este proceso?**

16. R: Bueno, el vestirse y desvestirse en un principio no usaba prótesis y se notaba entonces que me faltaba parte de una pierna, entonces utilizaba buzos, y estos tenía que doblarlos y acomodarlo a mi nueva condición física. Ya una vez que comencé a usar prótesis, obviamente que primero es con el tubo, no está con la cubierta cosmética que es la forma de la pierna. Entonces por ejemplo evitaba usar pantalones ceñidos al cuerpo, porque se iba a notar, que para abajo era más fina la extremidad, no usaba vestidos, no usaba falda. Entonces hubo modificación en mi vestimenta. El tema de los zapatos que también tenía que buscar algo que fuera de acuerdo a la altura que podía utilizar para la prótesis. Pero una vez que tuve la prótesis ya terminada. Que eso significa con la cubierta cosmética que le da la forma a la pierna que es similar a la otra ahí comencé a utilizar pantalones más de delgados que con el viento se podían ceñir más al cuerpo, entonces ahí no se notaba tanto la diferencia y eso puedo decirte sobre la vestimenta de vestirse y desvestirse.

**Me podría describir de mejor manera como es la marcha con la prótesis**

17. R: Bueno, mi prótesis es como mi otra pierna me puedo desplazar, puedo subir y bajar escaleras sin mayores problemas, porque afortunadamente mi amputación es bajo la rodilla, no tiene dificultad al movimiento, Entonces mi tipo de pie ortopédico también como un cierto movimiento que es similar al otro. Igual en un principio mi prótesis fue bien simple era un pie fax, que no se adapta a

la superficie que uno va caminando, Entonces ahí se notaba un mayor cojeo, en el transcurso de los años como he ido cambiando de prótesis y de pie ortopédico la caminata es mucho más normal. Para desplazarse el gasto energético es mayor, porque el esfuerzo es mayor, por el dolor que siento en la otra pierna, porque tengo un mayor desgaste porque tiene que hacer más fuerza.

**Gracias por tu respuesta, ahora pasando a las actividades instrumentales que son la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, medios de transporte.**

18. Cuando recién estaba amputada y no tenía la prótesis siempre también realice las actividades que tenía que realizar como por ejemplo yo hacía mi cama y me las ingenie para poder tener la mayor autonomía posible. Y eso lo logre ayudándome por ejemplo para trasladarme y no tener que perder la movilidad de las manos por los bastones, me trasladaba y quería por ejemplo lavar la loza, para poder apoyarme tenía que usar los bastones, entonces la técnica que hacía era de trasladarme con la silla del computador y podía quedar sentada y acercarme al lavar la loza o pararme a ratos en la pierna para no cansarme tanto. Para todo busque la alternativa para poder tener autonomía, hacer mis cosas eh si tenía que trasladar algo lo echaba en un bolso o una mochila y me lo echaba atrás agarraba mis bastones y me trasladaba. Bueno, con respecto a la medicación soy re-mala para tomar medicamentos y por eso mismo afecto que sintiera más dolor. Y este dolor me provoco depresión y frustración. Entonces hoy en día el medicamento lo tomo con mucha conciencia, la cantidad que corresponde y sabiendo que me ayuda a tener una mejor calidad de vida. Como te contaba tuve el accidente a los 26 años, luego de eso me fui a vivir con mi pololo de ese entonces quede embarazada y tengo una hija de 7 años, de una u otra manera ocupando técnicas para trasladarme o buscaba formas para poder lavar la loza y cuidar mi hija lo he logrado. Me separe, seguí después mi vida laboral porque en ese tiempo no estaba trabajando y te puedo decir con bastante honestidad y por mi evaluación hice un trabajo bien acorde a lo que hacía el resto de las demás personas. A lo que si me enfrente en el campo laboral fueron a ver como decirlo, suena cruel pero fueron a las burlas medias solpadas y que uno no se entere y que un momento uno se entera que hay un grupo que se burlaba por mi condición física, pero a lo mejor era por buscar una cosa para hacer daño y molestar. Lo que es para desenvolverse cumplía con las expectativas y hacía mi trabajo como corresponde. ¿Quieres realizarme otras preguntas en las que quizás no me explique tanto?

**Claro aún me queda un par de preguntas. En cuanto al uso del transporte público, entendiéndose las micros y el metro ¿le cuesta utilizarlas?**

19. R: Mira bueno la verdad las micros no las utilizó, porque las micros y todo ese sistema es violento para las personas con mi condición, porque la gente no da el asiento, y además no lo voy a pedir y explicar por qué necesito el asiento a todos. El metro es un más amable para utilizarlo, pero en horas punta es complejo, pero lo utilizo igual que todos, sólo que tengo que salir más temprano para llegar a tiempo al trabajo. Bueno, para ir al metro utilizo colectivos que pasan cerca de mi casa que me dejan en el metro, eso.

**¿Usted maneja?**

20. R: No, no manejo pero porque la verdad nunca quise aprender, quizás a pesar de mi condición física lo hubiera logrado hacer.

**Comprendo, en cuanto a la participación en actividades de interés para usted ¿ha dejado de realizar alguna de las actividades que antes de la amputación le gustaba realizar?**

21. Mira bueno, si tuve que dejar algunas actividades que me gustaban como andar en bicicleta, yo antes andaba hartito en bicicleta, pero después de la amputación ya no pude andar más, pero ahora con el dolor yo creo que menos. A ver otra actividad que deje de realizar es de ir a la playa, igual voy a la playa, pero me refería a ir a la playa y usar traje de baño, bañarse y tomar sol.

**¿Por qué ya no utiliza el traje de baño?**

22. R: Bueno, no utilizo el traje de baño porque si lo hago todos me quedarían mirando y me sentiría incomoda con todas esas miradas. Por eso cuando voy a la playa, me baño con un pantalón largo y con una prótesis antigua, para no dañar la que tengo actualmente por la sal del mar y la arena obviamente.

**Comprendo, agradecemos su participación en esta entrevista de verdad que nos ha servido demasiado. Nos comunicaremos nuevamente con usted para entregar los resultados de esta investigación.**

23. R: Si necesitan cualquier otra cosas me dicen y los ayudo con alguna otra cosas que necesiten.

Duración Entrevista: 29:05

-----Fin de la Transcripción-----