

**Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia**

**Arango, D, Castañeda, A, Contreras, P & Medina, L.**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Agosto de 2010**

**Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia**

**Arango, D, Castañeda, A, Contreras, P & Medina, L.**

**Director: Luis Manuel Silva M.**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Trabajo de grado para optar al título de psicólogo**

**Agosto de 2010**

Bogotá, agosto 5 de 2010

Doctora  
LILIANA MUÑOZ ORTEGA  
Coordinadora de Trabajos de Grado  
Facultad de Psicología  
Pontificia Universidad Javeriana  
Ciudad

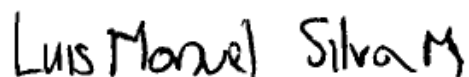
Estimada Lilibiana:

Me permito presentar el informe final del proyecto titulado "*Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia*", elaborado bajo mi dirección por las estudiantes Diana María Arango, Ana María Castañeda, Paula Contreras y Lina Marcela Medina, como requisito para obtener su grado como psicólogas en esta facultad.

Durante el proceso, las estudiantes realizaron un trabajo cuidadoso, interesado, producto de una actitud abierta hacia el conocimiento y hacia el diálogo en la consideración de los diferentes aspectos del trabajo. Este proceso ha acogido siempre mis sugerencias como director y ha visto la promoción de iniciativas importantes por parte de las autoras.

En este informe final se han incorporado las observaciones realizadas por el asesor en la sustentación del trabajo de grado, con lo cual esta entrega definitiva ha llegado a su punto más alto de calidad.

Un saludo,



Luis Manuel Silva, M.Sc.  
Profesor Facultad de Psicología  
Director del trabajo

***A nuestros padres por apoyarnos incondicionalmente no solo durante nuestra carrera sino a lo largo de nuestras vidas, a nuestro director Luis Manuel Silva por guiarnos en el proceso, a nuestros novios por acompañarnos siempre y a todas las personas que de alguna manera participaron o aportaron para la realización de este trabajo.***

Tabla de contenido

0. Introducción.....	7
0.1.0. Concepto de miembro fantasma.....	8
0.1.1. Epidemiología del miembro fantasma .....	12
0.1.2. Aspectos psicosociales relacionados con el miembro fantasma.....	13
0.1.3. Miembro fantasma y esquema corporal .....	17
0.2. Objetivos .....	21
0.2.1. Objetivo general.....	21
0.2.2. Objetivos específicos .....	21
0.3. Categorías .....	21
1.0. Método .....	22
1.1. Enfoque y método .....	22
1.2. Participantes .....	22
1.3. Instrumento.....	23
1.4. Procedimiento .....	23
2.0. Análisis de resultados.....	25
3.0. Discusión .....	29
4.0. Referencias bibliográficas .....	34
5.0 Apéndices.....	35

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó con el fin de determinar cómo se caracteriza el proceso de cambio, en seis personas con sensación de miembro fantasma después de la amputación de una de sus extremidades inferiores, el proceso de cambio de su esquema corporal y su autoconcepto. Con este propósito se realizó una investigación cualitativa mediante entrevista a seis participantes pertenecientes al Ejército Nacional, con edades entre 18 y 40 años, con historia de amputación de un miembro inferior y Síndrome de Miembro Fantasma. Las entrevistas fueron analizadas a la luz de un análisis por categorías, en donde se encontraron elementos de las narraciones que permitieron poner en evidencia la reconstrucción del esquema corporal en estos participantes encontrándose que la sensaciones de miembro fantasma, más que dolorosa se manifiesta a través de sensaciones perceptuales incómodas, tales como picazón, punzadas, entre otras, en los participantes quienes además expresan haber sufrido un cambio negativo significativo en sus actividades cotidianas y en sus relaciones interpersonales, al igual que en su autoimagen.

Palabras claves: Síndrome de miembro fantasma: PN 143, SC 38060, amputación: PN 256, SC 02210, auto-esquema: PN 11434, SC 46310, auto-imagen: PN 11434, SC 46310.

The present work was done in order to establish how six persons with phantom limb characterize the process of change after the amputation of one of their low parts, the process of change of the self schema and body image. With this purpose, a qualitative investigation was performed by interviewing six participants that belong to the National Army, with ages between 18 and 40 years, with a history of leg amputation and phantom limb syndrome. The interviews were analyzed among categories, finding elements of the narrations that allowed highlight the reconstruction of the self schema.

Finding out that the sensations of phantom limb pain occurs only through perceptual sensations uncomfortable like itching and stinging with the participants, who also claimed to have suffered a significant negative change in their daily activities and interpersonal relationships, as in its self-image.

Key words: Phantom Limbs: PN 143, SC 38060, Amputation: PN 256, SC 02210, Self Perception: PN 11434, SC 46310

## **0. Introducción**

Este trabajo se presenta en el marco de los lineamientos para proyecto de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, que tienen como objetivo guiar el desarrollo de un proyecto de investigación que enfrente a los estudiantes en una experiencia práctica y teórica. Esta experiencia permite avanzar en el proyecto formativo como psicólogos.

Lo anterior se llevó a cabo por medio de un acercamiento a la investigación de los efectos psicológicos de la amputación de una extremidad y donde se presente el síndrome de miembro fantasma, en sujetos entre 18 y 40 años que hayan pertenecido al Ejército Nacional de Colombia. Donde se caracterizaron los cambios en su esquema corporal.

Este proyecto tiene el propósito de desarrollar herramientas para la investigación y el análisis de las narrativas obtenidas a partir de las vivencias y las cogniciones de los participantes, lo que fortalecerá a los estudiantes en sus competencias profesionales como la investigación, la recolección, análisis de datos y la comunicación asertiva.

Debido a la situación que se vive actualmente en el país es importante tener en cuenta los cambios y las consecuencias de la reconstrucción del esquema corporal en personas que han sufrido algún tipo de amputación y que presentan o han presentado el síndrome de miembro fantasma, pues esta es una situación constante y es una realidad que se tiene que afrontar, apoyando la población por medio de terapias, tales como hipoterapia, terapia física, acompañamientos psicológicos, entre otras. Por lo tanto estos testimonios son relevantes para poder fortalecerlas y generar proyectos de investigación que permitan encontrar más campos y propuestas para mejorar no solo su calidad de vida sino también su reconocimiento tanto físico como mental, entendiendo cuáles son las necesidades y transformaciones que estas personas sufren.

## **0.1. Fundamentación bibliográfica**

### *0.1.0. Concepto de miembro fantasma*

De acuerdo con Ramachandran (1999), el Síndrome del Miembro fantasma es la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste. Se solía creer que esto se debía a que el cerebro seguía recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido. Una definición alternativa la brindan López & Pellicer (2001), para quienes consiste en la sensación que tienen las personas que han sufrido amputaciones de los miembros o que han padecido la ablución de un nervio, caracterizada porque el sujeto sigue percibiendo de forma muy real el miembro no existente. Así mismo, Sherman & Parker (1984, citados por Katz 1993) plantean que a pesar que se desconocen con exactitud las causas del síndrome del miembro fantasma, se presume que las sensaciones se deben al intento del cerebro por reorganizar la información sensorial que sigue a la amputación y que entre el 50 y 80% de las personas amputadas experimentan estas sensaciones fantasmas en su miembro amputado, siendo la mayoría de estas sensaciones reportadas como dolorosas:

El miembro fantasma, es pues, una evidencia de la resistencia a la desintegración del esquema corporal (o representación de la imagen del cuerpo). El factor crucial que da lugar al fenómeno fantasma es la existencia previa de la sensibilidad profunda y quinesésica (del movimiento corporal en el espacio) en el miembro amputado. Si la extremidad ha estado desprovista de sensibilidad por mucho tiempo antes de la amputación rara vez se produce el fenómeno fantasma (Lopera, 1995, p. 101).

Uno de los primeros esfuerzos por explicar este síndrome fue el del neurólogo Mitchell (1866, citado por López & Pellicer, 2001), quien realizó una publicación sobre el miembro fantasma en la que describe la generación de una serie de respuestas por parte de personas que habían sufrido la amputación de un miembro y principalmente los que habían asistido a la guerra, descubriendo así varios tipos de miembros fantasma: a un grupo los llamó *espectros sensoriales*, los cuales tenían la característica de ser bastante irreales; otros extremadamente reales; otros muy dolorosos, aunque según sus estudios la gran mayoría de miembros fantasmas son indoloros y por último eran todo lo contrario a la forma normal u original del miembro.



En efecto, Shontz (1969, citado por Bloom & Synder, 1976), describió el síndrome del miembro fantasma como la experiencia de la presencia continua de un miembro amputado o removido de forma traumática como un brazo, una pierna, una mano o un pie. El mismo autor afirma que las personas que se rehúsan a admitir la presencia del miembro fantasma son muy pocas. Igualmente, anota que el miembro fantasma se siente más pequeño que el miembro original, además se recuerda en la posición en que quedó el miembro antes de la extirpación y por esto se siente siempre incomodo, y en algunas ocasiones genera dolor, aunque se siente más como sensaciones intermitentes de irritación o molestia, y no un dolor punzante o lacerante.

Otro de los primeros estudios que trataron de resolver el origen del fenómeno, fue realizado por Cajal (1928, citado por López & Pellicer, 2001), afirmando que, en el sitio de una sección nerviosa, en el cabo central, se produce un hinchamiento o terminal bulbosa en donde emergen ramificaciones de axones que crecen de manera desorganizada, incrementando la masa nerviosa adyacente al corte; esta estructura es la que se denomina neuroma, y generaría el fenómeno de miembro fantasma.

Estas diferentes explicaciones se suman a las mostradas por López & Pellicer (2001) quienes recopilan algunas posturas adicionales que configuran un debate para dar una explicación del origen del miembro fantasma. Una de las posiciones afirma que el miembro fantasma se origina en el muñón del miembro amputado y/o que es un constructo del sistema nervioso central. Las corrientes más recientes apuntan a que se debe al resultado de un alto grado de encefalización, es decir, hace parte de un proceso cognoscitivo afectivo con base en una representación corporal localizada en la corteza y en diversos núcleos cerebrales.

Según López & Pellicer (2001), una de las tantas funciones del sistema nervioso central es generar una percepción de todas las partes del cuerpo, lo cual se da por medio de sistemas sensoriales que transmiten información que se procesa en el sistema nervioso central, construyendo así la percepción de uno mismo. Si por algún accidente el sujeto pierde alguna parte del cuerpo, pueden producirse trastornos de identificación neuronal de este concepto.

Otra de las explicaciones dadas al fenómeno es conocida como la explicación periférica, la cual es expuesta por Bloom, Larry & Synder (1976), que afirman que el dolor se presenta acompañado del miembro fantasma y que es causado por la estimulación de las nuevas terminaciones de las células nerviosas, que han sido creadas por la amputación. En esta teoría periférica existe un desacuerdo acerca del exacto origen del fenómeno; no obstante, la

percepción de la teoría es que el miembro es construido por estimulación periférica. Aunque es una explicación razonable y lógica para algunos miembros fantasma, existen otros que no logran su explicación a través de esta teoría. Más notable es que algunas sensaciones fantasma tengan su detonante en un miembro no amputado, es decir que si los "fantasmas" están supuestamente creados en las terminaciones nerviosas cercenadas, ¿cómo pueden otras áreas no afectadas y remotas al área afectada estar relacionadas?. A esta refutación se une otra, y es el caso de los resultados de los tratamientos periféricos para los miembros fantasma, ya que generalmente no son exitosos.

Otra teoría centrada en el sistema nervioso central, argumenta que la experiencia de miembros fantasma es el resultado de factores neurológicos y psicológicos centrales más que por factores periféricos. La importancia aquí es la idea del cuerpo como un esquema, y que es descrito como la presentación de la conciencia del cuerpo. Por ejemplo los teóricos centrales explican que no se crea un miembro fantasma cuando es causado por defectos congénitos porque simplemente no está dentro del esquema consciente del cuerpo; es por esto que en los niños también el miembro fantasma desaparece más rápidamente, por la flexibilidad del cerebro joven para volver a producir el esquema del cuerpo y transformarlo, mientras que en el cerebro adulto es más difícil de hacer ya que, según Bloom et al. (1976) si no existe una imagen estable del cuerpo, el esquema corporal es muy reciente y tampoco se genera un miembro fantasma.

Pinfeld & Rasmussen (1950, citados por López & Pellicer, 2001), dieron a conocer un mapa cortical de la representación corporal, tanto en el aspecto motor, como en el somatosensorial, al cual denominaron homúnculo, demostrando que la amputación produce cambios en la organización funcional del homúnculo.

En contraste con las teorías periférica y central, una teoría derivada del psicoanálisis mantiene que el fantasma es producto de la negación, una respuesta simbólica a la castración (la amputación en este caso se entendería como símbolo de la pérdida del falo, y de ahí el miembro fantasma como respuesta a esta angustia ancestral). Al respecto, Katz (1993), afirma que las sensaciones fantasmas van orientadas por la dificultad de los sujetos de adaptarse al estado de mutilación. Así, surgen la negación y la represión como principales mecanismos de defensa usados para explicar el miembro fantasma no doloroso, doloroso y otro tipo de alteraciones atadas al mismo fenómeno.

Sin embargo, dichas explicaciones no concuerdan con la acumulación de datos fisiológicos y psicológicos tales como: a) individuos aparentemente saludables que se han

ajustado a la amputación, continúan reportando la presencia del miembro fantasma, años después de la amputación; b) los miembros fantasma no se “desarrollan” si el proceso de pérdida es gradual como el caso de una lepra; c) el fenómeno ocurrido luego de una lesión del SNC, es similar al de la amputación aún cuando el miembro no ha sido amputado, pero está anestesiado o totalmente inmovilizado; d) el 100% de los niños amputados experimentan el fenómeno y e) el fenómeno persiste aún cuando se ha restaurado el flujo aferente. Así, es difícil ver la utilidad de hablar del miembro fantasma como una forma de llenar la función ego-protectiva del individuo.

Bloom et al. (1976), afirman que la posición psicoanalítica, que aparece como la más débil entre las tres teorías, es criticable debido a que tiene un mínimo apoyo empírico (si es que lo tiene), y a que la mayoría de sus datos vienen de observaciones clínicas intuitivas hechas por individuos que se adscriben a la posición en vez de ejecutar investigaciones controladas. Otra contradicción sería que está claro que no todos los dolores fantasmas pueden ser causados por factores psicodinámicos.

Otra de las hipótesis, es presentada por Ramachandran (1999), quien observó que la estimulación de las áreas distantes, pero cercanas en la representación del homúnculo, pueden activar el sitio cortical de la región desaferentada y producir la sensación de miembro fantasma. Es decir, se presenta un cambio en el mapa de las sensaciones, por ende el origen del miembro fantasma se da gracias a la reorganización cortical de las áreas adyacentes a la representación del sitio desaferentado.

Con respecto al dolor en el miembro fantasma, Katz (1993) hace referencia a la importancia de diferenciar las implicaciones que tiene el hecho de experimentar un miembro fantasma doloroso y uno no doloroso. Por lo tanto, concluye que si bien el segundo puede resultar molesto para el paciente, el primero en cambio es realmente un problema. A esto se suma que ha existido una baja tasa de éxito en el tratamiento del miembro fantasma doloroso y, que en niños y adolescentes, este fenómeno no ha recibido la suficiente atención e investigación clínica, aún cuando su incidencia es representativa.

En resumen sobre las explicaciones, se puede decir que los miembros fantasmas son una realidad y una reacción común seguida a la amputación. Estos no aparecen por un desajuste psicológico, pero infortunadamente no hay conclusiones totalmente aceptadas sobre las causas del fenómeno. Y aunque las teorías sean discordantes y sin conclusión, la investigación nunca ha dejado de proceder. Existen tratamientos para disminuir los aspectos negativos del fenómeno

y se debe instruir a los pacientes a los cuales les van a hacer la amputación y a sus familiares, informando que la percepción fantasma es un proceso normal, exponiendo las características de este fenómeno.

Con respecto a las características, Bloom et al. (1976), describen algunas como: a) pueden suceder de manera intermitente por un indeterminado número de años, se pueden ver acentuados por el cambio del clima o por fluctuaciones en la actividad cerebral; b) la temperatura del miembro fantasma percibida por la persona, puede diferenciarse de la percibida de los miembros normales; c) se han reportado movimientos voluntarios e involuntarios así como las heridas que estaban en el miembro original, también se perciben en el miembro fantasma.

Aunque el miembro fantasma se manifiesta desde la amputación, muchas veces se presenta una ausencia de este fenómeno en las pérdidas congénitas e infrecuentes cuando la pérdida se genera entre los 3 y los 5 años de edad. Sin embargo Bailey (1947) citado por Bloom et al. (1976), reportó 25 apariciones del síndrome de miembro fantasma en personas que nacieron sin alguno de sus miembros.

Un aspecto interesante del fenómeno es la percepción de encogimiento del miembro a través del tiempo. Esta experiencia no está dividida en partes, sino que es continua, desde el mismo tamaño del miembro removido hasta un encogimiento drástico y extremo, y es por esto que se creía que este era el ciclo natural de los miembros fantasma, pero evidencias recientes, encontradas por Bloom et al. (1976) demuestra que no es así, y que existían miembros que no habían sufrido de este mismo proceso de encogimiento luego de un largo tiempo desde la amputación. También Bloom et al. (1976), llegaron a la conclusión que el tamaño del miembro fantasma no tiene ninguna relación con la edad, el tiempo después de la amputación ni con el sexo del paciente.

### *0.1.1. Epidemiología del miembro fantasma*

Buchanan & Mandel (1986) propusieron determinar el predominio del síndrome del miembro fantasma con dolor o sensación, y las posibles influencias de variables demográficas, utilizando como muestra los registros de 716 amputados en Canadá entre los años 1979 y 1980. Las variables demográficas a analizar fueron sexo, edad, causa, nivel, lado de la amputación y el número de años transcurridos desde la amputación. Los resultados del estudio indican que 62,4% de los 716 entrevistados dijeron tener el dolor del miembro fantasma, y 84,1%

reportaron la sensación del miembro fantasma. No se encontraron diferencias significativas entre las amputaciones de las extremidades inferiores y las extremidades superiores, ni por sexo ni por lateralidad de la amputación.

Según una de las anotaciones que se hacen en el estudio realizado por Buchanan et al (1986), a nivel psicológico, los pacientes no hablaban sobre el fenómeno debido al miedo que enfrentaban de pensar que les dijeran que se estaban inventando el dolor o la sensación del miembro fantasma.

El estudio de Kooijman, Dijkstra, Geertzen, Elzinga & van der Schans (2000) realizado con amputados de miembros superiores muestra un 51% de dolor fantasma, 76% de sensaciones fantasma y 64% de sufrimiento moderado o alto debido al dolor. Datos más recientes en Europa (Schley et al., 2008) muestran una prevalencia de dolor fantasma de 44,6% y sensación fantasma de 53,8%.

Para Colombia el dato principal es el estudio de Lopera (1995), donde se encontró que entre el 96 y el 98% de los sujetos amputados perciben el miembro fantasma, por lo que se puede afirmar que este fenómeno es directamente proporcional a la amputación de algún miembro del cuerpo.

### *0.1.2. Aspectos psicosociales relacionados con el miembro fantasma*

Teniendo en cuenta esta alta prevalencia reportada por Lopera (1995) del síndrome del miembro fantasma en las amputaciones que se realizan en Colombia, y la frecuencia de amputaciones traumáticas relacionadas con minas anti-persona y otros dispositivos y eventos relacionados con el conflicto armado Colombiano, es preciso profundizar en que consecuencias psicosociales trae consigo dicho síndrome. De acuerdo con Hernández (2003), el reporte del Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), en la actualidad pueden existir sembradas más de 100.000 minas anti-personas. De los 32 departamentos, 24 tiene gran parte de sus terrenos invadidos por este tipo de artefactos; de la misma forma han publicado el alarmante incremento de víctimas durante los últimos años en los departamentos de Santander, Córdoba y Antioquia; tanto así que la Organización de Estados Americanos (OEA), ha afirmado que Colombia se encuentra en el mismo grado de afectación que países como Bosnia, Kosovo y Chechenia.

Inicialmente se puede hablar de la experiencia de dolor, que ya se ha mencionado, debido a que algunos estudios proponen factores psicosociales como determinantes en la misma. Por ejemplo, Vrancean, Barsky & Ring (2009), plantean que un factor determinante en

la intensidad del dolor y la inhabilidad en los pacientes con incapacidad músculo-esquelética tiene que ver con factores psicológicos como los cognitivos, los afectivos, comportamentales y sociales. Sherman, Sherman & Bruno (1987) también consideran que el dolor de miembro fantasma es similar a otros cuadros de dolor crónico en el sentido de que el estrés y la depresión, entre otros factores, sirven como disparadores e influyen sobre la percepción de dolor.

En cuanto al pensamiento y comportamiento humano, Vrancean et al. (2009) plantean que existe el efecto placebo, el cual consiste en que una persona ingiere un líquido, o toma una pastilla, pensando que es un medicamento, y a pesar de que éste no lo sea, o no tenga ningún contenido químico, tiene el efecto de un medicamento real. Después de ingerirlo, el paciente puede presentar o manifestar alivio del dolor. Por otra parte, los autores plantean el concepto de autolimitación normal de la enfermedad, que ocurre cuando la enfermedad puede curarse por sí sola, o con ayuda de medicamentos.

Los seres humanos tienen sensaciones que se nutren de un sistema cognoscitivo con el fin de determinar si una sensación en particular es el reflejo de una enfermedad o si no es merecedora de atención. Para ejemplificar este planteamiento, haciendo referencia a un esquema cognoscitivo de una sensación no merecedora de atención, los autores citan el caso de una persona que después de ejercitarse mucho, presenta dolor abdominal. Gracias a estas sensaciones y a los mapas cognitivos, la persona sabe que es un dolor reflejo del ejercicio, mas no subyace una enfermedad. En contraposición a este ejemplo, Vrancean et al. (2009), nombran otra situación, la de una persona que se quema la mano con una estufa, y muestran como esta percepción, a diferencia de la anterior trae consigo un esquema cognoscitivo que alerta a la persona como una enfermedad o dolor merecedora de atención. La concepción de dolor varía según las experiencias de cada persona, como lo plantean los autores, quienes nombran el ejemplo una persona con artritis, la cual concibe el dolor "como algo que viene con la vejez", mientras que para otras personas, el dolor puede ser un recordatorio de que está cerca de la muerte, o es el signo que algo anda mal en el cuerpo.

De acuerdo con los autores, uno de los errores que se puede cometer a nivel cognoscitivo es creer de forma negativa y distorsionada la propia situación, o la situación de alguna otra persona. Además se presenta comúnmente el error de malinterpretar o sobre interpretar la nociocepción.

Los mismos autores consideran como otro error cognoscitivo el pensamiento del todo o nada, es decir cuando las personas que sufren de algún dolor piensan que no van a poder disfrutar su vida hasta que no se les pase ese dolor, o las personas que tienen carencia de alguna parte del cuerpo piensan que no pueden seguir viviendo si no tienen sus partes del cuerpo completas. Según Vrancean et al. (2009), otro de los errores cognoscitivos son las predicciones negativas, que hacen referencia a aquellas personas que aunque se le pongan varias opciones de actividades para progresar en cuanto a habilidades, se niegan a la posibilidad de potencializar sus otras partes del cuerpo y crear nuevas habilidades, las negaciones se pueden expresar en oraciones como por ejemplo: "sé, que las técnicas de copiado no funcionarán para mí" (Vrancean et al., 2009, p. 3).

Como último error, Vrancean et al. (2009), nombran la abstracción selectiva, la cual hace referencia a las extracciones que hace una persona sobre las posibilidades que le ofrecen para su recuperación. Un ejemplo de esto es un relato de un paciente que dice: "terapia y ejercicio me harán sentir peor de lo que ya estoy".

En concordancia con lo anterior, los autores plantean que el hecho de que una persona sepa que tiene por lo menos una habilidad para potencializar, y la auto eficacia, hace, según Vrancean et al. (2009), que las posibilidades de recuperación sean altas y exitosas. Lo que hace la auto eficacia, es reducir la ansiedad, y a nivel psicológico es afín con el uso de distractores como por ejemplo, terapias para estrategias de escritura, que determinan que aunque el dolor esté presente, se puede continuar realizando la actividad entre otras.

Por otro lado, en cuanto a los factores afectivos, los mismos autores toman la depresión como un indicador en el estado de salud de la persona y consideran que también es un indicador de riesgo de dolores fuertes y de inhabilidad; dicha ansiedad es producida también por la rabia y la frustración que es vivida en el día a día de una persona.

Por último, los autores proponen que para una recuperación efectiva se deben tener en cuenta aspectos tanto físicos como psicológicos, desde terapias, hasta los medicamentos, o las cirugías necesarias para la recuperación de las personas. Katz (1993) hace una revisión relacionada con los procesos cognitivos y afectivos que contribuyen a la experiencia del miembro fantasma. Éste fenómeno, afirma Katz (1993), es una experiencia constante de cambio perceptual, que involucra al sistema nervioso simpático, a altos centros cerebrales implicados con procesos cognitivos y afectivos, y a las sensaciones del miembro fantasma. Sin embargo, las

evidencias permiten concluir que el miembro fantasma doloroso, no debe ser considerado un síntoma de desorden psicopatológico, como se ha creído durante mucho tiempo.

Como explicación psicológica del dolor se ha hablado de "recuerdos" del dolor (Katz, 1993). Así, explica que dicho dolor es una réplica del estrés provocado por lesiones inmediatamente anteriores a la amputación. Por lo tanto, se ha concluido que la importancia psicológica o emocional que el paciente le ha dado al dolor pre-amputación, determina la magnitud de la re-experiencia en el miembro fantasma. Sin embargo, este argumento es insostenible a la luz de dos líneas de reciente evidencia: a) amputados que reportan que su dolor de miembro fantasma fue el mismo antes y después de la amputación no se pueden diferenciar en escalas de depresión y ansiedad, de aquellos que reportan un miembro fantasma no doloroso y b) en experimentación con ratas a las que se les fue amputada una pata trasera bajo el efecto de la anestesia, se evidenció que éstas presentaron el fenómeno del miembro fantasma doloroso. Por lo tanto, se concluye que podría haber dos formas disociadas de memoria, una de las cuales es independiente de la experiencia *consciente* del dolor.

Ahora bien, Katz (1993) hace referencia a la co-ocurrencia del fenómeno del miembro fantasma doloroso con desórdenes psicológicos. Se habla entonces de altas asociaciones con desórdenes como la depresión y la ansiedad. A partir de esto, se han arrojado tres conclusiones fundamentales que dicen mucho acerca de las mencionadas asociaciones: a) el dolor es un síntoma de un desorden psicológico; b) el desorden psicológico es una consecuencia del dolor y c) estos no se encuentran relacionados, por lo que no podría hablarse de una predisposición a presentar dichos desórdenes.

Por otro lado, Katz (1993), informa acerca de los denominados "desórdenes característicos" del fenómeno tales como la resiliencia compulsiva y la rigidez de los pacientes. Al respecto, advierte que dichas catalogaciones deben hacerse de manera cuidadosa, pues más que un desorden característico como suelen llamarles, se tratan de conductas que un terapeuta no esperaría de su consultor, resultando así en sobre generalizaciones negativas.

Finalmente, Katz (1993) enseña un modelo en el que se muestra que los procesos cognitivos y afectivos asociados con altos centros límbicos y corticales pueden alterar las sensaciones del miembro fantasma. Así las cosas, el hecho de que los eventos afectivos y cognitivos estén asociados con el dolor y las psicopatologías, no indican de ninguna manera una relación lineal-causal.



Lo anterior trae consigo una serie de implicaciones en el tratamiento, dentro de las cuales se encuentra la importancia de preparar y educar al paciente *antes* de su amputación, de tal forma que no sea tomado por él como un castigo, sino que entienda la necesidad de que el proceso sea practicado. Además, se ha encontrado que la distracción o dirigir la atención hacia la diversión, disminuye los índices de dolor, además de mitigar la actividad del sistema nervioso simpático periférico. Por lo tanto, se concluye que las terapias dirigidas a reducir la ansiedad como el entrenamiento en relajación u otras estrategias cognitivas, pueden disminuir los efectos del miembro fantasma doloroso.

### *0.1.3. Miembro fantasma y esquema corporal*

Es importante resaltar que el síndrome del miembro fantasma, está en relación con el esquema corporal. Este último se define, según Garófano & Arteaga (1997), como "la intuición global o conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, ya sea en reposo o movimiento en función de la interacción de sus partes y de la relación con el espacio y objetos que nos rodean" (p. 24). Se trata de un concepto que se refiere a una organización perceptual o "interpretativa" elaborada sobre el sustrato fisiológico que constituye nuestro cuerpo. De hecho, Herrera & Guayadol (2007) plantean también que de acuerdo a investigaciones recientes se ha demostrado que la representación del propio cuerpo es una función psicológica genuina con su sustrato neurobiológico correspondiente.

Según Lopera (1995), el cuerpo está representado en el sistema nervioso central, es decir que cada una de las porciones del cuerpo tiene una o varias representaciones a nivel cerebral-cortical (tiene que ver con esto el tema de los homúnculos motor y sensitivo; ver Kolb & Wishaw, 2006). Estas representaciones, proceden del mismo cuerpo, por medio de las vías somatosensoriales y propioceptivas. Este esquema corporal se viene desarrollando desde el momento de la concepción, se da a partir de la integración de cada una de los receptores corporales como por ejemplo: receptores cutáneos, receptores de movimientos articulatorios y musculares, receptores de movimiento y desplazamiento y receptores visuales, auditivos, olfatorios y gustativos, teniendo en cuenta que los últimos tienen menos importancia en dicho desarrollo.

Otro aspecto de interés, según Lopera (1995), es la relevancia que tiene la representación de los patrones de movimiento y sensibilidad para la construcción del esquema corporal, ya que estos siguen algunos principios como: la representación contra-lateral, lo que

quiere decir que cada uno de los hemisferios cerebrales se encargan de controlar y regular el lado opuesto del cuerpo; la representación jerárquica, encargada de darle cierta prioridad a cada sección corporal, por lo tanto la representación del rostro o de la mano, tiene más cabida cerebral que la representación de las vísceras, es por esta razón que después de la extracción de una víscera (intestino, estómago, entre otras) no tiende a manifestarse sensaciones fantasmas, ya que estas tiene débiles representaciones en el sistema nervioso central y por último la representación somatotópica asimétrica que tiene en cuenta a la funcionalidad de cada una de las secciones del propio cuerpo.

Según Lopera (1995), existen trastornos del esquema corporal presentes tanto en el hemisferio derecho como izquierdo, pero cabe resaltar que los trastornos del hemisferio derecho tienden a representarse unilateralmente, mientras que las lesiones del hemisferio izquierdo tienden a generar trastornos bilaterales como por ejemplo desorientación del lado derecho-izquierdo del cuerpo o agnosia digital. Sin embargo cuando existen lesiones somáticas, con pérdida de algún miembro del cuerpo sin ningún compromiso cerebral (amputación), se generan a su vez trastornos del esquema corporal, como puede ser el trastorno del miembro fantasma.

Como dato importante, se evidencian diversos casos de miembro fantasma como por ejemplo: "una sensación de temblor puede persistir en el miembro fantasma de un parkinsoniano amputado. Otro paciente, reportaba que sentía el anillo de compromiso en su dedo anular de su mano fantasma" (Lopera, 1995, p. 101).

Es claro que después de la amputación, la corteza cerebral responsable de la sensación y movimientos de la extremidad perdida sufre una reorganización, tal como lo postula Ramachandran (1998). Dicha reorganización da como resultado en ocasiones extrañas sensaciones referidas, como por ejemplo que las experiencias táctiles sobre el rostro también evoquen percepciones táctiles en el miembro perdido debido a su cercanía en la corteza cerebral somatosensorial. Pero también induce a pensar que la construcción perceptual del cuerpo se modifica en función de la experiencia traumática de la amputación, y que esto demanda la necesidad de estudiar cómo se reorganiza y se reconstruye dicha imagen a nivel perceptual del cuerpo.

De acuerdo a lo explicado anteriormente sobre la construcción o desarrollo del esquema corporal, se debe tener en cuenta que el fenómeno de miembro fantasma, es muy raro o muy transitorio si dicha amputación ocurre antes de los cinco años de edad, pues esto se debe a que

el esquema corporal no ha sido desarrollado en su totalidad y por la plasticidad cerebral a esa edad.

El esquema corporal representa el conocimiento de las características espaciales del cuerpo, construido gracias a la información sensorial actual y previa. Esta función es un prerrequisito indispensable para interactuar con el mundo exterior (Herrera & Guadayol, 2004, p.294).

Algunos autores distinguen tres niveles, en los cuales se representa y se procesa la información del propio cuerpo basados en ideas propuestas por autores clásicos al principio del siglo XX. Estos tres niveles se presentan a continuación: a) descripción estructural del cuerpo: es un mapa topográfico del cuerpo basado en la información visual, y que permite la construcción en el cerebro de un esquema sobre los límites del cuerpo y de las relaciones de proximidad y entre las partes del cuerpo en general; b) conciencia del propio cuerpo: es la representación que se actualiza constantemente de la configuración del cuerpo derivado de diferentes entradas sensoriales y motoras. Permite construir un mapa dinámico de las posiciones actuales de unas partes del cuerpo respecto a otras. Autores como Kolb & Wishaw (2006) & Vandembulcke (2005, citado por Herrera & Guadayol 2007), consideran que este sistema es concretamente el correspondiente al "esquema corporal". c) conocimiento general sobre el cuerpo humano o imagen corporal: representa el conocimiento léxico y semántico sobre el cuerpo, los nombres y las funciones de sus partes y las asociaciones entre las partes de cuerpo y los diferentes objetos. Cidoncha & Díaz (2009), agrega que el esquema corporal hace referencia a la conciencia que se tiene del cuerpo y de la relación y el estado de las partes que lo conforman. Dicho concepto se va formando a lo largo de la vida, pero puede ir variando a medida que se van adquiriendo las capacidades del movimiento. Además afirma que puede variar como consecuencia de una enfermedad.

El esquema corporal también se relaciona con el autoconcepto, que es una idea general del concepto de sí mismo (Sarramona López, 1997). Moreno & Del Barrio (2000) refinaron la definición diciendo que el autoconcepto es la percepción de las valoraciones que hace un individuo sobre el mismo en aspectos cognitivos, físicos, y de relaciones interpersonales. Desde finales del siglo XX, esta idea del autoconcepto se ha entendido de forma multidimensional, y se ha considerado que el autoconcepto está compuesto por percepciones parciales (física, social,

académica) del propio yo estructuradas de forma jerárquica (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008). Desafortunadamente no hay acuerdo en las subdimensiones constituyentes de cada factor, aunque hay un leve acuerdo en cuanto a las características del autoconcepto físico: competencia física, apariencia física y salud (Esnaola et al., 2008).

Si bien existen escalas e instrumentos diseñados para medir el autoconcepto (Esnaola, 2008), todos ellos están vinculados a modelos no comprobados y de cualquier forma no están validados para la población colombiana, de modo que su investigación debe por ahora recurrir a metodologías distintas, propuesta a la cual se adhiere este trabajo.

Teniendo en cuenta los anteriores factores expuestos, surge la pregunta que motiva el presente trabajo: ¿Cómo caracterizan el proceso de cambio de su esquema corporal y su auto concepto, seis personas con sensación de miembro fantasma después de la amputación de una de sus extremidades inferiores?, ya que en un país como Colombia, donde hay un alto índice de amputaciones por factores como la guerra, las minas antipersonales, los accidentes de tránsito, entre otros, y por ende un alto índice de personas con síndrome de miembro fantasma, se hace relevante ahondar en un factor psicológico que se ve implicado en la evolución de dichos pacientes, como los cambios en el esquema corporal.

## 0.2. Objetivos

### 0.2.1. Objetivo general

Describir el proceso de cambio del esquema corporal y el autoconcepto en seis personas con miembro fantasma después de la amputación de una extremidad inferior.

### 0.2.2. Objetivos específicos

- a) Indagar sobre el autoconcepto como componente del esquema corporal de las personas con síndrome de miembro fantasma.
- b) Contrastar las percepciones sobre el esquema corporal antes y después de la presentación del miembro fantasma.
- c) Identificar posibles cambios en la cotidianidad antes de la amputación y después de esta.
- d) Determinar si existen cambios significativos en el esquema corporal de personas amputadas durante el síndrome de miembro fantasma.

## 0.3. Categorías

1. Miembro fantasma, definido como la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste (Ramachandran, 1999).
2. Esquema corporal, definido por Herrera & Guadayol (2007), representa el conocimiento de las características espaciales del cuerpo, construido gracias a la información sensorial actual y previa. Esta función es un prerequisite indispensable para interactuar con el mundo exterior. Adicionalmente, el esquema corporal, es la conciencia que se tiene del cuerpo, de la situación y relación entre los diferentes segmentos que lo componen y de cómo el sujeto lo va percibiendo a lo largo de la vida. Se trata de un concepto de carácter dinámico, este se va formando y evolucionando de modo lento y global con los años que abarca a todas las capacidades del movimiento, al mismo tiempo que puede variando como consecuencia de alguna enfermedad. Podemos, afirmar que el esquema corporal

equivale a la representación mental de nuestro cuerpo, con lo que éste se convierte en objeto de conocimiento de sí.

3. Auto-concepto, definido como la percepción de las valoraciones que hace un individuo sobre el mismo en aspectos cognitivos, físicos, y de relaciones interpersonales y las que hacen los demás sobre él. (Moreno & Del Barrio, 2000).

## **1.0. Método**

### *1.1. Enfoque y método*

Desde el punto de vista de diseño metodológico, el presente trabajo constituye una investigación de naturaleza cualitativa, transversal y no-experimental (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). El presente trabajo se ubica en el enfoque histórico-hermenéutico, ya que la hermenéutica, según López (2001), se encarga de comprender las transformaciones sociales y su impacto en el comportamiento humano. Este enfoque busca interpretar al sujeto en su particularidad, con el fin de revelar significados y fijar el verdadero sentido detrás de estos y su concepción entorno a un hecho u objeto particular, que en esta investigación será explorar los cambios en el esquema corporal y en las actividades básicas cotidianas, en adultos amputados que presenten síndrome de miembro fantasma, para luego poder comprenderlos desde su realidad.

El método que se uso es el fenomenológico ya que se tuvieron en cuenta las experiencias de vida y el sentido que se ha construido alrededor de éstas en torno a un hecho en particular, que en esta investigación será la amputación de alguna de las extremidades inferiores del cuerpo. Según Lozano (2006), la fenomenología estudia las esencias de las cosas y de las emociones. El ideal de esta, es poner de manifiesto que por medio de las experiencias se llegará a encontrar diversos significados en la estructura de la cotidianidad.

### *1.2. Participantes*

Los participantes de la presente investigación fueron escogidos por medio de la Fundación Matamoros, seis hombres entre 18 y 40 años, pertenecientes a un estrato socio económico medio - bajo, que tuvieran amputación de miembros inferiores con presencia de

miembro fantasma. Los criterios por los cuales fueron escogidos estos participantes, son la edad y la condición de haber tenido alguna amputación en una de las extremidades inferiores y que experimentan o han experimentado el síndrome del miembro fantasma.

### *1.3. Instrumento*

La aproximación fenomenológica se realizó a través de una entrevista semiestructurada. La entrevista se define como una conversación con propósito, caracterizada por una relación directa entre dos personas, cada una con su rol (entrevistado-entrevistador) a través de la cual se logran unos objetivos mediante una vía de comunicación simbólica (Fernández-Ballesteros, 1981). Su carácter semiestructurado lo da el hecho de tener un guión orientador pero al tiempo la flexibilidad para explorar nuevos interrogantes que direccionarán la trayectoria de la entrevista por vías alternas. Se mantendrá así abierta la posibilidad de realizar nuevas preguntas basadas en la narración del entrevistado (ver apéndice 1). Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas para ser analizadas posteriormente desde una aproximación hermenéutica mediante una matriz de análisis de categorías, que permitió obtener los datos de interés.

### *1.4. Procedimiento*

De acuerdo con las categorías definidas, se diseñó una entrevista semiestructurada que se aplicó a cada uno de los participantes. Se tuvo en cuenta para esta elaboración que las preguntas fueran abiertas y no de tipo dicotómico, permitiendo al participante narrar su experiencia y así interpretar comprensivamente cómo caracterizan los participantes el proceso de cambio de su esquema corporal y su autoconcepto desde la amputación. Para esto se entregó un consentimiento informado con el fin de que los participantes tuvieran conocimiento del propósito de dicha investigación y decidieran libremente participar en ésta, al igual que garantizar la intimidad y privacidad de los participantes.

Posteriormente y a partir de los datos brutos, se transcribió la información para categorizarla y se realizó un análisis descriptivo, seguido del análisis de relaciones. En éste último se hizo un análisis de las categorías y luego entre las sub-categorías emergentes con el fin de obtener una comprensión óptima de la reconstrucción corporal que se presenta a partir de la amputación de alguno de los miembros inferiores. Finalmente se llevó a cabo la discusión, con el propósito de realizar una triangulación entre la información recogida, la teoría y las apreciaciones hechas por los investigadores.

Para efectos de esta investigación, es necesario tener como base las condiciones éticas bajo las cuales se realizó. Por esto, se debe hacer mención a la ley 1090 de 6 de septiembre de 2006, elaborada por el Congreso de Colombia en torno a las limitaciones y condiciones del ejercicio de la Psicología. Dentro del capítulo VII se aborda la investigación científica, las publicaciones y la propiedad intelectual. A continuación se hará alusión a los artículos propios para el presente trabajo:

*Artículo 49.* Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

*Artículo 50.* Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

*Artículo 55.* Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

*Artículo 56.* Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.



## 2.0. Análisis de resultados

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se llevó a cabo un análisis por categorías y sub-categorías emergentes, donde se rescataron los aspectos más importantes y que más reportaban los participantes, el cual se presenta a continuación:

Categorías emergentes:

*Categoría miembro fantasma:*

- a) Sensaciones corporales
- b) Dolor

*Categoría de esquema corporal:*

- a) Sustitución del miembro perdido
- b) Dificultades al desplazarse
- c) Inestabilidad y tropiezo
- d) Aceptación de la pérdida del miembro
- e) Cambios en la apariencia personal

*Categoría de auto-concepto*

- a) Soldado discapacitado
- b) Cambio en el proyecto de vida
- c) Disfuncionalidad
- d) Aislamiento de sus pares
- e) Cambios en el estado de ánimo
- f) Cambios en las actividades cotidianas
- g) Fortalecimiento de las relaciones sociales con personas en igualdad de condiciones

En relación con la categoría miembro fantasma, la picazón en el muñón fue la *sensación corporal* que todos los participantes reportaron, por ejemplo, uno de ellos afirma: "*Después de que me amputaron la pierna comencé a sentir corrientazos, picazón, rasquiña, en el vacío, pues donde ya no había pierna, muchas veces yo mandaba la mano para rascarme y no había nada*

*era el vacío*". Además, otras sensaciones como los "corrientazos", picazón en los dedos, los calambres y la sensación de movimiento fueron manifestadas por los participantes como sensaciones constantes que aparecieron después de la amputación. Por otra parte, respecto al *dolor* como otra de las categorías emergentes, se encontró que solo dos de los participantes lo mencionaron, ya que describían que primaban sensaciones como las anteriormente mencionadas, manifestando uno de los participantes: "A veces me dolía el muñón, pero nunca me dolió en el vacío, mejor dicho lo que más me molestaba eran el sentir esa picazón en la pierna y luego tratar de rascare y no encontrar nada, era muy extraño".

Frente al esquema corporal, en la categoría emergente *sustitución del miembro perdido*, se encontró que la mayoría de los participantes, manifestaban que las terapias eran la forma para recobrase de la pérdida del miembro amputado, ya que ésta genera una recuperación en cuanto a sus funciones básicas cotidianas, además, tres participantes manifestaban que la sustitución del miembro perdido se basaba en el fortalecimiento y el apoyo en la otra pierna: "Lo he suplido con las terapias y aunque la pierna izquierda también esta jodida, porque ella sufrió fracturas en el momento que cogí la mina, ella me ha ayudado a hacer lo que antes hacía".

Tres participantes mencionaron también el uso de muletas y de prótesis como la forma en la que podían *sustituir el miembro perdido*, como en el caso de uno de los participantes que dice: "la prótesis es esencial para mí, es el remplazo de mi pierna", "saltando, brincando, no se normal... si con muletas y bastón".

Respecto a las *dificultades para desplazarse*, solo dos participantes mencionaron dicho aspecto donde se referían al acceso a los medios de transporte y también a su uso, no solo por su discapacidad, sino también por la poca colaboración de las demás personas en los transportes de uso masivo. "en muchas ocasiones uno en los colectivos, medio de transporte, la gente en vez de ceder el puesto a las personas que estamos así, ya no les importa, en nada, absolutamente".

Además de esto, cuatro participantes manifiestan la *inestabilidad y tropiezos* constantes, sin embargo reportan que estos disminuyen con el tiempo. "en el momento que haiga (sic) un vacío o algo así trata como de caerse uno ¿sí? Pero ya va perdiendo uno como la estabilidad uno del cuerpo", lo que puede relacionarse con la última categoría emergente: *aceptar la pérdida del*

*miembro*, ya que tres de los participantes manifestaron que en la cotidianidad, asumen que ya no tiene el miembro y se empiezan a adaptar a esta condición y sus consecuencias. En el caso de uno de los participantes, manifiesta cierto sentimiento de resignación al respecto, ya que afirma: "a medida que va pasando el tiempo uno se resigna y tiene que tomarlo de tal manera en que uno ya, la persona diga, pues ya que más se puede hacer, lo hecho, hecho esta, ya no hay vuelta atrás, ya toca es seguir adelante".

Respecto a la *apariencia personal*, tres de los participantes manifiestan haber sufrido un cambio, siempre este en sentido negativo, otro participante manifiesta incluso *sentirse mal al verse en el espejo* al igual que *ver su cuerpo con otra cara*, haciendo referencia a la negación inicial que tuvo como reacción ante su pérdida.

En relación a la categoría autoconcepto, se encontraron más diferencias entre las respuestas de los participantes. Mientras que cuatro participantes manifestaron considerarse ahora como *soldados discapacitados* y como *disfuncionales*, otro de los participantes *no considera la discapacidad como un impedimento*.

En el primer caso, es decir, el referente al autoconcepto de discapacidad o disfuncionalidad, este está relacionado con la incapacidad de realizar actividades que antes sí podían hacer y ahora no, tales como bailar, caminar, correr, hacer ejercicio, entre otras. A esto se suma el hecho de su actividad como militares, ya que típicamente la vida militar implica las actividades físicas, la fuerza, la estabilidad, y otras características que se ven ahora notoriamente disminuidas por la amputación del miembro. De igual forma, uno de los participantes considera que *no ha habido un cambio significativo* en su vida a pesar de la pérdida del miembro, mientras que otro reporta haber tenido un *cambio en su proyecto de vida* en general. Lo anterior permite ver la influencia de las características particulares de cada sujeto en la forma en la que la amputación, y el síndrome del miembro fantasma afecten su vida.

Respecto a las relaciones sociales, todos los participantes dicen *haber fortalecido las relaciones con personas que también se encuentran discapacitadas* debido a la identificación con dichas personas, y tal vez también por la comprensión que dichas personas les pueden brindar por el hecho de compartir su problemática, y por la realización de actividades semejantes. Por otra parte, dos participantes manifiestan el *aislamiento de sus amistades*. Cuatro de los entrevistados declaran mantener *buenas relaciones con su familia*, incluso haberlas fortalecido

debido a su discapacidad, ya que aluden a que esto ha generado mayor atención por parte de sus familiares, aunque uno de ellos dice haber sufrido el *abandono de la pareja*, quien con tristeza relata: "en ese momento llevaba 14 años de casado y mi esposa me dejó".

En cuanto al estado de ánimo, varios de los participantes manifestaron un cambio importante que tres de ellos denominaron como *agresividad e irritabilidad*; En relación a la irritabilidad, uno de los participantes afirma; "*han habido problemas por ellos si iuy! claro, porque aunque uno no lo acepta se ha vuelto como mas ¿sí? Rabiante como mas, de rabia iehh!*", o como en el caso de otro de los participantes que manifiesta; "*uno trata de estar bien, pero busca uno desahogarse en las personas, me he vuelto como más agresivo, ya no le encuentro importancia a las cosas*".

Sin embargo, también manifestaron sentimientos de tristeza, especialmente en los primeros meses contiguos a la amputación; "*sí, claro hay un... hay momentos que se deprime claro obvio, de pronto pues... la verdad la verdad uno siente a otra persona o ve a otra persona que de pronto corre o algo así, dice bueno ehh dice iuich! que rico tener otra vez el pie*"

Finalmente, dos de ellos resaltaron el *cambio en las actividades cotidianas*, tales como caminar, bailar, correr, y sus actividades profesionales, todas ellas relacionadas con un esfuerzo físico importante.

### **3.0. Discusión**

A lo largo del presente trabajo realizado con fines investigativos, se ha hecho alusión a los aspectos fisiológicos y psicológicos del Síndrome del Miembro Fantasma, donde se han tenido en cuenta como categorías principales de análisis miembro fantasma, esquema corporal y auto concepto, desde el punto de vista teórico. A continuación se realizará el análisis final que contrasta los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento usado con los participantes, con la revisión teórica mencionada anteriormente, con el fin de revisar que tanto se ajusta la teoría a la población específica seleccionada, y a partir de esto tener herramientas que permitan una mejor comprensión, y tal vez en un estudio posterior, sea útil para el diseño de un protocolo de intervención para pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma, ajustado a las condiciones y necesidades de dichos pacientes.

Para empezar, es importante anotar que en la revisión teórica realizada en el trabajo, se encontró que el dolor no es uno de los síntomas que más se encontraron en los participantes, lo cual es planteado por Mitchell (1986), a diferencia de otros autores como Katz (1993) y Bloom (1976), quienes afirman que el dolor predomina en las personas que sufren el Síndrome del miembro fantasma. Por el contrario, lo que se encontró fue una constante sensación de molestia, que varía entre picazón, corrientazos y sensaciones de movimiento. Teniendo en cuenta lo planteado por Katz, en relación a la clasificación de las sensaciones del Síndrome del Miembro Fantasma como dolorosas y no dolorosas, llama la atención que este sea no doloroso en la mayoría de los participantes que solo reportan dolor inicial, es decir, en el momento del accidente causante de la amputación, y reciente a la operación.

Se podría pensar en este caso específico, a manera de hipótesis y teniendo en cuenta que los participantes son militares, y las condiciones difíciles a las que estos están expuestos tanto en su entrenamiento de la vida militar, como en el ejercicio de la misma, que estos pueden ser más resistentes al dolor, o haber adquirido mayor tolerancia ante éste debido a sus actividades de alta exigencia física, y de condiciones fuertes como se dijo anteriormente. En efecto, Goldstein (2005) reporta que hay no solo diferencias individuales en los umbrales de dolor, sino que la historia de aprendizaje y las formas de expresión cultural también influyen en la comunicación e interpretación del dolor. Lo anterior, se hace relevante en el presente trabajo, debido a que en los participantes del mismo, el síndrome del miembro fantasma no es significado por estos como una experiencia dolorosa, sino que son otros factores tales como los

cambios en la vida cotidiana u otro tipo de sensaciones ya mencionadas, lo que se hace significativo el tener este síndrome, es decir, que no se construye un sentido del síndrome alrededor del dolor sino de otros aspectos.

Luego de que se presenta la perdida repentina de alguno de los miembros del cuerpo, se genera el síndrome de miembro fantasma del cual se ha hablado alrededor del presente trabajo y una de las teorías explicativas del síndrome es la teoría central (sistema nervioso central), que plantea también la posibilidad de que sea mayor el tiempo que se tarda en desaparecer el síndrome de miembro fantasma en adultos con respecto a los niños, ya que los segundos tienen una mayor plasticidad cerebral y hasta ahora están organizando el mapa corporal, mientras que en los adultos se supone que ya está totalmente organizado. De acuerdo con Cidoncha & Díaz (2009), el esquema corporal se va construyendo de manera lenta y global a lo largo de la vida, lo cual podría facilitar también la reconstrucción del esquema corporal en niños, ya que en esta etapa, dicho esquema no está completo.

A pesar que en la presente investigación no se cuenta con niños como participantes, sí se logra observar como en los participantes, todos ellos adultos, no han desaparecido los síntomas del síndrome de miembro fantasma en su totalidad y esto ha hecho que los participantes deban adaptarse a vivir con las secuelas, cambiando su funcionamiento cotidiano. Sin embargo, se debe aclarar que en algunos casos han disminuido los síntomas, esto no quiere decir que no estén en un proceso de adaptación.

De acuerdo a las características del miembro fantasma expuestas por Bloom (1976) y los reportes de los participantes de esta investigación, se encontró la primera de esas características (sensaciones fantasmas intermitentes en el transcurso de los años), en los relatos expuestos por cada uno de los 6 participantes, pues ellos reportan que a pesar de haber sufrido la amputación ya hace varios meses o años, actualmente siguen teniendo una serie de sensaciones como son picazones, corrientazos, entre otras. En cuanto a la segunda característica la cual es cambios en la temperatura del muñón con relación a los otros miembros de su cuerpo, no se logra obtener ningún reporte sobre ésta y por ultimo de acuerdo a la tercera característica definida como movimientos voluntarios e involuntarios percibidas en el miembro que ya no existe, se encontró que sí está relacionada con los reportes dados por los participantes, pues ellos en la mayoría de relatos describen como una de las sensaciones del miembro fantasma es la movilidad de esa parte del cuerpo a sabiendas de que fue amputado

Por otra parte, es importante resaltar la afinidad que existe entre la pérdida de un miembro del cuerpo y la descodificación del esquema corporal en el sistema nervioso central como lo exponen López y Pellicer (2001), generando dificultades en la percepción del propio cuerpo hasta llegar en ocasiones a desconocerlo. Desde que se nace, el sistema nervioso central, específicamente el homúnculo, está encargado de crear un mapa organizado y jerarquizado de la posición, la sensación y la percepción de cada uno de los miembros del cuerpo, es por esta razón que al haber una amputación repentina de alguno de esos miembros, el mapa corporal sufre una fragmentación y descodificación, generando dificultades para la adaptación con el ambiente y la percepción de uno mismo. De acuerdo a lo anterior se puede observar que uno de los participantes deja claramente ejemplificado esta falta de identidad y percepción de su propio cuerpo, al relatar que en ocasiones llegó a mirarse en el espejo y ver la cara de otro sujeto, mostrando así que esta descodificación corporal generó falsas percepciones de él mismo, como se ve en el siguiente relato, *"En el primer momento yo veía mi cuerpo pero con otra cara, esa vaina es como para uno volverse loco, yo me cogía la cara y me pegaba cachetadas para saber (yo estaba solo en el apartamento), para saber que era yo"*.

Según Vrancean et al. (2009), después de la pérdida de alguno de los miembros del cuerpo, debido a minas antipersona se genera una serie de cambios en el esquema de pensamiento y en las relaciones sociales de estos sujetos, por lo tanto se logró evidenciar que en la mayoría de los participantes sus relaciones sociales y afectivas están ligadas fundamentalmente a su familia nuclear y con las personas que se encuentran en igualdad de condiciones, dejando de lado sus amistades anteriores y en ocasiones variaron las actividades que solían realizar en el pasado, no tanto por la discapacidad sino por miedo al rechazo por parte de sus pares.

A esto se suma que los participantes de la investigación pertenecen a la vida militar, y como se dijo anteriormente, esta está relacionada con actividades que requieren de esfuerzo físico, por lo que algunas de las características de un militar deben ser las de una persona fuerte psicológica y físicamente, que pueda estar bajo un régimen estricto de disciplina, bajo situaciones difíciles de alto riesgo como los combates, entre otras. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que esto se suma a las consecuencias psicológicas y físicas (condición atlética y saludable) que les puede dejar la pérdida de uno de los miembros, ya que se ve también afectado su funcionalidad no solo en actividades cotidianas, sino también su vida laboral, ya que no pueden continuar con la misma, lo que puede afectar también el proyecto de

vida, la propia percepción que los participantes tiene de sí mismos. Sin embargo, dentro de los testimonios recolectados por medio de las entrevistas, se observó que la prótesis juega un papel fundamental para la reconstrucción del esquema corporal y para dejar de percibir las sensaciones propias del miembro fantasma, ya que esta les brinda hasta cierta medida algo de la funcionalidad que perdieron luego del accidente. Además, la prótesis, en cuanto al sentido estético, les brinda una apariencia "normal" que de acuerdo a los participantes les permite tener no ser vistos como personas discapacitados, lo cual facilita también sus relaciones personales y su autoestima. en palabras de los participantes, su proyecto de vida se ve afectado porque: "pues ahora... ya que, ya no puedo hacer nada, eso era lo mío, lo que a mí me gustaba"

Finalmente hay que tener en cuenta que la amputación de cualquier miembro es una situación definitiva, y que no hay algún dato universal que pueda dar cuenta de la finalización de las sensaciones que experimentan las personas amputadas que sufren del Síndrome del miembro fantasma, por lo que encontrar una solución definitiva no se ve aún muy cercana. Sin embargo, desde la psicología si se pueden plantear alternativas en cuanto a la disminución de las consecuencia psicológicas que puede generar la amputación y el síndrome anteriormente mencionado. Por ejemplo, de acuerdo con Katz (1993), las terapias psicológicas de enfoque conductual, tales como entrenar y psicoeducar al paciente antes de la amputación, de tal forma que no sea tomado por él como un castigo, sino que entienda la necesidad de que el proceso sea practicado. Además, se ha encontrado que la distracción o dirigir la atención hacia la diversión, disminuye los índices de dolor y se concluye que las terapias dirigidas a reducir la ansiedad, como el entrenamiento en relajación, pueden resultar efectivas en la reducción de la ansiedad e incluso del dolor que pueden experimentas los pacientes en su miembro fantasma. A esto, se suma, la educación que se haga previa a la amputación, la cual, aunque si bien en muchos casos no es posible por la urgencia que demanda la amputación, en otros casos si se posibilita y facilita el pos a dicha amputación, en cuanto a la manera de asumir dicha situación. Todo esto, se engloba entonces alrededor de la propuesta del presente trabajo de realizar una intervención integral en cuanto a los casos de Miembro fantasma, pues aunque las investigaciones respecto al tema aún no sean suficientes, si se puede hablar de un tratamiento que se centre en las necesidades del paciente de manera integral, es decir en un trabajo desde diferentes ciencias y disciplinas, que no se limite a la medicina quirúrgica que amputa el miembro, evita la infección en el miembro y trata de controlar el dolor, sino también desde el trabajo por ejemplo de un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un psicólogo. Desde la



psicología entonces, se podría trabajar por ejemplo alrededor de las tres categorías de la presente investigación; el síndrome del miembro fantasma como tal, es decir, lo relacionado a la amputación, la sensación de dolor, picazón, entre otras y las categorías de autoconcepto y autoesquema, es decir, sobre la reconstrucción de estos en el paciente y de cómo afecta esto sus relaciones interpersonales, su cotidianidad, su movilidad y su proyecto de vida, entre otras, para lo cual puede servir de apoyo la presente investigación, hecha con esta finalidad, es decir, servir como una base de comprensión para el diseño de un plan de intervención que vea de manera global al paciente que sufre del Síndrome del miembro fantasma.

Desde la psicología se puede ayudar en situaciones como expresadas en el siguiente fragmento, *"uno trata de estar bien, pero busca uno desahogarse en las personas, me he vuelto como más agresivo, ya no le encuentro importancia a las cosas"*, también es importante desde este campo hacer un acompañamiento en situaciones como la siguiente *"A raíz de que uno se queda solo, se le acaba la familia, se le acaba absolutamente todo, entonces se deprime uno más. Entonces ya para dormir no me tomaba una pepa porque no quería ser dependiente, pero si me tomaba un vaso de whisky. Ya cuando me di cuenta, mocho, solo y tomando trago, la sociedad me va a rechazar"*. Esto da cuenta que el proceso que debe seguir una persona que ha perdido un miembro se debería tratar de manera multidisciplinar, porque aparte de sucesos como los anteriormente nombrados, se dan recuperaciones físicas como *"terapias, las terapias acá en el hospital equino terapias que nos hicieron en la escuela de equitación, de caballos"*

#### 4.0. Referencias bibliográficas

- Bloom, L. & Snyder, C. (1976). The Phantom Limb phenomenon. *Rehabilitation Psychology*, 23 (3), 91-96.
- Buchanan, D.A. & Mandel, A.R. (1986). The Prevalence of Phantom Limb, Experience in Phantom Limb. *Rehabilitation Psychology*, 31 (3), 183-188.
- Cidoncha, V. & Díaz, E. (2009). Importancia del desarrollo del esquema corporal. *Revista Digital – Buenos Aires*, 13 (128). Recuperado el día 11 de marzo de 2010, de Importancia del desarrollo del esquema corporal.
- Colegio Colombiano de Psicología (2006). *Ley 1090 de 2006*. Recuperado el 2 de noviembre de 2008, de: <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24 (1), 1-8.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (1), 69-96.
- Fernández-Ballesteros, R. (1981). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (pp. 159-232). Madrid: Pirámide.
- Garófano, V.V. & Arteaga, M. (1997). *Las actividades coreográficas en la escuela*. Barcelona: INDE.
- Goldstein, E.B. (2005). *Sensación y percepción* (6ª. Ed). México: Thomson.
- Herrera, I. & Gudayol, E., (2007). Alteraciones de la representación corporal. En: J. Peña-Casanova (Ed.), *Neurología de la conducta y neuro-psicología*. (pp. 294-297). Barcelona: Médica Panamericana.
- Hernández, G. (2003). Minas antipersonales (M.A) en Colombia costo físico y emocional. *Umbral científico*, 2. Recuperado el 13 de septiembre de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30400203>.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed). México: McGraw Hill.
- Katz, J. (1993). Phantom Limb experience in Children and Adults: Cognitive and Affective Contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (3), 335-354.
- Kolb, B. & Wishaw, I. (2006). *Neuropsicología humana* (5ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.

- Kooijman, C.M., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H.B., Elzinga, A. & van der Schans, C.P. (2000). Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. *Pain*, 87 (1), 33-41.
- Lopera, F. (1995). Miembro fantasma y otros trastornos del esquema corporal. *Iatreia*, 8 (3), 98-103
- Lopez H. (2001). *Investigación cualitativa en psicología y educación ambiental*. Recuperado el 7 de septiembre del 2008 de la página web: [http://eauv.upv.edu.co/banco/fails/INVESTIGACIONPSICOLOGIAYEDUCACIONAMBIENTAL\\_0.pdf](http://eauv.upv.edu.co/banco/fails/INVESTIGACIONPSICOLOGIAYEDUCACIONAMBIENTAL_0.pdf)
- López, A. & Pellicer, F. (2001). Nuevas aproximaciones al problema del miembro fantasma. *Salud Mental*, 24 (3), 29-34.
- Lozano, V. (2006). *Hermenéutica y fenomenológica Husserl, Heidegger y Gadamer*. Barcelona: Edicep.
- Moreno, A. & del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente: A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aiqué.
- Ramachandran, V. (1998). Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capgras syndrome and pain asymbolia. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 353, 1851-1859.
- Ramachandran, V. (1999). *Fantasmas en el cerebro*. Madrid: Debate
- Sarramona López, J. (1997). El educando o sujeto de la educación. En A.J. Colom, J.L. Bernabeu, E. Domínguez & J. Sarramona (Eds.), *Teorías e instituciones contemporáneas de la educación* (pp. 201-214). Barcelona: Ariel.
- Schley, M. Wilms, P., Toepfner, S., Schaller, H., Schmelz, M., Konrad, C.J. & Birbaumer, N. (2008). Painful and Nonpainful Phantom and Stump Sensations in Acute Traumatic Amputees. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 65 (4), 858-864.
- Sherman, R.A., Sherman, C.J. & Bruno, G.M. (1987). Psychological factors influencing chronic phantom limb pain: An analysis of the literature. *Pain*, 28 (3), 285-295.
- Vrancean, A., Barsky, A., & Ring, D. (2009). Psychosocial Aspects of Disabling Musculoskeletal pain. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 91, 2014-2018.

## 5.0 Apéndices

### Apéndices

Apéndice A: Guión de las entrevistas semiestructurada realizada a los participantes.

Apéndice B: matriz de textualidad interna de las entrevistas

Apéndice A: Guión de las entrevistas semiestructurada realizada a los participantes.

<b>ITEMS</b>
¿De qué manera experimenta usted el miembro fantasma?
¿Qué sensaciones de su miembro amputado, si las tiene, experimenta actualmente?
¿Qué sensaciones de su miembro amputado, si lo ha hecho, ha experimentado desde la amputación?
¿Cuál fue su reacción en el momento de experimentar por primera vez la sensación de tener el miembro amputado?
¿De qué manera ha suplido las funciones que realizaba con su miembro amputado?
¿Ha experimentado problemas para orientarse o actuar espacialmente después de la amputación, como tropiezos o caídas?
¿Cómo ha resuelto estos problemas, si los ha tenido?
¿Siente que después de la amputación ha habido cambios en su estado de ánimo o en su "genio"? Si ha habido estos cambios, descríbalos
¿Qué cambios significativos hubo en su vida al darse cuenta que su miembro había sido amputado?
¿Cómo se ve a usted mismo después de la amputación?
¿Cuál era la percepción que tenía de usted mismo antes de la pérdida del miembro y ahora?

¿Siente que ha habido cambios en las relaciones con sus familiares desde la amputación?  
¿Cuáles?

Siente que ha habido cambios en las relaciones con sus amigos desde la amputación?  
¿Cuáles?

¿Cómo cree que lo ven los demás después de la amputación?

## Apéndice B: matriz de textualidad interna de las entrevistas

Categoría	Codificación	Textualidad
Miembro fantasma	C.1	<p>“Después de que me amputaron la pierna comencé a sentir corrientazos, picazón, rasquiña en el vacío, pues donde ya no había pierna, muchas veces yo mandaba la mano para rascarme y no había nada era el vacío. A veces me dolía el muñón, pero nunca me dolió en el vacío, mejor dicho lo que más me molestaba eran el sentir esa picazón en la pierna y luego tratar de rascare y no encontrar nada, era muy extraño” E1</p> <p>“Pues actualmente no tengo ninguna sensación de esas; la amputación fue hace un año y las picazón y lo otro que le conté duro más o menos 6 a 7 meses, pero ya me acostumbre, yo creo que acá (set oca la cabeza) ya se comprendió lo que me paso o pues eso decían los doctores algo así, que era de la cabeza, pero yo ya me acostumbre y no siento nada de picazones, calambres, corrientazos” E1</p> <p>“Calambres en el vacío, picazón, sobretodo en el dedo gordo del pie, corrientazos, sentir que la pierna esta hay pero que no la puedo tocar” E1</p> <p>“Además sentir toda esta picazón, calambres y ver que no hay nada hay, que no puedo rascarme es desesperante, pero los doctores me dijeron que era normal porque el muñón estaba buscando el resto de la pierna que se perdió”. E1</p> <p>“Pues la verdad es que de pronto es por parte de los nervios, los nervios como en si llegan hasta la parte de la amputación ¿cierto? Entonces que pasa ahí llega los nervios y siguen normal, entonces usted sigue sintiendo eh bien normal la parte de abajo” E2</p> <p>“Como la palma del pie o como si te hicieran con “agujas” E2</p>

	<p>“También se mueve, se siente una sensación rara” E2</p> <p>“Se siente como picadas, como si le hicieran con agujas, la palma por ejemplo a ti te hacen en los nervios como ahí en la amputación quedan de pronto los nervios amontonados ¿sí?, eso es lo que hacen los, los, los doctores, cuando llegan y juntan esos nervios, los dejan ahí entonces que pasa, cuando tú haces esto o de pronto con el roce de cualquier cosa sientes como si fuera la palma del pie” E2</p> <p>“no, o sea uno siente lo normal ¿cierto? Como si lo tuvieras, pero entonces hay momentos que sientes como si tuvieras los dedos, entonces al momento de querer abrir esos dedos sientes como si tu, como si te estuvieran la mano, por ejemplo así vea, como si tuviera algo que no lo dejara abrí, como una media encima, como así, (empuña la mano fuertemente y pone otra encima), eso mismo vas a sentir, es así” E2</p> <p>“no, no sientes dolor, entonces vas a sentir ese, esa sensación que como que quiere abrir y usted no puede y como hormigueo” E2</p> <p>“sí, yo soy amputado pues del pie ¿cierto? y pues lo que me pasa a mi es que lo siento partido, pues el pie” E2</p> <p>“no, al principio pasa eso, al como que uno intenta poner el pies porque se olvida y pues el cuerpo es algo que ¿sí? Muchas veces la reacción, o sea como te digo, es como, la reacción de de algo ¿sí? Yo por ejemplo te tiro una pelota al aire, entonces lo que hace es intentar cogerla ¿sí? Entonces eso pasa, entonces como se te olvida ese instante se te olvida, entonces llega y..., y ha pasado muchos casos ¿sí? Pero pues de pronto, en mi no, no ha pasado eso porque pues yo ya he pasado algo de tiempo y pues ya logre asumir bueno esto... aunque un día me baje de la cama y cuando pum me caí por el pie y la inestabilidad” E2</p> <p>“eso lo asimila uno hasta que, es decir eso el cerebro todavía lo tiene hay pero eso ya, en la medida en que</p>
--	--

	<p>pasa el tiempo uno ya tiene que hacerse la idea de que ya eso no, de que ya lo que paso, listo" E 3</p> <p>"A veces, inclusive, en muchas ocasiones a uno se le olvida que había sufrido tal lesión y que no tenía el pie, daba inclusive hasta... el paso. Sí, pero sin tener la prótesis" E 3</p> <p>"si, solo siento que está ahí. Mientras que el cerebro lo asimila" E 3</p> <p>"Hay ocasiones en que a uno se le olvida, porque es decir, como tal el cerebro aun no lo asimilado. Hay momentos en los que a mí también se me ha olvidado. Yo doy el paso normal cuando, ¡hay! Verdad". E 3</p> <p>"los tendones, como si... si, si, si como que se mueve el muñón". E 3</p> <p>"si, eso pasa y la gran mayoría de soldados que tenemos acá y que ustedes ven en este momento, han tenido miembro fantasma". E4</p> <p>"O también es muy difícil sentir el cómo te rasca el dedo gordo del pie y este no existe y no solamente en el dedo gordo, si no que sientes un cosquilleo en todo el pie". E4</p> <p>"como les decía, en este momento ya no experimento nada del miembro fantasma, y el cuerpo asimilo la prótesis como parte de mi cuerpo, se puede decir que "reemplazo" mi pie, por esta prótesis". E4</p> <p>"no pues, picazón, he, lo siento, siente uno el pie ¿si me entiende?" E5</p> <p>"no, no mas rasquiña" E5</p> <p>"si el tobillo, el jaloncito" E5</p> <p>"ó sea no, picazón" E5</p>
--	---



		<p>“el pie, a veces siento como ardor en los dedos, como que me los retuercen hacia arriba, otras veces siento un ardor, como cuando a usted se le despegaba una uña y se la arrancan, en el dedo gordo” E 6</p> <p>“no, pues el ardorcito ese” E 6</p>
Esquema corporal	C.2	<p>“Me asuste un poco porque no es fácil levantarse y no tener una pierna de un momento a otro” E 1</p> <p>“Lo he suplido con las terapias y aunque la pierna izquierda también esta jodida, porque ella sufrió fracturas en el momento que cogí la mina, ella me ha ayudado a hacer lo que antes hacía, la prótesis es esencial para mí, es el remplazo de mi pierna” E1</p> <p>“No me he caído hasta el momento, no me he sentido desorientado en un espacio que antes estaba, siempre me ayudo mucho lo que me dieron para ayudarme como las muletas y ahora la prótesis. A veces es difícil moverme como antes, pero nunca me tropecé porque soy muy cuidados por donde camino para no golpearme” E1</p> <p>“no pues, al principio claro es duro, es duro” E2</p> <p>“pues no, fue algo inexplicable eso, inexplicable, o sea, o sea la perspectiva mía era de que antes de pasarme esto ¿no? Yo decía, bueno que sentirá uno, lo mismo que están ustedes preguntando, lo que te puedo explicar es que pues de pronto son las las picadas que uno siente y todo eso pero no, pues siente que usted tiene el miembro normal, o sea el pie, y.... Pero no lo puede mover o no puede mover los dedos, hacer lo mismo que con el otro ¿sí?” E2</p> <p>“si claro, pero entonces ya como que la prótesis lo que hace es como quitarle esa, esa, esa sensación ¿sí? ¿Por qué?, porque usted va entre, como eso es como un tubo ¿cierto? Pues la cuestión mía es como entre un tubo, entonces que pasa... es como parte, como si fuera parte de uno, ¿sí? Que a la larga no es así porque pues usted va andando entonces el</p>

	<p>momento que haiga un vacio, como hay articulación, en el momento que haiga un vacio o algo así trata como de caerse uno ¿sí? Pero ya va perdiendo uno como la estabilidad uno del cuerpo” E2</p> <p>“Antes de tener, pues yo la verdad dure mucho tiempo en silla de ruedas ¿sí? Unos, aproximadamente fueron siete meses, que fueron tres de tutor, esas varillas que le ponen a uno, si porque tenía la parte de la amputación había partido el hueso, ehh también, me colocaron yeso, entonces después ya empiezan como a llevarlo a las terapias, terapias, también terapia ocupacional, que eso... o sea cogen con crema y le hechan ahí en el muñón se llama eso, y empiezan como a acariciarlo, como a quitarle esa sensación que uno siente, eso dicen que la quita pero en si en si no, eso es mentira, nunca se quita” E2</p> <p>“pues como yo estuve, cuando estaba en silla de ruedas obvio, si claro, me tocaba pues de pronto el pato por ejemplo porque no podía ir al baño y bueno cuando estaba grave, después ya poco a poco ya fui empleando las muletas pero con eso usted pierde la fuerza, uno pierde mucho la fuerza en sí, en general, pierde mucho la fuerza de la pierna, de lo que queda” E2</p> <p>“por la debilidad, si en las muletas, y más sin embargo trata uno como de caerse, claro” E2</p> <p>“de pronto se ha vuelto más fuerte esta pierna, si se ha vuelto más fuerte, claro la pierna como que se fortalece más, pero entonces esta parte donde.. si uno pierde un pie así sea un pie ehh la pierna tiende como a, perder la fuerza que le da a la pierna. Pienso yo porque porque ya la pierna se vuelve como más flácida, más flácida, ya la pierna no va a ser igual ¿sí? Va a mirar usted y una pierna es más gruesa que la otra ¿sí? Por la falta de ese, del pie que le falta como, el pie le genera todo eso” E2</p> <p>“ si yo me he caído, me caí pues con los tutores me caí una sola vez, en el baño, fue duro ja, las varillas pues sonaron contra esas, esas baldosas y eso es</p>
--	--

	<p>duro, claro porque, porque, eso es algo como entre el hueso entonces que pasa, llega y se golpea y se siente mucho... y el, el, temor de uno pues es que de pronto llegue y se parta, como esta perforado entre el hueso, que se raje y ese el temor de uno y pues me jodí la boca, me revente, me revente la boca por no botarme al piso" E2</p> <p>"de pronto si, de pronto en carros, en cuestión del taxi o algo así que trata de subir uno como de pronto ah, se acuerda uno de que la, de que no tiene prótesis, porque como eso es rígida ¿sí? Entonces no tiene ni movilidad, pero como el pie, no se llega y lo baja, cuando uno ya está listo para salir de pronto para sacarlo de un hueco llega y ¿sí? Entonces en un taxi llega y usted mete ahí y el...¿sí? Se sube normal pero entonces al bajarse llega y se le queda enredada ahí entonces ahhh da es como rabia yo en verdad eso ¿sí?, esas cosas siempre pasan" E2</p> <p>"si ya le toca es a uno acomodarse al dolor mas bien" E2</p> <p>"no, al principio si pasaba eso cierto, porque pues un pie, un pie es como una apariencia, lo que le dan en si en si en la prótesis a uno es parte apariencia sí? Aparentar que tiene, pero no lo tiene ¿sí? Pero pues ante la gente pues uno va a aparentar uno dice estoy completo ¿sí? Y pues eso por decirlo pero pues ya uno, ya está, como se dice medio, pero que pasa?, entonces tiene uno, esa parte tiene uno que asentar siempre es el talón ¿sí? Me pasaba a mí que, o sea, o sea en una escala ¿sí? Trate de subir y coloque como decir la punta ¿sí? Obvio que lo tira de para delante... uich, se, tiende como a tirarlo otra vez, porque el no hace el soporte ¿sí? Contra él, en la punta no, no, hace el soporte, el soporte es atrás, ¿sí? y pues como va es... en la canilla" E2</p> <p>"no pues, duro, duro y yo creo que cualquiera que se ponga en mi y en nuestro lugar, estoy hablando de los que estamos así, ya sea por X o Y motivo, no es fácil, no es fácil asimilarlo, pero ya a medida que va</p>
--	---

		<p>pasando el tiempo uno se resigna y tiene que tomarlo de tal manera en que uno ya, la persona diga, pues ya que más se puede hacer, lo hecho, hecho esta, ya no hay vuelta atrás, ya toca es seguir adelante". E 3</p> <p>"no podía dar el paso, claro. Un vacío, porque pues es una gran pérdida, sea cual sea el miembro". E3</p> <p>"no sé, como remplazarlo, no se simplemente es someterse a la idea de que ya no lo tiene y ya". E 3</p> <p>"saltando, brincando, no se normal... si con muletas y bastón" E 3</p> <p>"pues, es ya a de acuerdo a cada quien, porque pues, como todos no tenemos las mismas capacidades, entonces va... no, bueno una vez, llevando el mercado para casa, se me, iba bien, pero la prótesis se me enredo al salir del carro, se me salió la prótesis y ifuuy! se me salió todo y como era de subida, el carro cogió hacia abajo". E 3</p> <p>"pues, agotador, eso de manejar bastones y muletas no era fácil... no, no, no debido a las capacidades de cada quien, hay gente que si se le olvida, viven cayéndose, yo he visto gente caerse en el baño y al piso van a dar". E 3</p> <p>"Al principio sentí que me estaba enloqueciendo, no me cabía en la cabeza, sentir algo que yo sabía que no tenía. Sentía que si lo expresaba la gente me iba a tildar de loco, nunca había escuchado que esto pudiera darse, después a medida del tiempo lo fui entendiendo". E4</p> <p>"si, como te contaba al levantarte de tu cama a media noche, apoyar los pies en el piso y pues lo sentías, pero efectivamente no los tenias en el piso, entonces más de una vez me caí, y pues mientras te acostumbras a utilizar los 2 bastones para poder movilizarte". E4</p>
--	--	--

		<p>"que no volvía a caminar y pues, ¿si me entiende? Porque cuando uno está en el monte, uno no ve esta vaina ¿si me entiende?" E5</p> <p>"si, y no es que a uno nunca le han hablado de prótesis ¿si me entiende? Ó sea uno no conoce nada, de pronto uno si veía prótesis de manos ¿si me entiende?, pero uno no ve de pies". E5</p> <p>"a no pues uno ya llega aquí, por decir el batallón este y ya uno ve tanta gente ¿si me entiende? O a otros mas, más afectados, entonces uno piensa no pues tampoco es que me haya pasado mucho a mi". E5</p> <p>"no, pues yo, uno de noche se va a levantas, le dan ganas de ir al baño ¿si me entiende? Y poner y sacar eso..." E5</p> <p>"claro, si me he caído, de que se me olvide ¿si me entiende? y doy el paso" E5</p> <p>"no pues normal, ya estaba concientizado que ya, de todas maneras ya no la iba a poder tener. Normal" E 6</p> <p>"hasta el momento he tratado de llevar mi vida normal, en el momento pues tengo la prótesis ¿sí? Si no que en este momento la están arreglando, pero pues yo corro, no tengo impedimento para nada" E 6</p> <p>"al principio ya uno se va acostumbrando a ello, ya después se toma como una parte del cuerpo" E 6</p> <p>"si al principio, sobre todo cuando usted tiene que andar en partes inclinadas, subir y bajar"</p> <p>E6</p> <p>"terapias, las terapias acá en el hospital equino terapias que nos hicieron en la escuela de equitación, de caballos" E6</p> <p>"le da a uno más equilibrio, fuerza y confianza también" E6</p>
--	--	---

Auto-concepto	C.3	<p>“Siempre he estado contento, siempre he reído, nunca he sido irritable en mi vida siempre estoy de buen genio. Después de la amputación nunca me sentí deprimido, yo tome lo de la amputación normal; yo siempre he pensado que Dios le manda las cosas en la vida de uno por algo” E1</p> <p>“Hubo algunos cambios en mi familia, pero a bien ellos comenzaron a apoyarme más que antes; mi familia son mi esposa, mi hijo y mi hija y ellos estuvieron muy pendientes de mi que a Dios gracias paso así. Pero por ejemplo el resto de mi familia, como los viejos y mis hermanos no le pararon muchas bolas al suceso; eso sí fue un poco doloroso, pero bueno a mí solo me importa mi esposa y mis niños, el resto solo les importa cuanta plata tengo que mandar para los viejos allá en el pueblo y no más. De resto sigo haciendo lo mismo que hacía antes, aunque pues acá en la base ya no hago lo de antes porque soy un soldado incapacitado” E1</p> <p>“Yo me veo igual, como si nunca hubiera perdido mi pierna. Es lo mismo como ya le había dicho Dios manda las cosas por algo.” E1</p> <p>“Antes y ahora es la misma percepción, yo nunca he dejado de pensar lo que pienso de mi después de la amputación. Lo que si cambio es lo que quería en mi vida, por ejemplo antes yo quería pensionarme de aquí por tiempo de trabajo, pues no cumplí el sueño y ahora lo que cambia es que me tengo que pensionar por discapacidad. Creo que ahora otro cambio es que ahora no soy del todo funcional como antes sobre todo por fuerza, pero esto no me afije. Mientras estoy sentado me siento mejor porque cuando estoy mucho tiempo de pie me canso muchísimo, pero hay me voy acostumbrando” E1</p> <p>“Como le decía la relación con mi mujer es mucho mejor ahora ella viven pendiente de mi, de si estoy bien, de que si me duele algo y eso me parece muy bueno a Dios gracias, mi hija es una niña muy pendiente de su papá todo el tiempo se la pasa</p>
---------------	-----	--

	<p>sobándome el muñón, le echa cremas (risas), en cambio el niño si es un poco más aislado le da más recelo. El resto de mi familia solo llama por la plata, no han sido capaz nunca de venir a visitarme, sabiendo que yo si lo haría en un momento como este, si a alguno de ellos le hubieran mochado la pata (risas)" E1</p> <p>"he tenido amigos, mejor dicho nunca fui amiguero más bien hombre de casa, pero con los pocos conocidos por así decir si hubo algunos cambios porque se alejaron de mí, no me volvieron a buscar para nada; pero mire que es chistoso desde que me amputaron hice un muy buen amigo que es el que me ha dado moral, me dice todo el tiempo que siga para delante, que lo que me paso le puede pasar a cualquiera" E1</p> <p>"La verdad siento que me ven común y corriente normal, todos me llevan en la buena, me saludan, yo pienso que nunca me han discriminado por la amputación, al contrario se sorprenden de lo luchador que he sido para conllevar este "problema" E1</p> <p>"sí, claro hay un... hay momentos que se deprime claro obvio, de pronto pues.. la verdad la verdad uno siente a otra persona o ve a otra persona que de pronto corre o algo así, dice bueno ehh dice ¡uich! que rico tener otra vez el pie". E2</p> <p>"pues si, a pesar de que la moral la moral aquí uno que la debe llevar uno aquí (señala la cabeza), siempre es que si yo estoy mal, hay otras personas que están peor, ¿sí?, y la verdad pues no se alegra uno por ellos pero para uno es moral y pues lamenta por esas personas y que de pronto están ¡huy! en una discapacidad mucho peor... mucho más ¿sí? Y de pronto pues uno perdió un pie mientras hay otras personas que perdieron de arriba de la rodilla o, o, o, bueno desarticulados de cadera, es duro ¿ya? Dice ¡huy! no entonces uno como que se conduele también de esas personas y dice bueno pero si esta persona se ve como alegre entonces yo porque no". E2</p>
--	---

	<p>“no de tristeza porque así... de pronto, tristeza si? De pronto uno reniega de pronto cosas, dice uno uy porque a mí, uy Dios mío yo que he hecho ¿sí? ¿Sí? Yo que he hecho pero, pero pues todo tiene su explicación”. E2</p> <p>“pues al principio, pues debido a esto han ocurrido muchos cambios claro, porque, porque anteriormente cuando estaba eh normal eh de pronto el engordarse, el engordarse uno para acá es, es un error grave ¿sí? De pronto porque usted se va a sentir como el peso ¿sí?” E2</p> <p>“entonces a uno no le sirve, a uno le sirve, por el caso mi por ejemplo cuando estaba activo o sea patrullando normal yo nunca sufría de pronto de que haaayy que partirme una pierna no... de pronto un esguince normal que cualquiera lo puede tener se baja uno de la cama y se esquinzo ¿no?” E2</p> <p>“se esquinzó ahí y duran por ahí tres días cuatro días, pero en el caso mío pues de pronto si un esguince normal pero en el área ¿sí? Y normal uno llegaba y pues, de pronto si orgullo porque uno está defendiendo pues algo o, o de pronto puede hacer lo que uno quiere o de pronto va, ejercicios entrenamientos, normal ¿ya? Que trotes, listo uno, pero hasta que le pasa esto se da cuenta de lo que uno es en realidad en realidad” E2</p> <p>“no, siempre estoy como gordo, no me gusta eso del, pues yo he tratado ahorita de, estoy haciendo como una dieta, aguantando filo ijajaj!”. E2</p> <p>“la personalidad, la personalidad pues... si hay problema ¿sí? Aunque uno no lo quiera aceptar, hay problema existe problema, porque yo tengo con mi pareja o sea llevo ya como unos diez años tengo una hija de ya de nueve años el próximo año ya diez años ya cumple la otra tengo de tres y han habido problemas por ellos si iuy! claro, porque aunque uno no lo acepta se ha vuelto como mas ¿sí? Rabiante como mas, de rabia iehh! aunque ella no tiene la culpa ella, es solo que veces alegamos con ella ¿sí?</p>
--	---



	<p>Pero también hay cosas que lo hieren a uno ¿sí? Entonces lo hieren a uno porque se da cuenta que uno está en esa situación ¿sí? y no como que por parte de ella de pronto también por la rabia ¿no?" E2</p> <p>"si uno como que, también no se pone en el lugar de uno ¿sí? Entonces alegamos en veces y ha habido claro, ¡uy! en la, la, en cuestión de relación de pareja si..." E2</p> <p>"si claro, y uno... y de pronto pues yo quisiera que de pronto pues ahh es que uno también uno de hombre o sea, se acostumbra uno como a vivir, a vivir de pronto que cada tres meses viene ve a los hijos, la señora, listo, se acostumbra, es una costumbre ¿sí? Pero yo ya llevo por ejemplo voy para trece años profesional, es como una costumbre pero en el momento que ya ahorita ya salgo ehh ya voy a estar un mes ya me aburro, ¡uy! yo quisiera irme, no se para donde pero quisiera irme" E2</p> <p>"si la verdad es que no es culpa mía porque es una costumbre, ya me acostumbre a que de pronto, no sé si le pase a todo mundo ¿sí? De pronto a los que son pelaos de pronto los recién entrados, de pronto les gusta ¿sí? Porque aquí se ve mucho que de pronto salen cuando les pagan, salen eso y ¡jum! de una para la casa" E2</p> <p>"con los amigos, pues yo tengo, mire que no tengo casi amistades dentro no se..." E2</p> <p>"pues aquí sí, recocho con ellos y todo y pues porque ya se da uno cuenta que ellos están en las mismas condiciones de uno ¿ya?" E2</p> <p>"no, yo como pues la verdad yo soy criado fue en el Quindío ¿cierto? Fue en el Quindío la mayoría de mi vida allá, si como hasta los veinte años y de ahí a prestar servicio y me quede, pero ya no es igual ya por ejemplo lo que es la parte donde, de pronto si yo estoy ahí pero porque esta mi esposa o de pronto los hijos dice uno la familia ¿sí? Pero ya pues mi familia, mi papá, mi mamá murió a los diez cuando yo tenía</p>
--	--

	<p>diez años ¿sí? Y viví con mi papa ¿sí? Entonces pues él ha sido buena gente pero el ahorita en estos momentos está en Cali, pero yo tampoco he hecho como mucho... o sea no, no voy como para ese lado ¿ya? Ya no me gusta estar con él" E2</p> <p>"muy poco de pronto uno llega y listo y son personas que solamente uno llega y les da confianza y ya como que tratan de sobrepasarse conmigo, entonces iahh! yo como que no, no se será que me hago el, anteriormente no era así sí? Pero ahora iahh! yo me he vuelto como, pues si de pronto ya es una amistad una que otra amistad por ahí pero en confianza en confianza por ahí tendré unos tres amigos por ahí que de pronto las recocho o algo así o ellos me recochan a mi pero no". E2</p> <p>"¿cómo creen? Pues de pronto, pues debido a las mismas circunstancias en que estamos pues normal no, no, no, no se no se responder a esa pregunta". E2</p> <p>"no está todo el que de pronto pues por la forma de uno andar entonces llega y dice ¿hay pero usted es así? ¿Hay y a usted le paso eso? ¿Verdad? pero usted anda bien. Entonces uno dice bueno, pero viéndome cojear, será que ¿sí? ¿Sera que no? ¿Sí? ¿Sera que es mentira? Es que esa, o porque me dicen eso, será que.. o sea cojea uno mucho o qué? ¿Sí? Aunque uno trata de andar mejor ¿sí? Pero pues no, no, no sé que pensarán, o sea que pesar de..." E2</p> <p>"claro, porque afecta mi núcleo familiar primero que todo, y ya no puedo ser el mismo de antes". E3</p> <p>"mi esposa y mis hijos ya se dan cuenta de que yo no tengo el mismo rendimiento y capacidad de antes, es decir si voy a salir a caminar tengo que hacer altos en el camino. Lo otro es que mis hijos al despertar todas las mañanas siempre cuando van a darme el besito de los buenos días ellos ven que me voy a levantar y pues claro la impresión y se quedan mirándome ijaja!". E3</p> <p>"no pues, mal, mal, yo les hablo y les hago entender</p>
--	---

	<p>por qué las cosas a veces suelen pasar". E3</p> <p>"eso lo he tratado de superar, porque si, al principio eso es así se siente uno mal ante los demás, más que todo cuando iba en bastón en los buses o colectivos o diferentes tipos de transporte, o por la calle, porque lo miran a uno con lastima, uno percibe, inclusive hay falta de solidaridad, por que en muchas ocasiones uno en los colectivos, medio de transporte, la gante en vez de ceder el puesto a las personas que estamos así, ya no les importa, en nada, absolutamente". E3</p> <p>re</p> <p>"púes, privarme primero que todo del deporte que me gustaba, segundo caminar, tercero ya no bailar como antes, ya no es lo mismo bailar salsa y que le salga la pierna a volar por allá". E3</p> <p>"Después del accidente, pues mal..." E3</p> <p>"Lo único que sé, es que si me paro en un espejo y me voy a mirar me voy a sentir mal de todos modos, de cómo estaba antes a como estoy ahorita no es lo mismo". E3</p> <p>"50, 50, es decir sentí todo, todo, porque todo me paso, o me ha pasado hasta el momento". E3</p> <p>"y de terceros, así no sea mi familia, si de todo, de todo sentí igual, eso no cambia". E3</p> <p>"no, no inclusive, mis amigos, amigos, lo apoya, le ayudan a uno a salir adelante, en el sentido de que a veces uno está confundido, lo aconsejan, le dicen de que manera hacer las cosas ¿sí?" E3</p> <p>"mmm... pues yo creo, que siempre dependiendo de la clase de persona que sea, ¿si me entiendes?, porque mi familia ya lo puede aceptar, pero en nuestro entorno generalmente no va a ser lo mismo, va a ser igual siempre". E 3</p>
--	---

		<p>“con lastima, con de todo. Eso va mas de acuerdo con la personalidad de cada quien”.</p> <p>E 3</p> <p>“En el primer momento yo veía mi cuerpo pero con otra cara, esa vaina es como para uno volverse loco, yo me cogía la cara y me pegaba cachetadas para saber (yo estaba solo en el apartamento), para saber que era yo. Esa es la primera aceptación que uno tiene que tener. Es tanto lo que la mente quiere rechazar esa situación que me veía mi cuerpo con otra cara. Por eso entre en una forma de aceptar su cuerpo, porque ya no era ese cuerpo atlético”. E4</p> <p>“en ese momento llevaba 14 años de casado y mi esposa me dejo”. E4</p> <p>“en esa misma situación, porque era que yo me levantaba de mi cama para ir a terapia y volvía a la cama” E4</p> <p>“si, y ella dijo no, este tipo, yo no voy a ser enfermera, hasta luego me voy”. E4</p> <p>“en ese momento tenía 2 hijos y el mas chiquitín tenía 8 años, para el también fue muy difícil aceptar” E4</p> <p>“A raíz de que uno se queda solo, se le acaba la familia, se le acaba absolutamente todo, entonces se deprime uno más. Entonces ya para dormir no me tomaba una pepa porque no quería ser dependiente, pero sí me tomaba un vaso de whisky. Ya cuando me di cuenta, mocho, solo y tomando trago, la sociedad me va a rechazar”. E4</p> <p>“por ejemplo la aceptación de pareja es difícil” E4</p> <p>“pues como le digo, al principio si, a lo que he llegado a este batallón pues, no ¿si me entiende? O acá en</p>
--	--	--

	<p>Bogotá no, normal ¿si me entiende?, ya se ve eso como normal, pero ya cuando uno llega de pronto al territorio de donde es uno". E5</p> <p>"claro, porque uno siente que van a chismosear de uno ¿sí?" E5</p> <p>"con mi familia, bien, bien, todo normal" E5</p> <p>"no pues incompleto" E5</p> <p>"me sentía súper bien, ¿si me entiende? Para lo que fuera ¿si me entiende? Uno está dispuesto o disponible para lo que fuera, pues ahora no, uno ya dice, no para esto ya no puedo ser capaz ó sea uno queda..." E5</p> <p>"¿por fuera?, no por fuera no hablo con nadie." E5</p> <p>"si, pues apenas paso, salí de permiso y llegue allá pero no, ninguno de ellos no". E5</p> <p>"ah no acá es un parche". E5</p> <p>"uno trata de estar bien, pero busca uno desahogarse en las personas, me he vuelto como más agresivo, ya no le encuentro importancia a las cosas" E6</p> <p>"uno está acostumbrado a una vida normal, lo que cuando a uno le nace algo como el trabajo es importante, ya en una situación de estas, amputado o de pronto en una silla de ruedas ya ha cambiado muchísimo" E6</p> <p>"pues ahora... ya que, ya no puedo hacer nada, eso era lo mío, lo que a mí me gustaba" E6</p> <p>"yo pienso que normal, hasta ahora como le dije no he tenido así problemas, yo juego corro, anímicamente trato de estar bien" E6</p> <p>"eh pues... la diferencia no es mucho, lo único se le</p>
--	--

	<p>dificulta a uno muchas cosas, pero uno trata de salir adelante con su vida normal” E6</p> <p>“la familia me ha estado apoyando y todo en este proceso, mi esposa... el que ha cambiado he sido yo entonces estoy como no sé, como más agresivo” E6</p> <p>“con ellos sigo normal” E6</p> <p>“no, solamente con mi esposa (risas), de resto normal, yo salgo a rumbear, me voy al rio y todo, trato de llevar una vida normal” E6</p> <p>“la gente sabe que uno estaba cumpliendo con su trabajo, cumpliéndole a la patria, de pronto hubiera sido en otras circunstancias, que yo hubiera estado haciendo algo malo pero no...” E6</p>
--	---