Estudio de caso del proceso de adaptación psicosocial de personas con amputación de miembro inferior por accidente con mina antipersonal

Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo

Luisa María Arroyave Correa

Manuela Bedoya Flórez

Asesor:

Luis Felipe Navarro Arboleda

Magister en Ciencias Políticas

Corporación Universitaria Lasallista.

Facultad de Ciencias Sociales y Educación

Psicología

Caldas-Antioquia

2019

Tabla de Contenido

Lista de apendices..... 4

Resumen.....5

Introducción..... 6

Planteamiento del problema..... 8

Justificación ……..... 11

Objetivos…….... 12

Objetivo general..... 12

Objetivos específicos..... 12

Antecedentes de la investigación..... 13

Marco teórico..... 14

Adaptación psicosocial..... 15

Estrategias de afrontamiento..... 18

Duelo ……..... 23

Duelo por perdida corporal..... 23

Amputacion……..... 26

Amputación traumática ..……..... 27

Amputación quirúrgica. ..……..... 27

Amputación de miembro inferior. ..……..... 28

Miembro fantasma……..…….... 28

Conflicto armado Colombiano……..... 29

Mina antipersonal…….... 29

Diseño metodológico….....32

Lineamientos éticoss..... 36

Análisis de datos……..... 40

Discusión de resultados ……..... 50

Conclusiones…..……..... 52

Recomendaciones 54

Referencias 55

Apéndices..... 58

Lista de apéndices

Apéndice A - Consentimiento informado …….....58

Apéndice B – Entrevista Semiestructurada …….....59

Apéndice C- Consentimiento Informado Sujeto 1…….....62

Apéndice D- Consentimiento Informado Sujeto 2…….....63

Apéndice E- Matriz categorial 64

Resumen

En esta investigación se presentara una aproximación al fenómeno de la amputación traumática por causa de las minas antipersonal, como objetivo se plantea, tratar de describir como es el proceso de adaptación psicosocial por el impacto social y emocional que se genera en las personas que sufrieron una amputación traumática, teniendo en cuenta que no solamente es un proceso de cambio personal, sino también familiar y social. También se consideró importante analizar un poco el fenómeno de las minas antipersonal desde la historia del conflicto armado en Colombia que por consecuencia ha dejado altas tasas y aun en la actualidad siguen dejado las minas antipersonal en el país, principalmente en el Departamento de Antioquia. Esta investigación será de carácter cualitativa. La unidad de análisis principal son personas amputadas de miembros inferiores por minas antipersonal, residentes del Departamento de Antioquia y los datos se recogerán mediante técnicas como la entrevista semi-estructurada.

Palabras claves: adaptación psicosocial, amputación, miembro inferior, mina antipersonal.

Introducción

Según información suministrada en el informe de la situación actual de Minas antipersonal (MAP) y Municiones sin explotar MUSE (Viceprecidencia de la Republica de Colombia, 2008) en el periodo comprendido entre 1998 y febrero del 2008, en el país ocurrieron 3.568 accidentes con minas antipersonales, los cuales dejan como consecuencia 6.721 víctimas. De éstas, 2.306 fueron civiles y 4,118 militares. Sin embargo, en los informes de victimas por minas antipersonal la cifra de víctimas por minas antipersonas asciende a 11.629, siendo Antioquia el departamento con más víctimas por minas antipersonas en Colombia con más de 2500 víctimas y más de 30 municipios afectados (Acción contra minas, 2018).

Colombia ocupa el segundo lugar en el mundo, después de Afganistán, en número de víctimas de Minas Antipersonal y Remanentes Explosivos de Guerra y el primero en número de víctimas del conflicto armado por estos artefactos explosivos.

El ser humano en un ser integral, en constante trasformación, por ende frente a cualquier cambio físico, se puede ver alterada su integridad y adaptación al medio en el que se encuentra.

Los efectos que producen las Minas Antipersonal en primera instancia, se encuentra el daño físico, que puede incluir amputaciones de miembros superiores e inferiores, discapacidad auditiva y visual, daños en la piel, quemaduras, etc., así como el impacto psicológico que tiene el hecho y sus consecuencias, cambian de alguna manera el proyecto de vida personal, laboral y social de las víctimas y su

círculo familiar. Las personas víctimas de este fenómeno, quedan en condición de discapacidad, por lo cual deben enfrentarse no solo a transformaciones en relación con su corporalidad, sino a diversos factores sociales y psicológicos como lo son el duelo por perdida de la extremidad y la nueva adaptación frente al cambio.

Colombia al ser un país con antecedentes y víctimas del conflicto armado a lo largo del tiempo, las tasas sobre víctimas por amputación de miembro inferior por minas antipersonal son altas, siendo Antioquia uno de los departamentos más afectados por estos artefactos explosivos.

Esta investigación se elaborará con personas que han vivido este hecho. Se hará por medio de una entrevista semi-estructurada, en la cual se realizarán unas preguntas bases, que abarquen ámbitos de la vida de la víctima como lo físico, social y psicológico. Como información base fundamental para dar cuenta del reajuste psicosocial y de adaptación que hace esta población para poder retomar su vida y con ello las actividades en su vida diaria.

La propuesta de esta investigación es poder brindar más información acerca de la problemática de las minas antipersonal por consecuencia del conflicto armado y como estos artefactos explosivos generan un cambio total a la vida de las personas y como cada víctima emplea estrategias para lograr adaptasen al cambio que esta gran problemática le ha traído a su vida.

Planteamiento del problema

Según las estadísticas oficiales reportadas por UNICEF (2008), en Colombia una de las causas principales de la amputación son las minas antipersonales. Colombia es hoy el cuarto país del mundo con más víctimas por minas antipersonal, después de Chechenia, Afganistán y Angola.

Teniendo en cuenta la información suministrada en el informe de la situación actual de Minas antipersonal (MAP) y Municiones sin explotar MUSE (Vicepresidencia de la Republica de Colombia, 2008) en el periodo comprendido entre 1998 y febrero del 2008, en el país ocurrieron 3.568 accidentes con minas antipersonales, los cuales dejan como consecuencia 6.721 víctimas. De éstas, 2.306 fueron civiles y 4,118 militares. Sin embargo, en los informes de victimas por minas antipersonal la cifra de víctimas por minas antipersonas asciende a 11.629, siendo Antioquia el departamento con más víctimas por minas antipersonas en Colombia con más de 2500 víctimas y más de 30 municipios afectados (Acción contra minas, 2018).

Sin embargo, por medio del rastreo de antecedentes, aunque Antioquia es el departamento con más víctimas por minas antipersonal y con más municipios afectados, no se encuentran investigaciones relacionadas con la adaptación psicosocial que tienen las personas amputadas del departamento.

Las minas antipersonal en Colombia, son un fenómeno que a lo largo del tiempo ha de dejado como resultado un alto porcentaje de víctimas en la mayor

parte del país, una realidad que sigue desatado altos niveles de violencia para la población Colombiana

Una mina antipersonal (MAP) es un artefacto explosivo que causa daño físico como desmembramiento, amputaciones y/o psicológico a una o más personas AICMA (2012), son pequeños dispositivos explosivos, que suelen activarse, explotar, al ser accionada por la víctima, Las minas antipersonales usualmente tienen en su interior balines, metales oxidados, puntillas, pedazos de lata, tornillos, vidrios, combinados con excrementos, con ácidos o venenos para infectar la herida, agravando así la lesión. Debido a que estas minas son “sembradas” en zonas rurales donde el acceso a u centro de salud se hace más complicado, las victimas terminan adquiriendo infecciones por las esquirlas de las minas.

La amputación es el procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de una parte o la totalidad de una extremidad. La pérdida de una extremidad puede ser resultado de trauma, enfermedades, cáncer o anormalidades congénitas (Echavarren, Goya & García, 2007).

Las amputaciones traumáticas pueden definirse como la pérdida de una parte del cuerpo, que puede ser un dedo, brazo, pierna o cualquier otra, que sucede como resultado de un accidente o lesión (Retana, 2007).

> Como lo refiere lo Retana (2007) “se debe tomar en cuenta todo el cambio emocional, físico y social, ya que la persona, adquiere una discapacidad en un momento inesperado de su vida, lo que implica un cambio integral,

mediante un proceso de ajuste psicosocial, relacionados con la salud, lo emocional, la familia, la sociedad y lo laboral" p.13.

Tras la amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de la situación, desesperanza, sentimientos de incapacidad, ira y pensamientos suicidas. El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia y autonomía, problemas de autoimagen y autoestima, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, sus roles sociales y profesionales lo cual se ve reflejado en un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general.

Según los resultados de una investigación de los factores psicosociales de la amputación se presentan tasas de depresión y ansiedad en porcentajes superiores a la población general, entre el 18-31%; cuyos factores predisponentes son la falta de autonomía, la discapacidad, la dificultad en la adaptación a las limitaciones, la alteración de la imagen corporal, la falta de apoyo social entre otros (Font, Llauradó, Pallarés, & García, 2015).

Debido a que la adaptación psicosocial estos pacientes será un factor decisivo en el proceso de resiliencia de estas personas a lo largo de su vida surge la pregunta de investigación ¿Cuál es el proceso de adaptación psicosocial de personas con amputación de miembro inferior por accidente con mina antipersonal?

Justificación

Esta investigación pretende dar cuenta de los aspectos importantes en el proceso de adaptación psicosocial de los pacientes con amputación por trauma, teniendo en cuenta que la manera en como logren adaptarse a su nueva situación está estrechamente relacionada con la calidad de vida que le espera a futuro.

Con el fin de brindar información a los profesionales en el área encargada que posibilite entender de manera más detallada este fenómeno, debido a que existe un vacío del conocimiento sobre este tema y no se encuentran muchas investigaciones ni información acerca de este fenómeno.

También se busca brindar un aporte social ya que se considera necesario comenzar a dirigir la mirada sobre este hecho en nuestro contexto ya que como se mencionó anteriormente Colombia es un país con vulnerabilidad a la amputación por trauma, convirtiéndose en una problemática social que debe ser tratada.

Por ultimo poder brindarles información a los pacientes con amputación por trauma donde puedan conocer las experiencias que han vivido otras personas que pasan por una situación similar, con el fin de que puedan sentirse identificados y se den cuenta de la capacidad de resiliencia en la mayoría de los casos.

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar el proceso de adaptación psicosocial en paciente con amputación de miembro inferior por mina antipersonal.

Objetivos específicos

- Identificar los aspectos más relevantes en el proceso de adaptación psicosocial de los pacientes amputados.
- Describir los cambios más importantes que los pacientes amputados identifican a la hora de realizar sus actividades diarias.

Antecedentes

Si bien es importante la rehabilitación física para los pacientes amputados, lo es aún mucho más los factores emocionales y psicológicos que emplean las personas frente a la situación por perdida de una extremidad. Pues a la hora del paciente estar en el proceso de rehabilitación es determinante la motivación que él tenga para su proceso de adaptación. Ramos (2016) afirma "Muchos factores están involucrados Sin embargo, al ser conscientes de la mentalidad del paciente el estado emocional, la educación y la motivación del paciente, el equipo puede proporcionar un programa de rehabilitación extremadamente eficaz" p. 3.

Por otra parte el autor Muzaffar (2012) Refiere que "la rehabilitación, tanto física como psicológica, es el aspecto más importante de la reintegración y la adaptación de las personas amputadas, así mismo la familia y el equipo profesional son fundamentales en la evolución del paciente" p.32.

De igual manera Rueda (2017) afirma que "los procesos de rehabilitación, son complejos en los pacientes amputados víctimas de minas antipersonal ya que las secuelas son tanto a nivel físico como psicológico" por ende la incorporación de un enfoque psicosocial en el sentido de una reparación de forma integral es fundamental para la recuperación para los pacientes, teniendo en cuenta que los aspectos relacionados con la atención psicosocial, contribuirían a mejorar el proceso de adaptación de las personas víctimas de las minas antipersonal.

Marco teórico

El ser humano es un ser integral, que se desenvuelve en un ambiente natural, y se caracteriza por enfrentarse frecuentemente al cambio, al estar constituido de diferentes dimensiones.

Palacio (2003) afirma:

> “El ser humano está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita). El individuo, como se ha mencionado, es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre las otras o cuánto depende la una de las otras frente al proceso salud-enfermedad” (p. 4).

Sin embargo, es importante resaltar que para que el ser humano viva y se desarrolle, frente a las demandas del ambiente, debe de adaptarse a los cambios de este ya sean de carácter biológico, físico, psicológico, ambientales y/o sociales.

La adaptación es un tema que ha estado presente desde el origen del ser humano y tiene que ver con los procesos de evolución y de aceptación a los cambios, en cualquiera de las dimensiones que se les presentan a lo largo de la vida.

Cuando se habla de adaptación, se debe tener en cuenta que el ser humano está sujeto a modificaciones constantes se en el entorno laboral, en el ámbito social y en la propia vida.

Uno de los factores principales de la vida de las personas, como se menciona anteriormente, es el ámbito psicosocial, que se refiere a la interacción del individuo con el medio, como lo refiere Montañez (2007) “Lo psicosocial se vincula a los hechos que sobresale en la conexión entre lo individual y colectivo, lo que conlleva a que el individuo se adapte o no al medio” p. 180. Dentro de la dimensión psicosocial se encuentran elementos tanto psicológicos, sociales y conductuales, que hacen que el individuo actué de una u otra forma, teniendo en cuenta la situación que está pasando y la capacidad de adaptación frente al hecho.

Por lo cual, cuando en la vida de los seres humanos aparecen imprevistos que afecten cualquiera de las áreas mencionados anteriormente, se puede generar un impacto integral en las personas, pero con el tiempo y algunas herramientas propias del ser humano se puede lograr la supervivencia y la adaptación al medio, frente a las diferentes adversidades que se presentan a lo largo de la vida.

Adaptación psicosocial

La adaptación psicosocial es un factor fundamental para que el ser humano se enfrente al medio en cual se desenvuelve y se da desde el nacimiento, ya que, por las exigencias, cambios del ambiente y trasformación, el individuo debe estar ancorado a estos, para sobrevivir y enfrentar al medio en el cual se encuentra.

Según Darwin (2016) sugirió que las demandas del medio ambiente externo son las que determinan la adaptación de los seres vivos (p. 3).

Como se mencionó anteriormente, los cambios se dan desde el nacimiento y persisten en el trascurso de la vida, unos hacen parte natural del desarrollo del individuo y otros por sucesos externos que se van dando en el ambiente. Es importante resaltar que el nivel de complejidad y de impacto que tienen estos cambios a nivel personal e individual es mayor en algunos casos.

Como lo refiere Ramos (2008):

> “Un padecimiento crónico cambia la manera en que una persona se ve a sí misma y a su vida, y trata de adaptarse a su nueva condición restaurando o consiguiendo un nuevo equilibrio, cuya pérdida significa estrés. De una adecuada adaptación dependerá una mejor calidad de vida. La adaptación se define como el proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional” (p. 16).

Cuando el individuo se enfrenta a un impacto integral en su vida, como lo es la perdida de alguna facultad de su cuerpo, debe de emplear las estrategias de afrontamiento necesarias que le permitan adaptarse a su nueva condición, teniendo en cuenta que es un proceso individual de acuerdo a las vivencias, creencias, prácticas y experiencias que envuelven a cada ser humano.

Así mismo como lo menciona Fierro (2012):

> “Piaget ha interpretado el conocimiento como hecho biológico superior en la adaptación (cognitiva, de los esquemas) y ha distinguido dos modalidades: la asimilación, que es incorporación e integración de experiencias nuevas a esquemas preexistentes; y la acomodación, que es modificación de los esquemas para ajustarse a (y poder integrar) nuevos objetos” (p.1).

Es importante resaltar que el término de adaptación, tiene muchos significados y teorías dependiendo del autor, ya que el tema es de gran complejidad y se abraca el ser humano en su totalidad, incluyendo las estrategias que emplea para adaptarse en el medio.

Como lo menciona Fernández (2010):

> “Al término adaptación se le han atribuido diversos significados, dependiendo, del contexto y del momento. Como primera definición, adaptación es la acción recíproca el individuo y su medio. Es una relación marcada por la modificación de la conducta del individuo respecto a las condiciones del medio en el que vive y que permitirá evolucionar al individuo” (p. 5).

Por otra parte, también se encuentra la adaptación psicosocial que está orientado más a temas de lo emotivo, donde se distinguen emociones de emergencia (dolor, miedo, angustia) que disuaden al individuo de comportamientos lesivos, y, de emociones de bienestar (afecto, alegría) que comportan comportamientos favorables al sujeto. Esta autorregulación es el primer inicio de los procesos de adaptación, que se desarrollan después en la dirección de las

gratificaciones aplazadas respecto de las inmediatas, lo que permite la superación del nivel emocional. (Fernández, 2010, p. 6)

El presente trabajo de investigación hace hincapié al proceso de adaptación psicosocial de personas amputadas por minas, entendiendo la adaptación psicosocial como la integración de las áreas en las que desarrolla el individuo, lo personal, familiar, psicológico, social, entre otras. Valorando positivamente aquellas dimensiones de la personalidad que contribuyen de manera positiva a estos sucesos.

Teniendo en cuenta toda esta información, es importante mencionar que la adaptación señala un proceso personal y social, como factores esenciales y relativos en todo el proceso de evolución, transformación y cambios que se dan en la vida del ser humano.

Estrategias de afrontamiento.

Con el paso del tiempo se ha avivado el interés por el aprendizaje sobre las estrategias de afrontamiento, como producto de encontrar en ellas un modo especifico de respuesta a las diferentes situaciones que pueden generar estrés en las personas, y de la misma manera encontrar mecanismos para sobrellevar dicho estrés. Antes de hablar de las estrategias de afrontamiento como tal es importante conceptualizar el término de afrontamiento como tal.

La conceptualización de afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud (1923), y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo, 1998).

Más adelante Lazarus & Folkman (1986) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” p. 164.

Los autores antes mencionados entienden el afrontamiento como un proceso que está en constante cambio y con fines adaptativos, donde el sujeto y el ambiente están en relación constante, por otro lado, el afrontamiento es definido por Everly (1989) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas” (Fuentes, 2016).

Endler y Parker (1990) plantean que la persona realiza una selección de la estrategia que va a utilizar, sin importar el estresor, para ello propone la existencia de tres dimensiones básicas del afrontamiento: *afrontamiento orientado a la tarea* que da cuenta de la tendencia a resolver el problema de manera directa, el *afrontamiento orientado a la emoción* es la búsqueda de regulación de la respuesta emocional del problema y el *afrontamiento orientado a la evitación* que no permite la resolución del problema (Muñoz & Vasquez, 2013).

Se podría decir que las estrategias utilizadas dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio

ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales (Lazarus & Folkman, 1986). Propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

2. Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

3. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

4. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el adolescente por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.

5. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

6. Reevaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

7. Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

El Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) desarrollado por Tobin, Holroyd & Reynolds en (1989) y adaptado por Cano, Rodriguez y Garcia en (2007), busca evaluar pensamientos y comportamientos de afrontamiento en respuesta a un estresante especifico, y su teoría, presenta una estructura jerárquica compuesta por 8 estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias, que permiten identificar y evaluar las estrategias de afrontamiento en la población.

El CSI permite además clasificar las estrategias en pasivas o activas como lo hacen algunas teorías de afrontamiento al estrés, o como lo llama el autor "adecuadas o inadecuadas" las cuales permiten o complican el proceso de adaptación de un paciente ante una situación de cambio (Acosta, 2017).

Las ocho escalas primarias son: *Resolución de problemas*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; *Reestructuración cognitiva:* estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; *Apoyo social:* estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; *Expresión emocional:* estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; *Evitación de problemas:* estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; *Pensamiento desiderativo:* estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; *Retirada social:* estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y

personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; *Autocrítica*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: *Manejo adecuado* centrado en el problema: incluye las sub-escalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; *Manejo adecuado centrado en la emoción:* incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando una afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; *Manejo inadecuado centrado en el problema:* incluye las sub-escalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento des-adaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; *Manejo inadecuado centrado en la emoción:* incluye las sub-escalas Retirada social y Autocrítica, reflejando una afrontamiento des-adaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: *Manejo adecuado*: incluye las sub-escalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; *Manejo inadecuado:* incluye las sub-escalas Evitación de problemas, Pensamiento

desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

Duelo

Según el DSM V el duelo era considerado como una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor APA (2013), sin embargo el duele también puede presentarse en otras situaciones diferentes a la muerte, algunos autores como Freud define el duelo como una “reacción frente a la pérdida de una o varias personas amadas o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un idea” (Freud, 1917).

El duelo es la respuesta emocional humana única, universal y dolorosa que se produce ante la pérdida de una cosa, persona o valor con el que previamente se había establecido un vínculo afectivo (Falagán, 2014). De esta manera el duelo no solo aparece frente a la muerte de un ser querido, también se presente en situaciones donde se implique perdida, una falta de algo que ya no va a regresar y puede presentarse en cualquier momento y situación de la vida, ya sea por la pérdida laboral, familiar, juventud, corporal, entre otras.

Duelo por perdida corporal

Una perdida corporal es aquella perdida que está relacionada con una pérdida del cuerpo, ya sea de una extremidad o de una capacidad física, por ejemplo, disminución visual, capacidad auditiva, pérdida de memoria, discapacidad motriz, entre otras, muchas de estas pérdidas pueden darse por la edad, sin

embargo, otras son causas de accidentes o enfermedades, que requieren de amputaciones o trasplantes.

Esta pérdida física le significa para el paciente muchas más perdidas ya que el concepto de imagen corporal como el factor de identidad que representa al cuerpo en las dimensiones psicológicas, fisiológicas y sociales (Wald & Alvaro, 2004).

Por esto la perdida corporal implica además perdidas secundarias como lo son el cambio en la dinámica de otras áreas de la vida del paciente, involucran cambios en roles familiares y sociales, identidad, funciones y metas futuras. Ciertamente otras pérdidas secundarias implican la pérdida de la independencia, autoestima, autoconfianza, sensación de seguridad en el mundo y atractivo sexual en relación con las construcciones tradicionales de género (Plaza, 2006).

Algunas de las áreas más afectadas son la identidad, autonomía, auto estima y autoimagen, los pacientes que tienen perdidas corporales deben superar una perdida que les implica un cambio en su imagen corporal, su identidad y su autoestima.

El duelo a pesar de ser extremadamente doloroso tiene también un propósito en el individuo, reyes propone que el duelo, aunque puede causar mucho sufrimiento es algo normal, que se desencadena a partir del rompimiento de una relación personal, cuyo proceso cumple una función homeostática, pues su finalidad es lograr la adaptación del individuo ante la pérdida (Polo & Polo. 2016).

Para lograr dicho propósito el duelo debe atravesar por algunas etapas, Elisabeth Kubler, plantea las etapas como un instrumento que nos ayuda a

enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo, lejos de un proceso de duelo lineal que sigue un orden preestablecido (Kübler Ross & Kessler, 2006).

Las etapas que la Dra. Elizabeth Kübler Ross consideró que conforman el proceso de duelo son las siguientes:

1. Negación. Por lo general sucede al momento de recibir la noticia sobre una pérdida. En esta etapa, generalmente manifestamos nuestra negación ante el hecho, con una expresión equivalente a: “no puede ser” o “esto no puede estar sucediendo”.

2. Ira. Cuando reconocemos que sí sucedió la pérdida, es posible que manifestemos coraje, ira y reclamos. Estas expresiones, generalmente son encauzadas hacia quien consideramos responsable por la pérdida, ejemplo: un médico, una enfermera, un ladrón, algún familiar, Dios e incluso, si es el caso, la persona que murió.

3. Negociación. En esta etapa intentamos negociar (con Dios, con el médico, con la ley, con la pareja, con los socios, con el empleador, etc.) para obtener a cambio la restitución de lo perdido, aunque a veces eso sea imposible como en el caso de la amputación de una parte del cuerpo, la pérdida de la vista o la muerte de alguien. Normalmente en esta etapa ofrecemos hacer o no hacer algo (dejar de fumar, dejar de comer, dejar de pelear, etc.) a cambio de la recuperación de la persona ausente o de aquello perdido.

4. Depresión. Puede ser consecuencia de no haber obtenido los resultados deseados en la negociación, también se considera que llega como resultado de la

ira y el coraje no manifestado en su momento. Esta es una de las etapas más difíciles y complicadas, sin embargo, su existencia indica que la aceptación de la pérdida va siendo más probable, porque en cierta manera estamos manifestando la rendición, en una lucha contra lo innegable.

5. Aceptación. En esta etapa aceptamos plenamente la pérdida y comenzamos a funcionar de una forma más armónica y cordial con nosotros mismos, con las demás personas y con nuestro entorno (Calderon, 2014).

Amputación

La amputación es el procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de una parte o la totalidad de una extremidad a través de una o más estructuras óseas, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro. Cuando se efectúa a través de una interlínea articular se denomina desarticulación (Vidal, 2010). La pérdida de una extremidad puede ser resultado de trauma, enfermedades, cáncer o anormalidades congénitas, con la enfermedad vascular como la causa más común de pérdida de extremidades, sobre todo pélvicas (Echavarren, Goya, & García, 2007).

Existen 2 tipos de amputaciones.

- Amputación primaria o traumática: es aquélla producida por un agente traumático.
- Amputación secundaria o quirúrgica: es aquélla electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico

Amputaciones traumáticas. Las amputaciones traumáticas pueden definirse como la pérdida de una parte del cuerpo, que puede ser un dedo, brazo, pierna o cualquier otra, que sucede como resultado de un accidente o lesión (Retana, 2007).

Dentro de las causas traumáticas se identifican aquellas ocasionadas por maquinarias, utensilios, herramientas de granja o fábricas y accidentes viales, sin embargo también existen otras causas como resultado de desastres naturales, guerra o incluso agresiones interpersonales (Barrera, 2013). Por lo general las amputaciones son el resultado de accidentes de tráfico o accidentes que acontecen en fábricas o en el ámbito agrícola con herramientas a motor. Asimismo los desastres naturales, la guerra y los ataques terroristas pueden causar amputaciones traumáticas. Los mecanismos lesiónales son el corte, la avulsión o el aplastamiento (Echavarren, Goya, & García, 2007).

Amputaciones quirúrgicas. Consisten en la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él, tras un proceso de planificación de la cirugía. Dentro de éstas se pueden incluir las amputaciones cerradas, donde el extremo del hueso se cubre con un colgajo de tejido muscular y cutáneo modelado para tal fin, y las amputaciones abiertas, en las que la piel no se cierra sobre el extremo del muñón (Vidal, 2010).

Se suelen realizar cuando existe infección, riesgo de la misma o cuando ha recidivado, así como en heridas traumáticas graves con destrucción extensa del tejido y gran contaminación (Fernandez & Gonzales , 2010). El objetivo de esta intervención es poder proceder al cierre quirúrgico del muñón cuando haya cedido

la infección y no exista compromiso para la herida, tras la administración de tratamiento antibiótico (Barrera, 2013).

Amputación de miembro inferior. Las amputaciones en los extremidades inferiores son el tipo de amputación más común según Garcia (2017) “Las personas que sufren amputaciones en sus piernas deben asumir muchos retos físicos, emocionales y sociales” Unwin & Clarke (2009) realizaron un estudio en donde encontraron que la mayor causa de sufrimiento en la amputación de miembros inferiores, por pérdida de la movilidad, el impacto emocional que se tiene cuando la personas se reintegran a su trabajo y la dificultad para adaptarse a su nueva imagen corporal, estas serie de situaciones generan síntomas depresivos y ansiosos que influyen en gran porcentaje en su calidad de vida y proceso de adaptación. p. 15.

Miembro fantasma

La sensación que experimentan las personas que han sufrido una amputación o pérdida de una extremidad, radica en que la persona sigue percibiendo un elevado grado de realidad tanto en sus componentes sensoriales como motores, según Villaseñor (2014) “El dolor del miembro fantasma es una complicación frecuente después de la amputación, su fisiopatología es compleja e incluye cambios en el nervio periférico, los ganglios de la raíz dorsal, la médula espinal y la corteza cerebral” p.16.

Conflicto armado

Colombia es un país que ha estado permeabilizado por el conflicto armado a lo largo del tiempo, este gran conflicto ha traído graves consecuencias para la población, dejando victimas con secuelas físicas, psicológicas, sociales y que han impactado al país de manera económica y política.

Como lo refiere Contreras (2003):

> “se entiende por conflicto armado la confrontación existente, entre las fuerzas militares del estado y las agrupaciones armadas que, conrelativa unidad de mando, justifican su actuar por la necesidad, una trasformación política, social y económica del país, las cuales dejan grandes porcentajes de víctimas en el país” p. 122.

Minas antipersonal

Las minas antipersonal son un tipo de mina terrestres y un arma de destrucción indiscriminada con el propósito de matar y discapacidad a las personas de por vida, suelen ser usadas por grupos irregulares para atacar ya que son artefactos explosivos pequeños, livianos y pueden ser producidas por una o dos personas.

El uso de estos artefactos explosivos se remonta a la primera guerra mundial donde los soldados alemanes enterraban casquetes de artillería rellenos de pólvora o dinamita con un detonador a ras de la tierra para debilitar a las tropas francesas y británicas, posteriormente en la segunda guerra mundial fueron usadas con una versión mejorada del artefacto, mucho más pequeñas y difíciles de manipular,

también se han usado en la guerra de Vietnam, Guatemala, Mozambique, Camboya y Colombia (Unicef, 2000).

En Colombia estos explosivos han sido usados en medio del conflicto armado interno, el cual experimento el país por más de 40 años, siendo las FARC y el ELN los principales grupos armados con estas técnicas. Las FARC y el ELN se caracterizaron por sus diversos métodos para aterrorizar a la población, las MAP y MUSE aparte de ser un método para ese fin, también usaban estos artefactos explosivos para mantener a la población y a las fuerzas armadas lejos de sus campamentos, los dispositivos mantenían alejada la población, los militares y además de esto por el sonido, daban aviso a los anillos de seguridad externos.

Se habla de arma de destrucción indiscriminada, porque no diferencia civiles de militares, por lo que es muy común que las victimas de estas minas sean más civiles que militares, en Colombia la cifra de víctimas por minas tiene registro de al menos 11.183 víctimas por minas antipersonal (MAP) y 568 víctimas por munición sin explosionar (MUSE). En 31 de los 32 departamentos del país se han reportado incidentes con minas terrestres o artefactos explosivos improvisados, la mitad de ellos en Antioquia, Bolívar, Caquetá, Meta y Santander (Accion contra minas, 2018).

El uso de estos artefactos se magnificó debido a la gran facilidad de su producción y desplazamiento, las minas antipersonas son de los artefactos de guerra con más bajo coste, son elaboradas con materiales de muy económicos y de fácil acceso, siendo una de las mejores alternativas para los grupos armados con pocos recursos, en muchos casos se usan restos de metales, clavos, tuercas oxidadas entre otros materiales para su fabricación, resultando además demasiado

peligrosas y nocivas para sus víctimas, ya que aparte de la herida del impacto deben enfrentarse a fuertes infecciones, las cuales pueden terminar siendo el motivo de la amputación.

Las heridas de las minas antipersonal pueden considerarse como las heridas de guerra más complicadas y dramáticas ya que son heridas sucias que comprometen varios órganos y miembros a la vez. Las ondas explosivas entierran pedazos de plástico, metal oxidado, polvo, pedazos de ropa, fragmentos óseos y esquirlas se entierran en el miembro de la víctima causando posiblemente la amputación, además de esto las esquirlas pueden afectar otras partes del cuerpo, como los órganos genitales las piernas, la cabeza, los brazos las piernas, tronco, ojos, entre otros, mientras que la onda explosiva desprende los tejidos, los coagula y causa fuertes quemaduras (Unicef, 2000).

Diseño metodológico

Esta investigación será realizada con víctimas de minas antipersonal, la población con la cual se trabajará será con adultos habitantes del departamento de Antioquia, con edades entre los 18 y 50 años.

El grupo objeto de estudio presente para esta investigación, corresponderá a dos personas que, por consecuencia de la explosión de este artefacto explosivo, fue amputado su o sus extremidades inferiores. Sera de tipo cualitativa, puesto que su propósito es describir el proceso de adaptación psicosocial de los pacientes amputados, como lo explica Hernández Sampieri, el enfoque cualitativo lo que nos modela es un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, esto se debe a que en la recolección de datos se sustrae de las experiencias e ideologías de las personas entrevistadas, en detrimento del empleo de un instrumento de medición predeterminado. Se decide realizar este enfoque por la razón de que el sistema de recolección planeado es de tipo entrevistas.

Según Hernández Sampieri, Fernández , & Baptista (2010) “ayuda a definir este tipo de enfoque de investigación como: “utiliza recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación”.

Ya que este tipo de enfoque cualitativo busca principalmente “expansión” de los datos y de la información de una forma más descriptiva y característica.

El enfoque que se abordará en esta investigación será el *fenomenológico,* ya que este se enfoca en la ideología y experiencias individuales subjetivas de los participantes, este diseño pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o una experiencia, los fenómenos sociales y sus significados. (Hernández Sampieri, Fernández , & Baptista, 2010). Así mismo permite tener una posición más separada de prejuicios que se puedan dar por parte del entrevistador, como lo refiere Martín Hernández, Salanova Soria, & Peiró (2003) “el fenomenólogo aconseja la puesta en práctica de la famosa reducción fenomenológica, consiste en poner entre paréntesis, las hipótesis, ideas e intereses que pueda tener el investigador, para poder ver las cosas desde el punto de vista de los sujetos estudiados” (p. 6).

El nivel de esta investigación será de tipo descriptivo, ya que los estudios descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos y así proporcionar su descripción (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010). Además, se enfoca en describir fundamentalmente fenómenos sociales o una circunstancia o situación temporal y especial determinada. “Mientras en las investigaciones exploratorias no plantean preguntas que conduzcan a problemas precisos, sino que se exploran áreas problemáticas, en este nivel las preguntas están guiadas por esquemas descriptivos; sus preguntas se enfocan hacia las variables de los sujetos o de la situación” (Cauas, 2006).

Es un estudio de caso, que según Martínez (2006) “el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (p. 167).

Así mismo indica que es una metodología rigurosa que:

• Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.

• Permite estudiar un tema determinado.

• Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.

• Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.

• Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y

• Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado pag.175.

La técnica que se utilizará dentro de esta investigación será la entrevista, la cual se utilizara para la recolección de datos, direccionada hacia la entrevista semi-estructurada, la cual se basara en una serie de preguntas abiertas, que servirán de guía para generar información, como lo refiere Ozonas (2014) “por su carácter

conversacional, se recomienda no oprimir a las personas participantes, generando un ámbito coloquial facilitador de comunicación entre quienes interactúan, se sigue el modelo de conversación entre iguales que tiende a superar el intercambio formal de preguntas y respuestas" p. 201.

La entrevista se fundamentará en una serie de preguntas abiertas, que servirán de guía para generar información, acerca del proceso de adaptación psicosocial de pacientes con amputación de miembro inferior por accidente con mina antipersonal y que responda o brinde información como las estrategias de afrontamiento, proceso de duelo, experiencia ante la amputación, entre otros.

La entrevista se puede definir como, una de las técnicas más utilizadas en la investigación, mediante esta una persona (entrevistador), solicita información a otra (entrevistado). La entrevista puede ser uno de los instrumentos más importantes para obtener información, se puede definir como:

> "Técnica de gran utilidad en la investigación para recabar datos; es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo. La comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto" (Díaz, Bravo, & colaboradores, 2013).

Lineamientos éticos

Ley 1616 de 2013

Según la ley de salud mental 1616 21 de enero de 2013 en el artículo 5 plantea que para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

2. Prevención Primaria del trastorno mental: La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

7. Un Problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Ley 1618 de 1013

Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Artículo 1° El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

2°. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se definen los siguientes conceptos:

1. Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

3. Acciones afirmativas: Políticas, medidas o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan.

4. Acceso y accesibilidad: Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales. Las ayudas técnicas se harán con tecnología apropiada teniendo en cuenta estatura, tamaño, peso y necesidad de la persona.

5. Barreras: Cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad. Estas pueden ser: a) Actitudinales: Aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad; b) Comunicativas: Aquellos obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la información, a la consulta, al conocimiento y en general, el desarrollo en condiciones de igualdad del proceso comunicativo de las personas con discapacidad a través de cualquier medio o modo de comunicación, incluidas las dificultades en la interacción comunicativa de las personas. c) Físicas: Aquellos obstáculos materiales, tangibles o construidos que

impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado, en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad.

6. Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

7. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad

Análisis

Análisis de datos:

Categoría adaptación

La adaptación se define como el proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional (Tafoya, 2011).

Sub-categoría: adaptación psicosocial (motivación).

La adaptación psicosocial está orientada más a temas de lo emotivo, donde se distinguen emociones de emergencia (dolor, miedo, angustia) que disuaden al individuo de comportamientos lesivos, y, de emociones de bienestar (afecto, alegría) que comportan comportamientos favorables al sujeto. Esta autorregulación es el primer inicio de los procesos de adaptación, que se desarrollan después en la dirección de las gratificaciones aplazadas respecto de las inmediatas, lo que permite la superación del nivel emocional (Fernández, 2010).

Sujeto 1 “Me graduó en octubre si Dios quiere y ya depende como me vaya quiero hacer la tecnología”

Sujeto 2 “cuando yo termine mi bachillerato quiero estar con una persona que me si tengo forma estudiar derecho”.

Ambos sujetos muestran orientación y proyección hacia el futuro, expresando su motivación de poder estudiar.

El ambiente social y laboral en el que se desenvuelve el sujeto, se ve afectado cuando hay un cambio tan impactante en la integridad física y psicológica. Pero cuando la persona logra seguir su vida, incorporando actividades de la rutina diaria, como trabajar o estudiar, puede mejorar su bienestar, pues estas son fuentes importantes de satisfacción de necesidades como lo es la autoestima, pro actividad, independencia, toma de decisiones, las cuales permiten a la persona sentirse productiva, funcional y que hace parte de la sociedad. Las verbalizaciones de ambos sujetos, demuestran factores motivacionales, conductuales y de bienestar, que apuntan al proceso de adaptación psicosocial activa, después de la pérdida del miembro inferior por amputación por mina.

S**ujeto 1** " Mi familia”

Sujeto 2 “Mi familia”

Por lo tanto, teniendo en cuenta las respuestas obtenidas, se puede evidenciar que el punto de referencia en común de esta categoría, son el apoyo familiar y las relaciones interpersonales como parte importante en el proceso de adaptación de la persona con amputación por mina. Como lo refiere Bañol (2003) “Indiscutiblemente, el apoyo de las personas significativas para el paciente representa la motivación más grande para salir adelante”.

En medio de la pérdida, la familia hace parte fundamental del proceso de rehabilitación tanto como para ayudas físicas como en la contención emocional para la persona amputa.

Sujeto 1 “Ver mucho futbol mucho, compartir con mis hijos, salgo con ellos a jugar, me gusta caminar”

Sujeto 2 A veces me pongo a cocinar, pero más que todo me gusta ponerme a bailar con mis hermanitos.

Como se puede ver en la verbalización y en las respuestas de los dos sujetos, las cosas que les gustan hacer en su vida diaria contribuyen de manera positiva al proceso de adaptación, ya que la actividad productiva que desarrollaban antes de sufrir la pérdida de la extremidad; puede variar con las actividades que pueden hacer actualmente, cuando se encuentra que la persona sigue haciendo cosas de su rutina diaria, su proceso de adaptación está orientado hacia la independencia, teniendo en cuenta que es determinante la disposición del sujeto para realizar actividades básicas como: asearse, alimentarse, desplazarse y distraerse, etc.

También es importante mencionar que la familia sigue presentándose como factor protector y de motivación para los sujetos.

Categoría: Estrategias de afrontamiento

Más adelante Lazarus & Folkman (1986) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” p. 164.

Subcategoría: Estrategias de afrontamiento activas.

Estas estrategias de afrontamiento se refieren a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos, implica iniciar acciones

directas incrementando los esfuerzos activos por compensar la situación estresante (Cano, Rodríguez, & García, 2007), estas estrategias son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre el proceso de adaptación.

Sujeto 1 “Las prótesis, cuando me dieron la primera, yo sentí que no iba ser capaz y ¿llevaba caminando por ahí qué? de 10 a 20 metros y no aguante. Al otro día yo me la puse y yo la tiraba abajo, renegando con esa prótesis, bueno entonces ya me senté en una silla de ruedas y hay si me sentí más perjudicado y yo dije no, no puede ser así y le puse fuerza de voluntad y salí adelante.”

Sujeto 2 “caminar me dio muy duro porque me trababa de parar, y sentía que tenía mis dos pies, soñando pues, entonces yo me levantaba de una de la cama y me caía, entonces ahí me tocaba coger mis muletas y caminar con eso, luego con la prótesis, al principio no quería usarla y al cabo del tiempo me acostumbré, hasta puedo correr”

En las anteriores verbalizaciones se identifica un papel activo por parte de ambos sujetos tomando acciones encaminadas a la resolución del problema, haciéndose cargo de la situación y permitiendo así reducir el estresor, modificando la situación que lo produce; en este caso sentir la limitación para caminar, Existe consenso en que las estrategias de afrontamiento activas (active coping-style) que conllevan a esfuerzos para manejarse directamente con el evento conflictivo y son comúnmente descritas como exitosas, ya que tienen resultados **positivos** sobre la adaptación (Lazarus & Folkman, 1986).

Sujeto 1 “yo he hecho muchas cosas que no hacía cuando tenía mis pies, por ejemplo a mi casi no me gustaba el estudio, por ejemplo yo no termine el bachillerato, pero ya después de que perdí las piernas, me ha gustado estudiar”.

Sujeto 2 “Me dio muy duro, al ver que había perdido mi pierna me sentía como maluca, muy triste, después de lo que pasó ya no podía hacer más nada.”.

En estas verbalizaciones se puede hacer un análisis de ***reestructuración cognitiva*** que tuvieron ambos sujetos, esta estrategia, hace referencia a la capacidad del sujeto para modificar transformar el significado de la situación estresante. En lo que relata el sujeto 1, se puede observar que él hace una comparación del antes y el después del accidente, analizando y valorando cambios positivos en su vida que se dieron después de la amputación de su miembro inferior. Al sujeto nombrar cosas positivas que le ha traído una nueva situación para él, también puede reconocer y nombrar habilidades que ha podido desarrollar en medio de la situación. El sujeto 1 hace el énfasis que ha empezado hacer nuevas cosas, también se puede llegar a hipotetizar que las nuevas situaciones difíciles de la vida que enfrenta una persona, pueden contribuir a adquirir un nuevo estilo de vida, con nuevas metas y proyecciones futuras, en donde el sujeto acepta como tal su perdida pero que sigue motivado a encontrar nuevas estrategias que le permitirán apuntar a su bienestar integral.

Además de esto es muy importante mencionar la ***búsqueda de apoyo social***, ya que las habilidades sociales son fundamentales en las estrategias de afrontamiento activas. La búsqueda del apoyo social se refiere los esfuerzos que se realizan para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de

buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información, comprensión, vínculos y apoyo moral (Lazarus & Folkman, 1986).

Sujeto 1: ¡Sí, mucho y del ejército, también muy buen apoyo de mi familia y pues de mi esposa también"

Sujeto 2: "bueno un señor del pueblo también me apoyo, él estaba en mi condición y me ayudó, pero más que todo fue mi familia que me dio la mano"

En estas verbalizaciones se observa la aceptación de apoyo social de manera positiva, además de ser una estrategia de afrontamiento activa está directamente relacionada con las habilidades sociales, logrando resultados positivos sobre el proceso de adaptación ya que permite la expresión de las emociones a su red de apoyo y el mantenimiento de relaciones interpersonales (Pérez , González, & Mieles, 2017).

Subcategoría: Estrategias de afrontamiento pasivas (evitativas.)

Son aquellas estrategias que consisten en la ausencia de afrontamiento o conductas de evitación, por lo tanto, a diferencia de las anteriores, aquí no existe u empeño activo del sujeto si no una evitación directa del problema con el fin de aliviar la tensión y logran reducir el estrés pero solo a corto plazo, ya que a largo plazo solo logra aumentar y prolongar las emociones negativas (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

Sujeto 1: "Yo a veces no me relaciono mucho por eso, aunque todas las personas no discriminan), hay unas que lo admiran y lo felicitan mucho a uno… yo como irme

a relacionarme no, no me gusta casi. Yo no soy tan sociable, pero si llegan hacia mí y veo que la persona tiene actitud, uno más o menos conoce “.

Sujeto 2: “Si, pues antes yo mantenía pues charlando y todo eso, pero ahora no, así, ya no me comparto bien, me siento como, con lo que me paso, a veces me da como pena”

Es importante mencionar que esta estrategia solo es manifiesta ante la aparición de nuevas relaciones interpersonales, ya que sigue manteniendo buenas relaciones con su círculo, red de apoyo y pares.

En este aspecto la estrategia usada es “**retirada social**”, donde los sujetos evitan entablar nuevas relaciones interpersonales para lograr distanciarse de la situación estresante, pero como ya se mencionó anteriormente esto solo se logra a corto plazo. A través de ésta estrategia el sujeto logra “**descentrarse**” de la situación problemática, evitando o disminuyendo las reacciones emocionales secundarias. Sin embargo, la evitación no constituye solución para el problema sino la disminución de la reacción emocional momentánea. Esta estrategia es usada por las personas puesto que parten de la premisa básica de que se puede facilitar el ajuste o la adaptación, por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresor (Compas, 1987).

En el proceso de adaptación también se presenta estrategias pasivas, que significa que la persona instaura mecanismos que le permiten enfrentar tensiones, emociones negativas. En las verbalizaciones citadas anteriormente, se logra evidenciar que estas estrategias no permiten un proceso adaptativo, sin embargo,

cumplen función momentánea o circunstancial, lo más difícil para ambos sujetos se refiere a las relaciones interpersonales con nuevas personas.

Categoría duelo

El duelo es la respuesta emocional humana única, universal y dolorosa que se produce ante la pérdida de una cosa, persona o valor con el que previamente se había establecido un vínculo afectivo (Falagán, 2014). De esta manera el duelo no solo aparece frente a la muerte de un ser querido, también se presente en situaciones donde se implique perdida, una falta de algo que ya no va a regresar y puede presentarse en cualquier momento y situación de la vida, ya sea por la pérdida laboral, familiar, juventud, corporal, entre otras.

Sub-categoría: Perdida corporal (miembro fantasma).

La sensación que experimentan las personas que han sufrido una amputación o pérdida de una extremidad, radica en que la persona sigue percibiendo un elevado grado de realidad tanto en sus componentes sensoriales como motores (Villaseñor, 2014).

Sujeto 1 “Si el miembro fantasma”

Sujeto 2 “si, me pica el pie”

Ambos sujetos, verbalizan que aun sienten sensaciones en el miembro inferior amputado, lo que conlleva a que ellos sigan presentando incomodidad frente a las diferentes sensaciones y de alguna manera se presenta como una situación que pude afectar y persistir en el desarrollo de actividades de la vida diaria de la persona amputada, así mismo en el proceso adaptativo del duelo, teniendo en

cuenta que es una situación que constantemente recuerda todo los ocurrido de la amputación. Como el sujeto 1 lo menciona “Siento que me rasca la planta del pie, el talón o algo y me rasco el muñón y le doy duro contra la cama y nada, pues no es dolor pero es algo incómodo” por otro lado según Villaseñor (2014) “El dolor del miembro fantasma es una complicación frecuente después de la amputación de un miembro, su fisiopatología es compleja e incluye cambios en el nervio periférico, los ganglios de la raíz dorsal, la médula espinal y la corteza cerebral” p. 62.

Sujeto 1 “criticando también. Cuando veo que es positivismo, pues me siento bien, porque me da como valor para salir adelante, pero cuando es negativo no me gusta”

Sujeto 2 “Pienso que me miran porque yo camino coja, porque tengo la prótesis”

Como se puede ver en la respuesta de ambos sujetos, la vivencia de la perdida ha afectado la forma de ellos relacionarse en el medio, ya que por sus verbalizaciones, expresan una inconformidad acerca de cómo los percibe las demás persona por sus limitaciones físicas, esta esta situación afecta directamente el sentir de ellas, puesto que les genera un sentimiento de inseguridad, que puede llegar a verse involucrado en su autoestima y en la forma de seguirse relacionando en el medio, esta situación puede afectar de manera directa a las personas, ya que con este tipo de situaciones el auto concepto, la autoestima, la forma en que ellos mismos se perciben así mismos.

Sub- categoría Duelo por pérdida corporal *(auto concepto).*

Una perdida corporal es aquella que está relacionada con una pérdida de alguna o varias partes del cuerpo, además, está perdida trae consigo un cambio en el concepto de identidad el cual está atravesado por las dimensiones psicológicas, fisiológicas y sociales (Wald & Alvaro, 2004).

Sujeto 1 *"*Me limite hacer muchas cosas que yo hacía antes a mí me gustaba o me gusta el futbol, entonces quede muy limitado".

Sujeto 2 "En ese momento me sentía que se me había acabado toda mi vida, no sentía que podía hacer más nada, a veces me siento muy limitada".

Con lo que refiere ambos sujetos, se puede ver que, aunque en la mayoría de las preguntas, ellos respondieron que su vida continuaba bien, por ejemplo, el sujeto 1 cuando expresa "los limites se los pone uno" o el sujeto 2 "no hay límites". También verbalizan que todavía se encuentran con limitación para realizar las actividades que antes tenían en su rutina, con esto se puede hipotetizar que ambos sujetos están teniendo un proceso de aceptación del duelo por la pérdida corporal, como lo refiere Lazarus & Folkman (1986).

> "la aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como "hacerse cargo" de lo que sucede".

Discusión de resultados

En esta investigación se encontró al igual que lo refiere Rueda (2017):

> “los programas de rehabilitación para las personas con amputación por miembro inferior son complejos ya que las secuelas no solo se dan a nivel físico, si no también psicológico, por lo tanto un enfoque psicosocial que tenga en cuenta todos los aspectos, es decir los adecuados como los inadecuados, en los tratamientos en el paciente puede lograr bienestar en el individuo”.

Esto significa que es necesario trabajar de manera holística e integral, ya que en la persona existen recursos propios y redes de apoyo que fomentan la adaptación, pero al mismo tiempo, ya se sabe que existen factores inadecuados y resistencias, para los cuales es necesario acompañar a la persona en proceso de rehabilitación, ya que estos serán los factores más difíciles de enfrentar y superar en su proceso de rehabilitación.

Así mismo, como se encuentra en la investigación de Muzaffar (2012) la familia es uno de los factores más importantes para la el proceso de adaptación psicosocial de esta población. En esta investigación según lo mencionan los sujetos verbalmente, las personas más importantes en todo el proceso fueron la familia, o un familiar en específico. Lo que significa que para la adaptación y reintegración un factor determinante en el éxito es la red de apoyo con la cuentan las personas víctimas de amputación, este factor es decisivo como una estrategia de afrontamiento e impacta psicológicamente en los factores adecuados de adaptación psicosocial, es un medio de importante en el proceso de reestructuración cognitiva,

apoyo en las circunstancias emocionales y soporte en las crisis y comportamientos inadecuados.

También en los resultados se presentaron constantes factores motivacionales y de bienestar, donde ellos hacen referencia a sus planes y metas a futuro. La gran motivación que tienen los sujetos para seguir proyectándose, como lo menciona Ramos (2016) en sus resultados, se demuestra que la motivación de los sujetos es fundamental para que estos quieran seguir con su vida, cumplir metas y salir adelante. Esto tiene directa relación con su motivación, sentido de vida, estado emocional y por supuesto que es un soporte para la fortaleza mental que necesita la persona y proporciona fortaleza en los momentos críticos que tendrá que afrontar después de la experiencia del accidente y la amputación.

Conclusiones

Dentro de los factores psicosociales que intervienen en el proceso de adaptación psicosocial en paciente con amputación de miembro inferior por mina antipersonal, se encuentran los ámbitos: físico, psicológico y social. Dentro del ámbito físico se observó que, con la ayuda de la prótesis, los sujetos lograron realizar actividades de su rutina diaria o ajustarse a las actividades que antes realizaban, ambos pueden desplazarse sin dificultad al lugar de sus ocupaciones (trabajo y estudio), logran realizar actividades deportivas y lúdicas, como saltar, caminar, trotar, bailar, entre otros. En cuanto al ámbito psicológico, en ambos sujetos se evidencian respuestas positivas frente a su proceso, ya que logran sentirse productivos y funcionales, hay presencia constante de factores motivacionales y de bienestar, además de esto poseen claras proyecciones a futuro, con metas a corto y largo plazo.

Es importante mencionar que en ambos se ve presente el uso estrategias de afrontamiento pasivas con respecto a la interacción con nuevas personas, donde mencionaron algunas ideas y pensamientos negativos con respecto a la autoimagen y al auto concepto, esto puede ser frecuente en el proceso de adaptación por amputación. en el ámbito social es importante tener en cuenta lo anterior, sin embargo, se evidencia un constante apoyo social como una herramienta adaptativa, la familia ha sido mencionando como el factor más importante en su proceso, brindándoles; consejo, asesoramiento, asistencia, información, comprensión, afectos y apoyo moral. De esta manera se logró determinar que el proceso de ajuste al cambio en ellos es positivo.

Algunos de los aspectos relevantes encontrados en el proceso de adaptación psicosocial en pacientes con amputación inferior por mina antipersonal se encuentra que ante una situación de perdida corporal estos sujetos tuvieron un cambio de pensamiento, el cual los lleva a movilizarse y proyectarse a futuro de manera constante, algo que ellos refieren no estar presente antes de la amputación. también mencionan que ahora disfrutan más de situaciones que antes no tenían un valor significativo. Otro aspecto importante que se debe mencionar es el acceso a ciertos servicios o información, es un elemento o herramienta que puede facilitar el proceso de adaptación ya que brinda posibilidades y recursos para la persona directamente afectada que le pueden resolver problemas y necesidades.

A pesar que en la mayoría de las actividades diarias no se presentan dificultades o cambios significativos ya que pueden realizarlas por sí mismos, ambos sujetos mencionan que en algunos momentos presentan dificultad, por ejemplo al bañarse, ya que esto conlleva a retirar la prótesis, desplazarse y mantenerse en equilibrio, también a la hora de desplazarse por lugares inestables, o el acceso al transporte público, ya que esto requiere un esfuerzo mayor en el soporte al caminar y además les causa incomodidad, lo que demuestra cambios importantes en su movilidad y en las actividades que permiten la readaptación social.

Durante el proceso de duelo que vive la persona, también se generan cambios emocionales por la pérdida de la extremidad y de las funciones que cumplía como tal. Las etapas más observadas del proceso del duelo por la verbalización de los dos sujetos fueron la negación, depresión y aceptación. Este proceso va ligado con sentimientos en los dos sujetos como: enojo, rabia tristeza y desesperanza.

Recomendaciones

- Se propone acompañamiento psicológico al paciente desde el inicio del proceso de amputación para que su proceso de adaptación se lleve de manera más acorde y funcional.
- Como parte de las estrategias para facilitar el proceso de adaptación se proponen programas de inclusión social, en donde ellos puedan tener una interacción con personas que han pasado por su misma situación.
- Debe existir una política nacional que se encargue de la atención y prestación de servicios en el área de la salud al gran número de víctimas que se tienen por mina antipersonal.
- Adecuaciones en la arquitectura y el transporte que son necesario para que la población se sienta verdaderamente incluida y que encuentra en la sociedad respuestas a sus verdaderas necesidades, posibilitando su desarrollo y desenvolvimiento como sujetos activos y productivos.

Referencias

Accion contra minas. (2018). *Acción Integral Contra Minas Antipersonal.* Gobierno de Colombia. Obtenido de http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/Bases-de-Datos.aspx

Acosta, E. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario, 16*(2), 42.

APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V.* Barcelona: Masson.

Barrera, E. (2013). *Dolor fantasma, impacto emocional y abordaje tanatológico.* Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C, México. Obtenido de http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/126%20Dolor.pdf

Calderon, H. (2014). Duelo por la pérdida de un miembro. *Asociación Mexicana de Tanatología*. Obtenido de http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/233%20duelo.pdf

Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(1), 29-39.

Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo.* Buenos Aires: Paidòs.

Cauas, D. (2006). Guia presentacion de proyectos de investigación. En *Elementos para la elaboración y ejecución de un proyecto de investigación.* Santiago. Obtenido de https://en.calameo.com/books/000109389399610bdd44f

Contreras, M. (2003). El conflicto armado en Colombia. *Revista de derecho; Universidad del Norte*, 119- 125.

Echavarren, E., Goya, A., & García, S. (2007). *Amputación traumatica de extremidades.* Obtenido de http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/19.Traumatologia%20y%20Neurocirugia/Amputacion%20traumatica.pdf

Falagán, N. (2014). *El duelo: Diagnostico y abordaje del duelo normal y complicado.* Escuela universitaria de enfermeria "Casa de salud valdecilla", Cantabria. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2c%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fernandez, O., & Gonzales , A. (2010). Amputación, desarticulación: definicion, indicaciones, nivel de amputamiento en miembro superiror e inferior. *Cirugia Ortopedica y Traumatologia*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase18.pdf

Font, I., Llauradó, M., Pallarés, À., & García, F. (2015). *Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura.* Madrid.

Freud, S. (1917). Dolor y Melancolia. En *Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fuentes, I. (2016). Resiliencia, estilos de afrontamiento y actividades de crianza en madres e hijos ante la presencia de la condicion especial y/o discapacidad en un miembro de la familia. *Tesis maestria*. Universidad Autónoma del estado de México.

Garcia, K. J. (2017). Ajuste psicosocial en pacietes amputados la psicologia en el contexto sanitario . *Cupúla*, 43.

Hernández Sampieri, R., Fernández , C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación.* Mexico: Interamericana Editores. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor; cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas. *Barcelona : Luciérnaga*.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Macías, A. B. (2007). El campo de estudio del estrés. *Revista Internacional de Psicología, 8*(2), 7.

Martín Hernández, P., Salanova Soria, M., & Peiró, J. (2003). El estrés laboral: ¿Un concepto cajón de sastre? *Proyecto social: Revista de relaciones laborales*(10-11), 167-185. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793102

Muñoz , A., & Vasquez, D. (2013). Estrategias de afrontamiento y la relacion con la calidad de vida en niños con cancer y sus cuidadores. *Trabajo de grado, 5(7)*. Universidad de Antioquia. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf

Muzaffar, N. (2012). Psychiatric Comorbidity in Amputees With Average. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 31-38.

Pérez , P., González, A., & Mieles, I. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en

pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico, 15*, 41-54. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a04.pdf

Plaza, A. (2006). Reconceptualización del duelo por pérdida corporal. *Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, 5*(2).

Polo, M., & Polo, P. (2010). Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución de Duelo. *Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, 8*(10).

Ramos, V. (2016). Rehabilition of amputees. *The Psychological and Physical Rehabilitation of Amputees*, 1-32.

Retana, J. (2007). La discapacidad por amputación traumática. *Universidad de Costa Rica*, 60-100.

Rincón, C. (2008). El psicólogo en un centro de rehabilitación de afectados por accidentes de trabajo . *XIII Jornadas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil*.

Rueda, Y. R. (2017). Viscitudes de la atencion psicosocial a victimas de mina. *Viscitudes de la atención psicosocial*, 4-9.

Unicef. (2000). Sowing Mines, Harvesting Death . *Colombia y las minas Antipersona: sembrando minas, cosechando muerte*, 20. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc00/sowc00_complete.pdf

Universidad tecnologica de pereira. (2013). *Persona con Amputación.* Guia de rehabilitación para el médico general, Pereira. Obtenido de http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GUIA-AMPUTADOS.pdf

Unwin, J., & Clarke, C. (2009). Prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 1044-1050.

Viceprecidencia de la Republica de Colombia. (2008). *Situacion de MAP y MUSE.* Obtenido de hthttp://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/Bases-de-Datos.aspx

Vidal, G. (2010). Factores de riesgo de amputación en el pie diabético. *Rev Soc Peru Med Interna, 25*(1).

Villaseñor, J. (2014). Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 62-68.

Wald, J., & Alvaro, R. (2004). Psychological Factors in Work-Related Amputation: Considerations for Rehabilitation Counselors. *The Journal of Rehabilitation*, 6-14.

Apéndices

Apéndice A - Consentimiento informado)

YO_____, Con documento de identidad **C.C___T.I___Otro____Cual_____No.**_____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respeto al curso, proceso de evaluación y utilización de la información obtenida en la entrevista, de la investigación que tiene por título (Proceso de Adaptación Psicosocial de Personas con Amputación de Miembro Inferior por Accidente con Minas Antipersonal), y cuyo objetivo general es (Describir el proceso de adaptación psicosocial en personas con amputación de miembro inferior por mina antipersonal), Queda claro que YO, actúo consecuente, libre y voluntariamente como entrevistado, contribuyendo a este procedimiento de forma activa y mi identidad será reservada. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación del proceso investigativo cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

La información obtenida (Audio) en la entrevista será utilizada SOLO para fines académicos, cuidando la exposición (Reservada) de la identidad del entrevistado, teniendo en cuenta que la grabación será utilizada única y exclusivamente para el análisis, el desarrollo del trabajo y posteriormente será borrada. La información recibida en las grabaciones no será difundida o utilizada para algún otro propósito.

Nombre del entrevistado: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Esta investigación se acoge a la Ley de Datos (Ley 1581 de 2012) y al Código de ética del profesional en psicología, Ley 1090 de 2006.

Profesionales en formación:

_____ CC. _____

_____ CC. _____

Estudiantes de La Corporación Universitaria Lasallista.

Asesor:

_____ CC. _____

Registro Profesional: _____

Apéndice B- Entrevista semi- estructurada

1. Cuéntenos a que se dedica actualmente.
   Pasado, presente.

2. ¿Con quién vive usted actualmente, dónde vive?
   ¿Es casado? Tiene hijos? Por qué vive ahí?

3. ¿Nos puede contarnos por favor de manera breve sobre su vida antes del accidente, a que se dedicaba, por ejemplo, donde vivía…?
   cuantos años tenía antes del accidente, que actividades desempeñaba

4. ¿Nos puede contar por favor como ocurrió el accidente?

5. ¿Cuál es el nombre que le dieron al proceso quirúrgico que le realizaron posterior al accidente con la mina antipersonal? Cómo le gustaría que llamáramos al proceso, operación, amputación, accidente

6. ¿Cuáles eran sus sentimientos al momento de la *amputación*? (usted que sintió al momento de la *amputación*) trate de explicarnos esa situación, ¿Por qué? ¿Eso ha cambiado?, lo que usted sentía en ese momento y lo que siente actualmente ha cambiado? Por favor no explica

7. ¿Cuál cree usted que fue su mayor pérdida con la *amputación* de la extremidad? (autonomía, autoestima)
   como sentís que te cambio la vida el accidente en que aspectos… nos puede contar como considera que cambio su vida a partir del accidente y en qué aspectos, dimensiones, o psicológicas

8. ¿Cuál crees que fue el factor más importante que influyo en su proceso de adaptación, rehabilitación? (que te ayudo a adaptarse más en tu vida diaria), por favor nos explica que ha sido lo más importante en el proceso de adaptación des pues del accidente. Lo religioso, lo familiar, lo institucional, profesional.

9. ¿Fue importante el acompañamiento de tu familia/amigos durante el proceso de recuperación? ¿por qué? No hubo_____

10. ¿Cuál ha sido la persona más importante en su proceso de adaptación cómo le ha aportado a su proceso la persona?

11. Puede por favor calificar la actividad de satisfacer sus necesidades fisiológicas (ir al baño) como dificultas: alta, media o baja.

12. ¿Qué actividades de tu rutina diaria se hacen más complicadas de realizar ahora?

13. ¿cómo logras realizarlas esas actividades? (como lo haces, que te genera, que se te hace sentir)

14. ¿Qué actividades has dejado de realizar, cuáles de las que habitualmente hacías antes y desde el accidente no haces y por qué?

15. ¿A qué lugares se te dificulta más la movilidad y el desplazamiento y por qué?

16. ¿Qué actividades le gustaría realizar en este momento (hoy en día) y no las hace por la *amputación*? (actividades lúdicas, recreativas, laborales)

17. ¿Actualmente su manera de relacionarse con las personas ha cambiado desde el accidente?

18. ¿Cree que tiene alguna dificultad para relacionarse con la personas? de ser así ¿cuál es esa dificultad?

19. ¿Considera usted que ha habido algún cambio al momento de relacionarse con las personas?

20. ¿Es fácil para usted conocer nuevas personas?

21. ¿Cómo se relaciona habitualmente con las personas? Indagar si ha cambiado antes

22. ¿cuál ha sido el mayor reto (superación, meta logro) después de la *amputación* del miembro inferior, pierna?

23. ¿Cuáles son las diferentes sensaciones que se han generado en el miembro inferior después de la *amputación*?

24. ¿tiene actualmente algún tipo de sensación en el miembro que usted perdió?

25. ¿cómo ha cambiado la imagen de su cuerpo, después del accidente? ¿Cómo se ve físicamente en la actualidad? (descríbase físicamente a usted mismo)

26. ¿Cómo cree usted que lo ven las demás personas (que se imagina cuando una persona lo mira detenidamente, que piensa cuando lo miran fijamente)

27. ¿Cuáles son sus principales habilidades?

28. ¿Qué es lo que más disfruta hacer? (gusta)

29. ¿Qué fue lo más difícil de todo el proceso de rehabilitación?

30. ¿Cuál es la mayor diferencia en su día a día, antes del accidente y en la actualidad

31. ¿Cómo cree usted que puede mejorar su calidad de vida actualmente (trabajo, posibilidades, estudio)

32. ¿Cuál es la barrera –dificultad- más grande con la que usted se encuentra para realizar sus actividades diarias? (física, social)

33. ¿Cuáles son sus mayores dificultades para desplazarse?

34. ¿Qué herramientas o ayudas técnicas utiliza para moverse o desplazarse?

35. ¿Cuéntenos acerca de su proceso de recuperación, cuánto tiempo se demoró en pararse? Que lo motivó a hacerlo, personas, trabajo, ideales, religión acompañamiento

36. ¿Cuál es su actitud frente a las reacciones que las personas tienen frente a su discapacidad? lo indispone, lo limitan, lo motivan, le facilitan, le ayudan

37. ¿Ha pertenecido usted a algún grupo debido al accidente? de apoyo? Terapéutico. Cuando? Antes, o después?

38. ¿Ha tenido asesoría psicológica desde el accidente hasta hoy?

39. ¿Aparte de los síntomas de la *amputación* siente o sintió alguna otra sintomatología física a partir del accidente? En cualquier otra parte del cuerpo…

40. Por favor nos cuenta ¿cuáles son sus principales proyecciones (objetivos, metas) o proyecto de vida? ¿tiene sueños? ¿Quiere conocer algún lugar? ¿estudiar? Tener hijos, dedicarse a algo en especifico

41. ¿Cuál es su principal idea o motivación para enfrentar todos los días con optimismo?

42. ¿En algún momento del proceso de rehabilitación se ha sentido frustrado, sin sentido, ha perdido la motivación de luchar y rehabilitarse?

Apéndice C- Consentimiento Informado Sujeto 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO [redacted], Con documento de identidad C.C X T.I ___ Otro ___ Cual ___ No. [redacted], certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respeto al curso, proceso de evaluación y utilización de la información obtenida en la entrevista, de la investigación que tiene por título (Proceso de Adaptación Psicosocial de Personas con Amputación de Miembro Inferior por Accidente con Minas Antipersonal), y cuyo objetivo general es (Describir el proceso de adaptación psicosocial en personas con amputación de miembro inferior por mina antipersonal), Queda claro que YO, actúo consecuente, libre y voluntariamente como entrevistado, contribuyendo a este procedimiento de forma activa y mi identidad será reservada. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación del proceso investigativo cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

La información obtenida (Audio) en la entrevista será utilizada SOLO para fines académicos, cuidando la exposición (Reservada) de la identidad del entrevistado, teniendo en cuenta que la grabación será utilizada única y exclusivamente para el análisis, el desarrollo del trabajo y posteriormente será borrada. La información recibida en las grabaciones no será difundida o utilizada para algún otro propósito.

Nombre del entrevistado: [redacted]

Documento de identidad: [redacted]

Firma: [redacted]

Esta investigación se acoge a la Ley de Datos (Ley 1581 de 2012) y al Código de ética del profesional en psicología, Ley 1090 de 2006.

Profesionales en formación:

Luisa María Arroyave Correa CC. 1037463073

Manuela Bedoya Flórez CC. 1.026.153.165

Estudiantes de La Corporación Universitaria Lasallista.

Asesor: Luis Felipe Navarro A. CC. 71745481

Registro Profesional: 102082 Colpsic

Apéndice D- Consentimiento Informado Sujeto 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO [redacted], Con documento de identidad C.C___T.I___Otro____Cual_____No. [redacted], certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respeto al curso, proceso de evaluación y utilización de la información obtenida en la entrevista, de la investigación que tiene por título (Proceso de Adaptación Psicosocial de Personas con Amputación de Miembro Inferior por Accidente con Minas Antipersonal), y cuyo objetivo general es (Describir el proceso de adaptación psicosocial en personas con amputación de miembro inferior por mina antipersonal), Queda claro que YO, actúo consecuente, libre y voluntariamente como entrevistado, contribuyendo a este procedimiento de forma activa y mi identidad será reservada. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación del proceso investigativo cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

La información obtenida (Audio) en la entrevista será utilizada SOLO para fines académicos, cuidando la exposición (Reservada) de la identidad del entrevistado, teniendo en cuenta que la grabación será utilizada única y exclusivamente para el análisis, el desarrollo del trabajo y posteriormente será borrada. La información recibida en las grabaciones no será difundida o utilizada para algún otro propósito.

Nombre del entrevistado: [redacted]

Documento de identidad: [redacted]

Firma: [redacted]

Esta investigación se acoge a la Ley de Datos (Ley 1581 de 2012) y al Código de ética del profesional en psicología, Ley 1090 de 2006.

Profesionales en formación:

Luisa María Arroyave Correa CC. 1039463133

Manuela Bedoya Flórez CC. 1.026.153.165

Estudiantes de La Corporación Universitaria Lasallista.

Asesor: [redacted] CC. [redacted]

Registro Profesional: [redacted]

Apéndice E. Matriz categorial				
Categoría	**Subcategoría**	**Preguntas**	**Sujeto 1**	**Sujeto 2**
Adaptación (Ramos 2016)	**Física/biológica** (Garcia, 2017)	¿Qué herramientas o ayudas técnicas utiliza para moverse o	"Prótesis"	"Prótesis"
	Adaptación psicosocial (Palacio, 2003) *(motivación)* (Fernández, 2010)	¿Cuáles son sus principales proyecciones (objetivos, metas) o proyecto de vida?	"En este momento soy técnico en prótesis y prótesis y quiero estudiar el alcanzado 1, eso es por niveles. Me graduó en octubre si Dios quiere y ya depende como me vaya quiero hacer la tecnología, pues que es la primordial para quedar ya como protesista ¡ese es el sueño que tengo!"	"quiero estar con una persona que me quiera así como soy, quiero tener 2 hijos no más, siempre he soñado en mi vida, cuando yo termine mi bachillerato si tengo forma estudiar derecho, yo siempre digo eso cuando me preguntan, que quiero ser abogada"
		¿Cuál es su principal idea o motivación para enfrentar todos los días con optimismo?	"Mi familia"	"Yo, pues, apoyar a los demás a mis compañeras, a mi familia también, compartir mis ideas con la gente y eso."

		¿Cuáles son sus principales habilidades?	“Me gusta mucho la cocina, ayudarle a las personas, soy muy paciente y pasivo.”	“El inglés me gusta mucho. hay unas primas que yo tengo también y a veces hacen cosas que no deben hacer, y yo me siento con ellas y les digo esto no está bueno, uno tiene que hacer caso a lo que los papas dicen, no ser tan grosero, uno tiene que hacer caso a la mamá y al papá, en la vida uno lo único que tiene es a los papas que lo
		¿Qué es lo que más disfruta hacer?	“Ver mucho futbol mucho, compartir con mis hijos, salgo con ellos a jugar, me gusta caminar. Por ejemplo las integraciones de acá o cuando vamos a visitar otras fundaciones con otras discapacidades me gusta mucho	“A veces me pongo a cocinar, pero más que todo me gusta ponerme a bailar con mis hermanitos (se ríe), me gusta jugar futbol con ellos, ir al rio y el inglés. “

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) (*Resolución de problemas*) (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿A qué se dedica actualmente?	“Ehh bueno, yo me dedico a trabajar aquí en la corporación como protesista, ehh pues estoy estudiando lo de prótesis técnico en prótesis y prótesis y no bien ya, aparte de eso pues, trabajo en la casa.”	“yo estudio, estoy en grado decimo.”

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) (*Resolución de problemas*) (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Qué actividades de tu rutina diaria se hacen más complicadas de realizar ahora?	"Bueno, sino que yo no les he contado la otra parte. En el año 2002 perdí la pierna izquierda, entonces yo cuando tenía la izquierda no me limitaba mucho, yo hacía muchas cosas como por ejemplo, yo no sabía manejar moto y aprendí con la pierna izquierda, no sabía manejar carro y aprendí con esta pierna, (señala la pierna izquierda) y ya en el 2006 perdí la pierna izquierda y hay sí. Fue cuatro años después en un accidente de tránsito. Me limita mucho, o no no me limita, no me gusta para ir a bañarme, me toca sentado o a veces me coloco unas chanclitas aquí en los muñones y entonces ah eso me pone maluco y no puedo con todo. Por ejemplo ayer me moje, porque no podía correr, no podía hacer nada. Me siento mal porque ah me siento como inútil no, sino como	"ahh pues nada es difícil, porque yo de lunes a viernes me mantengo en mi estudio, tengo que caminarme 2 horas dela comunidad a otra comunidad para irme al colegio y llegó en la tarde y me pongo a ayudarle a mi mamá a hacer oficio y así"

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) *(Resolución de problemas)* (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿A qué lugares se te dificulta más la movilidad y el desplazamiento y por qué?	"Por ejemplo a la Estrella no me gusta venir por las lomas, vengo porque trabajo aquí."	"no, a veces se me dificulta es cuando el rio cuando está grande y tiene que cruzar, pues a mí me da miedo cruzarlo así, no sé "
		¿Qué fue lo más difícil de todo el proceso de rehabilitación?	"Aprender a usar las prótesis, sobre todo después del segundo accidente"	"Tener que salir del hospital, me daba muy duro para caminar, todo eso, no estaba acostumbrada, entonces la fundación desde el principio me regaló la prótesis, y también me dio muy duro adaptar a eso, pero ahora ya puedo caminar, correr, hacer las cosas en la casa, me voy para mi estudio."

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) *(Resolución de problemas)* (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Cuál es la mayor diferencia en su día a día, antes del accidente y en la actualidad?	"La vestida es complicada, porque es un proceso con las prótesis, toca quitarse las prótesis." Bueno si no tuviera transporte, fuera otra cosa que me daría muy duro, porque uno se montan en un bus y muchas veces me ha tocado, que me monto en el bus y yo cuando me monto al bus, me gusta irme con mochito para que me vean las prótesis y a veces la gente lo ven a uno con las prótesis y a uno le toca parado."	"lo que más me acuerdo es cuando me voy al rio, a un charco a bañar con mis hermanitos, cuando yo era niña llegaba a ese lugar, mantenía jugando, brincando

		¿Cuál es la barrera – dificultad- más grande con la que usted se encuentra para realizar sus actividades diarias?	"Yo digo que las barreras las limita uno mismo, yo digo que no hay barreras, todo va en la mente, si usted tiene una mente positiva y usted quiere salir adelante, yo digo que no hay barreras."	"Ninguna "
Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) *(Resolución de problemas)* (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Cuál ha sido el mayor reto, después de la *amputación* del miembro inferior, pierna?	"Las prótesis, cuando me dieron la primera, yo sentí que no iba ser capaz, porque cuando me las dieron, yo me las lleve para la casa y llevaba por ahí que de 10 a 20 metros y no aguante. Al otro día yo me la puse y yo la tiraba abajo, renegando con esa prótesis, bueno entonces ya me senté en una silla de ruedas y hay si me sentí más perjudicado y yo dije no, no puede ser así y le puse fuerza de voluntad y salí adelante."	"caminar me dio muy duro porque me trababa de parar, y sentía, pues yo desde el principio sentía que tenía mis dos pies, soñando pues, entonces yo me levantaba de una de la cama y me caía, y yo me sentía después arrepentida y bueno, entonces ahí me tocaba coger mis muletas y caminar con eso, y al cabo del tiempo me acostumbré"

		¿Qué actividades has dejado de realizar, cuáles de las que habitualmente hacías antes y desde el accidente no haces y por qué?	“Bueno, yo fui participé de la selección Antioquia de voleibol sentado, sino que ya me coloque a trabajar acá y me dedique acá. Quisiera otra vez volver a jugar e integrarme más. “	“¿yo?, pues más que todo a mí me gustaba jugar futbol”

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) (*reestructuración cognitiva)* (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Cuáles eran sus sentimientos al momento de la *amputación*? (usted que sintió al momento de la *amputación*) trate de explicarnos esa situación, ¿Por qué? ¿Eso ha cambiado?	"Ósea yo quede consciente hasta cuando llego el enfermero, ya cuando llego el enfermo, ósea en ese momento no sentí dolor ni nada, ahhh pero me vi sin el pie y me sentí mal mal, bastante, eso es una cosa muy dura, entonces ya cuando llego el enfermero como a los 10 minutos más o menos se me recargo el dolor, ahí si ya perdí la conciencia y como hacía días no habíamos comido, apena íbamos a comer porque había llegado el abastecimiento, "la comida". Entonces íbamos para un lugar más seguro para montar el puesto, la seguridad y todo eso, entonces estaba ya muy débil porque llevaba dos días sin comer y estaba muy débil. Bueno me salve también porque la mina me tapono las venas, me las quemo entonces no me dejo que me desangrara, donde no me las	"Me dio muy duro, al ver que había perdido mi pierna me sentía como maluca, muy triste, después de lo que pasó ya no podía hacer más nada."

		¿En algún momento del proceso de rehabilitación se ha sentido frustrado, sin sentido, ha perdido la motivación de luchar y rehabilitarse?	"Si, cuando en el accidente de tránsito perdí mi otro pie. "	"Si, cuando me paso el accidente no quería salir de la cama, pensaba que no podía hacer nada en la vida "
Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) **(***Búsqueda de apoyo social***)** (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Cuál crees que fue el factor más importante que influyo en su proceso de adaptación, rehabilitación?	"Cuando eso me paso yo no quería avisarle a nadie, yo me quería quedar callado, sino que como en el ejército tienen los datos, cuando a uno le pasa algo ellos informan. Yo ya llevaba dos días en el hospital de aquí de Medellín y no había avisado, yo quería que cuando se dieran cuenta fuera cacho viejo ya. Ellos me preguntaban si yo ya había hablado con ellos y yo les decía que si ya hable con ellos y yo sin hablar con ellos y entonces a los dos días ya llego toda mi familia "	"bueno un señor del pueblo también me apoyo, él estaba en mi condición y me ayudó mucho porque yo estaba muy mal, no quería salir de mi casa, pero más que todo fue mi familia que me dio la mano."
		¿Fue importante el acompañamiento de tu familia/amigos durante el proceso de recuperación?	"Sí, mucho y del ejército, también muy buen apoyo del ejército y de mi familia y pues de mi esposa también, mucho por ella."	"Sí, el más importante"

		¿Ha pertenecido usted a algún grupo debido al accidente?	"Si, si con los soldados, salíamos juntos hasta 40 amputados."	"No."
Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Activa** (Lazarus & Folkman,1986) **(***Búsqueda de apoyo social***)** (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Ha tenido asesoría psicológica desde el accidente hasta hoy?	"Con la primera pierna sí, porque era obligación, a mí no me gustaba ir donde el psicólogo, yo solo me rehabilite. A mí no me gusto, yo fui en dos veces, entonces en ese momento, yo estaba atrofiado, entonces llegue donde el psicólogo y el psicólogo era del batallón y entonces el empezó a preguntarme un montón de cosas y yo pensaba, que era para el ir a contar las cosas, entonces más que todo por eso no me gustaba."	"Si, una vez mi papá fue al hospital y ya de ahí me mandaron a la psicóloga, entonces ya estuve como 5 meses allá, y aprendí mi lesión de que eso no era así."

Adaptación (Ramos 2016)	**Estrategia de afrontamiento Pasiva** (Lazarus & Folkman,1986) (*Retirada social*) (Rodriguez & Garcia en 2007)	¿Actualmente su manera de relacionarse con las personas ha cambiado desde el accidente?	"Yo a veces no me relaciono mucho por eso, aunque todas las personas no son así (que discriminan), hay unas que lo admiran y lo felicitan mucho a uno y dicen "no este man si es muy verriondo" "jum sin palabras" "me le quito el sombrero". Como hay otras pues que yo lo veo así, lo que yo he oído por ahí pues en pocas ocasiones. Entonces yo pienso que las demás personas van a pensar igual, eso es algo malo que tengo yo que tengo yo que sacármelo. Ya si las personas llegan hacia mí pero yo como irme a relacionarme no, no me gusta casi. Yo no soy sociable, pero si llegan hacia mí y veo que la persona tiene actitud, uno más o menos conoce."	"Si, antes no, pues antes yo mantenía pues charlando y todo eso, pero ahora no, así, ya no me comparto bien, me siento como, con lo que me paso, a veces me da como pena, pero mis tíos me dicen que no, que debe seguir adelante, no puede estar sola sentada por ahí, en el colegio los compañeros también me dicen, que les cuente a ellos, que ellos me van a apoyar, y lo que ellos me dicen pues yo hago caso, porque veces me siento sola y me pongo a pensar lo pasado, a veces veo la gente se mantiene corriendo, jugando, y yo me pongo a pensar, si estuviera bien y eso no me hubiera pasado también podría estar así feliz, pero luego vienen mis amigos y me dicen no te sientas así, eso es normal, tu puedes caminar."

Duelo (Falagán, 2014)	***Perdida corporal*** (Kübler-Ross, y Kessler, 2006) *(Miembro Fantasma o dolor físico)* (Villaseñor, 2014)	¿Cuáles son las diferentes sensaciones que se han generado en el miembro inferior después de la *amputación*?	"Si el miembro fantasma, pero solo en un pie, me da por ahí cada mes y es muy incómodo me da en el pie derecho no más. Siento que me rasca la planta del pie, el talón o algo y me rasco el muñón y le doy duro contra la cama y nada, pues no es dolor pero es algo incómodo y siento que el pie me rasca y yo me hago en el muñón y nada, me da por ahí una vez al mes."	"a veces si en el pie me pica"
		¿Aparte de los síntomas de la *amputación* siente o sintió alguna otra sintomatología física a partir del accidente? En cualquier otra parte del cuerpo	"No"	"No"
	Pérdida corporal (Kübler-Ross, y Kessler, 2006) *(auto imagen)*	¿Cómo ha cambiado la imagen de su cuerpo, después del accidente? ¿Cómo se ve físicamente en la actualidad?	"Como te explicaría, yo he hecho muchas cosas que no hacia cuando tenía mis pies, por ejemplo a mi casi no me gustaba el estudio, por ejemplo yo no termine el bachillerato, pero ya después de que perdí las piernas, me ha gustado estudiar y yo ya he dejado muchas cosas, me gustaba mucho	No responde-

			tomar trago, rumbear y ya no nada. Me gusta que en mis tiempos libres, me voy a pasear, paseo mucho, osa que no hacía antes cuando tenía mis pies. “	
Duelo (Falagán, 2014)	**Pérdida corporal** (Kübler-Ross, y Kessler, 2006) *(auto imagen)*	¿Cómo cree usted que lo ven las demás personas?	“Bueno, ehh yo lo he visto así, como una persona echada para adelante, que los problemas no me han dejado, que he seguido luchando, si muy verriondito”	No responde-
		¿Cuál es su actitud frente a las reacciones que las personas tienen frente a su discapacidad?	“Yo pienso de dos maneras, una este man tan verriondo y otra criticando también. Cuando veo que es positivismo, pues me siento bien, porque me da como valor para salir adelante, pero cuando es negativo no me gusta.”	“pienso que me miran porque yo camino coja, porque tengo la prótesis, que yo no me veo como antes, que me veo diferente y por eso me miran”
	Pérdida corporal (Kübler-Ross, y Kessler, 2006) *(auto concepto)*	¿Cuál cree usted que fue su mayor pérdida con la amputación de la extremidad?	“Bueno ehh, me limite hacer muchas cosas que yo hacía antes a mí me gustaba o me gusta el futbol, entonces quede muy limitado a eso y a muchas cosas a correr y discriminado también por las personas, entonces eso es lo que más me limita.”	“En ese momento me sentía que se me había acabado toda mi vida, no sentía que podía hacer más nada, pero apenas me di cuenta que eso no es así. “(Sube el tono de voz)
	presente	¿Con quién vive usted actualmente?	“vivo con dos hijos y mi esposa “	“con los hermanitos y los papás”

Información general	**pasado**	¿A qué se dedicaba antes?	"Era soldado profesional, antes de llegar acá si era soldado profesional."	"Estudiaba en el colegio"
Información general	**pasado**	¿Nos puede contar por favor como ocurrió el accidente?	"Bueno yo perdí la pierna el 30 de septiembre del 2012, bueno la perdí porque a mí siempre me gustaba andar delante de la tropa, me gustaba andar de primero, no me gustaba andar detrás, porque cuando eso había un beneficio muy bueno, que él que viera algún guerrillero lo sacaban del monte y yo ya llevaba ocho años en el monte y coma monte y no yo ya estaba aburrido, entonces yo dije no yo no me voy a quedar acá toda la vida aquí en este monte no. Entonces me metí de puntero, los hechos sucedieron a las 4 de la tarde, ya la güerilla nos había pillado desde lejos y los campesinos también nos había sapiado "hay van los soldados" y les dieron el eje de avance y como ese día nos había llegado la comida del abastecimiento estábamos muy pesados, entonces habían dos opciones	"¿el accidente? … pues eso fue en el año 2014 yo estudiaba en Armenia, entonces me fui de vacaciones para la comunidad, y en ese momento yo tenía un novio en la comunidad y él me dijo que fuéramos a visitar a la familia de él, entonces nos íbamos en el camino, pues eso por allá como el camino es trocha, entonces en el camino yo estaba adelante, entonces yo no sabía que en ese camino estaba la mina, entonces me fui, al llegar a la casa tenía que pasar una quebrada, me pasé, entonces me iba adelante y él se quedó atrás, me fui, no me di cuenta que pise la mina, pasó el accidente y eso fue todo.

			subir una peña o coger un caminito, entonces nosotros siempre andábamos por el monte cierto, no por el camino porque es peligroso pues para andar, entonces ese día arriesgamos porque ya estaba muy tarde y íbamos muy pesados y de pronto en esa peña se despelucaba alguno, entonces cambiamos la peña por el camino y ahí fue donde a las 4 de la tarde me pare en una mina, una mina de presión de jeringa, me pare en ella y me elevo por ahí ufff dos metros de profundidad y yo caí en el hueco, me elevo hacia arriba y caí, cuando caí yo me fui a parar. Yo no solté el fusil en ningún momento no lo solté, el fusil no. Entonces cuando me fui a parar me iba a parar con la izquierda, la derecha fue la que sufrió el accidente y cuando mande la derecha no tenía ya el pie, entonces me fui al piso, entonces ya me quede quietecito hay, ya llegaron los compañeros y me prestaron los primeros auxilios”	el muchacho me había contado que cuando el escuchó el sonido de la cosa él salió corriendo, y cuando el vio que yo estaba tirada, como allá entra señal, llamo a mi papá que si me sacaban para el municipio y de ahí me mandaron a remisión a Quibdó”