



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

**“De una nueva condición corporal a una nueva condición social:
amputación traumática e interacción social.”**

Presentan:

Arely Garrido Armenta
Juan Carlos Hurtado Aduna
Alejandro Galindo Machuca

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO(A) EN
PSICOLOGÍA SOCIAL**

Asesora:

Dra. Gloria Elizabeth García Hernández



**Dra. María Eugenia Reyes
Ramos**

Lectores:

Mtro. Jesús Manzano Caudillo

México D.F., Julio de 2014.

“Pies, para que los quiero si tengo alas para volar.”

Frida Kahlo.

Índice

Introducción.....	5
CAPÍTULO 1. LA AMPUTACIÓN	8
1.1 ¿Qué es la amputación?	8
1.1.1 Clasificación de las amputaciones	10
1.1.2 La amputación como discapacidad.....	11
1.1.2.1 La discapacidad en México	20
1.1.3 La amputación desde la rehabilitación.	22
1.1.3.1 La prótesis en el proceso de rehabilitación.....	24
1.1.3.2 Adaptación y ajuste psicosocial a la amputación	26
1.1.3.3 Medidas del ajuste psicosocial	27
1.2 Consecuencias de la amputación	31
1.2.1 Consecuencias psicológicas de la amputación	31
1.2.2 Consecuencias sociales de la amputación como discapacidad.....	33
1.2.2.1. Discapacidad y sexualidad	33
1.2.2.2 Actividad laboral	37
1.3 El cuerpo en la interacción social.....	39
1.3.1 Imagen corporal.....	42
1.3.2 Cambios corporales inesperados	44
1.3.3 Cuerpo y estigma.....	46
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	54
2.1. Justificación.....	54
2.2. Planteamiento del problema	54
2.3. Objetivo general	55
2.3.1. Objetivos particulares.....	55
2.4. Pregunta general de investigación.	56
2.4.1. Preguntas secundarias de investigación.....	56
2.5. Supuestos metodológicos	56
2.6. Diseño metodológico.....	56
2.7 Trabajo de campo	58

CAPÍTULO 3. IMPLICACIONES DE LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.....	68
3.1 Descripción de los casos.....	68
3.2 Tipos de accidente	73
3.2 Del accidente a la incertidumbre: el proceso de pérdida	76
3.2.1 Explicaciones del accidente.....	76
3.3.2 La incertidumbre ante la amputación	80
3.3.3 Preocupaciones derivadas de la pérdida.	82
3.4 De una nueva condición corporal a una nueva condición social.....	83
3.4.1 La nueva condición: entre la discapacidad y la normalidad.....	87
3.4.2. La mirada del otro: entre el rechazo y la aceptación.	89
3.4.3. Movilidad: un reto de la nueva condición	92
3.5 Reconstruyendo el significado: empezando una nueva vida.....	98
3.5.1 Del apoyo a la dependencia y la búsqueda de la autonomía.	98
3.5.2 Experimentando la sexualidad.....	101
3.5.3 Pérdida, búsqueda y empleo actual.....	105
3.5.4. En busca del cuerpo completo: el uso de prótesis	110
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	116
BIBLIOGRAFÍA	125
BIBLIOGRAFÍA EN LÍNEA.....	128
ANEXO 1	131
ANEXO 2	132

Introducción

El tema de la amputación traumática ha sido ampliamente abordado desde el enfoque médico. Los principales estudios realizados sobre el tema abordan cuestiones de rehabilitación física, dejando de lado las cuestiones sociales.

Abordar este fenómeno desde la psicología social es de gran relevancia, ya que el principal interés de la investigación es el proceso de la interacción social posterior a haber perdido alguna extremidad, así como la manera en que estas nuevas interacciones sociales modifican la experiencia social de las personas amputadas y la concepción que tienen de sí mismos.

La amputación traumática, al ser un evento inesperado y no previsible, presenta un nuevo escenario para el que no se ha tenido un proceso de asimilación y paulatina aceptación, el cambio es drástico y de gran impacto, de esta forma la amputación genera en las personas una condición social de discapacidad, lo cual puede modificar sus relaciones sociales preexistentes y se convierte en un determinante para sus futuras interacciones.

Esta investigación aborda el tema de la amputación traumática desde una perspectiva psicosocial, en donde la experiencia de los sujetos es de vital importancia, ya que a partir de ésta podemos explorar el fenómeno social de la amputación traumática y entender las implicaciones sociales que esta pérdida corporal trae consigo, ya que el cuerpo al ser un medio de significación establece muchas de las pautas para la interacción social.

El cuerpo al ser un vehículo de socialización y consecuentemente de transmisión de significados se vuelve parte importante para las personas amputadas en sus procesos de interacción, pues condiciona de antemano sus relaciones; los estereotipos y estigmas caen fuertemente en la parte corporal.

Esta investigación presenta tres apartados centrales. En el primer apartado se expone una breve revisión de la literatura en torno al tema de interés. Se mencionan investigaciones donde se aborda el tema de la amputación, cabe mencionar que las principales investigaciones en nuestro país referentes al tema son desde una perspectiva médica y de rehabilitación.

También se exponen investigaciones que abordan el tema de la amputación como discapacidad, por lo cual se hace una breve revisión sobre el modelo médico y social de la discapacidad.

Con base en la revisión de la literatura se exponen las principales consecuencias de la amputación: psicológicas, físicas y sociales. Dentro de las psicológicas se habla sobre cambios de identidad. Respecto a las físicas se expone la cuestión del trabajo, la sexualidad, el cuerpo y la corporeidad, la imagen corporal y los cambios corporales inesperados. Por último se habla de las consecuencias sociales de la amputación, en donde se menciona la aportación de Goffman sobre el estigma y se habla sobre la construcción de la normalidad y anormalidad que se asignan a las personas con alguna discapacidad.

El segundo apartado está destinado a exponer la parte metodológica de la investigación. Se presenta de manera ordenada lo referente a la metodología aplicada; la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, las preguntas de investigación general y particulares. Se mencionan los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para la selección de los informantes, se explica el diseño metodológico utilizado; donde se exponen las técnicas e instrumentos aplicados, por último se señala el proceso de sistematización y categorización que se realizó con la información recolectada.

En el tercer apartado se exponen los resultados y el análisis de los datos recabados. Este apartado abre con una descripción de lo que se realizó durante el trabajo de campo, se incluye una breve descripción de cada uno de los casos que fueron incorporados a la investigación, así como una tipología de los accidentes.

Este apartado está conformado por tres ejes principales que surgieron con base en la categorización realizada. El primero de ellos *Del accidente a la incertidumbre* incorpora las cuestiones referentes al accidente y las explicaciones del mismo, así como también la experiencia en torno a la pérdida corporal, es decir, a la decisión de la amputación.

En el segundo *De una nueva condición corporal a una nueva condición social*, se aborda lo referente al reconocimiento corporal que viene tras la amputación y las

implicaciones sociales que esto tiene, se habla también de la nueva condición de discapacitados e implicaciones que tiene la pérdida corporal en cuanto a la movilidad, el desplazamiento y las interacciones con los demás.

En el apartado de *Reconstruyendo el significado: empezando una nueva vida*, se expone la experiencia de los sujetos en torno al apoyo social que reciben tras la pérdida corporal, así como su experiencia en lo que refiere al ámbito de la sexualidad, del trabajo y del uso de prótesis.

Por último se incluye un apartado en donde se exponen las conclusiones generales del trabajo, se hace mención de las limitantes que consideramos tiene esta investigación haciendo sugerencias para futuras investigaciones referentes al tema de la amputación traumática.

CAPÍTULO 1. LA AMPUTACIÓN

La amputación es el más antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos practicados por el hombre. Evidencias arqueológicas (cuchillos, sierras de hueso y piedras) junto a esqueletos cuyas extremidades seccionadas sugieren amputaciones rudimentarias y han sido ubicadas en el Neolítico. En muchas sociedades antiguas, presuntamente civilizadas, era común amputar una mano o un pie como castigo, esto todavía se hace en algunas culturas primitivas (De la Garza, 2009).

A lo largo de la historia, las amputaciones han pasado desde los propósitos punitivos hasta los terapéuticos, en el tratamiento se ha ido venciendo el dolor, la hemorragia y la infección, así como perfeccionándose las técnicas de rehabilitación y prótesis, consolidándose como un método seguro para las personas que requieran esta operación. (De la Garza, 2009).

Durante mucho tiempo el término amputación fue sinónimo de la pérdida de cualquier segmento corporal, en la actualidad sólo se relaciona con la eliminación de una extremidad, ya sea en forma segmentaria o completa (De la Garza, 2009).

1.1 ¿Qué es la amputación?

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra amputación proviene del latín *amputatio*, que significa separación de un miembro o parte del mismo.¹ Las definiciones que se hacen de la amputación giran principalmente en torno al ámbito médico, y aunque con mínimas diferencias –unas más precisas que otras- tienden a considerar los mismos elementos.

La amputación de un miembro es un procedimiento quirúrgico que resulta de una condición médica grave, como la diabetes, trauma o neoplasmas. Se ha descrito como un evento asociado por lo general, con varios cambios en la vida de las personas, ya que afecta el bienestar, la calidad de vida y la autonomía; la ansiedad, la depresión, la ansiedad de la

¹El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española[en línea] <http://lema.rae.es/drae/?val=amputacion>

imagen corporal y el malestar social, se han señalado como consecuencias frecuentes de la amputación de una extremidad. (Moxey, 2010, citado por Senra, Oliveira, Leal y Vieira, 2011).

King (2003), define la amputación como: la remoción de un miembro, parte de un miembro, o de cualquier otra parte del cuerpo por lo general esto se hace por medio de cirugía². La amputación puede realizarse tanto en las extremidades superiores como en las inferiores. El miembro superior comprende el brazo, el antebrazo y la mano, mientras que el miembro inferior consta de tres segmentos funcionales: el muslo, la pierna (rodilla, la tibia y el peroné) y los pies (King, 2003).

Las causas de la amputación de las extremidades inferiores son muy diversas, pueden ser por afecciones vasculares, consecuencias de heridas, tumores malignos, infecciones, malformaciones congénitas o accidentes. Sin embargo, la mayoría de las amputaciones de miembros inferiores se deben a trastornos del riego sanguíneo arterial, entre ellas cabe incluir la obstrucción arterial y la debilidad venosa permanente (insuficiencia venosa crónica) así como otras inflamaciones vasculares crónicas³.

El término amputación considerado desde la cirugía, es entendido como el retiro de un órgano o parte de él, situado en una extremidad, por lo que, se refiere a la simple remoción de los miembros. El concepto actual es de cirugía reconstructiva y no de simple retirada (De Oliveira, Ginslaine y Roseira, 2007).

A nivel mundial faltan estadísticas oficiales respecto a las personas con amputaciones; *The Columbia Británica Podiatric Medical Association* informa que más de 1.000 amputaciones ocurren anualmente en la Columbia, Canadá. (King, 2003).

²Traducción realizada por los autores.

³Consultar: La O Ramos, Raidel y Baryolo, Alfredo. Rehabilitación del amputado del miembro inferior. *Medicina de rehabilitación Cubana*. [En línea]. 2005,15 de Septiembre. [Consulta: 30-10-2013] Disponible en: <<http://rehabilitacion.sld.cu>>. También disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/54817668/Manual-de-Amputados>>

Por otro lado, se calcula que en los Estados Unidos 1,6 millones de personas viven sin un miembro, se observó que este resultado está asociado al aumento de diabetes y de la población de adultos mayores, se prevé que para el año 2050 esta cifra aumente aproximadamente a 3,6 millones de personas (King, 2003).

King (2003) citando a Kejlaa (1992), Rybarczyk y Behel (2008), afirma que las amputaciones de extremidades inferiores se producen en mayor medida que las amputaciones de extremidades superiores⁴, conforme a ello considera que es importante realizar más estudios que tomen en cuenta la amputación de miembros superiores.

1.1.1 Clasificación de las amputaciones

Existen diversas clasificaciones de las amputaciones, entre las que destacan las que tienen relación con el mecanismo de producción y las relacionadas con la causa.

Como señalan La O Ramos y Baryolo en el Manual de Amputados (2005), existen dos tipos de amputación relacionados al mecanismo de producción que son:

- a) Amputación primaria o traumática. Es aquella producida por un agente traumático.
- b) Amputación secundaria o quirúrgica. Es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico.

Por otro lado De Oliveira (2007) hace la clasificación de las amputaciones en relación a la causa de la misma, puede ser por:

- a) Enfermedades
- b) Traumatismos
- c) Tumores

⁴King citando a autores como Gallagher, O'Donovan, Doyle, y Desmond, (2011); Datta, Selvarajah y Davey (2004); Jones y Davidson (1995), y Kejlaa (1992) investigaron cómo los individuos se desenvuelven en el empleo después de la amputación del miembro superior. King también revisa otros estudios (Desmond y MacLachlan, 2010; Hanle y etal, 2009; Kooijman, Dijkstra, Geertzen, Elzinga, y Vander Schans, 2000) y las dificultades psicosociales, como la depresión y la ansiedad Desmond, 2007), sobre la pérdida de miembros superiores los investigadores se han centrado en el dolor.

A pesar de que existen diversas clasificaciones y tipos de amputación, en nuestra investigación tomaremos en cuenta sólo los casos por amputación traumática o primaria.

La amputación traumática es entendida por Sandí (2002), como la pérdida parcial o total de uno o varios de los miembros del cuerpo, generalmente un dedo de la mano o del pie, o bien un brazo o una pierna; ello debido principalmente a un accidente automovilístico o laboral.

Debe entenderse que el impacto de una amputación traumática, varía según la edad de la persona. Ello, producto del desarrollo cognitivo, ya que esto genera diferentes visiones de lo que es una amputación (Retana, 2007).

1.1.2 La amputación como discapacidad.

Debido a las deficiencias y limitaciones físicas y sociales que acompañan a las personas que han atravesado algún tipo de amputación son consideradas por diferentes instituciones y por la sociedad misma como personas discapacitadas.

Los estudios enfocados al tema de la discapacidad han sido abordados tradicionalmente desde la medicina y la rehabilitación. Los trabajos que toman a la discapacidad como un fenómeno social son relativamente nuevos en el contexto latinoamericano, a diferencia de Inglaterra y Canadá donde los estudios sociológicos han abordado el tema desde hace tiempo (González, 1978).

La psicología se ha interesado sobre la discapacidad abordando el tema desde una perspectiva clínica, siendo en las últimas dos décadas cuando algunos psicólogos y sociólogos se han interesado por abordar el tema de la discapacidad desde sus perspectivas.

Frente al tema de la discapacidad se han planteado diversos paradigmas y diversas posturas, con la finalidad de definir y entender su funcionamiento en cuanto a sus características médicas y sociales.

En este espacio se abordarán algunos referentes teóricos así como sus paradigmas acerca de la discapacidad, y algunas investigaciones (Retana, 2007; Horgan y MacLachlan,

2004; Mendoza, Reyes y Reyna, 2009), que han tratado el tema de la amputación directamente como una discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. En una ubicación general de la discapacidad considera tres grandes categorías; la discapacidad mental o cognitiva, la discapacidad sensorial y la discapacidad física.

Cuando se habla de discapacidad cognitiva se hace referencia a una condición de la persona que se caracteriza por una disminución de su capacidad intelectual o del conocimiento. (OMS, 2011)

La discapacidad mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. Esta organización también menciona que las personas con discapacidad mental se encuentran entre los grupos más marginados en los países en desarrollo, pese a que estos se han comprometido a centrar su labor en los miembros más vulnerables de la comunidad, la mayoría de los programas siguen desatendiendo y excluyendo a este grupo.(OMS, 2011)

Dentro de la categoría de la discapacidad sensorial, se encuentra la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos, por ejemplo los problemas en la comunicación y el lenguaje (OMS, 2011).

Respecto de la discapacidad física, la OMS (2011) menciona que ésta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

México ha tomado en esencia las definiciones que da la OMS, aunque define por separado la discapacidad mental de la intelectual, así, el reglamento de la Ley General para

la Inclusión de las Personas con Discapacidad (RLIPD)⁵ en su artículo primero da una definición de las discapacidades.

La RLIPD (2012) entiende la discapacidad física como una secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, provocando alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Hernández (2010), considera la amputación traumática como una discapacidad física, por definirla como una limitación o falta de control de los movimientos, la funcionalidad y la sensibilidad, lo que impide realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma. Los principales problemas que puede generar la discapacidad física son: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, fuerza reducida y dificultad con la motricidad, fina y gruesa.

En las categorizaciones de la discapacidad diversos autores (Barnes, 2009; Edler, 2009; Retana, 2007), subrayan la existencia de dos modelos de la discapacidad; el modelo médico y el modelo social. Barnes (2009) llama ortodoxa a la definición médica de la discapacidad, califica como individualista y radical al modelo social.

Para entender el modelo médico, Barnes (2009) se basa en la definición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)⁶ que define a la discapacidad como “cualquier restricción o inhabilidad (que resultan de una deficiencia) en la capacidad para realizar una actividad en la forma –que se considera normal para un ser humano.” (CIDDM, 1980; citado por Barnes, 2009: p.103.)

Ante esta definición del CIDDM Barnes (2009) critica esta tipología por considerar que las deficiencias son la causa primaria de la discapacidad. Barnes considera con esta

⁵Para revisar la legislación completa consultar el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [en línea] <http://www.conadis.salud.gob.mx/>

⁶La Clasificación Internacional de Deficiencias y Minusvalías (CIDDM), surge por medio de la Organización Mundial de la Salud, en 1980, en respuesta a las crecientes exigencias en el nivel internacional de una clarificación de la terminología específica de las personas con discapacidad. (Barnes, 2009: [p.103.]

definición que “las personas con discapacidad se ven convertidas en objetos que hay que curar, tratar, entrenar, cambiar y “normalizar” de acuerdo con una serie particular de valores culturales. (Barnes, 2009: p.104.)

Barnes desde el enfoque del modelo social de la discapacidad explica: “Así, la “discapacidad” no es el producto de las fallas personales, sino que ha sido creada socialmente; las formas de explicar de su carácter cambiante se encuentran en la organización y las estructuras de la sociedad.” (Barnes, 2009: p.111.)

En este sentido el autor considera que el modelo social de la discapacidad se funda en la experiencia colectiva e individual de las personas con discapacidad, sin dejar de lado las cuestiones referentes a la deficiencia, más bien afirma, “es un intento combinado de enfocar sin ambigüedades las múltiples y muy reales penalidades impuestas a las personas cuyas condiciones biológicas se consideran socialmente inaceptables, a fin de posibilitar un cambio estructural y cultural, un cambio radical.” (Barnes, 2009: p.112.)

Por su parte Edler (2009) considera que el modelo médico de la discapacidad da mayor énfasis a la patología, la perspectiva se basa en las lesiones de las partes corporales que llevan a la incapacidad, pues en este modelo colocan a la persona en desventaja frente a las exigencias sociales.

En cuanto al modelo social de la discapacidad Edler (2009) considera que pone énfasis en explicitar que la discapacidad no es un atributo del sujeto, sino una experiencia resultado de la interacción entre sus características personales y las condiciones de su sociedad. Edler explica que el modelo social “transfiere el concepto de la discapacidad, pasándolo de su ubicación en el individuo a su interacción en la sociedad; entiende la discapacidad como una experiencia del sujeto, en vez de una lesión que lo inscribe en la categoría de los divergentes.” (Edler, 2009: p.148.)

El modelo médico según Retana (2007), considera la discapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

El modelo social de la discapacidad es considerado como un problema creado socialmente y como una cuestión de integración de las personas en la sociedad, donde la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, creadas en el ambiente social (Retana, 2007).

Edler (2009) se interesa por conocer la importancia de los sentimientos de rechazo provocados por la discapacidad, la cual coloca a las personas en las categorías de “no sanas”. La autora plantea que cuando es cuestión de clasificar a los individuos con base en la normalidad, se puede hacer uso de la dialéctica entre el modelo médico y social⁷.

Edler (2009) también señala la importancia de especificar y dejar en claro las definiciones y los diferentes tratos que se les da a las personas con discapacidad; pues es así como prevalecen en varios momentos históricos, los sentimientos de rechazo y caridad, ante las personas con discapacidades.

Cabe mencionar que Barton (2009) reconoce la existencia de barreras institucionales, ideológicas, estructurales y materiales, donde habla del fundamento del modelo social de la discapacidad. Afirma que las barreras contribuyen colectivamente a la marginación, desposeimiento y exclusión de las personas discapacitadas.

Es alrededor de los años ochenta cuando comienza la re-conceptualización de la discapacidad, donde ya no es analizada como un problema de salud o como tragedia individual, sino como la relación del actor principal con su sociedad. Las investigaciones sociales y las movilizaciones en torno a ellas, dan lugar a la integración del modelo social para explicar y comprender la discapacidad.

En respuesta a estos dos modelos institucionalizados, han surgido movilizaciones⁸ de personas con discapacidades que buscan una definición integral de su condición, que vaya más allá de los argumentos médicos y sociales tradicionales.

⁷Ambos modelos intentan explicar y categorizar la incapacidad y la discapacidad, el primero dándole prioridad a las cuestiones patológicas y el segundo a la interacción del sujeto con la sociedad.

⁸Uno de los movimientos por los derechos de los discapacitados más destacados es conocido como Cripples Movement (La teoría de los tullidos), desarrollado en Alemania alrededor de los años 80's, el cual según Osornio (2013), ha establecido líneas de acción oponiéndose a la forma de colocar en categoría de inservibles

Barnes (2009), expone los efectos que han tenido las movilizaciones más importantes de algunos activistas británicos⁹, con base en un análisis sociopolítico de la propia discapacidad. Afirma que uno de los efectos que han tenido las movilizaciones entorno a la discapacidad es haber generado un amplio conjunto de iniciativas de programas públicos que cuestionan de alguna manera la perspectiva tradicional respecto a la discapacidad y los programas públicos dirigidos a ellos

En el Reino Unido, por ejemplo, explica Barnes (2009) se han incluido servicios públicos, centros de información, redes de apoyo y programas de asistencia personal, dirigidos por discapacitados, así como programas que promueven la comprensión de la discapacidad. Otro desarrollo que han impulsado las movilizaciones de discapacitados son movimientos artísticos de las personas con discapacidad, la creación de actividades culturales, donde participan personas con discapacidad y sin discapacidad de manera conjunta. (Barnes, 2009). Finalmente las iniciativas y movilizaciones:

“...han acelerado la demanda de una nueva especie de profesionales que, en vez de aliarse con la medicina y de responder ante las instituciones médicas-y las ideologías y organizaciones profesionales asociadas-, se alíen con, y respondan ante, la comunidad discapacitada.”(Finkelstein, 1999, citado por Barnes, 2009: p. 122)

Barnes (2009) muestra la manera en que diversos grupos de activistas británicos se movilizan para hacer valer sus derechos y lograr con ello algunos beneficios, aunque los alcances de estas movilizaciones son limitados.

Barton (2009), sugiere que las dimensiones colectivas deben plantear la importancia de la situación presente y futura del movimiento de los discapacitados, criticando a la histórica concepción de la caridad, conmisericordia y dependencia hacia los discapacitados.

Barton (2009) también estudia los logros de los activistas con alguna discapacidad, y afirma que es importante luchar por la identificación del discapacitado, en cuanto a la definición de su condición, ya que considera que la forma en que se define la discapacidad es trascendental en el sentido en que el lenguaje usado para definirla es el que nos hace

a los cuerpos diferentes; la lucha por mejores condiciones y el trato en los hospitales y centros médicos como demanda al abuso de poder por parte del sector salud sobre los menos favorecidos (Osornio, 2013).

⁹Por ejemplo: Centers for Independent, Integrated, or Inclusive Living (CIL), Disabled People's International (DPI) y La Unión de Personas Físicamente Deficientes contra la Segregación (UPIAS)

reflexionar sobre su estado e influye en nuestras expectativas respecto a ellas. En este sentido el autor considera que el reto primordial para las personas con discapacidad reside en su identificación.

Broyna (2006) considera que la mayoría de los profesionales dedicados a la rehabilitación acotan sus alcances en aspectos del cuerpo y la mente de las personas, ante esto los avances de la rehabilitación se limitan en una sociedad que no termina por aceptar al diferente, que discrimina, que excluye, desvaloriza y segrega. Ante ello, al menos en México y América Latina no existen movilizaciones o iniciativas en apoyo a las personas con discapacidad. Enseñados por el conformismo y la sumisión, las personas y familias, asumen la discapacidad como algo que les tocó vivir y se hacen cargo de ello, sin la mínima intención de movilizarse; asumiéndolo como un problema individual, así por el momento la sociedad no planea dejar de excluir, discriminar y desvalorizar a estas personas.

En su planteamiento Broyna (2006) expone:

“...la discapacidad no es una condición a curar, a completar o reparar: es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo). La discapacidad toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea” (p.2).

Entonces Broyna (2006) entiende la discapacidad como una creación social, que adquiere significado en una situación relacional, situada en una perspectiva como un evento situacional. La autora asume la discapacidad como un espacio contingente y arbitrario asignado a las personas con discapacidad, lo que permite que aumente o disminuya la situación de desventaja en función de su contexto social y económico.

Broyna (2006) ante su definición de la discapacidad como una construcción social sugiere habilitar a la sociedad para asumir y reconocer la multiplicidad y diversidad que la compone y la enriquece. La autora plantea la necesidad que requiere el estudio de la discapacidad, “...sea un espacio interdisciplinario: antropólogos, filósofos, periodistas, abogados, sociólogos, artistas, arquitectos, politólogos...y obviamente educadores y profesionales de la salud” (p.7). Concluye que la discapacidad demanda la necesidad de evaluar, analizar, criticar, estudiar mucho más que el cuerpo o la mente de un sujeto.

Almeida, Angelino, Fernández, Kipen, Lipschitz, Sánchez, Spadillero, Vallejos y Zuttió. (2005), debaten el estudio y concepción de la discapacidad es acerca de su comprensión como diferencia y como diversidad. Por su dimensión política e histórica la discapacidad puede entenderse como una producción social que se sostiene en relaciones de asimetría y desigualdad.

Almeida, Angelino, Fernández, Kipen, Lipschitz, Sánchez, Spadillero, Vallejos y Zuttió (2005) afirman que las diferencias que tiene la construcción del otro como diferente, están sustentadas en el darwinismo social, siendo el otro el que se aleja y distingue de uno mismo, convirtiéndose así como distinto. Los autores plantean que la diferencia es la distancia de lo ajeno con respecto a lo mismo, la diferencia supone una noción de aquello que le falta al otro para ser uno mismo, es decir afirman los autores que la diferencia es la distancia entre la otredad y la mismidad.

La discapacidad se define entonces a partir de detectar una carencia, una falta, o una diferencia, donde se enfatizan los límites, es decir aquello que la otra persona no puede hacer, siendo esta una expresión de ruptura de una idea de humano completo. Así es como desde esta perspectiva la discapacidad se deslinda de ser una construcción social y se entiende como un fenómeno individual, de origen biológico. (Almeida, Angelino, Fernández, Kipen, Lipschitz, Sánchez, Spadillero, Vallejos y Zuttió, 2005).

Osornio (2013) afirma que en México las políticas públicas albergan un espacio para discapacitados, mujeres y niños, pero desde una repercusión del estado-benefactor, con políticas que no solucionan el problema de raíz, sino que proporcionan cierto tipo de servicios o herramientas que dan oportunidades superficiales y poco reflexivas sobre las verdaderas necesidades de las comunidades de discapacitados marginadas.

Hasta ahora en México no existe registro de movilizaciones sociales que luchen por los derechos jurídicos y sociales de las personas discapacitadas, por lo que los avances legislativos en cuanto al tema de la discapacidad no son como lo ha sido en Europa y Norteamérica.

Aunque no se han registrado manifestaciones en México que luchen por los derechos de los discapacitados cabe mencionar que en abril del presente año se registró una

movilización de hondureños en la ciudad de México donde los protagonistas son personas con amputaciones traumáticas, debido a accidentes causados por ataques en los trenes de este país.

Estas movilizaciones se organizaron mediante La Asociación de Migrantes Retornados con Discapacidad (AMIREDIS), que surge en el año 2006, motivados por el movimiento de mujeres con familiares migrantes desaparecidos en México. Organizada por personas migrantes con extremidades amputadas por el tren mexicano, o mejor conocido entre ellos como “La Bestia”. Las cifras de migrantes en Honduras con amputaciones es de 452 que sufrieron amputaciones por ataques en los trenes en México. Honduras tiene el número más alto de víctimas de América Central (Palencia, 2014).

Apoyados por activistas de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), los hondureños se transportan en autobús, aunque viajan con carencias económicas, mismas que cuando pretendían llegar a Estados Unidos, pero con otras dificultades (JGL, 2014, 9 de abril).

Estas personas buscan reivindicar los derechos de los migrantes que se accidentan en México, mientras intentan llegar a Estados Unidos. El objetivo de dicha movilización fue denunciar presencialmente, con su experiencia, las condiciones violentas y de muerte que se enfrentan los migrantes mientras buscan llegar a Estados Unidos. Ante ello el Gobierno de México concedió 15 visas humanitarias a hondureños en esta situación (JGL, 2014 6 de abril).

Esta movilización a pesar de ser aislada en el caso de México, en cuanto a sus condiciones, resulta relevante por la situación de los participantes, aun así no repercute directamente en beneficiar los derechos de las personas con discapacidad, sino más bien responde a una exigencia humanitaria.

En este apartado se ha hecho una revisión de las conceptualizaciones teóricas más importantes en cuanto al tema de la discapacidad, abordando principalmente el modelo médico y el modelo social. Esta revisión es prudente para reconocer y ubicar desde una perspectiva social la discapacidad, adquiriendo sentido en esta investigación, que comúnmente puede ser vista desde una perspectiva médica. Es así como nos ubicamos

desde un enfoque social en un terreno donde la sociedad juega un papel importante para el desarrollo, asimilación y clasificación de las personas, en este caso, con un cuerpo diferente, como discapacitadas.

1.1.2.1 La discapacidad en México

En México, Hernández (2010) hace una descripción histórica acerca de la discapacidad, con el fin de comprender cuales son los procesos sociales que acompañan la significación y re significación de la discapacidad, creando una definición social de esta en un contexto latinoamericano.

Las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2010), señalan que en México hay 5 millones 739 mil 270 personas con discapacidad, es decir el 5.1% de la población mexicana.

El INEGI (2013) consideró para el censo del 2010 siete categorías para clasificar la discapacidad, según las dificultades para realizar actividades, que son: dificultad para caminar y moverse (58.3%), dificultad para ver (27.2%), dificultad para escuchar (12.1%), dificultad mental (8.5%), dificultad para hablar o comunicarse (8.3%), dificultad para atender el cuidado personal (5.5%) y dificultad para poner atención o aprender (4.4%).¹⁰

Según el INEGI (2013) las dos principales causas de limitación en la actividad son por enfermedad (42.5% de las mujeres y 36.2% de los hombres discapacitados/os), y por edad avanzada (25.9% mujeres y 20.2% hombres).

La causa que presenta la brecha más amplia entre mujeres y hombres es por accidente, que es el origen de la limitación en la actividad de 11.3% en las mujeres y 18.8% en los hombres, es decir, que 23 de cada 100 hombres son discapacitados por accidente, y en las mujeres la relación se reduce a 11 de cada 100 (INEGI, 2013).

Con la intención de colocar en un plano de igualdad a los que poseen una deficiencia física o mental y a quienes tienen el privilegio total de su cuerpo, se han creado

¹⁰INEGI [en línea]<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx> (consultado 2 de noviembre de 2013)

normas que tienden a proteger y fomentar los derechos de los discapacitados. Entre 1992 y 1999 se decretaron leyes en todas las entidades federativas con la finalidad de defender los derechos ciudadanos de las personas y promover su integración a la sociedad (Inmujeres, 2002).

Así mismo, se han llevado a cabo reformas y adiciones a algunas leyes del país para promover la integración de las personas con discapacidad dentro de la sociedad en igualdad de oportunidad (Inmujeres, 2002).

Actualmente, en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹¹ se reconoce a las y a los discapacitados como a las personas con capacidades diferentes, protegiendo y tutelando todos sus derechos. Esta necesidad regulatoria marca la discriminación y el detrimento que las personas discapacitadas tienen en el goce de las garantías y derechos humanos considerados en dicho artículo.

Otras leyes en favor de las personas con discapacidad, por ejemplo La Ley General para las Personas con Discapacidad (LGPD), y su reglamento, que en sus 60 artículos busca establecer las condiciones que el Estado deberá promover, proteger para asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. La LGPD entró en vigor en marzo del 2011, y fue creada para fortalecer los tratados internacionales que México firmó en favor de las personas con discapacidad¹².

También se creó el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, cuyo objeto es asegurar el cumplimiento de los derechos de las Personas con Discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena. De esta forma es el órgano encargado de crear políticas públicas en favor de la discapacidad.

¹¹Art. 1. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

¹²Compendio Internacional de legislación sobre discapacidad - Marco Internacional, Interamericano y de América Latina [en línea] <http://www.conadis.salud.gob.mx/>

Compartimos la idea de los autores aquí expuestos sobre las concepciones sociales de la discapacidad, asumiendo que esta es una construcción social, que crea y reproduce impedimentos en las personas con condiciones corporales diferentes, atribuyéndoles una serie de barreras en su integración, desarrollo y consideración en la sociedad. Es la sociedad misma que imposibilita la integración en los espacios públicos, acentuando aún más la exclusión social. De esta forma la discapacidad no es una instancia individual que debe ser aislada sino es una consecuencia social basada en la idea de normalidad.

1.1.3 La amputación desde la rehabilitación.

Muchos de los estudios e investigaciones (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan y MacLachlan, 2004; Saradjian, Thompson y Datta, 2008; Wald y Alvaro, 2004) que se han realizado en torno a las amputaciones, han sido desde el campo de la rehabilitación, pues se busca estudiar las variables físicas que permitan mejorar el funcionamiento y el ajuste de la persona una vez que se ha dado la pérdida del miembro.

No obstante, en años recientes se ha incrementado el número de estudios diseñados para examinar el rol socio-demográfico, de las personas con discapacidad, y particularmente de los factores psicosociales; esto con la finalidad de dar otro enfoque a los estudios de rehabilitación, donde comience a entenderse como una rehabilitación integral, tomando en cuenta las adaptaciones sociales y no únicamente las cuestiones funcionales (Hamill, Carson y Dorahy, 2010).

Algunas de las investigaciones sobre la amputación que se han realizado desde la rehabilitación en países, como en Canadá e Inglaterra (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan, y MacLachlan, 2004; King, 2003; Saradjian, Thompson y Datta, 2008) han sugerido que la rehabilitación debe ir enfocada a las adaptaciones sociales, y no solamente a las cuestiones de la depresión, ansiedad e imagen corporal; sino que el proceso de rehabilitación debe ser holístico y multidisciplinar donde es fundamental tomar en consideración las cuestiones sociales.

Las investigaciones que se han enfocado en las variables físicas, han arrojado fuerte evidencia empírica de que el dolor de miembro fantasma y el dolor de miembro residual –

las dos reacciones de dolor más común después de una amputación- están significativamente correlacionados con el pobre ajuste psicológico y físico (Hamill, Carson y Dorahy, 2010).

En cuanto a los factores demográficos, algunos estudios han encontrado que la edad es un factor significativo, pues los niños y los adultos mayores tienden a adaptarse mejor a la amputación que los adolescentes y adultos jóvenes (Hamill, Carson y Dorahy, 2010)

Los temas ampliamente estudiados desde el campo de la rehabilitación han sido: las adaptaciones a la vida social y laboral; los efectos de los ajustes de variables físicas, los vínculos que se crean en las terapias y fuera de estas; la experiencia de los sujetos en su cotidianidad a partir de la rehabilitación y el uso de la prótesis (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan y MacLachlan, 2004; Saradjian, Thompson y Datta, 2008; Wald y Alvaro, 2004; King, 2003; Mendoza, Reyes y Reyna, 2009).

En México los estudios de rehabilitación de personas que padecen una amputación se han realizado principalmente en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)¹³, interesa la vivencia que ha atravesado el paciente amputado tanto dentro como fuera de la institución durante el proceso de rehabilitación, así como la manera en la que el INR facilita e influye en este proceso (Mendoza, Reyes y Reyna, 2009).

La rehabilitación que se brinda en el INR tiene como objetivo hacer funcional al paciente, para lo cual reciben diferentes terapias, entre ellas físicas, ocupacionales, psicológicas y la atención médica; el acto terapéutico dentro del INR consiste en que el propio paciente tome conciencia de su discapacidad.

Según algunas investigaciones realizadas en el INR, los pacientes perciben que la terapia física es la de mayor importancia y funcionalidad, pues esta puede llevar al éxito de uso de la prótesis. En cuanto a la terapia ocupacional los pacientes no le dan mucha

¹³En el año 2001 se da la fusión de tres Institutos de la Secretaría de Salud; el Instituto Nacional de Ortopedia, el Instituto de la Comunicación Humana y el Instituto de Medicina de Rehabilitación, dando lugar a la creación del Centro Nacional de Rehabilitación, que para el 2005 se convertiría en lo que hoy se conoce como el Instituto Nacional de Rehabilitación (Ángeles, 2013). El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), es una Institución única en su género en México y América Latina, cuya misión es abatir la incidencia de la discapacidad que generan en una importante proporción, los servicios de atención médica que reducen la mortalidad a expensas de dejar secuelas discapacitantes.

importancia y por último las terapias psicológicas son parciales debido a que los mismos pacientes no creen necesitarlas (Mendoza, Reyes y Reyna, 2009).

Las investigaciones destacan que los pacientes perciben que en el INR les brindan un buen servicio y trato, mucho mejor que en otras IMSS o del ISSSTE, en donde los servicios son criticados por su poca calidad humana (Mendoza, Reyes y Reyna, 2009).

1.1.3.1 La prótesis en el proceso de rehabilitación

Desde el modelo médico la rehabilitación de los pacientes amputados está muy vinculada al uso de la prótesis, ya que ésta ayuda al individuo, en cierta medida, a recuperar su funcionalidad y su independencia.

El objetivo de una prótesis es restaurar la imagen corporal y mejorar el funcionamiento de una manera cosméticamente aceptable, por lo que la instalación de un miembro artificial es una parte integral de la rehabilitación de los pacientes amputados, pues ésta facilita el proceso de ajuste (Saradjian, Thompson y Datta, 2008).

King (2003) define una prótesis como un dispositivo conectado al cuerpo en sustitución a un miembro, órgano u otra parte del cuerpo.

Saradjian, Thompson y Datta (2008) mencionan que una comprensión psicológica de usar prótesis es necesaria con el fin de ayudar a facilitar la rehabilitación, proponen que las investigaciones cualitativas podrían producir una comprensión más completa de estos temas.

Se ha constatado que los problemas más comunes relacionados con el uso de una prótesis son: las molestias por el calor y la sudoración que esta produce; y el dolor y malestar que causan las bridas que sujetan la prótesis en la piel. En ocasiones las prótesis sirven como un "comportamiento defensivo" de ocultamiento, lo cual permite y facilita la gestión de interacciones sociales, esto debido a que la prótesis da una apariencia de "normalidad (Saradjian, Thompson y Datta, 2008).

El uso de prótesis tiene varios aspectos importantes que van desde recuperar la imagen corporal hasta recuperar las funciones físicas; en todos los casos la prótesis

desempeña un papel importante en la facilitación de aparentar ser "normal", a las personas con amputaciones.

Sánchez y Rodríguez (2007) citados por Vargas y Villavicencio (2011) indican que sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y únicamente 30% de los rehabilitados saben usar adecuadamente sus aparatos y prótesis, las cuales son muy costosas, ya que en México pueden tener un valor hasta de 110 mil pesos.

El precio de las prótesis puede aumentar dependiendo de la calidad, del material y el diseño, llegando a tener un costo desde los 30 mil Euros o más. Por ejemplo, en Inglaterra Sophie de Oliveira Barata¹⁴ desarrolló un proyecto llamado *The Alternative Limb Project*, que ofrece un servicio personalizado y amistoso de prótesis únicas, con la finalidad de hacerlas parte del cuerpo o destacarlas como piezas de arte, reflejando la imaginación, personalidad e intereses del cliente.

Aunque la mayoría de las personas con amputaciones no usan prótesis, también existen quienes las usan de manera no convencional, como es el caso de Viktoria Modesta¹⁵, quien ha utilizado varias prótesis artísticas¹⁶ de Sophie de Oliveira Barata, lo que le permitió convertirse en una figura del espectáculo y vender un producto de consumo que a su vez vende una idea determinada de belleza femenina.

Se ha encontrado (Saradjian, Thompson y Datta, 2008) que en la mayoría de los casos la gente intenta ocultar su prótesis, pero existen situaciones en donde ésta se muestra

¹⁴Sophie de Oliveira Barata, estudió efectos especiales para cine y televisión en la Universidad de Artes en Londres. Trabajó durante 8 años como escultora de prótesis a la medida. Actualmente, Sophie trabaja como consultora especialista y produce prótesis con un enfoque artístico, buscando crear prótesis únicas, originales y personalizadas, con el fin de desviar la atención de la discapacidad. En palabras de la artista: "Con estas prótesis las personas llaman la atención a su discapacidad de una manera positiva... En lugar de la gente de ver lo que les hace falta, ellos ven lo que tienen". (McKenzie, 2013).

¹⁵Viktoria Modesta Moskalova nació en 1988. Una negligencia médica al nacer provocó que su pierna izquierda quedara dañada para siempre. En el año 2006, con solo 18 años Viktoria decidió que la amputación era la única solución a un sufrimiento creciente que no le permitía tener una vida normal. En 2007 fue sometida a una operación que amputaría su pierna izquierda por debajo de la rodilla. De forma inesperada, la extremidad que no tiene se ha convertido en una de sus señas de identidad y las prótesis que exhibe son obras de arte, biónicas, de diseño, con pequeños altavoces incorporados. Recuperado de: <http://www.wildstylemagazine.com/2011/12/pin-up-de-la-semana-viktoria-modesta.html>

¹⁶Ver anexo 1

y hasta se exhibe, intentado fijar en la sociedad un nuevo modo de ver el uso de estas prótesis.

Un ejemplo claro de ello, es el mencionado por Osornio (2013), donde expone el caso de Keira Roche, presidenta de *LimbPower*¹⁷, quien menciona que: “Perder una extremidad tiene un profundo impacto en la autoestima y en la imagen física, pero que tener una pierna preciosa y artesanal te hace sentir especial y valioso”.

De esta manera el uso o no de prótesis permite distinguir visualmente entre un cuerpo “sano” de uno “discapacitado” y pueden ser reapropiados como tecnologías políticas subversivas y contestarías, que lejos de identificar al cuerpo con una minusvalía, lo acerquen a un empoderamiento revolucionario sacándolo de la categoría de víctima (Osornio, 2013).

1.1.3.2 Adaptación y ajuste psicosocial a la amputación

Se ha constatado que el proceso de adaptación es multidimensional y único, está influenciado por la interacción entre los factores individuales y contextuales. En general el ajuste psicológico se produce poco a poco después de la lesión, aunque un número considerable de personas experimentan dificultades físicas y psicológicas duraderas. (Wald y Alvaro, 2004).

En las últimas décadas el campo de la rehabilitación ha reconocido la importancia de variables psicosociales en el ajuste de lesiones físicas (Shontz, 1975; Weight, 1960 citados por Wald y Alvaro, 2004), ya que estos factores juegan un papel aún más importante que las variables físicas.

En Europa, se ha incrementado el número de estudios diseñados para examinar el rol socio-demográfico y los factores de ajuste psicosocial. En la edición del 2004 de la

¹⁷*LimbPower* es una asociación creada en 2007 por Kiera Roche, que ofrece rehabilitación y organiza actividades deportivas con personas amputadas. Su misión es ofrecer alivio a los discapacitados físicos, ayudando en rehabilitación y la mejorando su calidad de vida por medio de los deportes y artes recreativas y competitivas. En el año 2008 para garantizar la continuidad de *LimbPower* Kiera Roche, David Hilton, Catherine Booth y Robert Barrett crearon los juegos del amputado –Deportes y Artes para discapacitados-, con el fin de utilizar el deporte en ayuda a la rehabilitación física, social y psicológica de los amputados y otras personas discapacitadas.

revista inglesa *Disability and Rehabilitation* se centra en una perspectiva psicosocial de la amputación y prótesis (Hamill, Carson y Dorahy, 2010).

El ajuste psicosocial es entendido como la respuesta adaptativa de un individuo a cambios significativos en la vida, donde hay que incluir variables físicas, sociodemográficas y psicosociales, por lo que se considera que la amputación está relacionada con estos cambios significativos de la vida (Hamill, Carson y Dorahy, 2010).

Desde los estudios en psicología y rehabilitación, se ha demostrado que los factores sociales se encuentran asociados con el ajuste psicosocial positivo, donde el apoyo social percibido por la persona amputada, ayuda al afrontamiento de la pérdida y genera una mayor satisfacción con la prótesis (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan, y MacLachlan., 2004).

El ajuste psicosocial que presentan las personas amputadas, ha sido estudiado principalmente desde la psicología clínica; pues este se ha medido considerando la reacción depresiva, la ansiedad, la ansiedad por la imagen corporal, la inconformidad por la funcionalidad social y por los cambios en el sentido de sí mismo y de la identidad, sin dejar fuera los datos sociodemográficos como la edad y el sexo (Horgan y MacLachan, 2004).

1.1.3.3 Medidas del ajuste psicosocial

La depresión es una de las variables psicológicas que permiten medir el ajuste psicosocial a la adaptación de la amputación. El estudio de esta variable apunta a que existe una constante en la depresión respecto al lapso de tiempo transcurrido después de la pérdida; la depresión suele ser muy común justo después de la amputación y hasta los dos años próximos, se ha demostrado que esta patología suele disminuir entre los dos y los diez años posteriores (Horgan y MacLachan, 2004).

Hay algunas pruebas (Fisher & Hanspal, 1998a; Livné, et al, 1999, citado por Wald y Alvaro, 2004) que sugieren que los adultos jóvenes con amputación traumática pueden tener un mayor riesgo de depresión, en comparación con las personas que sufren amputaciones vasculares o por alguna enfermedad.

La ansiedad y la imagen corporal son otras medidas del ajuste psicosocial; la adaptación al cambio en la imagen corporal es un tópico importante, pues al sufrir una modificación corporal se presenta ansiedad, la cual se relaciona con el cambio corporal de la persona amputada. (Horgan y MacLachan, 2004).

Se considera que la ansiedad es una respuesta normal al estrés, la cual es manifestada por sentimientos de nerviosismo o miedo, frecuentes pensamientos aterradores y variedad de respuestas físicas como aumento de ritmo cardiaco, sudor, dificultad para respirar y tensión muscular (Wald, y Alvaro, 2004).

Un factor que desencadena la ansiedad en la amputación es la incertidumbre sobre el alcance de la recuperación física y sobre el futuro del funcionamiento profesional, así como también las dificultades económicas de no poder trabajar tras la amputación suelen provocar estrés y por lo tanto ansiedad (Wald, y Alvaro, 2004).

Se ha demostrado que los síntomas de ansiedad suelen disminuir con el tiempo y sólo el 5.9% de las personas amputadas siguen teniéndolos después de los 18 meses de seguimiento, por lo que las reacciones de ansiedad tienden a reducir con el tiempo y estas son más evidentes en los jóvenes que en los adultos. (Wald, y Alvaro, 2004; Horgan y MacLachan, 2004).

Horgan y MacLachlan (2004) afirman que otra posible medida del ajuste psicosocial ante una amputación, es mediante el funcionamiento social, el cual generalmente se encuentra asociado con las limitaciones físicas y por la comparación social con los demás. Las personas amputadas suelen sentirse diferentes de los demás, por lo que se reportan experiencias sobre un trato distinto, ya que las personas que no poseen una discapacidad hacen suposiciones sobre la funcionalidad y limitación física de las personas amputadas, provocando un trato distinto y hasta cierto punto discriminatorio.

Además de las variables ya mencionadas que pueden medir el ajuste psicosocial, también existen algunos factores que se asocian a este; los principales factores son: la causa de la amputación, tiempo de la amputación, presencia de miembro fantasma, dolor en el muñón, uso prótesis, género, edad, estado civil y personalidad (Horgan, O. y MacLachan, M., 2004).

De esta forma la causa de la amputación tiene injerencia directa en la reacción de la persona amputada, se ha demostrado que en caso de la amputación traumática existe una negación de la pérdida del miembro; en cambio en la amputación por enfermedad es más común que se presente enojo y hostilidad (Horgan y MacLachan, 2004).

Se ha demostrado que el uso de un estilo de afrontamiento activo, la baja comparación social, el optimismo y la percepción de control sobre la discapacidad están significativamente correlacionados con la mejora del ajuste, por lo que el apoyo social y la integración son considerados factores claves en el proceso de ajuste (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan y MacLachan, 2004).

Horgan y MacLachan, (2004) realizaron un estudio cualitativo sobre el ajuste seguido de la amputación, los participantes fueron entrevistados algunos años después de la amputación, y encontraron que el ajuste y la adaptación generalmente mejoran con el tiempo.

Muchas de las personas que han pasado por una amputación, durante el proceso de ajuste manifiestan una resistencia a aceptar una nueva identidad de discapacitado, lo que genera ansiedad respecto a la imagen corporal; se ha demostrado que esta resistencia y ansiedad disminuyen cuando la experiencia de ajuste se lleva a cabo en un contexto social, donde la posibilidad de comparar situaciones entre otros individuos amputados es alta (Hamill, Carson y Dorahy, 2010).

De acuerdo con Wald y Alvaro (2004) la terapia de exposición es un tipo de terapia cognitivo conductual que ha demostrado ser uno de los tratamientos psicológicos más eficaces en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático y fobias traumáticas. En general, el tratamiento consiste en exponer al paciente al objeto o situación que teme en situaciones reales, que se llama exposición en vivo o se puede hacer a través de la imaginación, que se conoce como exposición imaginada

Este tipo de terapia proporciona un método gradual y sistemático para permitir que las personas amputadas, por accidente de trabajo, hagan frente a las señales relacionadas con el trauma, se puede administrar como una exposición imaginaria que implica la confrontación sistemática de recuerdos dolorosos del trauma usando la imaginación de la

persona. La exposición en vivo, implica recordatorios fuertes pero inofensivos del trauma que se evitan en la vida diaria (Wald y Alvaro, 2004).

De esta manera la mayor parte del ajuste psicosocial de las personas que han sufrido una amputación se ha entendido desde un modelo biopsicosocial relacionado con la vergüenza corporal (Saradjian, Thompson y Datta, 2008).

En México, los estudios relacionados con el tema de la rehabilitación de la amputación y el ajuste psicosocial se han enfocado a las cuestiones del desarrollo emocional, donde se pretende dar cuenta de la importancia de la educación emocional para que la persona pueda superar la pérdida del miembro, pues se justifica que el aspecto emocional es indispensable para el desarrollo humano (Retana, 2007).

Steiner, (1998, p. 34), citado por Retana (2007) define la educación emocional como “ser capaz de manejar las emociones de tal manera que se llegue a mejorar el desarrollo personal y la calidad de vida”. De este modo, afirma la autora que la educación emocional mejora las relaciones, crea una mayor posibilidad afectiva entre las personas, facilita el trabajo y el sentimiento de familia y de comunidad.

Retana (2007) menciona que el proceso de la educación emocional ayuda en las relaciones interpersonales, por medio del conocimiento de las emociones propias y de los otros, a la vez que contribuye con el manejo y superación de diversas crisis, como es el caso de una amputación traumática. La educación emocional es un medio por el cual las personas pueden potenciar sus habilidades emocionales que serán herramientas que les permitan enfrentar la inestabilidad emocional generada por una amputación traumática.

Señala Retana (2007) que el desarrollo de un proceso integral que permita a la persona superar la crisis por la que se está viviendo, debe estar relacionado con la salud, la familia, la sociedad, los aspectos laborales, espirituales y considerar de igual manera los aspectos emocionales, pues estos afectan el sistema relacional de la persona. El manejo de las emociones posibilita al individuo a un trabajo más cooperativo por medio del manejo de expresión de sentimientos, lo que incidirá en una búsqueda de transformación y cambio de su entorno, que le permita superar la inestabilidad emocional, construyendo un nuevo

proyecto de vida en el cual la discapacidad, a causa de la amputación, no sea un obstáculo que le impida realizarlo.

Retana (2007) afirma que el proceso de ajuste no es exclusivo de la persona amputada o discapacitada, como se ha demostrado en otros estudios, en los que se toman en cuenta variables psicológicas como la depresión y la ansiedad; al contrario, es un proceso en donde deben estar relacionados diversos escenarios como: la rehabilitación, la familia, lo laboral, los amigos, entre otros.

1.2 Consecuencias de la amputación

Se ha encontrado en diversas investigaciones (Hamill, Carson y Dorahy, 2010; Horgan y MacLachan, 2004; Saradjian, Thompson y Datta, 2008; Senra, Oliveira, Leal y Vieira, 2011; Wald y Alvaro 2004) que las amputaciones pueden traer consecuencias físicas, psicológicas y sociales en la vida de las personas.

Los estudios se han centrado en las consecuencias psicológicas impulsadas por el modelo clínico y psicoanalítico que encabezan las investigaciones sobre estudios sobre ansiedad, depresión, duelo y miembro fantasma. Por otro lado las consecuencias sociales han sido menos estudiadas, basándose generalmente en la condición de discapacidad, sexualidad y cuestiones laborales.

1.2.1 Consecuencias psicológicas de la amputación

Aunque cada individuo responde de manera única, existen consecuencias psicológicas comunes, dentro de las que se pueden incluir: depresión, ansiedad, síntomas de estrés-pos traumático, cuestiones de imagen corporal, estigmatización y cambios en la identidad del sí mismo y las funciones sociales.

En el campo de la psicología, se ha demostrado que las adaptaciones psicológicas giran en torno al uso de prótesis (Saradjian, Thompson y Datta, 2008), la adaptación a una imagen corporal (Senra, Oliveira, Leal y Vieira, 2011), y sus implicaciones emocionales (Retana, 2007).

Después de una amputación, los individuos deben adaptarse a los cambios en el funcionamiento físico y social e incorporarlos a un nuevo sentido de sí mismo y de la propia identidad, por lo que estos cambios, las limitaciones y la identidad están estrechamente relacionados (Horgan y MacLachlan, 2004).

Wald y Alvaro (2004), en su estudio sobre factores psicológicos en relación con amputaciones en el trabajo, afirman que este tipo de amputaciones están a menudo asociadas clínicamente, con secuelas psicológicas significativas.

En México, el estudio de la adaptación después de haber sufrido una amputación ha sido principalmente abordado desde la perspectiva psicoanalítica, ya que ésta permite que el paciente entre en un proceso terapéutico que le ayude a superar algunas de las complicaciones psicológicas que se presentan tras la amputación (Sierra y Manzo 2012).

En otros países como Inglaterra se propone que el proceso de la pérdida, debe ser tratado desde un enfoque psicológico, donde se deben tomar en cuenta los factores demográficos, y el rol de los factores psicosociales como puntos clave en el desarrollo de un ajuste positivo (Saradjian, Thompson y Datta, 2008).

Por ejemplo en cuanto a las afectaciones psicológicas, Horgan y MacLachlan (2004) mencionan que las personas que sufren algún tipo de amputación tienen que pasar por un proceso de adaptación, en el cual se da un cambio de identidad, adquiriéndose una nueva identidad de discapacitado.

En un estudio cualitativo sobre la experiencia de la imagen corporal y la rehabilitación Senra, Oliveira, Leal y Vieira (2011) mencionan que la mayoría de los estudios se basan en dos principales procesos de cambio de identidad de los pacientes amputados: las transformaciones en la imagen corporal individual y la personalización del proceso de prótesis. Propusieron un modelo dinámico de los cambios de identidad, el cual se compone de tres núcleos: el primero el contacto individual con la amputación y la conciencia de la discapacidad; el segundo los cambios en la identidad individual en varios dominios del ser y el tercero la encarnación final a la nueva identidad con consecuencias.

A partir del modelo que desarrollaron Senra, Oliveira, Leal y Vieira (2011) sugieren y concluyen tomar en cuenta no sólo la renegociación con la identidad y la lucha de aceptar una identidad de discapacitado, sino también tratar el ajuste como un proceso social, pues existen consecuencias positivas en la experiencia de ajuste si éste se lleva en un contexto social, ya que permite que los pacientes compartan situaciones y experiencias.

1.2.2 Consecuencias sociales de la amputación como discapacidad

La amputación de una extremidad tiene un amplio efecto sobre vida de las personas, puesto que pierden funciones y capacidades físicas que antes poseían. Se ha encontrado que la pérdida de un miembro repercute en la situación laboral y de ciertas actividades de la vida diaria (Saradijian, Thompson y Datta, 2008).

En otro estudio, Senra, Oliveira, Leal y Vieira (2011) señalan que los pacientes informaron de los cambios causados por la amputación, tanto en su vida interna como en la relacional; dificultades con las habilidades básicas y actividades diarias, pérdida de la independencia, sentimientos de inferioridad, cambios negativos en su vida profesional o laboral y cambios en su vida afectiva y sexual.

1.2.2.1. Discapacidad y sexualidad

La sexualidad es un tema relevante en todo ser humano y, como tal, también lo es en las personas con discapacidad; sin embargo, éste es un aspecto que con frecuencia no forma parte de la intervención profesional y en el que se aplican criterios y prejuicios sociales y personales.

Las personas con discapacidad muchas veces se enfrentan a dudas sobre su capacidad en el ámbito de la sexualidad, haciendo propios los estereotipos sobre la “asexualidad” de las personas con discapacidad (Inmujeres, 2002).

Alrededor de las personas que tienen alguna discapacidad se desarrollan mitos y prejuicios sexuales hacia los cuales la sociedad proyecta sus temores y aversiones, nos hemos olvidado que la sexualidad es un placer corporal y un goce subjetivo, manifiesto a través de la totalidad del ser humano (Torices, 2003). Existe la creencia de la imposibilidad

para tener relaciones sexuales cuando una persona esta discapacitada, lo que es una idea tabú; el funcionamiento no óptimo del cuerpo o de alguna parte de este no significa la pérdida de la capacidad de disfrutar la vida sexual (Villafranca, 2012).

Houston (2006) señala que la sexualidad no solo tiene que ver con el acto sexual, sino que también incluye un intercambio de emociones y sentimientos; afirma que las relaciones sexuales son una expresión física de nuestros sentimientos y emociones de las relaciones amorosas.

Villafranca (2012) menciona que cuando una persona tiene una relación de pareja y sufre una discapacidad física por accidente, enfermedad, cirugía u otras causas, a menudo la autoestima se ve dañada, siente miedo de sufrir el rechazo de su pareja, porque no posee un cuerpo completamente sano.

Rodríguez (1999) citado por Rodríguez (2010) afirma que la sexualidad y las actitudes que asumen los individuos frente a ella, están profundamente influenciados por la cultura, por lo que no se puede separar una de la otra.

Torices (2003) considera que el concepto de sexualidad puede provocar en las personas con discapacidad pensamientos de imposibilidad o frustración debido a la condición física o limitaciones que presentan, esto debido a que la sociedad suele atribuir a los conceptos de sexualidad y discapacidad los pensamientos de imposibilidad, frustración, retroceso, desinterés o vulnerabilidad.

Villafranca (2012) menciona que la amputación genera sentimientos de inferioridad, por lo que la autoestima sufre una caída fuerte, generando aislamiento social, señala que se necesitan formar más especialistas que aborden no solo el ámbito de lo médico-fisiológico, sino que también abarquen la esfera sexual en general, a fin de generar confianza y autoestima para poder relacionarse de manera adecuada con las demás personas.

Aunque la sexualidad puede ejercerse de manera normal al tener alguna discapacidad, se considera importante recurrir a profesionales de la educación sexual, pues la vida sexual no sólo puede afectar a la persona discapacitada, sino a su pareja y/o al tratar de buscar alguna (Villafranca, 2012).

Torices (2003) menciona que los profesionistas deben apoyar en la educación sexual de las personas con discapacidad para facilitar su proceso de rehabilitación sexual, considerando una serie de actividades y conocimientos.

La actividad sexual requiere una cierta práctica y destreza, al igual que otras actividades; sin embargo, en nuestra cultura no suele proporcionar a las personas con discapacidad el material educacional sobre sexualidad que se necesita para permitirles que aprendan sobre sí mismos y la forma de enfrentarse al mundo que los rodea. Por ello resulta importante que las personas adquieran conocimientos acerca de situación sexual, para no adquirir conocimientos erróneos respecto de sus capacidades sexuales (Torices, 2003).

La sociedad entiende la sexualidad principalmente desde la juventud y el atractivo físico de las persona cuando una persona tiene un cambio corporal, como una amputación, el atractivo físico se valora de manera negativa y esto complica el ejercicio de la sexualidad (Houston, 2006).

Los prejuicios en torno a la sexualidad impiden que las personas con discapacidad puedan disfrutar y experimentar su sexualidad de una manera plena, pues la sociedad considera que las personas discapacitadas son asexuadas, que no se interesan en las relaciones sexuales y que tienen exacerbados los impulsos sexuales (Rueda y Miranda, 2002).

Asociado a la "asexualidad" de las personas con discapacidad, el asunto del placer sexual esta "ausente/ desaparecido", pues se considera que el ejercicio de la sexualidad en nuestra sociedad es tomada como privilegio del blanco/a, heterosexual, joven, y no discapacitado. De esta manera se entiende "el placer sexual, como una recompensa por adquirir un producto perfecto. La sexualidad como fuente de placer no se reconoce para las poblaciones que comúnmente han estado marginadas en la sociedad." (Tepper, 2000 citado por Mogollón, 2011: p.5.).

Mogollón (2011) subraya la importancia del cuerpo y sus necesidades sexuales, al respecto afirma que:

“Si el cuerpo es nuestra forma de estar en el mundo, de comunicarnos con el "otro", un inicio del cambio de percepciones es la propia aceptación "de ese cuerpo" y cuidado del

mismo y para las personas con discapacidad física motora estos son pasos previos a dar en la búsqueda del placer sexual.” (Mogollón, 2011: p.6).

Las personas que han vivido una amputación pueden experimentar el brusco cambio en sus cuerpos como una marca de vergüenza, lo cual produce un sentimiento de rechazo hacia sí mismos, pues se ven como menos deseables y esto se proyecta en su entorno. (Sandra Houston, 2006 citada por Martínez, 2010). Anticipándose a experiencias dolorosas, comienzan a encerrarse y evitar situaciones de vital importancia para la salud física y mental como son las relaciones íntimas afectivas y el apoyo en las relaciones sociales (Sandra Houston, 2006 citada por Martínez, 2010).

Rodríguez (2010) menciona que la sexualidad está configurada por la unión de dos grandes aspectos: la subjetividad del individuo y la sociedad en donde vive; el primer aspecto se refiere a las construcciones individuales del sujeto; mientras que el segundo, entiende las ideas en las que se integran los roles culturales, la masculinidad-feminidad, procesos de salud y enfermedad, estética corporal, derechos humanos y bienestar de la población, entre otros.

El tema de la sexualidad en México ha sido poco abordado en las personas con discapacidad; sin embargo, se ha consolidado el concepto en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género ampliamente marcada.

El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) realizó el documento Mujeres y Discapacidad en México, es una de las primeras aproximaciones al tema desde un punto de vista académico e institucional en nuestro país. Se desarrolla el tema de la discapacidad desde una perspectiva de género; esta investigación se preocupa principalmente por la manera en que la discapacidad afecta la vida de las mujeres.

La perspectiva de género se nutre constantemente de la multitud de experiencias sobre la manera en que la experiencia de ser mujer u hombre se construye en diferentes contextos sociales, esta categoría de análisis ha sido utilizada en México para referirse al tema de la discapacidad. (Inmujeres, 2002).

Las vivencias personales de quienes la experimentan demuestran que la discapacidad es una condición humana que afecta de manera diferente a hombre y mujeres, dependiendo

de la cultura, clase social, edad y grupo étnico, según los roles de hombres y mujeres. Se sugiere que las mujeres con discapacidad deben incluirse dentro de los programas de salud sexual y reproductiva, así como capacitar en educación sexual a profesionistas, padres y madres de familia y a las personas con discapacidad (Inmujeres, 2002).

1.2.2.2 Actividad laboral

Una de las consecuencias más graves de la amputación es la relacionada con la actividad laboral, puesto que muchas personas quedan incapacitadas para realizar diversas actividades físicas que imposibilitan las labores que antes ejercían, produciendo un cambio radical en la vida laboral. Las amputaciones traumáticas muchas veces provienen de un accidente de trabajo, al existir actividades muy riesgosas.

Camacho-Conchucos (2010), define el accidente de trabajo como todo suceso repentino y prevenible que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional y una invalidez o muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar de trabajo.

Camacho-Conchucos (2010) realizó un estudio sobre las personas amputadas por accidentes de trabajo en Perú, en donde menciona que:

“Los accidentes de trabajo son la combinación de riesgo físico y error humano y causan lesión de la persona. Ocurrido el accidente, puede generar un cambio en la vida de la persona al ocasionar una incapacidad temporal, en el mejor de los casos, es decir una incapacidad para trabajar por un tiempo. Lo peor es cuando queda con una secuela permanente que lo limita de por vida para su labor habitual o para cualquier actividad laboral, quedando con una incapacidad o invalidez, término utilizado para el pago de pensiones” (p. 271).

De esta forma la amputación constituye uno de los daños más graves -después de la muerte en un accidente de trabajo- puesto que ocasiona una incapacidad permanente en el trabajador, para su ocupación y para su vida misma.

Desde el momento del accidente, a través de la fase de rehabilitación y post-rehabilitación, la amputación en el trabajo puede evocar una serie compleja de reacciones psicológicas. Nuevos problemas psicológicos y dificultades de afrontamiento a menudo aparecen después sobre todo cuando el trabajador intenta adaptarse a la lesión y por el impacto que tiene en la vida cotidiana (Wald y Alvaro, 2004).

Las personas con discapacidad se enfrentan a grandes dificultades para incorporarse y desempeñar diariamente una actividad económica fuera de su domicilio, además de la segregación de que son objeto por parte de muchos empleadores (Inmujeres, 2002).

En México existe una amplia legislación que compromete al gobierno y a la sociedad al cumplimiento y aplicación de la normatividad enfocada a la inclusión laboral de grupos en situación de vulnerabilidad. El objetivo principal es promover su inclusión y permanencia laboral sin discriminación y en igualdad de condiciones.

La Ley Federal del Trabajo¹⁸ en su Artículo 2º establece que:

“las relaciones de trabajo conducentes a propiciar el trabajo digno o decente, el cual es caracterizado por no dar cabida a ningún tipo de discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición”.

Los estudios sobre amputación y actividad laboral son frecuentes desde la perspectiva funcional, pues se asume que la incapacidad física adquirida imposibilita el desempeño de las actividades de trabajo, por lo que se intenta recuperar el papel productivo de las personas que han tenido alguna amputación.

No cabe duda que el tema laboral puede ser importante para la vida de las personas, pues es una actividad que en general forma parte de la vida diaria de los individuos. Siendo tan trascendente en términos sociales se han promovido en México diversas leyes en protección del derecho a un trabajo digno de las personas con alguna discapacidad, no obstante este objetivo no se ha cumplido, pues no basta con la expedición de leyes, sino la vigilancia para su cumplimiento y las sanciones para su desacato.

¹⁸Para consultar la Ley Federal del Trabajo visitar www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf

1.3 El cuerpo en la interacción social

El cuerpo toma una relevancia vital en el proceso de interacción de las personas amputadas, ya que tras la amputación la condición corporal indudablemente cambia, éste se entiende como un medio portador de significados, y no solamente como un medio físico. Respecto al cuerpo se han elaborado diversas teorías y distintas formas de abordar el tema. En este apartado resulta pertinente mencionar la función social que inviste al cuerpo, la cual ha sido llamada corporeidad por la teoría sociológica.

Hablar de la teoría sociológica del cuerpo y de su importancia en la interacción es una tarea ardua y compleja, aquí presentamos algunas consideraciones con el fin de comprender la importancia que tiene el cuerpo y la corporeidad en la vida social y como un medio que condiciona las interacciones de las personas.

Los planteamientos de Le Breton son fundamentales para entender el cuerpo desde la teoría sociológica; aborda el tema desde lo que denomina una sociología del cuerpo, el campo de estudio es la corporeidad humana como fenómeno social y cultural, materia simbólica, objeto de representaciones y de imaginarios. Entiende la corporeidad como la manifestación corporal que se potencia en los individuos, experimentada en el sentir, pensar y vivir el cuerpo en la vida social.

La corporeidad de los individuos se manifiesta a través de su cuerpo, es un cuerpo que vive y se expresa por lo que no es un simple objeto sino que es un campo de significados que cumple funciones sociales, importantes para las interacciones (Gil, Roblizo y Contreras, 2010).

Paredes (2003) considera que desde el momento en el que nacemos tenemos un cuerpo el cual a través de la acción, del movimiento y de la percepción sensorial (vista, oído, tacto, gusto, olfato y percepción cinestésica) se adapta, transforma y va conformando su corporeidad. Este proceso se da a lo largo de nuestra vida y finaliza con la muerte, dejando nuestra corporeidad para ser simplemente un cuerpo. Durante este proceso vamos cambiando y conociéndonos no solo por la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos sino también por la imagen que nos hacemos cuando interpretamos el mundo exterior.

Le Breton (2002) afirma que el cuerpo es moldeado por el contexto social y cultural en el que se sumerge el actor y propone que la sociología aplicada al cuerpo consiste en la comprensión de lógicas sociales y culturales que costean los movimientos del hombre.

El hombre constituye socialmente su cuerpo:

“El hombre no es el producto de su cuerpo, él mismo produce las cualidades de su cuerpo en su interacción con los otros y en su inmersión en el campo simbólico. La corporeidad se construye socialmente.” (Le Breton, 2002, p. 19).

De esta manera Le Breton (2002) plantea que el deber de la antropología y la sociología es comprender la corporeidad en tanto estructura simbólica, sin olvidar las representaciones, imaginarios y culturas, variables según la sociedad:

“Establece que la sociología del cuerpo muestra la importancia de la relación con el otro en el moldeado de la corporeidad. Comprueba con facilidad la influencia de las pertenencias culturales y sociales en la elaboración de la relación con el cuerpo [...], el cuerpo es objeto de una construcción social y cultural” (Le Breton, 2002, p. 68).

La actividad que establece el cuerpo además de ser perceptiva (tocar, oír, saborear, ver, etc.), considera aspectos sociales como: la expresión de los sentimientos, las convecciones de los ritos de interacción sexuales y expresivos, la puesta en escena de la apariencia, entre otros, son parte del cuerpo moldeado por el contexto social y cultural en el que ese encuentra el hombre, lo que le permite construir la evidencia de la relación con el mundo (Le Breton, 2002).

El cuerpo al ser un medio de comunicación de significados produce sentido constantemente, permitiendo que las personas interactúen activamente en un espacio social y cultural. La corporeidad es el pilar de una existencia significativa, por medio de ésta el hombre experimenta su mundo social (Le Breton, 2002).

Gil, Roblizo y Contreras (2010) consideran los aspectos corporales como signos indicativos de influencia social, con base en ello es posible transmitir y comunicar significados. El cuerpo al ser un elemento de mediación en el proceso socializador, refleja diversos condicionantes sociales y actúa como mecanismo de comunicación de significado e incorporación social, por lo que debe ser considerado como una entidad social.

Le Breton (2002) afirma que en cada sociedad se atribuyen diferentes representaciones y valores a las funciones y órganos del cuerpo. Un ejemplo de esto es la discapacidad, en nuestras sociedades occidentales hacen de esta un estigma, se entiende el cuerpo extraño como un cuerpo extranjero y el estigma social funciona según el grado de visibilidad de la discapacidad.

Por medio de la motricidad se vive la corporeidad expresando acciones que implican el desarrollo del ser humano. La motricidad humaniza y socializa el movimiento, creando el propio conocimiento del mundo que le rodea, de esta manera la motricidad resulta fundamental no solo para entender sino también para expresar la corporeidad (Paredes, 2003).

Los estereotipos, la apariencia física y el estigma son cuestiones que no pueden separarse, pues los estereotipos se establecen sobre la base de apariencias físicas y se transforman rápidamente en estigmas. La apariencia corporal responde a una escenificación, relacionada con la manera de representarse y presentarse, donde se ve implicado el modo cotidiano de ponerse en juego socialmente, es decir los modos y estilos de mostrarse, (la vestimenta, la manera de peinarse, de cuidarse el rostro y el cuerpo (Le Breton, 2002).

Le Breton (2002) considera dos constituyentes de la apariencia física; el primero responde a modalidades simbólicas de organización, conforme a la pertenencia y cultura del actor, de modo que resultan provisionarias y ampliamente dependientes de los efectos de la moda, el segundo está referido al aspecto físico del actor, donde él solamente dispone de un margen estrecho de manipulación: talla, peso, cualidades estéticas, por decir algunas.

Estos elementos son signos diseminados de la apariencia que fácilmente pueden convertirse en índices dispuestos para orientar la mirada del otro o para ser clasificado, sin que uno lo quiera, bajo una etiqueta social. Las miradas del otro se convierten entonces en una práctica de la apariencia que se transforma en un desafío social, una manera deliberada de difundir información sobre uno mismo (Le Breton, 2002).

En este apartado se han postulado breves pero importantes consideraciones sobre la importancia del cuerpo en la interacción social, partiendo de las posturas sociológicas que

apuntan a la importancia del cuerpo como transmisor de significados, de esta manera al estudio social del cuerpo se le ha llamado corporeidad.

Se instaura el estudio sociológico del cuerpo como un verdadero campo de análisis, para entender como está configurada la dinámica social y entender en cierta medida las lógicas de inclusión y exclusión a partir del cuerpo, pues es este último quien aporta referentes que conducen y condicionan las relaciones sociales.

Es en este campo de significados en donde recaen principalmente los estigmas y los prejuicios, basados en los estereotipos que cada sociedad ha instaurado sobre la idea del cuerpo humano, el tener un cuerpo distinto o diferente puede marcar las pautas de conducta de los otros, que marcan formas de discriminación y discapacidad.

1.3.1 Imagen corporal

En nuestra cultura la imagen corporal es vista como medidas de éxito, tanto para hombres como para mujeres; por lo que el cuerpo se asume como proyecto de vida. Cuando ese proyecto no refleja la mirada socialmente aceptada de lo que es el cuerpo, se confronta entonces con las interrogantes que esta persona hace frente al espacio voluminoso que ocupa (Rodríguez y Rosselló, 2007 citados por Toro-Alfonso, 2007).

El cuerpo se enfrenta a las dificultades en la imagen social, en la sexualidad y en la concepción de la salud, este se niega a la desnudez porque hace evidente un cuerpo incompleto y de esta manera se niega a la mirada del otro (Rodríguez y Rosselló, 2007 citados por Toro-Alfonso, 2007).

El cuerpo humano ha sido objeto de diversas significaciones a través de los tiempos. El proceso de simbolización corporal está relacionado íntimamente con el contexto sociocultural y el universo ideológico particular (Aguado, 2004).

De acuerdo con Aguado (2004) la imagen corporal es la configuración específica de un sujeto que da las evidencias sobre el sí-mismo. De esta forma aunque la imagen corporal parece ser única y perdurar a lo largo del tiempo, está en realidad en constante cambio, puesto que depende totalmente de la experiencia del sujeto. El proceso por el cual se asigna el significado a un cuerpo y que es el principio de la identidad de los sujetos es típicamente

un proceso ideológico, por lo que la imagen corporal se gesta en una interacción compleja que incluye determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales (Aguado, 2004).

Se puede decir que la imagen corporal es el esquema corporal modelado por la cultura, en donde intervienen aspectos tanto internos como externos. Aguado (2004) retoma la definición de Schilder (1989), quien menciona que: el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí-mismo, a la cual se puede llamar imagen corporal, término que hace referencia a una apariencia propia del cuerpo, plantea que la imagen corporal incluye sensaciones, percepción de sentimiento e imagen mental.

La imagen corporal ha sido estudiada e incluida en algunas investigaciones sobre personas amputadas se ha encontrado que la imagen corporal que tienen las personas sobre si mismas interviene directamente en el ajuste psicosocial. Siguiendo a Pruzinsky (1990) Wald y Alvaro (2004), mencionan que la imagen corporal es una construcción compleja que se define por nuestros conceptos, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal está integrada y formada dentro de nuestro contexto sociocultural.

La imagen corporal no sólo proporciona un sentido del "yo", sino también afecta nuestra forma de pensar, actuar y relacionarse con los demás. El abrupto cambio en la apariencia física como resultado de una amputación puede traer retos psicológicos importantes para la persona (Wald y Alvaro, 2004).

Wald y Alvaro (2004) mencionan que la literatura general sobre la amputación traumática ha mostrado que las alteraciones de la imagen corporal y los problemas estéticos, como resultado de las lesiones desfigurantes son reacciones comunes, y este problema parece ser especialmente frecuente en los adultos jóvenes. Alteraciones de la imagen corporal típicamente implican distorsiones y pensamientos negativos sobre la apariencia física de las personas. Estas últimas cuestiones han demostrado ser un obstáculo para el ajuste psicosocial, el cual se genera de forma negativa.

Se ha encontrado que la imagen corporal y la apariencia física son importantes para los pacientes que atraviesan una amputación.

“Por lo que respecta a la influencia de lo físico en lo psicológico, son evidentes los efectos traumáticos y en ocasiones emocionalmente devastadores de la pérdida de funciones o de partes del cuerpo debido a accidentes” (Botella y Ribas, 2008:6).

Alteraciones de la imagen corporal típicamente involucran percepciones distorsionadas y negativas acerca de su apariencia física; sentimientos de vergüenza, timidez, y malestar social, a menudo acompañan a estas interpretaciones (Botella y Ribas, 2008).

En algunos estudios (Cash y Pruzinsky, 1990 citado por Botella, 2008) mencionan la importancia de la imagen corporal; afirmando que la conducta de los demás hacia uno mismo, varía sustancialmente en función del atractivo percibido, en general existe una línea de mayor agrado hacia quienes son considerados atractivos y una línea de mayor desagrado hacia quienes no lo son.

Como se ha demostrado anteriormente la literatura general sobre la amputación traumática ha demostrado que los trastornos de imagen corporal y problemas cosméticos como consecuencia de las lesiones deformantes son reacciones comunes.

1.3.2 Cambios corporales inesperados

El cambio corporal tiene relación con el cambio en general del ser humano, puesto que el cuerpo es la evidencia física de que existimos. La palabra “amputación” describe una condición del cuerpo y no al ser humano; sin embargo, posiblemente, cualquier individuo en esa circunstancia la ha empleado alguna vez en este sentido (Sandí, 2002).

El cambio implica inevitablemente una incursión en lo desconocido, comprometerse con hechos futuros que no son previsibles y afrontar sus consecuencias. Inexorablemente esta situación produce dudas, sentimientos de ansiedad y depresión (Grinber y Grinberg, 2001).

En investigaciones realizadas sobre este tema (Botella y Ribas, 2008; (Saradijian, Thompson y Datta,2008), se ha encontrado que perder una extremidad puede cambiar dramáticamente el sentido que la persona tiene de su imagen y de sí mismo. Se ha encontrado que después de amputación de miembros inferiores, los hombres se preocupan

más por la restauración de sus funciones físicas y las mujeres por la recuperación de la imagen del cuerpo femenino.

La palabra estética, relacionada con adorno, embellecimiento o decoración, se usa mucho en el campo de la restauración protésica en relación con los problemas asociados con el aspecto visual. Este problema estético es muy importante en los amputados de la extremidad superior en ambos sexos, y en las mujeres amputadas de la extremidad inferior, pues en ambos casos la ropa no cubre normalmente la extremidad. Aunque esto varía con la edad, por ejemplo: los niños muy pequeños, dado su estado de desarrollo se preocupan menos de las materias concernientes a su apariencia personal. Con la llegada de la adolescencia, esta situación cambia dramáticamente y los problemas cosméticos se vuelven de gran importancia (Arevalo, 2010).

Es interesante notar que hay un grupo de incapacidades ortopédicas similares a la amputación que llevan consigo esta insignia externa. Todas las personas afectadas por estas incapacidades se identifican fácilmente por ser diferentes. Las incapacidades externas tienden a desarrollar un problema relacionado con el hecho de que vivimos en una sociedad donde se da gran importancia a la calidad, adecuación y conformidad de la apariencia física. El problema es el resultado del hecho de que tendemos a arreglarnos de acuerdo con un modelo, dando gran importancia a la ropa y maquillaje, y por supuesto, a la imagen corporal (Arevalo, 2010).

Arevalo (2010), afirma que cuando se sufre una amputación, la apariencia cambia a los ojos de uno mismo y para los demás. Como los valores asociados con la apariencia son importantes, cuando algún miembro de nuestra sociedad no cumple con estos modelos, sufre una pérdida de aceptación y por ello se crean problemas interpersonales.

La apariencia física va ligada a un estándar de normalidad, cuando este requisito no se cumple, se traduce en estigmas sociales, la persona amputada tiene que lidiar no solo con las problemáticas personales sino también con las sociales a causa de este cambio corporal.

1.3.3 Cuerpo y estigma

Las personas amputadas llevan consigo una serie de características tanto físicas como sociales; en cuanto a las características físicas, estas pueden variar según la gravedad del accidente y de la parte del cuerpo afectada; pero en cuanto a las características sociales, estas no varían tanto.

Hernández (2010) menciona que:

“uno de los problemas de la discriminación es que vuelve invisibles a quienes experimentan la discapacidad, negándoles la titularidad de sus derechos; sin embargo, ellas mismas han desarrollado habilidades para adaptarse a la sociedad sin el goce pleno de ciudadanía “(p.54).

Retana (2007) dice que las actitudes que en ocasiones asume la comunidad con respecto a la persona con discapacidad (como por ejemplo lástima, rechazo o miedo), provocan de manera casi automática mecanismos de defensa en la persona y la familia.

Mogollón (2011) afirma que los cuerpos diferentes de las personas con discapacidad son sometidos a controles culturales, lo que da como resultado que sean producto de sufrimientos de estigmatización.

Hernández (2010), en su estudio histórico social sobre la discapacidad menciona la corriente sociológica del interaccionismo simbólico, la expone por su aportación en la década de los sesenta, donde se analizó profundamente el sentido, la identidad y el proceso de etiquetado en las sociedades contemporáneas, mediante el trabajo de Goffman (2006 [1963]).

Siguiendo los planteamientos del interaccionismo simbólico las personas estigmatizadas son denigradas, propiciando consecuencias sociales con efectos de larga duración, como la segregación y la condición de inferioridad. La teoría interaccionista ha explicado a la discapacidad como la desviación social – entendida de acuerdo a la ausencia de obligaciones y responsabilidades sociales– y como la visión negativa de la insuficiencia, prevaleciente en las sociedades industriales de ideología liberal.

El interaccionismo simbólico proporciona una base conceptual y un modelo de investigación fenomenológica, importante para la reflexión sociológica. Entre sus

principales supuestos, se encuentra la consideración básica de que las personas otorgan un significado a las cosas, influenciados por la forma de ver de los otros, este hecho ilustra la manera en que el interaccionismo reconstruye a la discapacidad, entendiéndola de una manera relacional entre personas normales y anormales (Hernández, 2010).

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad en general son estigmatizadas sin importar las condiciones; siguiendo a Goffman (2006 [1963]), el estigma hace referencia a características descalificadoras sobre un individuo.

Es claro que las personas amputadas se ven envueltas en una serie de estigmas sociales, y no sólo ellos, sino también sus familiares, parejas o amigos; es por eso que la teoría del estigma de Goffman nos ayuda a comprender cómo son estas interacciones que mantiene la persona amputada con los demás. Por esta razón es pertinente hacer una breve parada en la teoría que construyó Goffman para entender el problema de la desviación.

Davis (2013) considera que un punto clave para comprender la manera en que se construye socialmente el cuerpo con discapacidad es el estudio de su “contraparte”: el cuerpo “normal”. El problema no es la persona con discapacidad; el problema es la manera en que la normalidad se construye para crear el “problema” de la personas con discapacidad.

Davis (2013) menciona que son las nuevas sociedades industriales las que crearon la “normalidad” como un ideal del que todo buen ciudadano debería participar, de esta manera la normalidad se convirtió en un ideal que contrariamente a lo que sucedía con los ideales platónicos debería ser compartido por la mayoría de la población. La “normalidad” al ser un producto de las sociedades industriales, se ha convertido en la representación simbólica de ideales de la civilización occidental, donde las ideas de progreso, civilización y evolución humana están fuertemente arraigadas.

De esta forma la normalidad se constituyó y enraizó en la mentalidad occidental, contemplando así todas las características y funciones que una persona debería tener; todo el que saliera de ese estándar sería catalogado como diferente, anormal o discapacitado, adquiriendo así un estigma (Davis, 2013).

La construcción de un estigma es extremadamente compleja, siempre se ve acompañada de la elaboración de una ideología que explique la manera en que ese grupo o individuo representa una amenaza para la “normalidad” (Davis, 2013).

“El término estigma fue creado por los griegos para referirse a signos corporales con los que se exhibía algo malo en las personas que los portaban, estas podían ser marcas de quemaduras o cortes, para evidenciar a las personas corruptas o advertir que se trataban de esclavos o criminales” (Goffman, 2006 [1963]).

Goffman (2006 [1963]) emplea el concepto de estigma para analizar la manera en que se construyen ciertas identidades sociales para individuos que son portadores de características que los ubican en categorías fuera de la “normalidad”, menciona que no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos. El término estigma será utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos.

Goffman (2006 [1963]) afirma que la sociedad establece los medios para la categorización de las personas, en base a sus atributos (hay una preclasificación de lo que se considera normal y natural). Así las personas al encontrarse con un extraño pueden clasificar y por medio de este identificar cuáles son sus atributos; se da entonces una identidad social. Cuando una persona tiene un atributo que lo vuelve diferente lo menospreciamos, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado. Un atributo de esta especie es un estigma, en especial cuando produce un descredito amplio, recibe el nombre de defecto, falla o desventaja.

Para Goffman (2006 [1963]) hay tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter y los estigmas tribales (raza, nación y religión). Las personas amputadas poseen el primer tipo de estigma pues el cuerpo al ser mutilado y estar incompleto, hace que la persona sea diferente a los demás; por lo tanto el cuerpo se convierte en el principal instrumento en donde recaen los estigmas, ya que es la parte visible de las personas, donde demuestran su existencia ante sí y ante los demás.

La teoría de Goffman puede ayudarnos a entender la situación que viven las personas amputadas al enfrentarse al mundo social, en donde la discriminación es una práctica con la que se tiene que vivir.

Goffman (2006 [1963]) considera que la persona que posee un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de esto practicamos algún tipo de discriminación, disminuyendo sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad, utilizamos términos como invalido, bastardo y tarado.

Las personas estigmatizadas son conscientes de sus defectos, por lo que intentan corregirlos por diversos medios, todos ellos para lograr la aceptación, en el caso de las personas amputadas la búsqueda de prótesis o de diversos medios para recuperar la movilidad es una cuestión principal, para obtener la aceptación social, en términos de un cuerpo “normal” y funcional. El estigma tiene una tendencia a difundirse desde el individuo estigmatizado hacia sus relaciones más cercanas, dichas relaciones tienden a evitarse o a no perdurar (Goffman, 2006 [1963]).

Los planteamientos de Goffman (2006 [1963]) se centran principalmente en la interacción cara a cara que se da entre personas “normales” y personas “estigmatizadas”, en esta interacción todo lo que no sea normal a los ojos de la sociedad, es menospreciado, mal visto o rechazado por salirse de lo establecido por la sociedad. Encuentra que estas relaciones pueden ser difíciles, siendo complicadas no solo para las personas que poseen la discapacidad sino también para las demás, esto puede ser explicado por la falta de cultura y educación para tratar a las personas con diversas discapacidades.

En la interacción cara a cara, los contactos mixtos, es decir los momentos en que estigmatizados y normales se hallan en una misma situación social, pueden tender a una interacción incontrolablemente ansiosa, se sospecha que para los normales también resultan molestas (Goffman, 2006 [1963]).

El concepto de estigma es el resultado de elementos que el interaccionismo simbólico conocía pero no habían sido aplicadas de forma diferentes hasta entonces, tales como las consideraciones situacionales y las interacciones sociales entre lo normal y lo anormal (Hernández, 2010).

La teoría del estigma que desarrolla Goffman es muy completa, puesto que analiza las situaciones cara a cara que se viven diariamente entre personas normales y desviadas, desarrollando conceptos como los de aceptación, identidad social, sentido de pertenencia, normales, estigma, entre otros; para este estudio es importante recuperar estas nociones, puesto que al trabajar con personas que han sufrido una amputación se pueden aplicar estos supuestos, ya que siguiendo la teoría del interaccionismo simbólico y en este caso a Goffman estas personas son colocadas en una situación de estigma debido a su condición corporal.

Cuando hablamos de personas discapacitadas en general y amputadas en particular podemos claramente hacer referencia a un estigma en términos de Goffman, pues este se refiere a una situación del individuo que lo inhabilita para una plena aceptación social.

Una vez expuestas las consideraciones sociales en torno a la amputación como discapacidad entendemos a la amputación como una deficiencia física, pero es la sociedad que excluye a estas personas construyendo en ellos una condición de discapacidad.

La amputación ha sido fuertemente relacionada con la discapacidad física (Retana, 2007), por lo que los estudios respecto de este tema son desarrollados desde la rehabilitación y la medicina principalmente, intentando recuperar la funcionalidad de las personas afectadas, basándose en un problema de corte individual. Lo anterior deriva del modelo médico que ha sido el predominante en los estudios de discapacidad.

Por otro lado se encuentra el modelo social, cuyo planteamiento proviene desde la sociología de la discapacidad, donde se centra el problema en un complejo conjunto de condiciones creadas en el entramado social, aquí el problema de la discapacidad deja de ser un atributo de la persona. Los estudios que toman a la discapacidad como un fenómeno social son escasos.

En particular, la psicología se ha interesado en el estudio de la discapacidad y de la amputación desde la perspectiva clínica, en donde se han analizado las consecuencias que vienen con la pérdida como el estrés, la ansiedad y el miembro fantasma entre otros.

En los estudios sobre rehabilitación se ha encontrado que la edad y el nivel de amputación son factores importantes en el proceso de reintegración, por lo que la experiencia de las personas es distinta en cada caso.

La rehabilitación de las personas amputadas está vinculada con el uso de instrumentaría (silla de ruedas, muletas, bastones, prótesis) de apoyo, y con el uso de prótesis en específico; esta última juega un papel importante en la restauración no sólo de la movilidad sino de la restauración de la imagen corporal, pese a que el uso de las prótesis presenta dificultades, esta es una opción muy valorada para los amputados.

El proceso que va desde la amputación hasta la reinserción social es largo y complejo, muchas personas no aceptan su nueva condición física, el apoyo familiar y los factores personales como la determinación, la madurez y las ganas de salir adelante son factores que influyen en este proceso.

La amputación es una cuestión que se ha analizado y estudiado como una afectación personal que implica solamente a la persona que la padece; no obstante, se ha intentado situar a la discapacidad proveniente de la amputación como un problema social, con la premisa de que es la sociedad la que discapacita a las personas, lo que envuelve una crítica fuerte al entramado ideológico, discriminatorio y estructural que gira entorno a la idea de funcionalidad y productividad del ser humano.

La amputación involucra a las personas en un nuevo escenario, en donde se deben sortear diversas cuestiones, que van desde las físicas, pasando por las mentales, hasta llegar a las sociales, cada una de ellas implicadas fuertemente, casi inseparables, sólo disolubles en términos analíticos pero siempre de la mano.

Este nuevo escenario de discapacitado tiene sus implicaciones más importantes en el ámbito social, en la interacción con los otros, donde toma sentido la discapacidad, la imagen corporal, el cuerpo completo, la funcionalidad y la productividad, que son las ideas en las que se basa la noción de ser humano.

Podemos decir entonces que las limitaciones físicas contienen fuertes implicaciones sociales, entre las que destacan la sexualidad, el trabajo, y las cuestiones como la estigmatización y la discriminación que vienen con el cuerpo incompleto.

La sexualidad por si misma está rodeada de tabús, en el caso de las personas amputadas no es la excepción, y más allá que la discapacidad física sea un impedimento para su pleno desarrollo, son las ideas y prejuicios las que limitan la actividad sexual de los amputados, pues son desacreditados para desempeñar estas actividades.

Por otro lado las demás personas descalifican inmediatamente a las personas amputadas para la actividad sexual, llegando a creer en su imposibilidad o su inactividad sexual; podemos coincidir en los prejuicios, estigmas y estereotipos que surgen del cuerpo hacia la sexualidad, el primero como instrumento necesario para el desempeño de la actividad sexual.

El cuerpo juega un papel principal, se sitúa como eje de esta interacción, al tener una amputación la persona ve disminuida su autoestima, generando sentimientos de rechazo e inconformidad hacia sí mismo, lo que puede producir un aislamiento social.

La idea de la limitante sexual se encuentra en el pensamiento social, e involucra no solo a las personas discapacitadas sino a sus parejas o demás personas que se relacionan directa e indirectamente con ellos, siendo necesaria la construcción de una educación sexual para personas discapacitadas, con la finalidad de lograr el reconocimiento de los derechos sexuales de este grupo de personas, el libre ejercicio de esta y evitar los prejuicios y la discriminación que vienen con un cuerpo diferente.

La sexualidad comprende dos elementos, la subjetividad del individuo y la sociedad en donde se vive, ambos imbricados entre sí, debido a las cuestiones de salud y enfermedad, de estética corporal, derechos humanos e ideales corporales entre otros. Respecto de la cuestión laboral, los estudios se han enfocado a la reinserción de las personas discapacitadas, la rehabilitación física y la capacitación son los pilares para devolver a la vida productiva a personas que tienen limitantes físicas que les impiden desempeñar un trabajo de manera adecuada.

El trabajo se presenta como un valor esencial y necesario en la vida social, pues es factor de estabilidad económica, de sustento familiar y de reconocimiento, las personas amputadas encuentran este ámbito de su vida desbalanceado, lo cual les produce impotencia y frustración. La discriminación aparece en los empleadores, pues descalifican a las personas amputadas por sus aparentes limitaciones físicas, y aunque se ha tratado de proteger con normas y leyes los derechos laborales de los discapacitados no se han conseguido instaurar estas garantías.

En las cuestiones anteriores ya aparece el cuerpo como principal instrumento de significados sociales, en el trabajo y en la sexualidad está implícito el cuerpo, que va ligado a las cuestiones de normalidad y funcionalidad, por esta razón, para hablar del cuerpo como instrumento de significados e interacción se utilizan términos provenientes de la sociología del cuerpo, como el de corporeidad, que desvincula en cierta parte a las funciones biológicas para situar su importancia en el ámbito de lo social. Los individuos se manifiestan con y a través de su cuerpo, este cuerpo es un medio de interpretación y transmisor de significados, que han sido moldeados por la cultura; el cuerpo es la forma en que existimos biológicamente pero también socialmente.

Las personas amputadas experimentan un mundo diferente al tener un cuerpo incompleto e imperfecto, son a su vez experimentadas por los demás de formas distintas, la imagen corporal se encuentra en la encrucijada de los ideales sociales del cuerpo completo y perfecto.

Aunque las investigaciones se han centrado principalmente en los procesos médicos y de rehabilitación, existen corrientes que se ha preocupado por las consecuencias sociales que tiene la discapacidad; de esta forma el interaccionismo simbólico nos sirve de guía para entender como son los encuentros sociales que mantienen las personas amputadas, y acceder a esa realidad por medio de la experiencia de las personas que han sido amputadas.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Justificación

En México existe una escasez de investigaciones que se centran en el proceso de interacción social de quienes han atravesado una amputación traumática. Los pocos estudios que abordan el tema de la amputación traumática se enfocan en el proceso médico y de rehabilitación física o emocional. No obstante, no se han estudiado las consecuencias que tiene la pérdida de una extremidad en las relaciones sociales de las personas amputadas. Un enfoque más dirigido a las relaciones sociales ayudaría a una concepción integral de los impactos de la amputación.

Esta investigación tiene pertinencia en la psicología social en cuanto se interesa por el proceso de interacción social que emerge después de haber perdido alguna extremidad, así como en la manera en que estas nuevas interacciones sociales pueden modificar la experiencia social de las personas amputadas y la concepción que tienen de sí mismos.

Los cambios inesperados en el cuerpo -como lo son las amputaciones traumáticas- han sido principalmente abordados desde la perspectiva médica, que se basa en un modelo funcional del individuo. Desde la psicología social es importante conocer cuáles son las consecuencias en la vida diaria de las personas amputadas, principalmente en sus relaciones sociales.

La movilidad de las personas resulta importante para la vida social y la socialización. Cuando se da una amputación de los miembros inferiores se presenta una limitación en la movilidad por lo cual las interacciones sociales de las personas se ven condicionadas, con ello resignifican la forma de socializar a partir de la movilidad y se adoptan nuevas maneras de significar la vida cotidiana.

2.2. Planteamiento del problema

La amputación traumática, al ser un evento inesperado y no previsible, presenta un nuevo escenario, para el que no se ha tenido un proceso de asimilación y paulatina aceptación sino que el cambio es drástico y el gran impacto de esta forma la amputación genera en las

personas una condición social de discapacidad, lo cual modifica sus relaciones sociales preexistentes y es un determinante para sus futuras interacciones.

Conocer la experiencia integral de las personas amputadas en los diversos ámbitos de su vida es cuestión primordial para entender las implicaciones sociales que esta pérdida trae consigo, pues el cuerpo como medio de significación e inmerso en un tabú de normalidad establece las pautas para la interacción social

Al adquirir fuertes cambios corporales como es la falta de una extremidad se condicionan las interacciones sociales y se modifica su significado. El cuerpo, al ser un vehículo de socialización y consecuentemente de transmisión de significados, se vuelve parte importante para las personas amputadas en sus procesos de interacción, pues condiciona de antemano sus relaciones; los estereotipos y estigmas caen fuertemente en la parte corporal.

La amputación, consecuencia de un accidente, resulta ser un hito en la vida de las personas, mismo que trae evidentes consecuencias físicas, donde una de sus implicaciones es en el sentido de la movilidad y la dependencia. Sin embargo resulta interesante conocer las consecuencias sociales, ya que al ser amputado las interacciones sociales comenzaran a regirse por la nueva condición corporal.

2.3. Objetivo general

- Conocer las consecuencias que tienen los cambios corporales en las interacciones sociales de las personas, a partir de una amputación traumática.

2.3.1. Objetivos particulares

- Estudiar la importancia que tienen los cambios corporales en la vida cotidiana de las personas, en el proceso de interacción social.
- Comprender cómo a partir de las interacciones las personas amputadas incorporan el significado del cambio corporal.

- Entender cómo son las interacciones sociales de las personas amputadas en sus grupos de pertenencia.

2.4. Pregunta general de investigación.

- ¿Cuáles son las consecuencias sociales de haber perdido una extremidad?

2.4.1. Preguntas secundarias de investigación

- ¿Cómo se modifican las relaciones cotidianas de las personas amputadas?
- ¿Cómo se modifican las prácticas corporales de las personas amputadas, en la vida cotidiana?
- ¿Qué ocurre con las interacciones sociales de las personas dentro de sus grupos de pertenencia tras una amputación traumática?

2.5. Supuestos metodológicos

Esta investigación se sustenta en los siguientes supuestos:

- Consideramos que la amputación traumática afecta la vida de las personas en varios sentidos.
- Las relaciones sociales dentro de los grupos a los que pertenecen las personas amputadas se modifican y pueden condicionar sus futuras relaciones.
- Consideramos que la amputación traumática les genera a las personas que la atraviesan una condición social distinta.
- Consideramos que las prácticas corporales y cotidianas se modifican a partir de una amputación por accidente.

2.6. Diseño metodológico

Para cumplir con los objetivos de ésta investigación consideramos apropiado hacer uso de la metodología cualitativa, ya que permite conocer la subjetividad de las personas y a la par

conocer la percepción que tienen de sí-mismos, la significación que dan a la interacción y la adaptación a la vida cotidiana después de la amputación traumática.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista narrativa pues permite indagar y conocer el sentido y el significado que tiene para las personas experimentar una amputación y cómo esta experiencia repercute tanto en su vida diaria como en sus relaciones con los demás y sus prácticas corporales en su vida cotidiana.

Para la aplicación de la entrevista se elaboró un guion de entrevista, integrado por nueve bloques de preguntas; en los cuales están considerados seis tópicos principales que son: descripción del accidente, experiencias sociales, experiencia laboral, reconocimiento corporal, sexualidad y apoyos recibidos (Ver Anexo 2).

Para la selección de los participantes se consideraron los siguientes criterios de inclusión: haber sufrido alguna amputación traumática de pierna. Se decidió esto al considerar la cuestión de la movilidad y el desplazamiento importantes.

Nuestra investigación partió con la premisa de entrevistar a personas de ambos géneros, no obstante nos encontramos que la población femenina con este traumatismo era muy escasa, posiblemente porque las actividades que realizan las mujeres son menos riesgosas, por lo que durante el trabajo de campo se tomó la decisión de conformar nuestra muestra únicamente por hombres.

Una de las limitantes de nuestra muestra radica precisamente en la ausencia de mujeres, ya que como se mencionó, únicamente está conformada por población masculina, debido a las particularidades del campo. Otra característica de la población que puede ser considerarse como limitante, es el tiempo de la amputación, pues no se integraron participantes que tengan más de doce años con la amputación. Por último la muestra no comprende personas de un nivel socioeconómico alto, lo cual no permite explorar la manera en que se vive una amputación sin limitaciones económicas (Ver tablas 1 y 2 al final de este apartado).

Para realizar el análisis en un primer momento se procedió a la transcripción completa de cada una de las entrevistas realizadas; posteriormente mediante la creación de

categorías y códigos comenzamos a organizar los datos, es importante mencionar que durante el momento de categorizar fue de gran ayuda el uso del software ATLAS. Ti versión 6.0, el cual nos permitió sistematizar nuestra información.

Al comienzo de nuestro análisis encontramos una gran riqueza en nuestros datos, por lo cual la construcción de las categorías fue un proceso largo y de gran dinamismo. Para esta construcción consideramos como eje central los procesos de interacción que se dan después del accidente y de la pérdida corporal.

2.7 Trabajo de campo

En este apartado exponemos los hechos, circunstancias y complicaciones que tuvimos desde el acercamiento a nuestros informantes hasta la realización de las entrevistas. Con el fin de lograr las entrevistas, inicialmente fue necesario que entráramos a campo con el objetivo de identificar y familiarizarnos con los actores sociales que serían participantes de nuestra investigación.

En un primer momento en el trabajo de campo buscábamos hacer contacto con personas con amputaciones sin importar su causa, con la finalidad de generar en nosotros como investigadores confianza para el acercamiento a los informantes y así comenzar a generar el rapport.

El principal objetivo de los primeros acercamientos era establecer el rapport por medio de pláticas informales que consistió en presentarnos como investigadores, expresando nuestras intenciones y al mismo tiempo recabando los datos básicos de los participantes, principalmente para conocer la causa de su amputación. Posteriormente si el participante cumplía con el criterio primordial de inclusión que era la causa de la amputación, se hacía una cita posterior para obtener otros datos y generar mayor rapport.

Nuestro primer acercamiento a campo fue de manera institucional visitando hospitales, clínicas y centros de rehabilitación. Partimos con la idea de encontrar un espacio que nos permitiera tener contacto con personas amputadas por traumatismo. Específicamente acudimos al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), el Hospital de Traumatología de Balbuena, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) y al albergue, Atlampa del Gobierno del Distrito Federal, en el cual hay personas en situación de abandono social y tienen amputaciones.

Habíamos leído y algunos de nuestros profesores nos mencionaron que el ingreso a instituciones de salud era complicado, cuestión que comprobamos, por lo tanto decidimos intentar el ingreso al INR mediante la realización del servicio social, de esta forma se nos propuso el acceso a la institución, pero con serias limitantes para nuestro estudio, pues no podríamos tener contacto con las personas amputadas, realizando solamente actividades administrativas y participando en los proyectos ya preestablecidos en el INR, esta opción no era viable ni satisfacía nuestras necesidades de campo. De manera personal tratamos de hacer contacto con alguno de los pacientes que acudía al Instituto, lo cual no se logró.

En el ISSSTE, en el albergue Atlampa y en el Hospital de traumatología de Balbuena los resultados no fueron distintos, acudimos varias veces pero no logramos hacer contacto alguno, ya que el acceso a las instalaciones de estas instituciones era restringido, por lo que desistimos de la búsqueda institucional.

Posteriormente nos dimos a la tarea de buscar a nuestros informantes por medio de amigos, familiares y algunos contactos personales que sirvieron de porteros, al desplazarnos por la ciudad nos percatamos que había personas amputadas en los lugares públicos (parques, plazas y calles) por lo que decidimos acercarnos a ellos.

Para lograr la realización de nuestras entrevistas fue necesario el desplazamiento por el Distrito Federal y el Área Metropolitana en busca de personas que tuvieran una amputación. Como ya se mencionó algunos contactos se hicieron en lugares públicos y en el transporte colectivo (micros). Realizar estos contactos con personas completamente desconocidas fue complicado ya que el acercamiento a las personas resultaba difícil, pues el temor de ser intrusivos estaba presente en nosotros como investigadores.

Los primeros contactos fueron difíciles, preguntarles sobre la causa de su amputación nos parecía invasivo, no sabiendo cómo sería su reacción, nos llevamos la grata sorpresa de la naturalidad y sencillez con la que nos respondieron y atendieron estas personas.

El acercamiento a Manuel y Luis fue imprevisto, ya que coincidimos en espacios públicos. En el caso de Manuel el contacto se realizó en el transcurso de la escuela al metro en un microbús, mientras que en el caso de Luis el contacto se hizo en el gimnasio de la universidad.

Antonio, Feliciano, Marcelo y Daniel fueron contactos que se realizaron a partir de la búsqueda en las vías públicas. Antonio fue contactado en las afueras de la catedral de la Ciudad de México en donde se encontraba pidiendo limosna. El acercamiento con Feliciano fue en la calle de Madero del Centro Histórico de la Ciudad de México, quien se encontraba en una silla de ruedas vendiendo dulces y cigarros. Marcelo fue contactado a las afueras de la estación Cuautitlán del Tren Suburbano donde se encontraba vendiendo dulces a bordo de una bicicleta. El contacto con Daniel se realizó en las inmediaciones del metro Pino Suarez de la línea 2, nos percatamos que no tenía una pierna y estaba pidiendo limosna, por lo que nos acercamos a hablar con él, cabe mencionar que esta persona no accedió a participar en la investigación, por malas experiencias personales.

En nuestra búsqueda por medio de porteros conseguimos cinco contactos que fueron Mario, Eduardo, Estela, Eduardo, Neza y Ángel. Los porteros fueron familiares, amigos y conocidos cercanos a nosotros, lo cual facilitó el acercamiento.

De todos los contactos que realizamos, cabe mencionar que fueron ocho personas las que no se incluyeron en la investigación, cuatro de ellas eran mujeres. Estas personas no fueron integradas al estudio debido a que no cumplían con los criterios metodológicos establecidos para participar o simplemente no quisieron (Ver tablas 3 y 4 al final de este apartado).

Otro medio de búsqueda fueron las redes sociales como Facebook y diversos blogs, en donde encontramos grupos y páginas dirigidas a personas amputadas. Por esta vía encontramos a Chava, integrante de un equipo de fútbol de personas amputadas, Los Guerreros Aztecas del Distrito Federal A.C. Se le explicó a Chava el objetivo de nuestra investigación y la intención de entrevistar a algunos de sus compañeros de equipo, por lo que nos invitó a uno de los entrenamientos que se realizan en las canchas de fútbol que se encuentra afuera del metro Velódromo de la línea nueve del metro.

Acudimos al entrenamiento de Los Guerreros Aztecas, al momento que llegamos a la cancha de futbol vimos a los jugadores entrenar, había cuatro, y sí en efecto, todos ellos estaban amputados de una pierna, estaban sin prótesis, tan solo tenían muletas y así estaban entrenando, todos sonriendo, parecía que lo disfrutaban.

Cuando terminó el entrenamiento decidimos acercarnos a platicar con el entrenador para comentarle nuestras intenciones y tratar de establecer otros contactos con personas amputadas, el ambiente era un tanto hostil y de rechazo ya que al estar en grupo , percibimos que, los jugadores, no nos prestaban atención y se mostraban desinteresados. Con el único que se logró hacer una entrevista fue con Chava, con quien nos pusimos de acuerdo por medio de las redes sociales.

Ya muy avanzado el trabajo de campo, casi por concluirlo, encontramos el Centro Nacional Modelo de Atención e Investigación para la Capacitación y Rehabilitación Integral Laboral, perteneciente al Desarrollo Integral de la Familia (DIF), donde no facilitaron el acceso, se presentó la oportunidad de ingresar y conocer las instalaciones, en particular el área de órtesis y prótesis, nos enseñaron el proceso de fabricación de las prótesis, también ingresamos al área de rehabilitación y presenciamos las terapias de recuperación física.

Por medio del encargado de prótesis Lic. O. P. Moisés Cuellar Iniesta, tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con el director general del DIF Arq. Carlos Alva Martínez, al cual presentamos nuestro trabajo e intenciones académicas, interesándose por nuestra labor investigativa nos dio autorización para acudir a las diversas sesiones del proceso de rehabilitación.

El centro de rehabilitación cuenta con una escuela de enfermería y de rehabilitación, por lo que se especializa en dichas áreas, aunque su principal función es la fabricación de prótesis para personas de bajos recursos. Las prótesis son de diversos materiales, dependiendo de la necesidad y recursos de las personas, a las cuales se les cobra una cuota de recuperación. La fabricación es tardada y los materiales escasos, y sólo se pueden otorgar a personas que han cumplido con su terapia física y psicológica y han sido nominados como candidatos para la obtención de su prótesis.

Las terapias físicas se imparten durante diez días, los pacientes que ingresan tienen que cubrir estas diez sesiones para lograr fortalecer su cuerpo y lograr estabilidad, aprenden a hacer ejercicios, a caminar, a vendarse el muñón y demás actividades de movilidad (como subir y bajar escaleras). La sala de rehabilitación física es considerablemente pequeña, con poca instrumentaría (sillas de ruedas, muletas, barandales, colchonetas, entre otros) cada sesión dura aproximadamente 50 minutos y son de 3 a 5 personas las que ingresan.

En voz de los participantes las terapias son buenas, “depende mucho de la actitud y las ganas que uno le eche”, la edad y el grado de amputación influyen en la recuperación física, para algunos participantes es un arduo pero necesario esfuerzo.

Buscamos la posibilidad de recabar material fotográfico de las sesiones, por cuestiones de integridad y confidencialidad de las personas que acuden al DIF no pudimos obtener el permiso, tuvimos que conformarnos con la observación no participante.

Pudimos conocer el proceso que siguen las personas amputadas desde su ingreso al centro de rehabilitación hasta la obtención de su prótesis, dicho proceso es largo y complicado pues las personas deben superar diversas evaluaciones tanto físicas como psicológicas.

Una vez que los participantes concluyen las diversas etapas son evaluados por los médicos en general, se cita a los pacientes para un examen diagnóstico, donde se examina el equilibrio, la fuerza, el vendaje, la flexibilidad y sus capacidades físicas en general. Dado el visto bueno se les otorga un pase para hacer su molde de prótesis, si la evaluación es negativa se les da la posibilidad de realizar nuevamente las terapias. Todo este proceso parece demasiado intrusivo, porque son expuestos a la mirada de distintos especialistas y algunos estudiantes.

Al hablar con algunos especialistas de la clínica mencionaron que a pesar de que la demanda de prótesis es amplia la institución solamente puede entregar alrededor de 7 u 8 prótesis al mes, lo que consideran es insuficiente.

Las visitas al DIF se hicieron frecuentes, de dos a tres veces por semana, con la finalidad de entender este proceso para la atención de prótesis y hacer contacto con

participantes femeninos principalmente. Se nos indicó que la población de mujeres era menor, un 30% aproximadamente, pero en nuestras visitas solo logramos platicar con una mujer, Alejandra pero su amputación fue causada por cáncer.

Debido a las complicaciones del campo y a la escasa población femenina optamos por construir nuestra muestra con casos masculinos, logrando hacer un par de contactos dentro del DIF, finalizando nuestra etapa de campo agradecemos a nuestros porteros las facilidades y amabilidad con las que nos recibieron, enriqueciendo nuestra experiencia personal y académica.

Tras el trabajo de campo logramos conformar una muestra de once participantes, los cuales en su totalidad son hombres, las tablas 1 y 2 muestran algunos datos generales y características de cada uno de los participantes.

El trabajo de campo que realizamos a lo largo de esta investigación se resume en las tablas 3 y 4 en donde se muestran todos los acercamientos a campo que se realizaron, independientemente de su participación o no en el estudio.

Tabla 1. Características de los informantes

N°	Nombre	Edad	Género	Ocupación	Lugar de residencia	Estado Civil	Nivel de estudios	Nivel económico
1	Mario	62 años	M	Pintor	Distrito Federal (Magdalena Contreras)	Casado	Secundaria	Medio/bajo
2	Luis	31 años	M	Estudiante	Estado de México (Ixtapaluca)	Soltero	Preparatoria	Medio
3	Eduardo	42 años	M	Comerciante	Estado México (Tultepec)	Casado	Preparatoria	Medio
4	Nezahualcóyotl	36 años	M	Artesano pirotécnico	Estado México (Tultepec)	Unión libre	Preparatoria	Medio
5	Ángel	27 años	M	Operador de bici taxi	Estado México (Melchor Ocampo)	Unión libre	Secundaria	Medio/bajo
6	Antonio	30 años	M	Pide dinero calle	Estado México (Teotihuacán)	Unión libre	Carrera técnica	Bajo
7	Feliciano	50 años	M	Vende dulces	Distrito Federal (Azcapotzalco)	Separado	Carrera técnica	Bajo
8	Chava	25 años	M	Futbolista	Estado México (Chalco)	Soltero	Secundaria	Medio/bajo
9	Manuel	29 años	M	Desempleado	Estado de México (Naucalpan)	Soltero	Secundaria	Medio
10	Juan Carlos	43 años	M	Tapicero	Distrito Federal (Iztacalco)	Casado	Preparatoria	Medio
11	Marcelo	42 años	M	Comerciante	Estado de México (Cuautitlán)	Separado	Primaria	Bajo

Tabla 1. Muestra las características generales de los informantes que participaron en la investigación.

Tabla 2. Características de la amputación

N°	Nombre	Amputación	Tiene Prótesis	Uso de prótesis	Tipo de accidente	Tiempo de amputación
1	Mario	Pierna derecha. Arriba de la rodilla y dos brazos.	Si.	No la usa.	Laboral (Electrocutado)	12 años
2	Luis	Pierna derecha. Arriba de la rodilla	Si.	La usa diario	Atropellado (Carro)	2 años
3	Eduardo	Las dos piernas. Hasta las ingles.	Si.	No la usa (solo fiestas)	Atropellado (Tren)	10 años
4	Nezahualcóyotl	Pierna derecha. Debajo de la rodilla.	Si.	La usa diario	Laboral (Explosión)	2 años
5	Ángel	Pierna izquierda. Debajo de la rodilla.	Si.	La usa diario	Atropellado (Carro)	5 años
6	Antonio	Las dos piernas debajo de la rodilla.	Si.	Las usa diario	Laboral (Electrocutado)	3 años
7	Feliciano	Pierna izquierda. Hasta la ingle.	Si.	No la usa.	Laboral (Automovilístico)	4 años
8	Chava	Pierna izquierda. Hasta la ingle.	Si.	No la usa	Automovilístico (Choque)	4 años
9	Manuel	Pierna izquierda. Arriba de la rodilla	No	No aplica	Laboral (Caída)	6 meses
10	Juan Carlos	Pierna Izquierda. Arriba de la rodilla	No	No aplica	Laboral (Electrocutado)	1 año
11	Marcelo	Brazo y pierna derechos. Arriba de la rodilla	No	No aplica	Laboral (Electrocutado)	5 años

Tabla 2. Muestra las características generales de la amputación que tiene cada uno de los informantes que participaron en la investigación.

Tabla 3. Acercamientos Campo					
N°	Nombre	Visitas	Objetivo	Logro	Fecha
1	Daniel	3	Contacto y entrevista	Contacto, aunque no quiso participar en la entrevista por malas experiencias previas.	Del 6 de Diciembre hasta Enero 10.
2	Eduardo	3	Entrevista	Entrevista	Del 12 de Enero al 30 de Enero (entrevista).
3	Nezahualcóyotl	2	Entrevista	Entrevista	Desde el 3 de Febrero al 4 de Febrero (entrevista).
4	Oscar	1	Contacto	Contacto, pero no participo en la entrevista por ser amputación de brazo.	27 de Enero.
5	Ángel	4	Entrevista	Entrevista	Del 20 de Enero al 9 de Febrero (entrevista).
6	Edgar	1	Contacto, para conocer el motivo de su amputación.	Contacto, no participo en la entrevista porque su amputación no fue traumática.	10 de Febrero.
7	Francisco	1	Contacto para conocer el motivo de su amputación.	Contacto, no participo en la entrevista porque su amputación no fue traumática.	13 de Febrero.
8	Carmen	1	Contacto para conocer el motivo de su amputación.	Contacto que no participó	12 de diciembre
9	Manuel	3	Contacto para establecer raport, conocer el motivo de la amputación	Entrevista	10 de abril
10	Juan Carlos	3	Contacto para conocer motivo de la amputación, entrevista.	Entrevista	20 de abril
11	Marcelo	1	Entrevista.	Entrevista	14 de abril

Tabla 3. Muestra algunos de los contactos que se lograron hacer durante el trabajo de campo. Es importante resaltar las fechas de los acercamientos, el objetivo de cada una de las visitas y lo que se logró para cada uno de los contactos.

Tabla 4. Acercamientos a Campo					
N°	Nombre	Visitas	Objetivo	Logro	Fecha
12	Rodolfo	1	Contacto para conocer el motivo de su amputación.	Contacto que no participó porque su amputación fue debido a enfermedad	19 de diciembre
13	Luis	6	Contacto y report	Entrevista	12 de enero-7 de febrero
14	Mario	1	Contacto y entrevista	Entrevista	6 de febrero
15	Estela	2	Contacto para conocer el motivo de su amputación.	Entrevista	24 de enero-5 de febrero
16	Aide	2	Contacto para conocer motivo de la amputación y agendar entrevista.	Contacto que no quiso participar	1 de febrero a 8 de febrero
17	Feliciano	4	Contacto, Report y agendar entrevista.	Entrevista	20 diciembre a 6 de febrero
18	Chava	2	Contactar al equipo de futbol y entrevista	Entrevista	24 enero a 7 de febrero
19	Karla	1	Contacto para conocer motivo de su amputación	Contacto que no participó porque su amputación fue debido a enfermedad	12 de enero
20	Antonio	6	Contacto, Report, seguimiento para agendar entrevista.	Entrevista	6 de diciembre a 3 de febrero.
21	Alejandra	2	Contacto para conocer motivo de la amputación	Contacto que no participó porque su amputación fue debido a enfermedad	7 de abril
Otros contactos					
1	Contactos por redes sociales				
2	Equipos de Futbol de Amputados				
3	DIF Iztapalapa				

Tabla 4. Muestra otros de los acercamientos que se realizaron durante el trabajo de campo. Cabe resaltar que la última parte de la tabla muestra otros contactos, estos contactos, fueron mediante redes sociales, equipos de futbol y una clínica del DIF

CAPÍTULO 3. IMPLICACIONES DE LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.

3.1 Descripción de los casos

Con el fin de contextualizar y conocer más sobre los participantes, la causa de su accidente y de su experiencia con la amputación resulta pertinente hacer una pequeña descripción de cada una de las situaciones.

Mario

El señor Mario tiene 62 años, fue una persona muy activa antes del accidente, trabajaba como plomero, albañil y de mantenimiento en el Colegio de Bachilleres, le gustaba viajar. El accidente hace 12 años por descarga eléctrica hizo que perdiera una pierna y dos brazos, lo hizo sentirse “inútil” pero agradece a Dios que lo haya dejado vivir un tiempo de más. Su esposa es su principal apoyo, lo que más le dolió a Mario fue no poder trabajar, él se describe a sí mismo como discapacitado, pues depende de los demás para realizar muchas actividades; aun así, en una casa de cultura aprendió a pintar en óleo, le hace darse cuenta que todavía hay cosas que puede hacer y que nunca es tarde para aprender algo nuevo. Es una persona alegre y agradecida con la vida, su buen humor y sonrisa lo caracterizan.

Neza

El señor Neza tiene 36 años de edad; se dedica a la pirotecnia. Hace un par de años fue víctima de un accidente al desempeñar su trabajo, una explosión mientras fabricaba cuetes le dañó la pierna derecha que tuvo que ser amputada. Neza es padre de familia, vive con su esposa y sus cinco hijos, el mayor de ocho años y el menor de tres años.

Después de unos meses del accidente el señor Neza buscó los medios para comprar una prótesis y pudo adquirirla, actualmente tiene un año usándola y considera, en su experiencia, que ha sido de gran ayuda para facilitar su trabajo y su movilidad. A dos años del accidente, considera que su amputación no es algo que le afecte en su trabajo ni con su familia, pues de hecho es esta última quien lo apoya mucho y los lazos se han fortalecido después de la pérdida de la pierna.

Eduardo

Eduardo es un señor de 42 años, perdió ambas piernas al ser víctima de un asalto, fue golpeado por tres hombres y posteriormente arrojado a las vías del tren, lo que dañó sus piernas. Fue intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones, primero le cortaron por debajo de la rodilla, y posteriormente le amputaron hasta la ingle. Esto le sucedió hace diez años.

Antes del accidente trabajó en una peletería, vivía con su familia conformada por su esposa y sus dos hijos pequeños, una niña de cuatro y un varón de seis años. El accidente le impidió seguir con su trabajo, y se vio en la necesidad de buscar otras fuentes de ingreso, hoy está a cargo de su propio negocio, una jarcería. Para Eduardo el apoyo de su familia y amigos ha sido fundamental, pues en todo momento han estado con él, apoyándolo de manera emocional y económica.

Después de su amputación se dio a la tarea de conseguir sus prótesis, lo que le llevó un par de años, en la actualidad tiene ambas prótesis, aunque cabe mencionar que solo las usa ocasionalmente ya sea en eventos sociales o cuando sale de paseo, pues considera que su uso no le facilita la movilidad.

Luis

Luis tiene 31 años, es soltero. Su accidente fue hace dos años, fue atropellado por una camioneta, este incidente le provocó la pérdida de su pierna derecha, lo que conllevó a una desestabilización en su familia y en su relación amorosa, una de sus principales preocupaciones fue el empleo. El accidente causó problemas a su familia y a su novia, más que a él según sus palabras, no pudieron soportar que le hayan amputado una pierna. Al no poder trabajar entró a estudiar la prepa y ahora estudia la universidad, ingeniería electrónica, lo cual le llena de orgullo, “si no me hubiera accidentado no estaría aquí, ahora me he superado”. En la narrativa su novia aparece como el principal tema, ella lo dejó tiempo después y es cuando a Luis se le viene la depresión y la tristeza. Toma la vida de manera muy alegre y positiva, se burla de sí mismo, no se siente como una persona discapacitada, él puede hacer lo mismo que cualquiera, tal vez con más esfuerzo y más trabajo pero puede hacerlo. Se considera una persona feliz que ha aceptado y asimilado su amputación.

Ángel

Ángel es un joven de 27 años, hace seis años tuvo un accidente mientras iba en su bicicleta, una camioneta lo atropelló, pasando por encima de su pie izquierdo, al momento del suceso Ángel cayó y perdió el conocimiento, pues recibió un duro golpe en el cráneo; al recobrar el conocimiento ya estaba en el hospital acompañado de su hermano que le informó lo ocurrido; le hizo saber que a consecuencia de su accidente tuvieron que amputarle su pie izquierdo.

Actualmente vive con su pareja desde hace cuatro meses. Su familia está conformada únicamente por su hermano mayor, ya que no tienen más hermanos y su padre murió cuando tenía 5 años, y su madre cuando tenía 20 años. El joven apoyándose de una prótesis, trabaja como operador de un bici-taxi, trabajo que tiene desde hace dos años. La prótesis la consiguió un año después de su accidente, tuvo que trabajar mucho para obtenerla.

Chava

Chava tiene 25 años, es un joven tímido. Su accidente ocurrió hace cuatro años en la carretera México-Acapulco, mientras se dirigía a Acapulco para repartir frutas y verduras, él iba en la parte trasera de una camioneta Pick-up y tras el impacto su pierna izquierda quedó atrapada y muy lesionada, recibió atención médica pero su pierna ya no pudo ser salvada. Chava expresa que experimentó dos pérdidas importantes en poco tiempo, ya que meses antes de su accidente su madre había fallecido. Chava mantiene una relación muy cercana con sus hermanos y hermanas, pues fueron ellos quienes lo ayudaron después del accidente y lo siguen haciendo hasta la fecha, además de sus hermanos, también recibió ayuda de sus antiguos patrones.

A pesar de que Chava tiene prótesis, no le gusta usarla, pues tiene muchas complicaciones y le parece incómoda para salir a la calle, por lo cual prefiere desplazarse con sus muletas.

Chava pertenece a un equipo de fútbol de amputados, pertenecer a este equipo es muy importante ya que lo distrae y lo ayuda a asimilar su situación de amputado.

Antonio

Antonio tiene 30 años, es un señor humilde que pide limosna frente a la catedral de la Ciudad de México. Su accidente ocurrió hace 3 años mientras pintaba la fachada de una clínica de maternidad; sufrió de una descarga eléctrica pues tuvo contacto con los cables de alta tensión, este incidente le provocó fuertes heridas en las piernas y se las tuvieron que amputar.

Antonio menciona que cuando estaba en el hospital recibió gran ayuda de su familia, principalmente de su madre y su hermano quienes lo cuidaron después de que perdió sus piernas; sin embargo menciona que recibió muy poco apoyo por parte de su esposa Angélica y de sus dos hijas, ellas lo rechazaron y se burlaron de él por su nueva condición, pero a pesar de esto Antonio pudo sobrellevar las cosas y actualmente vive solo.

Antonio refiere que para él la experiencia de la amputación y de salir a la calle ha sido difícil, pues le da pena y le preocupa que lo señalen por su falta de piernas.

Feliciano

Feliciano tiene 50 años, es un señor carismático y activo. Su accidente ocurrió hace cinco años, en la carretera federal México-Acapulco, atravesó por un gran choque mientras laboraba (distribuía medicamentos naturistas). Después del accidente el señor Feliciano es llevado al Centro de Readaptación Social (Cereso) como presunto culpable; pasó algunos meses en prisión con su pierna lesionada, lo cual no permitió la recuperación adecuada y años después su pierna izquierda tuvo que ser amputada. Tras el accidente Feliciano perdió su trabajo y fue demandado por perder mercancía del trabajo durante el accidente (medicamentos).

Feliciano menciona que mientras se encontraba en el hospital, para él fue muy importante recibir apoyo de sus padres, su esposa e hijos, pues el esfuerzo que pusieron sus padres y el hecho de que su esposa regresó con él tras el accidente fue razón suficiente para que él no se suicidara. Aproximadamente después de tres años del accidente, su esposa decidió separarse nuevamente de él, por lo que ahora no están juntos.

Manuel

Manuel tiene 29 años, es un joven alto de complexión robusta. Su accidente ocurrió hace tan solo seis meses, tras saltar una barda de aproximadamente metro y medio; se encontraba en la calle huyendo de la policía por haber bebido unas cervezas en vía pública, a causa de la caída, la rodilla de Manuel quedó muy lastimada. Fue trasladado al Hospital General de Naucalpan, no se le brindó la atención médica adecuada debido a la gravedad de la lesión los doctores no supieron cómo tratarla y fue víctima de negligencia médica. Fue trasladado al Hospital General de México, en donde es recibido en estado grave, su pierna izquierda se encontraba muy lastimada e infectada, y ya no era posible salvarla; la amputación era la única opción para evitar una infección generalizada.

Durante su estancia en el hospital el apoyo de su familia fue importante, ya que su mamá y sus hermanos estuvieron con él. Manuel menciona que el accidente unió a la familia, ya que antes de que ocurriera y no se hablaba con sus hermanos y tras este se reconciliaron.

Manuel menciona que para él la aceptación de la pérdida fue sencilla, ya que evitó una infección general que lo condujera a la muerte.

Juan Carlos

El señor Juan tiene 43 años, es un señor alto y de complexión robusta, ha trabajado la tapicería desde hace 30 años, oficio que le heredó su padre. Su accidente ocurrió hace un año, intentaba arreglar un tinaco con un tubo de cobre, el cual tuvo contacto con los cables de luz, generando una descarga eléctrica en su cuerpo. Juan Carlos fue trasladado a un hospital inmediatamente, la descarga le destruyó la pierna izquierda y no pudo ser salvada pese a los intentos de los médicos; la decisión de la amputación la tomó junto con su esposa, ambos estuvieron de acuerdo, para ellos “la pérdida de una pierna no se compara con la vida misma”, “es una pérdida pequeña si se tiene aún la vida”. Para Juan Carlos, la relación que mantiene con su esposa e hijo parece no estar condicionada por su amputación. Por lo que la amputación no afectó de manera significativa su vida, en propias palabras de Juan, pues el accidente no le impidió seguir con sus actividades laborales ni continuar con su vida de manera “normal”; Juan se muestra optimista y alegre. Él

puede hacer sus cosas sin depender de nadie, no cuenta con prótesis, pero está en lista de espera para conseguirla, su deseo de obtenerla es para recuperar su completa movilidad.

Marcelo

Marcelo tiene 42 años de edad. Hace cinco años sufrió un accidente eléctrico, mientras se encontraba trabajando en una construcción, este le provocó la amputación de su pierna y brazos izquierdos. En este accidente causó que otros dos de los trabajadores que estaban en la construcción resultaran lesionados, uno de ellos falleció y al otro también le amputaron una parte de su cuerpo. Después del accidente, su esposa lo abandono llevándose a sus hijos. Marcelo refiere que su esposa le dijo que debido a su condición el ya no podría mantenerlos y que lo mejor era que se fueran. Ante ello la madre y el hermano de Marcelo son los que se hicieron cargo de él mientras estaba en el hospital. Actualmente Marcelo vive con ellos, su madre y su hermano. Después de su accidente a Marcelo se le complicó obtener ingresos tocó muchas puertas pero ninguna le ayudo, ante ello actualmente se dedica a vender dulces en la vía pública. Para su desplazamiento se apoya de una bicicleta, que el adapto para facilitar su movilidad, y que le es indispensable cuando sale a vender, considera que es más fácil moverse con su bicicleta.

3.2 Tipos de accidente

Una vez expuestos todos los casos mencionamos algunos tipos de accidentes, lo cual permite contextualizar cada uno de los casos y ver la manera en que cada participante explica sus experiencias respecto al accidente y a la pérdida corporal.

Conforme a los casos que integran nuestra investigación podemos identificar dos ámbitos donde suceden los accidentes; el ámbito laboral y el no laboral. En ambos, las causas del accidente son distintas (Ver esquema 1 al final de este apartado).

El accidente en el ámbito laboral se caracteriza por aquellos accidentes que sucedieron mientras los participantes desarrollaban sus actividades laborales, se consideran tres aspectos específicos que provocaron el accidente: por electricidad, por explosión y por vehículo.

El accidente en el ámbito laboral provocado por electricidad es el tipo más común en nuestros datos y el que produjo más afectaciones físicas en los participantes, ya que de cuatro los participantes que tuvieron este tipo de accidente, en tres de ellos existen más de una amputación.

El accidente laboral por explosión, se debe a un incidente al maniobrar con pólvora, en esta situación tenemos solo un caso que es el de Neza, que pierde la pierna derecha, al estar haciendo cuetes.

El accidente vehicular, en el ámbito laboral se refiere a un incidente de choque que sucede mientras los participantes se encontraban realizando sus actividades laborales para desplazarse a algún lugar; en esta situación se encontraron Feliciano y Chava, ambos accidentes ocurrieron en la carretera México-Acapulco.

Los accidentes que no sucedieron en un ambiente laboral, los catalogamos como accidentes de vía pública, para este ámbito se consideraron dos aspectos específicos de la causa del accidente: por atropellamiento y por caída en la calle.

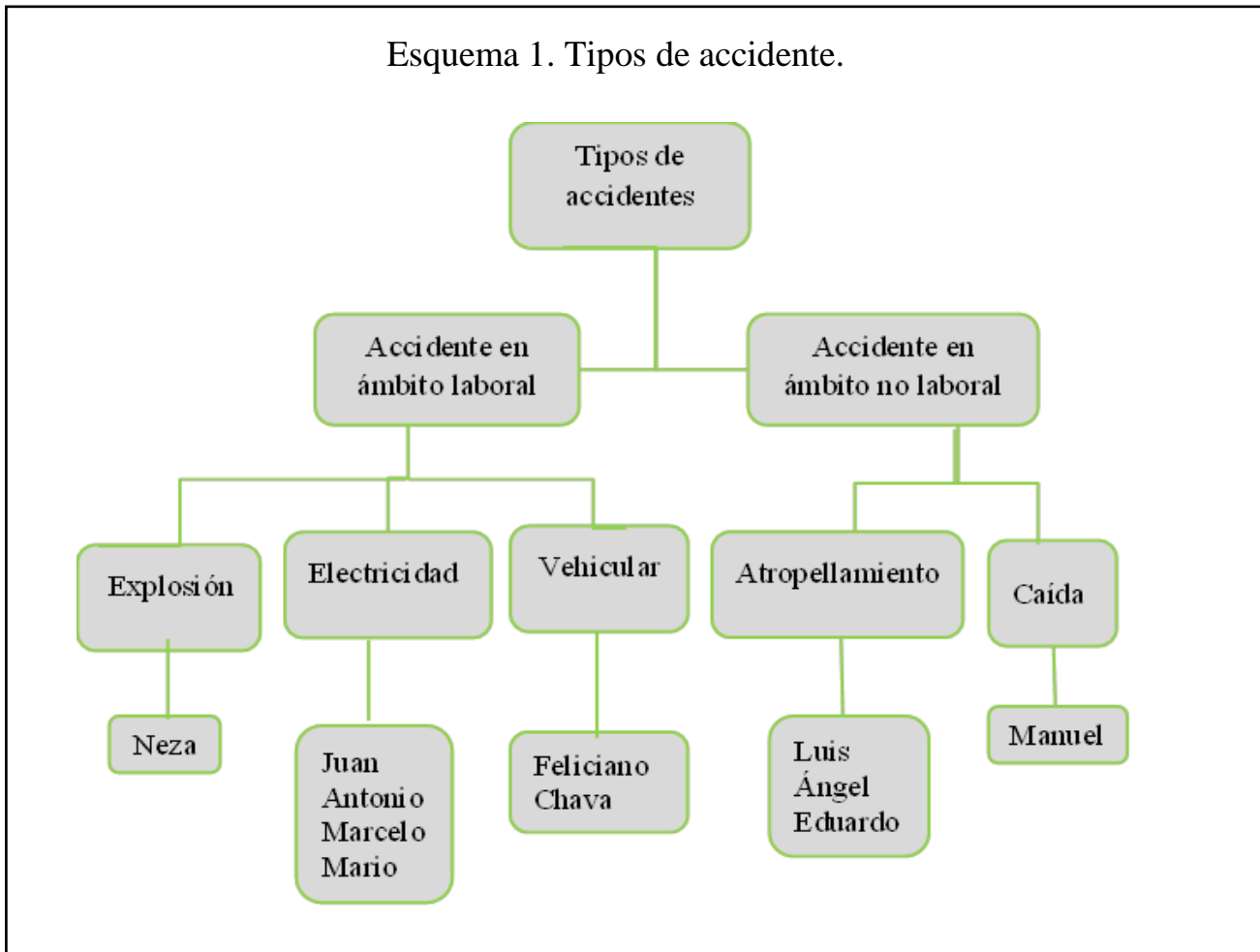
En los accidentes por atropellamiento se encuentran las personas que desplazándose por la vía pública, fuera del ámbito laboral son impactadas por algún tipo de vehículo.

Respecto el caso de Luis una camioneta lo atropelló mientras caminaba en la calle, lo que le ocasionó una amputación de su pierna derecha. En el caso de Ángel una camioneta de carga lo arrolló mientras se trasladaba en su bicicleta, en consecuencia de ello perdió la pierna izquierda. En el caso de Eduardo un intento de asalto provocó que lo golpearan y arrojaran a las vías del tren, al no poderse mover, el ferrocarril destrozó sus piernas, lo que produjo la pérdida de ambos miembros.

En cuanto al accidente en vía pública por caída, se encuentra únicamente el caso de Manuel, quien al intentar escapar de las autoridades se cayó de una barda, lo que le produjo una fuerte lesión en la rodilla izquierda y derivó en la amputación de la pierna.

La causa del accidente tiene implicaciones directas en la forma de comprender y asimilar la amputación, en los casos en los que el accidente fue dentro del ámbito laboral se atribuye la causa a una cuestión de responsabilidad personal; mientras que para los accidentes que ocurren fuera de un ambiente laboral o bien en la vía pública las atribuciones son más complejas pues se

usan cuestiones de azar y destino para explicarlo. En ambos casos la religión está presente como método para entender y dar sentido a lo sucedido.



Esquema 1. Muestra los tipos de accidentes. Se presentan dos tipos de accidentes principales, los accidentes en el ámbito laboral y los accidentes en ámbito no laboral, cada uno de los ámbitos presenta las causas del accidente.

3.2 Del accidente a la incertidumbre: el proceso de pérdida

Este apartado se centra en las primeras consecuencias de la amputación traumática, desde la búsqueda de explicaciones sobre el accidente hasta el proceso de pérdida y las preocupaciones que el cambio corporal trae consigo, mismo que genera miedo e incertidumbre en varios ámbitos de la vida de las personas. Este primer acercamiento al fenómeno de la amputación traumática es esencial, en la comprensión del curso de sus vidas, de sus actividades diarias y de sus relaciones sociales.

3.2.1 Explicaciones del accidente

Al momento que las personas buscan explicar su accidente se basan en cuestiones relacionadas al entorno social, basándose en un sentido lógico-deductivo. Comúnmente ante una situación incierta, donde todos los recursos cognitivos resultan insuficientes para calmar la incertidumbre, las personas nos valemos del “sentido común” para construir reglas de inferencia, que permiten explicar eventos relevantes e inciertos de nuestro entorno social (Heider, 1958; Kelly, 1955: citado por Ramírez y Levy, 2010).

La necesidad del ser humano por comprender el porqué de las cosas los impulsa a indagar sobre las posibles causas, utilizando los recursos socio culturales de que disponen (suerte/azar, cuestiones religiosas) para dar sentido a hechos difíciles de entender; el accidente es un evento trascendental que requiere reflexión, pues es un momento significativo que marca el curso de sus vidas.

Usualmente las personas hacen uso de explicaciones en su vida diaria para explicar eventos en su entorno social que funcionan como marcos de referencia para entender las situaciones inciertas, interpretando información que tienen a la mano.

Al intentar encontrar una explicación del accidente, los participantes hacen alusión principalmente a cuestiones que involucran las creencias religiosas y el destino. Aunque también algunos de ellos atribuyen que el accidente fue consecuencia de acciones personales, mismas que pudieron evitarse o preverse.

En la búsqueda de explicaciones causales a los eventos que derivaron en el accidente, es común que los participantes hagan inferencia sobre cuestiones comúnmente asociadas a su

entorno, pasando a formar parte del “conocimiento compartido” en las dinámicas propias del sistema de relaciones sociales, y a la forma como los miembros de dicha sociedad interpretan las inequidades entre grupos socialmente relevantes (Ramírez y Levy, 2010).

Explicaciones basadas en el destino

El destino es un recurso que utilizan los participantes para dar sentido a los hechos cotidianos, donde se involucran cuestiones como la suerte y el azar. Es común que ellos expliquen su accidente por medio del destino, comprendiéndolo por un lado, cómo algo que les “tenía que pasar y que era inevitable”, y por otro lado se entiende como algo que sucede porque “uno se encuentra en el momento y en lugar menos indicados”.

“le pudo haber pasado a cualquiera, estuviste en el lugar menos indicado, en la hora menos indicada, ¿no?, entonces le pudo haber pasado a cualquiera en este caso, pues te pasó a ti, igual y si tu hubieras pasado un minuto antes o un minuto después entonces le hubiera tocado a otra persona, pero pus tu estuviste ahí, estuviste en ese, en ese momento” (Eduardo, 42 años)

“...te juro que no o sea yo le doy vueltas y vueltas y dije “por qué me tuvo que haber pasado esto”, no, no me la puedo responder, no, y no le puedo responder, entonces son cosas que pasan y pues ni modo, no hay vuelta de hoja” (Eduardo, 42 años).

“Haga de cuenta que fue algo muy, muy cómo le diré como si hubiéramos estados destinados para, para estar ahí” (Feliciano, 50 años).

Algunos participantes consideran que el accidente pudo ser evitado, pues mencionan en su reflexión eventos o hechos que pudieron preverse; este tipo de explicaciones contienen una responsabilidad personal, misma que conlleva a cargar una cierta culpa y enojo por lo ocurrido, ya que estaba en ellos evitarlo. Dentro de las explicaciones se considera el accidente como un castigo por algo que ellos cometieron o hicieron mal, entendiéndolo como algo que la vida les cobra.

“pero se le van a uno las cabras, es por lo que me pasó a mí, por no subir el tubo, por no bajar dos pisos a cortarlo abajo fue por lo que me pasó esto. Me enojé mucho conmigo mismo, pero son cosas que tienen que pasar, no, son cosas que pasan, pero no, ya pasó esto y tenía que ser así, y me adapté al sistema, no el sistema a mí” (Mario, 62 años).

Los participantes al buscar una respuesta a su accidente permiten hacer atribuciones causales sobre los eventos de su accidente, y afectan las percepciones de responsabilidad por los resultados de una situación.

“Si porque en ese momento yo tenía sentimiento de culpa de, de que había hecho yo algo malo, para que yo me hicieran esto, entonces yo tenía ese sentimiento de culpa, te digo porque a como diera yo quería saber por qué, por qué me hicieron esto, ¿no?, sin saber, sin encontrar respuestas, entonces mi primera pregunta a

él es que ¿tú que hiciste, qué bronca tenías?, para saber que le habían hecho o porque se había metido en ese problema” (Eduardo, 42 años).

Ya sea por destino o responsabilidad personal, los entrevistados logran dar una explicación a su accidente, lo que les ayuda a asimilar el evento traumático que traerá como consecuencia, pérdidas significativas en su vida.

Explicaciones basadas en la religión

Otra de las explicaciones sobre la causa del accidente es la que hace referencia a la religión; cuando las causas y hechos físicos resultan insuficientes para comprender ciertas situaciones los informantes hacen uso de explicaciones religiosas, en este caso se refieren a un Dios, como un ser superior que tiene cierta voluntad y poder sobre las personas, “solo Dios sabe por qué les ha sucedido el accidente”, esta voluntad divina es aceptada mediante dogmas de fe.

Las personas tienen la necesidad de creer que obtienen lo que merecen. Esta creencia constituye una situación que permite que los participantes confíen en recibir un trato justo, y que la causa del accidente tiene una justificación justa y que no está en sus manos controlar.

En este sentido cabe mencionar los argumentos de Lerner (1970, citado por Ramírez y Levy, 2010) al mencionar que las personas tienen la necesidad de creer que obtienen lo que merecen, estas creencias evidencian de manera empírica la sugerencia que por un lado permite que las personas confíen en recibir un trato justo ante sus actos, y por otro lado generando una expectativa hacia los eventos que suceden en su la vida.

“Pues yo decía por qué Dios me castigó en esta forma, si yo no le hacía mal a nadie, pero una persona me dijo, no, Dios no castiga, son cosas que tienen que pasar, pues tantito eso y lo tarugo que fue uno”. (Mario, 62 años)

Los participantes atribuyen el accidente a una decisión de Dios, misma que no resulta fácil aceptar, pues consideran que su ser superior es un ser bueno, que no sería capaz de mandar castigos sin motivos; debido a que su creencia religiosa está muy arraigada terminan simplemente aceptando este evento como una voluntad de Dios.

“Pus todo esto se lo dejo a Diosito, ahí él es él que de aquí a mañana no sé si tenga que pagar algo o sí” (Antonio, 30 años).

“si dije "porque Dios si yo siempre he estado contigo y en, en lo que nos pide el pueblo, o sea en cosas tuyas siempre hemos estado", y en eso de digo "bueno tú sabrás, en ti me encomiendo y tú sabrás si me llevas aquí estamos", y de ahí me empecé a relajar” (Neza, 36 años).

Las explicaciones basadas en creencias de un mundo justo son parte de los argumentos que se citan en el discurso diario de las personas al momento de intentar explicar acciones consideradas negativas. Cabe mencionar el ejemplo que citan IJzerman y Prooijen, (2008), (citados por Ramírez y Levy, 2010), “acciones criminales como los asesinatos (como cuando las personas explican: ¡murió porque era un criminal!, o, ¡Algo debería!)”, es decir es común que existan explicaciones, para situaciones que afectan su status quo de manera negativa, permeadas por argumentos que infieren una acción previa socialmente mal intencionada, y en consecuencia reciben lo que merecen.

Las explicaciones a un suceso, en este caso el accidente, pueden promover una asimilación de injusticia, en donde se incluyen desde una atribución de responsabilidad por situaciones que están fuera del control de las personas, hasta la justificación de acciones cometidas por poderes superiores en diversos contextos, generando un estado de victimización personal (IJzerman y Prooijen, 2008, citado por Ramírez y Levy, 2010).

La religión está presente en la vida diaria de las personas, más aun en los eventos significativos, Dios se vuelve una respuesta a lo inexplicable, la vida misma tiene implicaciones divinas de esta manera las creencias religiosas cumplen la función de reducir la incertidumbre y dar sentido a su existencia, aceptando las decisiones y voluntades que están más allá de su comprensión. Aceptar esta explicación funciona para asimilar el accidente pues su creencia en este ser superior les hace confían en sus decisiones.

Estas explicaciones sirven como una primera interpretación de la información social que se dispone, cumpliendo una función justificadora del accidente. Las explicaciones provenientes de las creencias religiosas igualmente significativas, incluso en mayor medida, son un elemento capaz de imprimir a la sociedad herramientas socio-culturales que condicionen y expliquen diversos eventos.

3.3.2 La incertidumbre ante la amputación

Este apartado trata del proceso de pérdida, desde cómo fue tomada la decisión de los participantes o cómo se dieron cuenta que les habían amputado una parte de su cuerpo, hasta los miedos y preocupaciones que vienen con este evento. La amputación que resulta del accidente, trae consigo miedo e incertidumbre a la vida de las personas, pues surgen en ellos muchas dudas sobre lo que será para ellos la vida de ahora en adelante, con esto vienen preocupaciones sobre la movilidad, la familia, el trabajo, la sexualidad y la dependencia.

Con un evento inesperado, como lo es un accidente, puede traer consecuencias no solo físicas sino también sociales. En el caso de nuestros informantes una de las consecuencias más significativas, en un primer momento, fue la pérdida corporal, aunque posteriormente el significado social que genera la pérdida resulta ser más significativo.

Sin otra alternativa: la amputación

El accidente resulta ser un evento que coloca a las personas que lo viven en una condición incierta, una condición en la que no tienen control ni decisión, la situación los deja sin alternativas ante las consecuencias.

El accidente trajo a los participantes afectaciones corporales irreversibles y en ocasiones los puso en una situación de vida o muerte. Estas afectaciones produjeron la amputación de uno o varios miembros del cuerpo, y aunque en algunos casos reportaron que los médicos intentaron evitar la amputación los esfuerzos no dieron resultado alguno. De esta forma el tener que prescindir de una parte de su cuerpo era la única opción para salvar la vida por lo que tomar la decisión no fue tan difícil en su momento.

“Dice: “porque tu infección va a recorrer todo el cuerpo, te va a recorrer todo el cuerpo hasta que te mueras, hasta que todos tus órganos, y ya no vamos a poder hacer nada por ti, entonces hay que operarte lo más pronto posible”. Y le dije: “pues si está bien, dice, pues estate tranquilo y a la una de la tarde venimos por ti” Le digo: “está bien”” (Manuel, 29 años).

“te voy a salvar lo que yo pueda, lo más que te pueda salvar, te lo voy a salvar, tú ya tienes un cacho de carne podrido, ya hasta huele mal –dice- ten en cuenta todo eso –dice- pero necesito que estés este, que estés tranquilo”. Le digo: “Si pues si yo me siento tranquilo” Y este pues me sentía tranquilo, le digo: “yo me siento tranquilo” y dice: “bueno, porque si te lo reviso y no te puedo ayudar, pues te lo vamos a tener que cortar”” (Manuel, 29 años).

En los momentos donde hay que tomar la decisión, en algunos casos para los participantes es importante considerar la opinión de sus círculos más cercanos, como puede ser la familia o la pareja. Cuando los participantes obtienen una respuesta afirmativa este apoyo les da fortaleza para seguir adelante y el vínculo familiar o de pareja crece.

“No, para nada, entre mi esposa y yo lo platicamos, adelante, que pase lo que tenga que pasar, que proceda el médico, si se tiene que amputar se tiene que amputar, para eso estudiaron, para decidir ellos, yo que podía decir, yo que podía pensar, era la pierna o la vida, si le dije a mi esposa, que crees que me van a amputar la pierna, y ella pues dijo que si así tenía que ser que más, ninguno de los dos nos sentimos tristes, no pasa nada, que se haga lo que tiene que pasar” (Juan, 43 años).

Hay situaciones donde aceptar la pérdida es un proceso difícil y complicado, pues se piensa que la vida será diferente y quizás peor, por lo que para ellos ya no vale la pena seguir adelante. Se comienzan a generar ideas del suicidio, que emergen cuando la persona se siente inservible y desvalorizada, esta idea de suicidio está relacionada al valor social de la idea de utilidad y productividad.

“En su momento yo me acuerdo, que te digo que me quise suicidar, ¿no?... pues es el, que se te viene todo abajo obviamente por el problema, de que ya sientes que ya no vales nada porque ya no tienes piernas, de que sientes que todos se van a burlar de ti, de que para qué me quede así si ya no voy a hacer nada ni voy a servir para nada, si lo mejor es dejar de dar lastimas, ¿no?, he pues buscas el modo de cómo acabar con tu vida” (Eduardo, 42 años.)

Estos pensamientos de suicidio cambian cuando perciben que no están solos y que las personas cercanas los apoyan y los valoran en todo momento, sin importar su nueva condición.

“entonces eso fue lo que a mí me sacó a flote mi familia, los niños, mi mamá, mi esposa y los cuates” (Eduardo, 42 años.)

“Ya después me fue a ver otro amigo... me abrazó y se puso a llorar igual me decía que no me iba a dejar, que seguía valiendo lo mismo que siempre, “o sea tú no porque te pasó esto, dejas de valer lo que valías antes, tú eras una buena persona y este, sigues valiendo lo mismo que antes, hasta más”. Y así todos mis amigos igual lo mismo. Yo lo que no quería era llorar, yo lo que no quería era llorar, eso fue lo que me ayudó” (Manuel, 29 años).

El apoyo recibido durante todo el proceso de pérdida permite que los participantes puedan sobrellevar y comenzar a asimilar la nueva situación. Las valoraciones que ellos reciben de los demás comienzan a ser fuera de los criterios de productividad y utilidad, por lo que el apoyo moral y emocional comienza a adquirir importancia y les ayuda a salir adelante.

3.3.3 Preocupaciones derivadas de la pérdida.

Es en el hospital donde se viven momentos cruciales, donde se enteran de la pérdida corporal y en donde se empiezan a asumir como amputados.

Tras la pérdida, se asume que la condición corporal cambia y que las capacidades que ahora se tienen no serán las mismas que cuando se estaba completo, por lo cual aparecen muchas preocupaciones, que se pueden traducir como miedos. Estas preocupaciones en algunos casos son acompañadas por sentimientos de tristeza.

“A pues bueno, me refiero a, a que te desmoralizas totalmente en cuestión de que te cierras en tu mundo de que ya nos vas a servir para nada, ya ni pa correr, ni para caminar, ni ya no voy a poder hacer esto, ahora en este caso como el futbol, ¿no?, dices ya no voy a poder patear un balón, ya no voy a poder trabajar, ¿no?, entonces cosillas así.” (Eduardo, 42 años).

“No pus primero sí, pus sí sentí muy feo cuando me dijeron: “te vamos a cortar el pie”,...pero sí, sí se siente muy..., y así como que luego, luego piensas de que hay que voy a hacer en tres años o en dos años, que voy a hacer como voy a poder caminar o cómo va a hacer mi vida.” (Chava, 25 años).

Las preocupaciones sobre la amputación se van modificando, una vez tomada la decisión lo que preocupa después es el nivel de la amputación, ya que para los fines de movilidad y uso de prótesis, resulta preferible que el corte sea debajo de la rodilla.

“Le digo "oiga doctor no sea mala onda yo sí le quiero pedir así un favor este especial de la manera más atenta quiero que me brinde la atención de", -mire a mí no me importa a lo mejor que me corten mis pies sí eso me va a salvar la vida de aquí a mañana- "lo único que le digo que si haga, o sea tenga consideración de hacerme el favor de que no me corte tanto" (Antonio 30 años).

“Hasta aquí, un poquito más abajo, mira yo tengo por aquí, como por aquí (me señala su pierna), entonces me habían amputado un poquito más abajo, yo todavía le dije al doctor, oiga doctor y no hay probabilidad de que me deje mi rodilla, yo con la idea de que ah con la rodilla una prótesis de aquí pa'ca va a estar más papa el asunto, no, que crees que no, tiene que ser arriba de la rodilla, por la infección, es que la infección yase esta corriendo, y mientras más nos tardemos más arriba va a ser la amputación, no pues le dije, mañana, y sí, ya me prepararon y todo, entonces ya después entraba yo a lavados quirúrgicos cada dos días, porque la infección no cedía y las calenturas tampoco” (Luis, 31 años).

Otro de los miedos que viene con la amputación, es volverse dependiente de los demás. Asumen que ya no podrán hacer las cosas que hacían antes, y que para muchas actividades de su vida diaria tendrán que recurrir a otros; para ellos es muy importante la independencia, ésta es sinónimo de autonomía y autosuficiencia, perder una pierna los hace sentirse inservibles; lo que los conlleva a considerarse una carga para sus familiares surgiendo la idea del abandono, pues creen que los demás no asumirán la responsabilidad de vivir con una persona amputada.

“Pues haga de cuenta que, pues es una, es una desesperación, el empezar a pensar que no vamos a poder depender ya, o sea de nosotros solos, sino que yo pensaba, depender de, depender de mi familia, pensaba que mi esposa me iba a dejar, que iba a ser un ser inservible, era lo primero que, que empezaba a llegar a mi mente, ya decir, ya no puedo subir una escalera, ya no voy a poder este, correr, ya no voy a poder estar con mis hijos como estaba antes” (Feliciano, 50 años).

Hasta el momento se han explicado algunas de las preocupaciones que generan incertidumbre y miedo a los participantes, el sentido de la vida y de la muerte estuvieron presentes en función de la gravedad y consecuencias del accidente, que derivaron en la pérdida corporal, donde la vida comienza a ser diferente en el pensamiento de las personas. Adquirir una nueva condición corporal, reconocerla y enfrentarse al mundo social serán cuestiones problemáticas para las personas, las relaciones sociales que son el núcleo de nuestro análisis empiezan a jugar un papel decisivo.

3.4 De una nueva condición corporal a una nueva condición social

Una amputación traumática coloca a las personas en un nuevo escenario, debido a que se adquiere una nueva condición corporal. El reconocerla resulta un proceso difícil de aceptar tanto para ellos mismos como para los demás, por lo cual las implicaciones ya no son solo físicas sino también sociales, la vida social comienza a presentar aún más obstáculos.

Reconocimiento corporal

El cuerpo toma una relevancia vital en el proceso de interacción, entendiéndolo como un medio portador de significado, y no solamente como un medio físico; al respecto se han elaborado diversas teorías y distintas formas de abordar el tema del cuerpo, nosotros nos interesamos solamente por la función social que enviste al cuerpo, la cual ha sido llamada corporeidad por la teoría sociológica.

No obstante el primer reconocimiento que se hace es sensorial, las preocupaciones vienen al sentirse, verse o tocarse el cuerpo, estas preocupaciones son sociales más que físicas, aunque ambas están imbricadas. El reconocimiento corporal es un proceso que se genera a partir de experimentar con los sentidos el nuevo cuerpo, ya sea mediante el tacto o con la vista; este reconocimiento es parte de las primeras experiencias corporales una vez que se da la amputación. La primera vez que se ve y siente la persona con esta nueva imagen corporal es un momento

importante para reconocer su nueva condición, que será punto de partida para reconocer las implicaciones sociales que esta pérdida genera.

“Cómo me entere, pues verlo físicamente, ¿no?, alzar las sabanas y el miedo ese, digo es un miedo que dices qué me pasó, estoy mal o estoy bien, y alzas las sabanas y sorpresa, no, no hay más más, más que unas vendas y de ahí ya no hay más” (Eduardo, 42 años).

“Ese día me desperté, ese día me desperté y lo primero que hice fue a no mames, seguramente ya no la tengo, y bajé mi mano, y seguí así hasta que vergas, ya no la encontré, dije vergas, ya no la tengo, ah pues ya ni pedo” (Luis, 31 años).

El reconocimiento en primera instancia es sensorial, esta parte de nuestro ser por la que experimentamos el mundo, pero las implicaciones van más allá de lo físico, pues lo social se instaaura fuertemente en estos procesos. Respecto de lo anterior Le Breton, 2002, menciona que la corporeidad es toda la manifestación corporal que se potencia en los individuos. Es sentir y vivir el cuerpo en sus connotaciones de saber pensar, saber ser y saber hacer, es decir, manifestarse integralmente a través de lo cognitivo, de lo ético y de lo práctico, lo que deviene en corporeidad.

El reconocimiento corporal por medio de los sentidos genera sorpresa e incomodidad a pesar de haber dado consentimiento previo a su amputación, esto desencadena sentimientos de miedo y tristeza; las preocupaciones a las limitantes físicas siguen presentes, por lo cual resulta difícil acostumbrarse a la nueva imagen corporal, que será mediada por la mirada del otro, en base a las ideas de normalidad.

“Pues me sentí-como te diré- pues me sentí triste de ver que me hacía falta el cacho de pie, me llego a la mente, de que, o sea de que en vez de estar ahí sentado de como andaba en la calle, caminando, trabajando, me llego a la mente, lo que hacía antes y lo que no podía hacer en ese momento. Te digo que no podía salir a la calle porque no podía andar en las muletas. Y me llego al recuerdo de lo que hacía y me puse a llorar” (Manuel, 29 años)

“Bueno obviamente aquí fueron este, complicaciones físicas, ¿no?, pues porque ya no te puedes desplazar más, obvio no, pues yo creo que en la amputación y todo eso, ya no, fue más difícil el desplazarte físicamente, el desplazarte o el de generar económicamente entonces sí, sí no las vimos bien cañonas, nos las seguimos viendo, ¿no?” (Eduardo, 42 años)

La instancia de reconocimiento sensorial es importante, el darse cuenta de la pérdida, pero lo verdaderamente relevante son las preocupaciones que vienen con esta, todas estas ideas de funcionalidad, de movilidad, de trabajo, son mediadas por las actividades sociales, la importancia y la vida misma, la necesidad de tener un cuerpo completo que pueda realizar las diversas actividades de manera normal y convivir con sus semejantes sin mayores contratiempos es lo que verdaderamente preocupa a los participantes.

Reconocimiento a partir de los otros

La mirada del otro en la construcción del propio reconocimiento es un proceso que se da a lo largo de la vida; existen también pautas e ideas de cómo deben de ser los seres humanos, y a partir de estas creencias se han elaborado diversas teorías que explican y sustentan los diversos estereotipos que existen.

Sobre las personas amputadas recaen rápidamente una serie de estereotipos y estigmas, su condición corporal los desacredita para una plena aceptación social. El concepto de estigma permite analizar la manera en que se construyen ciertas identidades sociales para individuos con características que los ubican en categorías fuera de la “normalidad”, no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo (Goffman, 2006 [1963]).

Verse sin una pierna es una situación difícil para las personas, comprenderse en una situación diferente proviene del reconocimiento personal y de la mirada de los demás, se reconocen diferentes a partir de un referente de normalidad. La amputación cambia la concepción que se tiene de uno mismo, el cuerpo es diferente, le hace falta algo, el sentido de normalidad y de anormalidad se involucra al observar el propio cuerpo y al mirar el de los demás.

“No pues lo ven a uno como bicho raro (se ríe), la verdad, lo ven a uno como bicho raro, y más los niños, los niños lo ven a uno diferente, “y qué te paso, y qué tienes, y por qué tu pie, y tu mano, yo si tengo mano”” (Mario, 62 años).

“Pues anda más ves lo chistoso que te ves, y como te va a ver la demás gente, porque si te ven diferente, no, sin un chacho no ma, eres totalmente diferente, hasta sin un dedo te ves raro, eres como una cosa rara, totalmente una cosa rara, algo no, algo no ordinario” (Ángel, 27 años).

Las personas amputadas poseen el primer tipo de estigma del que hace mención Goffman pues el cuerpo al ser mutilado y al estar incompleto, hace que la persona sea diferente a los demás; por lo tanto el cuerpo se convierte en el principal instrumento en donde recaen los estigmas, ya que es la parte visible de las personas, donde demuestran su existencia ante si y ante los demás.

Los planteamientos de Goffman (2006 [1963]) se centran principalmente en la interacción cara a cara que se da entre personas “normales” y personas “estigmatizadas”, en esta interacción

todo lo que no sea normal a los ojos de la sociedad, es menospreciado, mal visto o rechazado por salirse de lo establecido por la sociedad.

También es importante echar un vistazo a las interacciones que mantienen las personas amputadas con sus similares, pues estos contactos hacen posible un entendimiento de la situación social en que se encuentran.

La interacción con personas que se encuentran en situaciones similares es importante en el proceso de reconocimiento corporal, ya que la oportunidad de verse reflejado en el otro da un entendimiento de su propia situación y se asimila una nueva condición social.

Ya cuando me caí el veinte así de, bueno ok, ya no tengo piernas y eso, es en las terapias, en las terapias me llevan a una terapia ocupacional y yo iba renuente renegando, de ahí yo no quiero ir, que me van a hacer o qué, y entonces me caí el veinte sabes cuándo, cuando veo una chica sin brazos ¿no? (Eduardo, 42 años).

“... ves a varias personas igual amputadas que no tienen una pierna, o no tienen el brazo y como que también te quedas pregun, así como que te preguntas tu ¿pus que les paso? ¿No?, igual tuvieron un accidente o que les paso, y ya cuando con el tiempo ya los fui conociendo ya les pregunte que, que les había pasado...vez a varias personas así amputadas o personas discapacidad que son del mismo, lo que te había pasado a ti, lo que me había pasado a mí[...], por eso casi no me gusta, antes si no me gustaba, antes no me gustaba ver a otras personas igual como de una, discapacidad como la mía porque siento como que me recordaba mi accidente,” (Chava, 25 años)

Algunos participantes consideran en un primer momento que el cambio corporal no les afectó de manera significativa, pues ellos se siguieron considerando “normales” como cualquier otra persona, pues al querer retomar sus actividades diarias no tuvieron mayores problemas.

“Yo por ejemplo, ves que me hace falta una pierna, pero no me hace falta una pierna, por lo tanto no me hace falta nada, estoy completo, estoy bien, normal, sin problemas.” (Juan, 43 años).

En algunos participantes la lástima se presenta como un obstáculo para reconocerse en su nueva condición social, este sentimiento que ellos tienen es hacia sí mismos. A pesar de que la lástima es común entre ellos, la logran superar con actitudes positivas que les permite comenzar a aceptarse sin sentirse diferente a los demás.

“tienes que empezar a asimilar todo “güey”, tienes que empezar a quererte, a verte como eres y que como eres eres igual que los demás, y que lo que los demás pueden hacer lo mismo lo puedes hacer tú, o sea no porque no tengas una pierna o no tengas un brazo o no tengas un dedo...entonces te empiezas a asimilar las cosas y empiezas a aceptarte, no te queda más que dejar de tenerte lástima, porque si te tienes lástima y te tratas así de uhh pobre de mi, es que mira, no puedo hacer eso, no” güey”, uno puede hacer todo, todo lo que las demás personas hacen lo puede hacer uno, claro, con más trabajo, con más esfuerzo, a lo mejor, pero lo puedes lograr, lo puedes hacer “güey”, sinceramente, no no, o sea, el el, el que parezcas diferente no te hace diferente “güey”, eres la misma, lo mismo, lo mismo, todo esta pues en en, en que seas como tú desde el principio, y que tengas una mentalidad fuerte” güey”” (Luis, 31 años).

La teoría de Goffman también menciona los mecanismos por los cuales las personas estigmatizadas pueden sobrellevar su condición, y en algunos casos utilizarla a su favor, saliendo del estereotipo en el que se encuentra; algunos participantes mostraron optimismo y autoestima respecto de su condición, aunque mencionaron las dificultades que existen para que las demás personas los acepten.

“...la prótesis me gusta que se me vea por seguridad, y pues por, pues porque me gusta, me gusta ser diferente, entonces ah que se me vea, luego los veo cuando voy: a mira a ese guey (se ríe) mira guey no mames, ah entonces pues ya, el morbo que me tenían de hay qué le pasó, ahora es de hay no mames velo. Me gusta, le buscas el lado mejor, que puedes hacer” (Luis, 30 años).

Una persona amputada tiene indudablemente un atributo que lo vuelve diferente ante los demás, la falta de una extremidad hace que su cuerpo sea distinto al de los otros. Las personas lo comienzan a menospreciar y a desacreditarlo, empiezan a recaer estigmas sobre las personas amputadas por la condición corporal distinta.

La teoría de Goffman puede ayudarnos a entender la situación que viven las personas amputadas al enfrentarse al mundo social, en donde la discriminación es una de las cuestiones con las que tienen que vivir.

3.4.1 La nueva condición: entre la discapacidad y la normalidad.

Los estereotipos corporales se expanden en el mundo social, la idea o creencia del cuerpo perfecto impacta directamente sobre las personas amputadas, sentimientos de inferioridad y de desprecio por ellos mismos aparecen: “nadie me va a hacer caso” “quién me dará trabajo”, “ya no soy el mismo”, permiten comenzar a generarse una condición social diferente misma que se ve reforzada al momento que la sociedad discapacita, apartando y señalando a las personas diferentes.

La discapacidad es un término comúnmente utilizado para describir a personas con alguna limitación física o mental, (aunque dicho término es más amplio), este concepto se refiere a una falta de capacidades que comúnmente tendría una persona “normal”.

Cuando una persona es catalogada como discapacitada recaen ciertas actitudes y conductas hacia ellas. A las personas a las cuales se les atribuye el término de discapacidad pueden sentirse o no parte de dichos criterios, de esta forma en las narrativas encontramos diversas opiniones y sentimientos sobre lo que es ser o sentirse discapacitado.

Sentirse discapacitado

A partir de la nueva condición corporal comienzan a aparecer consecuencias en las actividades diarias. Entre los participantes la discapacidad se refiere a la limitación de estas actividades, por lo cual la amputación no está directamente enlazada a una discapacidad, son más bien las implicaciones que tiene esta pérdida, el impedimento de ciertas actividades es lo que le da significado a la discapacidad.

“orita que estoy así, ora si como le digo soy discapacitado sin ningún, sin mi pierna izquierda” (Chava, 25 años).

“Ya eso mmmm, me veo discapacitado cuando no puedo hacer las cosas de momento. Me, me frustró, haga de cuenta que, es como, como una barrera que me ponen, como si me cerraran una puerta ¿sí?” (Feliciano, 50 años).

De esta manera la discapacidad implica una pérdida en la independencia de las personas y una necesaria ayuda por parte de los demás, entendiéndose como una cuestión que imposibilita desempeñar las actividades diarias por si solas.

“discapacitado es una persona que no se vale por si mismo para hacer sus cosas, pero mientras tú vayas, camines, vayas a traer todo lo que necesites, muevas tus manos, muevas tus pies, pues a menos que estés trabado del cerebro (se ríe) esa es la verdad” (Mario, 62 años).

En el momento en el que los participantes no experimentan limitaciones al desempeñar sus actividades diarias, no asumen la condición de discapacitado, debido a que consideran que pueden hacer las cosas como cualquier otra persona.

“No, porque puedo hacer mis cosas, todo lo puedo hacer normalmente sin ayuda, yo no me considero una persona discapacitada” (Juan, 45 años).

“que me digan discapacitado no me gusta el término de discapacitado y tampoco esas pendejadas de personas con capacidades diferentes eso tampoco, digo uno es normal como cualquier otra persona, como cualquier otra persona.” (Luis, 31 años).

Las personas amputadas pueden sentirse o no discapacitadas, pero en ambos casos la mirada del otro es inevitable, por lo que se necesita echar mano de diversos elementos culturales para eliminar la concepción errónea que en la mayoría de los casos se les atribuye; de esta forma, recuperar por completo la movilidad es el reto principal.

3.4.2. La mirada del otro: entre el rechazo y la aceptación.

En gran medida es la sociedad la que discapacita a las personas con discapacidad al momento de obstaculizar con elementos materiales y estereotipos culturales que fomentan dinámicas de exclusión y marginación. Así mismo es posible referirse a un grupo social fragmentado, cuya fragmentación es el resultado de las afectaciones corporales, que son la base de la nueva condición social, el fenómeno social del ser discapacitado.

Una amputación al ser una deficiencia física revela una ausencia visual de una parte de una extremidad o de toda ella, considerándola como una condición corporal imperfecta. Considerar una nueva condición social sustentada en la condición corporal es resultado de la interacción de los atributos de una persona, y los medios sociales y físicos.

En las interacciones cotidianas por medio de las prácticas diarias se refuerza la discriminación social asignada asociada a las nuevas condiciones corporales y sociales. La experiencia de los informantes es a partir de que aparecen como actores inferiores, enfermos o anormales, en las interacciones.

Los participantes por medio de sus experiencias diarias suelen asumir una condición social distinta basada en, la amputación, una situación corporal, el modo de posesionarse en una condición social distinta está sujeta a un estándar de normalidad tomando como referencia las demás personas, consideradas como “normales”, de este modo asumen una condición social de discapacitados.

“Cuando son partidos así, a veces podemos, podemos sacar partidos así con personas amputadas, o personas normales, pero las personas normales... Y ya cuando jugamos con personas discapacitadas pues nos toca jugar a veces con personas así como nosotros, discapacitadas.” (Chava, 25 años).

La nueva condición corporal trae consigo desventajas en las actividades físicas, que de alguna manera son causadas por la organización de la infraestructura no tomada en cuenta o lo hace de manera mínima, esto trae como consecuencia una exclusión en la participación de algunas actividades sociales que la mayoría de la gente tienen acceso.

Una de las limitaciones que enfrentan los participantes es evidente al reconocer que la pérdida corporal trae consigo limitaciones en actividades físicas, sin embargo por otro lado se presenta una un obstáculo que queda fuera de limitaciones físicas pero que son resultado de la

condición corporal, una limitación que conforme a los participantes suele más difícil de superar, la cual es resultado de la mirada de las demás personas, es decir consecuencia de las interacciones de la persona con sus medios sociales.

“ Yo digo que, pus, pus lo más difícil para mí es salir a la calle y que la gente te vea, a, a como que a, a, igual te subes al camión y ya sabes que toda la gente se te queda viendo por cualquier cosa que tengas y a mí si no, me acuerdo de una vez que cuando me subí al camión me costaba mucho trabajo para subir y bajar del camión y la gente se te quedaba viendo así como que ahora que le paso o, o, o te subías al camión y toda la gente casi, toda la gente se te quedaba viendo yo siento que fue lo que más difícil me costó acostumbrarme salir a la gente, salir ahora si fuera de mi casa y que, que otra gente me viera, es lo más difícil que me paso, ahora si acostumbrarme.” (Chava, 25 años).

En los casos es posible ver que en sus en sus grupos sociales se establecen barreras que contribuyen de manera colectiva a la exclusión los participantes. Las barreras se establecen al momento de considerar que los participantes, debido a su condición corporal, no pueden realizar sus actividades físicas por si solos, de modo que se ve amenazada su independencia.

“No, de hecho he intentado con otras, con trás chavas, pero no porque ya platicando pues me dicen que: "no, que no porque, por la discapacidad, que no va ser lo mismo, que ya no puedo trabajar y, pues como vamos a vivir, como vamos a mantenernos".” (Marcelo, 42 años).

En cuanto la vinculación social de nuevas relaciones podemos ver que en los participantes la exclusión y la inclusión pueden entenderse en su mutua relación y que los participantes experimentan una representación de igualdad y desigualdad, donde se asumen, por su condición, a nuevos grupos, y haciendo uso de la marginación y discriminación son excluidos de otros.

“y si, también me ha gustado jugar con ellos, pero lo que más me ha gustado jugar con personas con discapacidad así como nosotros amputadas.” (Chava, 25 años).

“Pues uno como discapacitado, dice uno "no, te tratan mal", pero no, lo que pasa es que este, esto mismo a las vez se desesperan de que no puedo trabajar, de que no puedo yo hacer las cosas, no, no me trataron mal, o sea me trataron bien, pero a la vez también mi hermano también se desesperaba.” (Marcelo, 42 años).

Así mismo se considera importante aclarar el significado para los participantes al identificar estas barreras, los participantes no pretenden ser tratados como enfermos, dependientes, ni ser tratados como los demás, ni ser tan normales como les sea posible, es decir, desean establecer una nueva apreciación que contemple su condición corporal, sin ser estereotipado en una condición social, la del ser discapacitado.

“Para, pus para moverme, para caminar con las muletas, para ir al baño, pus todo eso, todo me lo arrimaban, la comida, me lo arrimaban, me quería parar. Yo lo que no quería era que me ayudaran, porque pus ya uno cuando está bien y vez una persona discapacitada, pues uno lo que quiere es ayudarle, para facilitarle las cosas, pero haciéndolo de buena intención, pero ya estando de este lado, pues uno lo que no

quiere es que lo ayuden tanto, uno lo que quiere es hacer las cosas, por su propia voluntad por su propio esfuerzo, ya como eres” (Manuel, 29años).

La mirada de las personas que son parte de sus círculos sociales, resultan importantes para los participantes pues a partir de la percepción que las personas tienen de ellos es posible adquirir y darle un significado a su condición corporal, estableciéndola dentro de una condición social distinta.

Otro aspecto que resulta relevante para la significación de la condición social de los participantes son los sentimientos de vergüenza que expresan al presentarse ante las demás personas, sobre todo las primeras veces que salen a la calle después de su amputación, es decir, la percepción que tienen los participantes acerca de la mirada de las demás personas.

Como ya hemos mencionado es la sociedad una barrera más para las personas con discapacidad. En las interacciones diarias la vergüenza se establece frente a la mirada del otro, de este modo se considera como un sentimiento de aversión hacia sí mismos, causada por la convicción de ser anormales, distintos, es decir se asumen como inaceptables anormales. En nuestros participantes se considera que la mirada de las personas resulta una incomodidad para ellos, pues considera que a través de la mirada de los demás sienten vergüenza o pena, por asumir que son vistos por todos por su condición corporal.

“Volverme a adaptar a la, a la vida social, es lo más difícil, eee superar, superar primero la, la pena, el, el sentirme que toda la gente era el blanco de las miradas, era, era eso fue lo más difícil. Y ya después vinieron cositas, vinieron pasando cosas muy, muy difíciles.” (Feliciano, 52 años).

La vergüenza corporal se debe a factores como pueden ser la religión, la cultura, el poder, el pensar que nuestro cuerpo es indigno de mostrarse ante los otros. Comúnmente se considera la vergüenza como una emoción social, siendo una emoción que aparece cuando nos miran o sentimos que nos miran de modo que se considera como un hecho que puede dañar nuestra apariencia.

“pero sí, sí se siente muy feo cuando vas, las primeras veces si porque es cuando me decían mis hermanos “vamos al tianguis o hñoles vamos al mercado”, “que crees, que no me gusta ir”, porque a mi si me daba pena que me vieran así, o fuera caminando y todos, la gente se te quedaba viendo, y pus ya después poco a poco se me fue quitando la pena” (Chava, 25 años).

Las emociones de vergüenza en los participantes, que resultan de la mirada de las demás personas determinan las maneras en que los participantes comienzan a reintegrarse a espacios

públicos, es decir, la vergüenza se presenta inicialmente cuando las personas comienzan a presentarse ante la mirada de los demás, es una emoción que forma parte de la presentación en la vida social, ya sean en sus círculos cercanos de interacción, o al presentarse en situaciones públicas.

“Me daba vergüenza, bastante, más con los familiares o en la calle. Me daba vergüenza, me, me daba vergüenza que me vieran y se me quedaran viendo con lastima.” (Feliciano, 52 años).

Las emociones de vergüenza en las primeras experiencias de los participantes de presentarse ante las miradas de los demás, tienen importancia en cuanto a su condición corporal, pues como ya se mencionó anteriormente la vergüenza suele aparecer cuando las personas consideran tener un cuerpo indigno de presentar, en este sentido al considerar que cuando los participantes se presentan ante los demás, se identifican con la imagen de lo que representa su cuerpo incompleto, para sí mismas, y para los demás, y así mismo los participantes viven la experiencia del mundo a través de ese mismo cuerpo generando significados.

3.4.3. Movilidad: un reto de la nueva condición

La amputación involucra además de la pérdida, un detrimento físico relevante, las condiciones de equilibrio y fuerza deben reintegrarse para recuperar la movilidad; que implica el primer obstáculo para realizar las actividades rutinarias (bañarse, ir al baño, caminar, correr, bailar). El desplazamiento incluye retos fuertes para los participantes, pues no están acostumbrados a prescindir de una parte de su cuerpo, las muletas, las sillas de ruedas y los bastones son los principales instrumentos de los que echan mano, posteriormente la prótesis aparece como una expectativa para recuperar por completo su movilidad.

Las actividades que satisfacen las necesidades básicas (comer, bañarse, ir al baño, caminar, vestirse, pararse) de los seres humanos son parte de la vida diaria, resultan importantes para definir rutinas y actividades rutinarias que enmarcan nuestro día a día. Al momento de tener modificaciones corporales, como lo es una amputación, la manera de experimentar nuestras rutinas cambia y se busca la manera de cubrir estas necesidades.

Los participantes se dan cuenta de la importancia de las piernas para poder realizar las actividades diarias, mismas que anteriormente se hacían de manera sencilla, sintiendo que sin un

pie o pierna ya no se puede hacer nada, de esta manera la nueva condición corporal empieza a tener sentido no sólo en lo físico sino en lo cotidiano

“Pus no, pus haga de cuenta que uno mismo se va uno dando cuenta que, que sin los pies no hace uno nada, no hace uno nada en realidad al menos que por decir, que le echas ganas, es que echarle ganas, es echarle ganas, pero sí, sí es muy difícil, darte cuenta que para todo, ósea pa todo son los pies pa poderte levantar pa esto que pal otro”, (Antonio, 30 años)

Las actividades rutinarias se desempeñan de una manera normal día con día generándose un hábito, mismo que se logra hacer de manera casi automática, pero para las personas amputadas presenta dificultad pues deben de adaptarse a su condición corporal y así aprender nuevamente a realizarlas.

La independencia está revestida de un fuerte valor social, el simple hecho de realizar actividades rutinarias como bañarse, ir al baño, caminar y pararse es un símbolo de la independencia del ser humano. Se asume que al tener limitantes en la movilidad no pueden realizar actividades rudimentarias; cuando una persona no puede realizarlas, es común que sean consideradas personas dependientes, pues otras personas deben ayudarle a satisfacerlas.

“pus no podía mantenerme en pie, no me podía sentar, y ya pus ella me ayudo a sentarme en la taza, me ayudo a pararme, me ayudo hasta limpiarme, por lo mismo de que estaba bien desecho. Ya me pase a las regaderas y no me podía mantener, ya me empezó a tallar y ahí fue, ahí también sentí la impotencia ¿no? De que no, de cosas tan sencillas, que hace uno, como bañarte ir al baño y no las podía hacer, pus me daba coraje, de que no podía en ese momento” (Manuel, 29 años).

No poder realizar actividades tan sencillas involucran una fuerte pérdida de la independencia, para los participantes lo que trae consigo sentimiento de impotencia y coraje, pues la necesidad de cubrir las cuestiones básicas ya no se puede solventar.

Anhelo al desplazamiento

La necesidad del ser humano por trabajar, hacer deporte, convivir con los demás y muchas otras actividades físicas, hace que poder caminar y desplazarse sea fundamental, esto ligado también a la idea de funcionalidad que opera fuertemente en el pensamiento; si una persona se ve limitada en alguna cuestión física es inmediatamente descartada para una convivencia social “normal” es por esta razón que las interacciones entre personas “normales” y personas “discapacitadas” tiende a presentar cuestiones relevantes de estudio.

La falta de movilidad limita la socialización, pues al tener una amputación se es diferente ante los ojos de los demás y viceversa. Entendiendo la importancia del desplazamiento para la vida social. Ya no es tanto la falta de pierna sino las implicaciones sociales que esto provoca.

“Bueno obviamente aquí fueron estas, complicaciones físicas ¿no?, pues porque ya no te puedes desplazar más, obvio no, pues yo creo que en la amputación y todo eso, ya no, fue más difícil el desplazarte físicamente, el desplazarte.” (Eduardo, 42 años.)

La cuestión funcional ha marcado la vida útil y productiva del ser humano, es por esta razón que los intentos por recuperar la falta de esta han sido extensos, la tecnología ha apoyado con la creación de muletas, bastones, prótesis y demás herramientas para intentar recuperar las funciones normales de las personas que han tenido algún menoscabo en su cuerpo; esta idea se ha extendido hasta las reglas del juego social, en este sentido ¿Por qué son importantes la movilidad y funcionalidad en las relaciones con los demás?

Por lo tanto resulta importante el uso de instrumentos de apoyo y la tecnología, como las muletas, la silla de ruedas y la prótesis, se presentan como opciones para poder recuperar la movilidad o para disminuir la limitación del desplazamiento.

En algunos casos es común el uso de muletas, para los primeros desplazamientos, pero existen participantes que se les facilita adaptarse a otros medios, que benefician su movilidad, las personas buscan la manera de poder desplazarse haciendo uso de medios que se adaptan personalmente.

“Y así como antes este bastón ya es, ya es lo último, porque usé de esas andadera, utilicé muletas y, orita mi bastón” (Antonio 30 años).

“...después me adapté a la bicicleta, pues, dejé la silla de ruedas, y las muletas, no me acomodé, como al, como al año de que dejé las muletas, no menos, como al medio año, que agarré la bicicleta, pero igual la empecé a agarrar pero no encontraba yo el equilibrio, me caía yo.. (Marcelo, 35 años).

El uso de la instrumentaría como las muletas resulta difícil y se requiere gran fortaleza física y condición. Comenzar a desplazarse cortas distancias ahora resulta complicado y cansado para ellos, ir a lugares donde antes era sencillo ahora resulta muy tardado.

“A aprender a todo como si fueras, pues si a caminar, con las muletas los primeros días sentía que me caía, no me, no me, hasta que le fui agarrando poco a poco” (Manuel, 29 años).

Desplazarse significa la autonomía, en consecuencia la falta de movilidad requiere del apoyo de otras personas, lo que conlleva a una situación social incómoda, pues las personas se vuelven inútiles e incapaces y una carga para los demás.

Esto se entiende socialmente, por lo que la búsqueda de instrumentos de apoyo que devuelvan la funcionalidad y posibiliten una mejor convivencia ha sido amplia, la prótesis ha avanzado aunque para el grueso de la población amputada los costos tan elevados impiden obtenerlas

El uso de instrumentaría ayuda a las personas a desplazarse, pero les limita en otras funciones, como el uso de las manos en el caso de las muletas o la silla de ruedas. Por esta razón la prótesis comienza a ser una expectativa para recuperar el desplazamiento con la cual no se necesita de los demás.

“con el pie si me sentí más libre porque ya volví a utilizar mis manos, es más la primera vez teníamos un trabajo estaba armando una rueda, le digo a los chavos "a ver pónmela me voy a parar", "¿y si te caes?", le digo "no hay bronca me he caído siempre y me he levantado, le digo no hay bronca le voy a calar", y no y gracias a dios si aguanta, mucho tiempo no pero si, porque se me cansaba el lado izquierdo, que me cansaba” (Neza, 36 años).

“Porque ya tiene uno la esperanza que son la prótesis volver a caminar y todo, entonces piensas y si no soy apto” (Ángel 27 años).

La prótesis en un primer momento es utilizada para hacer útil a un cuerpo inútil, para hacer funcional a un cuerpo que ya no lo es por no estar completo. De esta manera la prótesis permite hacer funcional a la persona amputada, le permite poder desplazarse y retomar su rutina.

Los participantes piensan en la prótesis como el instrumento perfecto e ideal para recuperar la movilidad, por lo que inician la búsqueda para obtenerla, sin conocer realmente sus limitantes, pues creen que la prótesis los puede regresar a una vida normal.

La prótesis no solo permite que la movilidad se incremente, sino que también facilita el desplazamiento y por lo tanto el realizar las actividades diarias como caminar, pararse, subir escaleras, ir al baño, esto alguna manera comienza a regresarles la autonomía para hacer las cosas y les regresa la esperanza o el sueño de hacer las cosas como lo hacían antes.

“pues yo quisiera ya tenerla y si se hará realidad como dicen ellos correr, brincar, pero no, dicen que es muy difícil porque se rompen, uno no tiene que cargarles mucho peso, y para eso uno tiene que ir a terapias, a un aprendizaje de prótesis” (Marcelo 42 años).

“mi idea es caminar, esa es mi meta, volver a caminar, volver a bailar, digo lo hago, pero ya con una prótesis es más fácil” (Juan, 43 años).

La experiencia de los participantes con las prótesis ha sido diversa, en algunos casos representa una posibilidad real para desplazarse; en algunos otros, la experiencia no ha sido satisfactoria, pues también tiene sus limitantes.

Algunas de las limitaciones que comienzan a aparecer son en cuanto al desplazamiento por la ciudad, el uso de prótesis se presenta como un obstáculo, pues al ser incómodo y molesto traerla, resulta más pertinente comenzar a desplazarse sin ella.

El uso de la prótesis no es una opción para todas las personas que presentan amputaciones de piernas, ya que éste depende en gran parte del nivel de amputación que se tenga, pues el tener o no rodilla facilita la flexión de la pierna y así el uso de la prótesis.

Se podría suponer que para los participantes el uso de prótesis se presenta como una buena opción para recuperar la movilidad y poder desplazarse sin tantas complicaciones; pero esto resulta incierto, ya que el uso de la prótesis se presenta con grandes complicaciones e incomodidades, que van desde tener que estarla acomodando a cada rato hasta los dolores y molestias en el muñón por lo que se opta por no utilizarla.

“Pero yo como la pierna la tengo muy, muy lastimada, una hora y entra aire y se vota la, la prótesis, entonces debemos de volvernos a quitar el pantalón aaa, pararnos en un lugar con el pantalón abajo, pa acomodar la prótesis y volver a abrochar el cinturón. Y es muy incómoda muy muy, para mí es muy incómoda. Y para manejar igual, es muy incómodo” (Feliciano, 50 años).

“porque me dan dolores por lo del vendaje que te digo, en eso si me vino a afectar mucho la prótesis, eso me di cuenta de volada, si yo te duermo cuatro horas o tres me levanto medio cansado y no te puedo caminar bien, como que me pesa y termino medio cansadon o sea le desgaste ya en la actualidad ya es mayor” (Ángel, 27 años).

Para los participantes el uso de prótesis, deja de ser importante para el desplazamiento, debido a todas las complicaciones y molestias que ésta trae. Por lo tanto ellos prefieren no utilizarla y regresar a otra instrumentaría más cómoda con la que caminar no representa tantas complicaciones como con la prótesis.

La ciudad: Un obstáculo más

Al no existir en la ciudad las condiciones necesarias para posibilitar el desplazamiento de las personas discapacitadas se convierte en un obstáculo más, el viajar en la ciudad se convierte en un complejo reto para las personas amputadas, que incorporaran diversos medios para lograr su desplazamiento.

“Hay mucho lugares que no, que no están diseñados para personas con alguna discapacidad, y como que le hace falta un poco de educación al país para, sobre este tema, porque en muchos lugares ya lo están haciendo, pero, todavía falta mucho y por decirlo los que andan en silla de ruedas les tapan las rampas para ellos es dificultad. Yo como quiera con las muletas puedo subir escalos, bajar, movilizarme, pero las personas que andan en silla de ruedas, y hay mucho lugares donde no hay rampas, donde no hay asientos. En el metro los asientos que son reservados, pues los ocupan las, las personas, las personas que están, los primeros días que fue al hospital general, como dos veces me fui parado” (Manuel, 29 años).

Comenzar a desplazarse por la ciudad comienza a presentarse como un gran obstáculo, pues las banquetas y calles están en malas condiciones para andar con muletas y sillas de ruedas, ligado a eso la educación y actitud de la gente ante las personas amputadas también comienza a presentarse como problema, ya que pareciera que no se percatan que para ellos el desplazarse presenta más complicaciones, además de que se comienza a descalifica y excluye a las personas en esta situación.

Hacer uso del transporte colectivo, como camiones y metro resulta difícil, pues subir y bajar escaleras ahora se presenta como una dificultad. La infraestructura de lugares públicos no es apta para personas que utilizan sillas de ruedas, bastones muletas o algún otra instrumentaría para poder desplazarse, ya que muchas veces no existen ni rampas ni elevadores.

El obstáculo ya no solo es en cuestión de la infraestructura, por la falta de rampas y elevadores, sino que ahora también resulta un obstáculo la gente, pues la misma sociedad descalifica y excluye a las personas en esta situación, por lo que resulta complicado salir a la calle y hacer uso del transporte público.

“Si, me cuesta mucho trabajo para subir y bajar y después que eso de que si te vas al metro pus mucho, mucha gente en el metro que te empujan y no te apoyan, no me puedo apoyar muy bien por eso no, no me gusta casi salir con mi prótesis. Te subes al camión y ya sabes que toda la gente se te queda viendo por cualquier cosa que tengas y a mi si no, me acuerdo de una vez que cuando me subí al camión me costaba mucho trabajo para subir y bajar del camión y la gente se te quedaba viendo así como que ahora que le paso o, oo te subías al camión y toda la gente casi, toda la gente se te quedaba viendo” (Chava, 25 año).

En el caso de los participantes que cuentan con mayores recursos económicos, desplazarse por la ciudad resulta no ser tan complicado, pues no tienen que lidiar con escaleras, banquetas,

rampas y gente que los descalifica. Contar con vehículos como carros o motonetas pueden desplazarse con menos dificultades, aunque en algunos casos deben hacer adaptaciones para que los puedan utilizar.

3.5 Reconstruyendo el significado: empezando una nueva vida.

Los cambios no son únicamente corporales, comienzan a entenderse en más ámbitos, las actividades rutinarias comienzan a modificarse y con ello las dinámicas de convivencia con los otros, las relaciones con sus círculos cercanos como lo son la familia comienzan a ser de dependencia, pues para realizar las cosas se necesita de la ayuda de los demás.

Los círculos de apoyo en un primer momento se presentan como una gran ayuda y soporte para la persona que pasa por la pérdida de una extremidad, en los primeros momentos estos apoyos son cruciales, pues permiten ir adaptándose y asimilando la nueva situación. Conforme la persona amputada se va adaptando a su nueva condición corporal y reintegrando a sus actividades habituales el apoyo de las personas cercanas comienza a presentarse como una limitación.

3.5.1 Del apoyo a la dependencia y la búsqueda de la autonomía.

Cuando se está hospitalizado el apoyo de los familiares, de la pareja y de los amigos tiene un gran significado para ellos, ya que no solo les brindan apoyo en el sentido emocional, sino que el sentirse acompañados les permite ir afrontando la situación por la cual se está atravesando.

En los primeros momentos con la amputación la ayuda de las personas más cercanas es fundamental, ya que el realizar actividades tan cotidianas y sencillas, como ir al baño, bañarse, comer son ahora una gran dificultad ya que el cuerpo aun no se controla, pues no se está adaptado a la una nueva condición corporal.

“Ya llegamos al baño. Para eso estaba mi sobrina ella esta estudiando para enfermera y ella le tocó, bañarme el primer día y pus fuimos al baño, ya de una vez aproveche, de una vez para hacer del baño, para no andar vuelta y vuelta. Hasta eso me tocó una cama que no servía y luego para pararme luego me costaba trabajo, el muñón yo me paraba y se me iba de frente y cuando llegamos al baño, le digo a mi sobrina: “de una vez voy a hacer del baño para no andarme parando”. Pero pus no podía estaba muy angostito del baño, luego por lo mismo de que no estas acostumbrado, pus no podía mantenerme en pie, no me podía sentar, y ya pus ella me ayudo a sentarme en la taza, me ayudo a pararme, me ayudo hasta limpiarme, por lo mismo de que estaba bien desecho” (Manuel, 29 años).

Para los participantes es muy significativo que las personas cercanas a ellos los acompañe durante la hospitalización, que los ayude a hacer las cosas, ya que esto les da motivaciones para seguir luchando por su vida y por salir adelante, pues ven el interés que las demás personas tienen por ellos.

Una vez afuera del hospital el apoyo de los círculos cercanos sigue siendo muy importante, ya que comenzar a reintegrarse a su rutina resulta complicado pues además de la falta de control del cuerpo el desplazamiento presenta limitaciones; por lo que comienza a ser importante que los demás les ayuden a desplazarse para realizar sus actividades.

“Pus para mí el fácil era por decir, este pus no se darne de comer, ósea que no, ósea si requiere esfuerzo pero no físico, no de fortaleza física, si a lo mejor si en el esfuerzo de hacer de comer esto quel otro pero, yo en lo que me refiero pa trasladarse de un lado a otro, por decir cuando no existía la silla de ruedas me tenían que, ósea me tenían que cargar, que para ir al baño, que para bañarme, ósea para, para...” (Antonio, 30 años.)

Para los participantes poder desempeñar actividades diarias resulta importante pues éstas son parte de rutinas, hábitos y costumbres, y tienen un significado para reconocer y hacer valer su independencia.

Las limitaciones que se presentan al no poder realizar las actividades rudimentarias, dejan de serlo cuando los demás los ayudan a hacer las cosas; con esto las relaciones con las demás personas comienzan a ser de dependencia y así la autonomía de las personas empieza a desaparecer, ya que cosas tan personales ya no se pueden realizar por uno mismo ahora se necesita de los demás.

“Para, pus para moverme, para caminar con las muletas, para ir al baño, pus todo eso, todo me lo arrimaban, la comida, me lo arrimaban, me quería parar. Yo lo que no quería era que me ayudaran, porque pus ya uno cuando esta bien y vez una persona discapacitada, pues uno lo que quiere es ayudarle, para facilitarle las cosas, pero haciéndolo de buena intención, pero ya estando de este lado, pues uno lo que no quiere es que lo ayuden tanto, uno lo que quiere es hacer las cosas, por su propia voluntad por su propio esfuerzo.” (Manuel, 29 años).

Estos apoyos para realizar las actividades elementales resultan ser temporales pues llega un momento en el que los participantes se comienzan a sentir incómodos recibiendo ayuda, pues consideran que es un impedimento para conseguir su autonomía, es por ellos que buscan la manera de volverlas a realizar por sí solos.

El apoyo comienza a convertirse en un limitante para ellos, ya que al ser dependientes de los demás ellos se sienten como una carga para las personas cercanas, pues se dan cuenta que al brindarles tantos apoyos los demás empiezan a dejar de hacer sus propias actividades, por atenderlos a ellos; esto los lleva en búsqueda de su autonomía y dependencia para volver a hacer las cosas por sí mismos.

“Después de esos tres días me empezó a bañar mi esposa, aquí arriba en el baño, en una silla de plástico ella me bañaba, y le digo sabes que déjame, empezar a hacerlo yo, fue cuando le hablé a su hijo, y le dijo pues que me dejara hacer mis cosas, que me dejara trabajar, y así es como empecé a hacer mis cosas, yo les dije que tenía que hacerlas, un poco lento si, despacio, no te puedes mover igual, si trabajabas al 100 vas a trabajar a un 50 a un 70, dependiendo de como vayan pasando los días, hasta que te recuperas, yo empecé a hacer mis cosas, y hasta la fecha yo tengo mi trabajo, brinco, ando de aquí para allá, y mi vida es normal, desde el principio, yo no quise que me ayudaran, yo tenía que hacerlo, porque no me gusta depender de nadie, y lo logré, puedo hacer todo, hasta correr, de brinquito pero corro, porque no me falta nada.” (Juan 42 años).

Sentirse útiles y capaces, fortalece la autonomía de las personas; ya que ser una persona funcional que no depende de otros es importante para cualquier individuo, pues al vivir dentro de una sociedad donde el valor y funcionalidad de las personas se mide por lo que ellos mismos pueden hacer.

Empezar a reintegrarse a la vida social, no solo es adaptarse y comenzar a hacer las actividades rutinarias, sino que se presentan otras dificultades quizás de mayor importancia para las personas amputadas; como lo son el comenzar a aparecer en los espacios sociales donde las dificultades se encuentran en las interacciones.

Mostrarse con su nueva condición corporal en los espacios de interacción, también comienza a presentarse como una dificultad, el miedo al rechazo, las burlas están fuertemente presente, por lo que el apoyo de las personas cercanas para afrontar estas nuevas situaciones resulta de vital importancia para la vida social, ya que son ellos quienes las ayudan a afrontarlas.

“Pero que, pus el apoyo, es que fue, fue el apoyo de mi esposa, fue el apoyo más grande. Por ejemplo: yo le decía a ella: “oye es que me da pena meterme a la alberca”. Y y un día me dice: “llévame a la alberca voy a ir con tus hijos”. “No yo no voy”. “Vamos, y vamos”. “Bueno pus ya” Haga de cuenta que fue casi a chaleco que, nos fuimos. Ya llegamos y ya se metieron. Me dice: “vente, metete, ya metete, si tu no te metes yo no me meto”. “Bueno te acompaño aquí a la orilla”. Y ya llegando a la orilla, ya estaban ellos adentro y ella estaba afuera, y agarra y me abraza y al tiempo de abrazarme, ¡pump! me avienta a la alberca. Y, este, yo no soy muy buen nadador, pero si, si nos defendemos poquito. Pues yo sentía que me ahogaba; y ya que agarra y que se sale ella de la alberca y yo ahí sentía que me, que no podía. Y yo le decía que, me lo quería envolver, que me daba pena que me viera la gente así. Dice: “no, no si alguien te dice algo, para eso estoy yo, yo voy y la calló. Pero no, afortunadamente en ese momento pues, yo veía y veía a la gente y nadie, nadie me tomo en cuenta de que yo estaba ahí, ese fue el primer paso” (Feliciano, 50 años).

Cuando comienzan a reintegrarse a los espacios de interacción y se comienzan a establecer las relaciones sociales, la incertidumbre y la preocupación nuevamente aparecen en la vida de las personas amputadas. Pues al ellos verse como personas dependientes de sus círculos cercanos se preocupan por cómo será el futuro cuando los demás ya no los puedan cuidar; lo cual fortalece la idea de comenzar a buscar la independencia y autonomía.

“Soy una responsabilidad de aquí a mañana, a lo mejor orita porque puedo caminar, pero cuando envejezca a lo mejor ni ir al baño ni bañarme voy a poder, ni cambiarme sin saber cómo termina uno, entonc hay veces pus a lo mejor quien sabe a lo mejor sea eso o no lo sé, últimamente luego es que si la quiero, ósea si la amo señorita, pero no sé últimamente en serio trae una de esas displicidad, orita que me estoy así solo me siento libre, me estoy ahí no sé, desahogado”(Antonio, 30 años).

La búsqueda de la independencia y de la autonomía se ven principalmente impulsada por la necesidad de sentirse útiles en una sociedad donde la funcionalidad y rapidez son de vital importancia para la interacción sociales; así como también por la incertidumbre que los seres humos tenemos de nuestro futuro.

3.5.2 Experimentando la sexualidad.

La actividad sexual es importante en nuestra sociedad, y de lo que cada vez se habla más abiertamente, es un tema común en las conversaciones entre amigos o con la pareja; no obstante, el practicar la sexualidad no es una cuestión sencilla, pues en ella intervienen diversos tipos de prejuicios, de expectativas, de temores, es una interacción con uno mismo y a la vez con el otro, el cuerpo y la mente son factores fundamentales para el desarrollo del acto sexual, sentirse bien con uno mismo, con la otra persona y viceversa.

Sandra Houston, 2006, citada por Martínez, 2010 menciona que las personas amputadas experimentan sentimientos de vergüenza, y tratan de evitar los encuentros sexuales, lo que puede provocar una inadecuada reintegración a la vida social en general.

Rodríguez (2010) menciona que la sexualidad está configurada por la unión de dos grandes aspectos: la subjetividad del individuo y la sociedad en donde vive; el primer aspecto se refiere a las construcciones individuales del sujeto; mientras que el segundo, entiende las ideas en las que se integran los roles culturales, la masculinidad-feminidad, procesos de salud y enfermedad, estética corporal, derechos humanos y bienestar de la población, entre otros.

Respecto de la condición corporal los estigmas del cuerpo salen inmediatamente a relucir, en el tema que nos incumbe (las personas amputadas) es esencial, en este apartado intentaremos conocer cómo es este proceso de las relaciones sexuales de las personas que han tenido alguna amputación.

Pues como menciona Sandra Houston, 2006 citada por Martínez, 2010, las personas que han vivido una amputación pueden experimentar el brusco cambio en sus cuerpos como una marca de vergüenza, lo cual produce un sentimiento de rechazo hacia sí mismos, pues se ven como menos deseables y esto se proyecta en su entorno.

La pérdida de una parte del cuerpo impacta directamente en el tema de la sexualidad y masculinidad, un conjunto de pensamientos personales y sociales entran en el tema de la sexualidad en las personas discapacitadas.

De los participantes algunos no han tenido experiencias sexuales después del accidente, su actividad en este ámbito es nula, expresan entre las causas sentimientos de burla por parte de las demás personas, así como vergüenza por su cuerpo, la discriminación aparece también en este ámbito de sus vidas.

Como menciona Torices, 2003 alrededor de las personas que tienen alguna discapacidad se desarrollan mitos y prejuicios sexuales y hacia los cuales la sociedad proyecta sus temores y aversiones, nos hemos olvidado que la sexualidad es un placer corporal y un goce subjetivo, manifiesto a través de la totalidad del ser humano.

La cuestión del cuerpo completo y normal se acentúa en el ámbito sexual, pues el cuerpo vuelve a ser instrumento de significados.

“...a lo mejor te consigues una novia y todo y pus se van a reír de ti, de tu piecito, ósea de mi muñón, y a veces si me pongo a pensar de que supuestamente que dices tú de los encuentros sexuales ¿no?, relaciones, más bien relaciones como que tampoco no me gusta así rela, como que todavía siento que no me acostumbro así como que, que me vean así completamente desnudo pus sin mí, sin mí, con mi muñón, me siento muy raro “ (Chava, 26 años).

La cuestión de la sexualidad es importante para las personas amputadas, la cuestión de la virilidad y la idea de hombre ligada a lo sexual cobra importancia en la población masculina; de esta forma el poder continuar con su vida sexual normal es un tema vital.

En primera instancia la amputación viene a provocarles dudas sobre su capacidad física, lo que provoca frustración e incomodidad.

“Pues yo pensé que no se me iba a parar, o iba a hacer impotente, o algo, no pues a lo mejor no le voy a servir ni pal arranque como decimos...” (Neza, 36 años).

Algunos participantes no mencionaron haber tenido problemas en este ámbito, siendo para ellos una cuestión normal, sin complicaciones. La cuestión de la masculinidad-virilidad está intacta, por lo que la hombría se reestablece o no se pierde; provocando una estabilidad importante.

“Mira, cualquiera puede tener una erección, a mí no me afecto nada, uno tiene una erección como cualquier otro, es cuestión mental, porque la intimidad no la haces con la pierna, hay besos, hay caricias, hay palabras, no solamente es penetración, en eso no cambio nada, a mí no me hace ni más ni menos hombre el accidente, mi vida íntima no cambió en absoluto, si no te sientes bien con tu cuerpo es porque no te aceptas, para estar bien debes de aceptarte tal como eres, como estés, no tengas una mano, no tengas un pie, estés gordo, flaco, blanco, negro, no te debe de afectar, la gente que no se acepta es porque no está bien psicológicamente o no ha asimilado las cosas” (Juan, 43 años).

Las demás personas tienden a hacer valoraciones sobre la capacidad física y sexual, los amigos generalmente cuestionan la masculinidad de las personas amputadas, la idea de la impotencia sexual recae en el cuerpo incompleto, es otro de los tabúes que recaen sobre las personas amputadas, siendo sujetos de burlas y menosprecio.

“...entonces ya después, cuando empezamos a tener ya relaciones guey, un día me dijo, no mames Luis, yo pensé que la neta no podías coger, ah pendeja, pues claro que puedo, pues igual que tú y que cualquier otro, y lo mismo que puedes hacer tú lo puedo hacer yo, qué, que piensas que no, si no manches”.(Luis, 31 años).

Houston (2006) señala que la sexualidad no solo tiene que ver con el acto sexual, sino que también incluye un intercambio de emociones y sentimientos; afirma que las relaciones sexuales son una expresión física de nuestros sentimientos y emociones de las relaciones amorosas.

La vida sexual de las personas ha continuado -en palabras de los participantes- de una manera “normal” si bien mencionan que hay ciertas “posiciones” que no puedes realizar, para ellos su vida sexual es buena, y no sólo eso, sino que se sienten satisfechos de poder lograr la intimidad con sus respectivas parejas y romper ese imaginario que tienen sobre si pueden o no hacerlo.

También mencionan que deben de encontrar personas a las que no les importe la amputación, la cuestión de la aceptación propia y ajena es vital. La discriminación, los prejuicios

y los estigmas deben romperse para poder tener una relación de pareja o sexual con una persona amputada.

“...me cuesta ya más trabajo porque la gente tiene que conocerme, ósea las mujeres más que verme por fuera me tienen que ver por dentro, porque ya no es tan fácil para ellas, ósea hay como una barrera que la gente nos hacemos, no guey, por el qué dirán, a lo mejor lo piensan, ah no mames es que imagínate si se lo llevo a mi mamá que va a decir o si se los llevo a mi familia que van a decir...ya empiezan esos prejuicios de ah no mames, es que mi mamá, o que van a decir mis amigos o que van a decir esto, entonces a mi me cuesta más trabajo porque, porque obviamente yo entro dentro de ese, de, de pues si dentro de todo eso, entonces ya no es tan fácil...”(Luis, 31 años).

Los prejuicios en torno a la sexualidad impiden que las personas con discapacidad o con amputaciones puedan disfrutar y experimentar su sexualidad de una manera plena, pues estos consideran que las personas discapacitadas son asexuadas, que no se interesan en las relaciones sexuales y que tienen exacerbados los impulsos sexuales (Rueda y Miranda, 2002).

La idea de la perversión por parte de la sociedad respecto de las relaciones sexuales de los discapacitados permea y menoscaba sus derechos sexuales y reproductivos, cuestión a la que tienen que hacerle frente.

“Normal, mmm..., soy lo mismo y puedo hacer lo mismo, y todo igual, la cuestión era que te fueras a sentir incomodo no, que la chava se incomodara y eso, pero con esta Blanca no tengo ese problema me acepta como soy y luego ya hasta me está sobando todavía mi muñón y todo, y como que me volví desvergonzado con ella, totalmente desvergonzado con ella puedo andar encuerado y todo, sin problema, luego a veces traigo bermuda, o sea no tengo ese problema con ella” (Luis, 31 años).

Una parte importante en la vida de los participantes es la masculinidad, el hecho de poder tener relaciones sexuales les confiere una gran estabilidad y fuerza emocional, inclusive se sienten orgullosos de poder hacerlo.

La masculinidad es algo latente en nuestra sociedad, es algo que debe demostrarse no solo a uno mismo sino a los demás, a la pareja, a los amigos y a una serie de grupos sociales de los que somos parte.

“y si me han hecho sentir mal, por decir ahí luego cuando he estado así, últimamente que hemos estado tomando algo así, haga de cuenta que, ósea es lógico “oyes wey tú ya te subiste así”, entonces ellos piensan que no se me para, o algo así, ósea , o que no tengo relaciones con Angélica” (Antonio, 30 años).

Los participantes mencionaron que el atractivo físico disminuye, el cuerpo es importante a la hora de interactuar con las personas y más aún en el acto sexual; la batalla contra los prejuicios y estigmas se enfrenta de manera consciente, las personas tienen que conocer más allá del cuerpo

de las personas amputadas, y sólo quienes logran romper esas barreras pueden mantener relaciones amorosas y sexuales con los participantes.

“... la gente que ha estado conmigo ha sido porque son personas que me han conocido, que saben cómo soy, que, que para seguir no tienen ese tipo de prejuicios, ósea son gente que pues no les importa lo que diga, entonces es como más difícil porque necesito encontrar a una persona que rompa esa barrera del ah no ma, mi mamá, mis amigos que van a decir, entonces es como más complicado eso del amor, pero tampoco es imposible” (Luis, 31 años).

Hemos visto que el cuerpo humano cumple diversas funciones, que es vital en el proceso de interacción, al presentarse cambios la vida social de las personas se modifica, luchando contra prejuicios y estigmas que recaen inmediatamente sobre ellos, la internalizaciones de la mirada del otro y la lucha por demostrar un óptimo desempeño social son complejas.

Respecto de la población masculina el tema de la masculinidad y virilidad se ve cuestionado, tanto por las personas amputadas como por los demás, cuestiones complejas que parten de un cuerpo diferente, lo físico tiene implicaciones relacionales.

3.5.3 Pérdida, búsqueda y empleo actual

El trabajo es un tema importante en la vida de las personas, pues es materia prima de su independencia, de su manutención y de sus actividades diarias. Los trabajos que desempeñaban todos los participantes al momento del accidente eran trabajos físicos, por lo que la amputación vino a provocarles dudas e incertidumbres respecto de su actividad laboral; dicha cuestión fue uno de las principales temas que pasaron por la mente de las personas, sentimientos de preocupación respecto de sus limitaciones para poder trabajar fueron comunes en todos los participantes.

Camacho-Conchucos (2010) menciona que: “Los accidentes de trabajo son la combinación de riesgo físico y error humano y causan lesión de la persona. Ocurrido el accidente, puede generar un cambio en la vida de la persona al ocasionar una incapacidad temporal, en el mejor de los casos, es decir una incapacidad para trabajar por un tiempo. Lo peor es cuando queda con una secuela permanente que lo limita de por vida para su labor habitual o para cualquier actividad laboral, quedando con una incapacidad o invalidez, término utilizado para el pago de pensiones” (p. 271).

De esta forma la amputación constituye uno de los daños más graves -después de la muerte en un accidente de trabajo- puesto que ocasiona una incapacidad permanente en el trabajador, para su ocupación y para su vida misma.

En este apartado se hace un recorrido por la experiencia de los participantes en torno a las cuestiones laborales, qué sucedió con sus trabajos, cómo fue su búsqueda por conseguir empleo y cómo está la situación actualmente para ellos en este tema.

El accidente y sobre todo la amputación traen cambios en la vida de las personas, uno de estos giros es el ámbito laboral, cuestión de suma importancia en la vida de los participantes, por lo que una de las primeras preocupaciones fue qué iba a pasar con sus trabajos.

“...cuando pasó mi accidente pues todo eso fue lo primero que me vino a la cabeza, qué voy a hacer, que voy a hacer, bueno esto pensando después de que me amputaron la pierna, se vino lo de la amputación y tuve que pensar pues que iba lo que iba a hacer, entonces eso era más que nada lo que me preocupaba, en relación a lo que era mi trabajo, que iba a hacer, de que iba yo a vivir, esa era una de las dudas con respeto a lo laboral fue eso, más que nada, que tenía dudas sobre que iba a ser de mi vida” (Luis, 31 años).

La idea del sustento personal y familiar mediante el trabajo está presente, nuestros participantes al ser hombres se tiende a preocuparse por la forma en que obtendrán recursos económicos, la preocupación implica a las personas que dependen de ellos. El trabajo del varón es importante para cubrir su papel como proveedor.

Las personas reportan sentimientos e ideas sobre la vida laboral antes y después de la pérdida, anterior al accidente podrán cubrir sus necesidades económicas sin problemas, y el trabajo era una de las cosas que disfrutaban; los cambios causados por la amputación como lo son pérdida del trabajo, dificultad para encontrar empleo y sentimientos de dependencia aparecen inmediatamente en la mente de las personas. La muestra está conformada por hombres, en cuyos casos depende su familia, lo que podría explicar en cierta forma la preocupación económica por los gastos y la probable imposibilidad para trabajar

“...ha sido, pues ha sido difícil, porque pues obviamente no puedo desempeñar un trabajo, porqué, porque estas marginado por las piernas”. (Eduardo, 42 años).

“La necesidad de mi esposa, ósea como ya habían llegado y todo eso, y dije “chin y ahora como las mantengo” ósea si, ósea si había un poco de solvencia pero todo se iba acabando, se iba acabando entonces digo chales como” (Mario, 62 años).

Muchos de los participantes perdieron su empleo, sólo algunos afortunados casos siguieron con su actividad laboral normal, pues la falta de una o ambas piernas no limitó su trabajo, como en el caso de Neza (artesano pirotécnico) y de Juan (maestro tapicero) quienes desempeñan sus actividades sin mayores complicaciones. En los casos mencionados anteriormente el tema de la economía no es necesariamente un problema, ellos siguen siendo el sustento de sus familias, y la amputación no vino a traer consecuencias graves respecto de lo laboral, lo cual les proporciona cierta estabilidad, aludiendo a una “vida normal” después de la amputación.

Mejorar las condiciones laborales y ser más productivo es una forma de afrontar las limitaciones y sentirse mejor consigo mismo; el lograr un buen desempeño en el ámbito laboral les proporciona estabilidad en este ámbito de su vida.

Si del accidente pa acá si, este me apliqué un poco más me esmere más al trabajo, porque dicen por ahí hasta lo dice la gente "ya ni cuando tenías pies “güey”, no había hecho nada y ahora que no manches mira", si yo les dije "que siempre se podía, no más que si tuve que hacer un lado a ciertas gentes de amistad me tuve que librar de un poco de ahí pa delante", y de ahí pa delante ahí están las pruebas poco a poquito (Neza, 36 años).

Los demás participantes perdieron el trabajo que desempeñaban al momento del accidente y la amputación, trabajos que no volverían jamás, y que en muchos casos es un recuerdo triste, pues recuerdan cuando estaban bien y podían trabajar.

Han existido diversos obstáculos para las personas entrevistadas en la búsqueda de trabajo, uno de ellos es sentirse inferiores, produciendo un previo rechazo por parte de los empleadores; otro de ellos es la falta de oportunidades reales, a esto se suma la falta de preparación académica que les complica la obtención de un empleo formal, no obstante algunos buscan oportunidades, pero debido a la dificultad y a las negativas la opción a la que recurren es el empleo informal.

La discriminación laboral está presente, pues los empleadores presumen la imposibilidad física para desempeñar un trabajo de forma adecuada, más la gran responsabilidad que creen tener al emplear a una persona amputada, por lo que las oportunidades son muy escasas.

Las personas con discapacidad se enfrentan a grandes dificultades para incorporarse y desempeñar diariamente una actividad económica fuera de su domicilio, además de la segregación de que son objeto por parte de muchos empleadores (Inmujeres, 2002).

Una persona amputada se enfrenta con los estigmas sociales de la corporalidad, sin conocer sus verdaderas capacidades los empleadores les cierran las puertas, puesto que presuponen que no pueden desempeñar ciertas actividades, los participantes encontraron un duro rechazo simplemente por su condición física; en estos encuentros entre “normales” y “desviados” de los que hablaba Goffman podemos encontrar estos patrones sociales de estigmatización y discriminación que habitan en nuestra sociedad.

“...nunca pensé a salir a pedir trabajo porque yo sentía que no me iban a dar trabajo o sentía que iba a pedir trabajo y me iban a decir: “no que crees ahorita no está el que el encargado...sentía que me iban a decir que no, sentía que me iban a rechazar, nunca salí a buscar trabajo” (Chava, 26 años).

“Si, le digo que si anduve buscando varios, varios lados y acá, y hasta que termine acá, y pus aquí primeramente dios, al y eso porque de repente se me vino a la mente, de lo, de lo ósea cuando antes llegaba yo a venir que estos que estaba trabajando aquí” (Antonio, 30 años).

Los participantes que no fueron a pedir trabajo mencionaron entre sus razones sentimientos previos de rechazo, debido probablemente a su condición física, estos sentimientos de inferioridad les impidieron salir en busca de alguna oportunidad laboral, los estereotipos sociales son comprendidos por los participantes amputados, quienes en muchos casos prefieren no buscar trabajo por la anticipada idea de discriminación.

La primera opción e idea que las personas entrevistadas tuvieron fue trabajar en casa, preparar algo para vender, comprar dulces y ofrecerlos o seguir con las actividades referentes a sus oficios. Estas acciones reflejan la necesidad económica y la idea de proveedor que posee la población masculina.

“...trabajaba yo en casa, este hacíamos buñuelos los vendía mi esposa, ya después me llevaron unos gallos para que yo me entretuviera, y empecé a criar gallos y a venderlos, entonces pues todo era ahí en casa entonces ya el desplazarme para otro lado implicaba gastos, y en ese momento pues no estábamos así como para andar gastando” (Eduardo, 42 años).

Las personas quieren trabajar y ser independientes, no se sienten del todo bien con el apoyo, pues mencionan que no quieren ser una carga para la familia.

“Y ya fue cuando empecé a trabajar más en forma, vendíamos en un tianguis ella preparaba chicharrones y tostadas y yo me iba a surtir... y este les dije a ellos: “saben que ya, hasta ahorita ya no quiero de su ayuda,

ya gracias, yo puedo, yo puedo mantenerme y valerme por mí mismo”. Le digo, va a llegar el momento que, tenga que pedirles ayuda, pero mientras no, yo solo puedo” (Feliciano, 50 años).

La experiencia laboral en términos institucionales no ha sido satisfactoria para los participantes, pues no encuentran un apoyo real y confiable, lo que les ha decepcionado.

“Hijole esa experiencias son muy desagradables, porque, la gente nos engaña contantemente, constantemente nos está engañando, constantemente nos, nos quiere, se quiere burlar de nosotros. Generalizo, no de mí, de nosotros como discapacitados y es un problema muy, muy marcado, en la sociedad en la que vivimos, la burla hacía nosotros como discapacitados, la ve contantemente en las personas, que le, le ofrecen trabajo”. (Feliciano, 50 años).

No pues si se le bajan a uno las ilusiones porque a mí me dijeron que fuera yo y que me iban a dar esa chamba, y de hecho pues ya había, de hecho si se hizo el trámite y todo, pero ya cuando me vio el dueño, ya me dijo que no porque, no se hacía responsable de que me cayera yo allá dentro y pasara un accidente. (Marcelo, 42 años).

Algunos recurren a pedir ayuda laboral con sus amigos o conocidos, en algunos casos encuentran las oportunidades, el apoyo es valioso y uno de los principales motores para que las personas amputadas salgan adelante.

“...me preguntó si manejaba, le dije: "sí", me dice: "qué, ¿qué puedes hacer?", le digo: "pues te puedo lavar trastes, le había platicado mi amigo a tu mujer que a lo mejor te puedo lavar los trastes y todo", y me dice: "aquí todos hacemos de todo", le digo: "pues no sé tú dime si te puedo servir, si tú crees que yo te pueda servir", y me dice: "está bien quédate", le digo: "¿ahorita ya?". y me dice: "¿qué, no puedes?", y pensé no, si le digo que no ya no, y ya me dice: "bájate el jabón que está ahí en la camioneta", eran dos bolsas de a diez kilos y ahí con las piches muletas, pero bueno ya le tienes que entrar y ya de ahí me habló y me dijo: "mira te vas a ir a cobrar, nunca he hecho esto pero ya te vamos a tener confianza por tu misma situación y todo, te vas ir a cobrar a las dos, y ya les ayudas a partir limón, atender las mesitas y todo eso". (Ángel, 27 años).

Los participantes que perdieron su empleo y quedaron inhabilitados para desempeñar actividades similares siguieron un duro trayecto de negativas, de engaños y de falsas oportunidades, hasta que encontraron una actividad que les traía recursos y cierta estabilidad.

Las ganas de vivir y de trabajar son los factores que les han sacado adelante, ahora desempeñan actividades que ni ellos mismos creyeron poder realizar (manejar un bicitaxi, ser pintor por mencionar algunos) se han tenido que sobreponer a las negativas, a las decepciones, y se han demostrado a ellos mismos que pueden lograr lo que se propongan, han fortalecido sus ganas de vivir y se sienten bien con ellos mismos a la hora de desempeñar sus actividades laborales.

“...se dio la oportunidad y ve, llevo diez años en ese local, al principio ese negocio se empezó a dar por, por él, era negocio de él yo nada más lo trabajaba y yo le daba cuentas, entons llevo esa oportunidad de que él me dice “bueno porque no te lo quedas, quédate el negocio tú lo sabes trabajar muy bien, y me lo vas pagando como puedas, obviamente pues me pagas una renta y lo del negocio pues hacemos un inventario para ver cuánto ahí”, se hizo el inventario fue tanto y ahí le voy aportando de poquito en poquito, entonces de por sí que él negocio no es mío todavía” (Eduardo, 42 años).

“Si, así es, yo aprendí la tapicería por parte de mi abuelo, por parte de mi papá también, esa fue una herencia que yo tuve, llevo 27 años trabajando la tapicería, de los cuales en esos 27 años nunca me ha faltado el trabajo, tengo las manos, se trabaja con las manos, tengo un pie que puedo mover el pedal, que gracias a Dios tengo el derecho, porque si hubiera sido amputado el derecho y el izquierdo pues me iba a costar ahora sí que un poco de trabajo porque soy derecho, no soy izquierdo, si me hubieran amputado el pie derecho pues me hubiera costado un poco de más trabajo, en lo que me adaptaba y aprendía a trabajar y a manejar con el otro pie.” (Juan, 43 años).

La búsqueda de trabajo formal (empresas, gobierno, entre otros) fue problemática, la discriminación se hizo presente y pocos lograron un empleo mediante conocidos que les dieron la confianza, algunos otros como Mario, consiguieron superar las limitaciones físicas, aprendiendo nuevos trabajos que los llenan de orgullo.

“...llegó un maestro de pintura, él fue el que me enseñó a pintar, bueno, enseñó a varios a pintar, pero a mi en especial por ser discapacitado, había gente joven, había gente grande, pero yo era especial porque era discapacitado y como movía el pincel, con el gancho, aquí hay un cuadro, aquí tengo otros...es duro, definitivamente es duro, para una persona discapacitada moverse, y no, es que no toma uno la vida como es, sino la toma uno en juego...pero uno saca fuerza para estar todavía aquí, mientras Dios me deje, definitivamente. He hecho como unos 100 cuadros, he vendido varios, hay inclusive un cuadro en Estados Unidos ya mío, se lo llevaron, si, aquí, los vecinos luego son los que me compran, en el colegio en la exposición, hace tres años llevé mis cuadros, puse mi exposición, y ahí vendí tres, cuatro cuadros allí en el colegio”. (Mario, 62 años).

A pesar de que en México existe una amplia legislación que compromete al gobierno y a la sociedad al cumplimiento y aplicación de la normatividad enfocada a la inclusión laboral de grupos en situación de vulnerabilidad, los objetivos de la inclusión e igualdad no se han cumplido, la discriminación sigue presente e imposibilita el derecho a un trabajo digno para las personas amputadas.

Para las personas en general el trabajo es importante, pero para los hombres lo es aún más, pues la idea del sustento familiar y el icono de proveedor está presente en el imaginario social. Los participantes demostraron preocupación excesiva por la posible imposibilidad laborar; debido a esto buscaron la manera de generar recursos.

3.5.4. En busca del cuerpo completo: el uso de prótesis

Las personas entienden y significan su cuerpo y la forma en que se relaciona con el mundo, por medio del cuerpo se logra una identificación y experimentación de la vida social, el cuerpo suele considerarse como un proceso de contrastación entre la realidad interna y el mundo exterior. Los usos corporales y de la experiencia de su propio cuerpo, ya sea en actividades físicas

rudimentarias o en sus interacciones sociales, constituyen a las personas. Lo que involucra un proceso de aceptación del propio cuerpo e identificación con el mismo.

Los cambios corporales se establecen como algo inevitable, es decir pasan a ser parte importante del proceso de transformación del cuerpo, considerando dos aspectos el aspecto físico (biológico) y social. El cuerpo pasa a ser una organización temporal, ampliamente relacionada a la vida cotidiana.

Un cambio corporal, como la amputación traumática resulta inevitable, aunque podemos ver que en la vida social siempre se intenta evitar el cambio. No se suele tomar en cuenta que el cuerpo también es capaz de reaprender, ya que es el cuerpo el que te comunica los acontecimientos que se viven.

La prótesis comúnmente se considera como un apoyo para la movilidad y para regresar a las actividades rudimentarias, en los casos suele reportarse mucha incomodidad en el uso de la prótesis al cubrir las actividades físicas, en algunos casos la finalidad de la prótesis es presentar un cuerpo completo ante los demás.

“Ah, pues por ejemplo sin prótesis puedo manejar, hacer ejercicio, bailar, subir escaleras y bajar escaleras, las bajo más rápido sin prótesis que con prótesis, ehh, pues yo creo que lo lo, la, la, la prótesis es esencial para mí, primera para verme completo, para dar un aspecto que evite el morbo de las personas, el que tenga uno, o el que uno esté completo güey, este, evita un poco eso, esas ñañaras, esas cosas que siente la gente cuando una persona esta así, ah no mames que la habrá pasado, eso lo evitan, eso, la prótesis cambia esa, pues esa forma o idea del ah no mames, por el ah mira no mames, ósea cambia, entonces cambia de algo que es como un, como el tenerte lastima a algo como el ah no mames ese güey es otro pedo.” (Luis, 31 años).

Cuando se presenta un cambio corporal como lo es una amputación comúnmente se recurre a una prótesis con la finalidad principal de facilitar la realización de actividades rudimentarias y la movilidad, sin embargo el uso de prótesis adquiere otro sentido con el objetivo de restaurar la imagen corporal y mejorar la condición corporal de manera aceptable.

En este sentido se recurre a la prótesis como una herramienta de ocultamiento, es decir permite presentar una imagen corporal completa, lo que facilita las interacciones sociales, debido a que la prótesis aparenta un cuerpo apegado al estándar de “normalidad.

“Las uso todavía, experiencia pus obviamente te vuelvo a repetir el de que vuelvas a como que agarrar un poquito de confianza, a que no eres al cien por cierto lo que eres antes pero las prótesis si te dan un extra a sentirte un poquito como eras antes...” (Eduardo, 42 años)

La prótesis además de ser una gran expectativa hacia la movilidad, y facilitar las actividades diarias, tiene un uso de apariencia, un uso que llena el hueco físico que las personas tienen. Aunque la prótesis no genere comodidad, su uso no es únicamente para facilitar las actividades diarias, sino a pesar de las incomodidades que llega a generar se soportan para darle una utilidad visual.

“Pues, a caminar sin ayuda de las muletas y a tratar de hacer un poco, más fácil, movilizarme hace las cosas todo, hacer las cosas, todo, como si estuviera completo ¿no? Ósea no voy a estar al cien pero tampoco voy a estar incompleto.” (Manuel, 29 años).

Apegarse a un referente de normalidad respondiendo a la idea de un cuerpo completo, los participantes buscan la manera de sentirse “normales”, haciendo uso de la prótesis, con el fin de llegar a la normalidad no solo al retomar sus actividades físicas, sino para facilitar sus interacciones sociales.

“Si se siente uno bien con la prótesis, no es lo mismo pero sí, porque al quererte agachar o algo, no trae flexiones en lo que es el tobillo..., pero pues lo sentí, la mera verdad cuando me puse el pie me sentí realizado, quise, quisiera otra vez correr chingue a sus ojos, ahí nos vemos, o sea quise, me sentí otra vez entero así animoso, dije "chin ahora si voy a poder caminar” (Neza, 36 años).

El criterio de las demás personas toma significado al momento en que las demás personas con las que se relaciona el participante le atribuyen un valor a la prótesis, un valor social, que al parecer favorece las relaciones sociales con lo demás. Esta atribución a la prótesis de los participantes por parte de los demás tiene efectos para facilitar su uso a pesar de la incomodidad que la prótesis puede generar, pero es soportable por su finalidad que es el parecer normal.

“las prótesis, es para cuando tú quieras ir a una fiesta y no te sientas raro que te vean, ante la sociedad como él dice, que no te vean así como mira ese wey pobrecito, pónelas tu llegas normal caminando, te puedes sentar en una silla normal, te puedes parar, o el día que tú quieras pónelas te sales a la esquina a comprar un refresco regresas..., cuando voy a un evento, o que tengo ganas de darme por ahí el volteón, me las pongo y ¡ps!, vámonos.” (Eduardo, 42 años).

El cuerpo resulta fundamental en la interacción y en la comunicación entre personas, pues existen códigos sociales y culturales que delimitan los usos del cuerpo. Esto se basa en la premisa de la funcionalidad de un cuerpo completo. La importancia del cuerpo como elemento base de la aprensión de la experiencia y pilar fundamental de la comunicación.

“resulta ser incomodo el uso de prótesis para la movilidad No sé, como que siento que no me acostumbro que me vean así, así con, con también, como que me dicen: “póntela, póntela, pues pa que la traes ahí”, “no pues no me, no me gusta llevármela”, y si fue mi primo que me fue, me animo a llevarme mi prótesis a las fiestas, porque tampoco, no me gustaba llevarla a las fiestas prefería irme en muletas y me decía mi primo: “no llévatela y sino ahí nos quedamos a dormir, ahí con tus tíos”, ”bueno”, y fue así que me animo mi primo a, a ponerme mi prótesis y llevarme a las fiestas” (Chava, 25 años).

Así mismo el cuerpo resulta parte importante en la vida de los participantes, considerando que el cuerpo se construye en la cotidianidad social, asumiendo el cuerpo como elemento, objeto social y cotidiano. La importancia de la vida cotidiana se establece como una existencia de eventos y fenómenos que constituyen al cuerpo como un objeto social dando lugar a la construcción de las funciones sociales del cuerpo.

La existencia de códigos sociales sobre el cuerpo completo, permite que a lo largo de la vida se incorporen representaciones que establezcan la relación con el propio cuerpo y con el intercambio de los otros cuerpos, mediante los códigos sociales y el proceso de interacción social, funcionan en diversas situaciones sociales donde los códigos corporales del cuerpo están fuertemente establecidos, los participantes buscan apearse a los códigos establecidos en las situaciones sociales que participen, haciendo uso de la prótesis en algunas situaciones buscando aparentar un cuerpo completo.

“Si cuando estoy en mi casa si la uso, la uso diario aunque todos dicen que no, pero si la uso, si la uso diario cuando salgo, salgo así a mi casa, salgo vengo aquí al distrito o algo así, si no me gusta salir, no me gusta salir con mi prótesis, nada más también la uso cuando hay, cuando voy a las fiestas, ahí sí, si me la pongo, pero para salir así a otros lados no.” (Chava, 25 años).

Finalmente podemos decir que la pérdida de una extremidad de manera traumática tienen consecuencias en aspectos sociales que forman parte de un proceso continuo y compartido, pues un cambio crucial en una persona no solo la afecta a ella, sino también afecta a las personas con las que interactúa diariamente, a las personas que son parte de su medio de conformación de la vida social, aunque la amputación puede ser un cambio individual, no es un cambio individualista. Los tópicos por los que se interesa esta investigación son en cuanto al reconocimiento corporal, la causa de la pérdida, la condición corporal como base de un argumento social que construye una discapacidad, la sexualidad, el apoyo familiar, la masculinidad, y la cuestión corporal.

La amputación trae consigo una transformación obligada y radical en la vida de los afectados, pues esta situación cambia desde su manera de pensarse, hasta aspectos de la vida como el trabajo e incluso su vida diaria, sin lugar a dudas una amputación es un cambio crucial en la vida de las personas, las interacciones sociales tienen modificaciones importantes.

Este apartado se centró en ciertos ámbitos de la vida de las personas que tienen alguna o algunas amputaciones, con la finalidad de comprender cómo es el significado que ellos le dan a la vida con un cuerpo distinto, cuales son los ámbitos en donde encuentran mayores dificultades y sobre todo como ha sido y es vivir sin una parte de su cuerpo, basándonos principalmente en las interacciones sociales que mantienen. Si bien el tema de la discapacidad es ampliamente abordado, creemos que nuestra investigación puede aportar ideas y abrir una brecha hacia investigaciones que se centren más en la experiencia de los sujetos, con la única finalidad de comprenderlos mejor en su totalidad, pues ellos son la base del significado y la interpretación de vivir con una discapacidad física.

El cuerpo no solo resulta ser la facha y presentación ante los demás, sino que también comunica y da significado a las interacciones sociales. El tener un cuerpo incompleto, como una persona amputada, se interpreta como una cuestión de anormalidad, pues no se sigue el patrón de normalidad, en donde lo normal es tener todas las extremidades. Desde esta cuestión las relaciones que se comienzan a establecer con los otros son relaciones basadas en estigmas, prejuicios y estereotipos, donde una diferencia corporal hace que la relación con los demás sea diferente. Se comienza a ver a la persona amputada como una persona incapaz, incompleta, imposibilitada, discapacitada.

Al adquirir una nueva condición corporal, no solo se debe asumir una nueva imagen corporal, sino que también se adquiere una deficiencia física, la que conlleva a una condición social diferente, la de ser discapacitado, que proviene de la mirada de los demás. Entender la discapacidad es un asunto complejo en donde intervienen diversos factores, las personas que la viven son el elemento principal en la definición que se hace de esta, y se debe de voltear la mirada hacia ese núcleo de significación.

Para las personas amputadas el salir a la calle y comenzar a interactuar con los demás resulta un reto importante, ya que en ellos el miedo a la mirada de los otros está fuertemente presente. Existe el miedo de que los demás los traten diferente, el morbo y el rechazo son impedimentos para salir.

Las personas amputadas conocen las limitaciones sociales que trae consigo su condición corporal, por lo que intentan cubrir esa pérdida, la prótesis aparece como una posibilidad de

recuperar la movilidad y de volver al cuerpo a un estado completo, en donde se evita el morbo de las demás personas, por lo que la prótesis cumple una función social muy importante. Sobre el cuerpo recaen todas las construcciones sociales, es el principal elemento de interacción, es lo que nos da vida, no sólo biológica, sino social, pues gracias a esto existimos y podemos ser reconocidos, a la par que nosotros lo hacemos con nuestros semejantes, es nuestro espejo, herramienta y medio.

Los amputados no ven cerrado este canal de comunicación, más bien lo que es diferente es el mensaje que proyectan, al salirse de la norma transmiten significados de deficiencias, imposibilidades e inhabilitaciones, los que se transforma en discapacidad social, en un ciclo interminable.

La amputación transforma los significados sociales, el cuerpo de por medio proyecta funciones físicas y sociales, al padecer una afectación irremediablemente transforma las ideas, los pensamientos, las clases, los grupos y todo en la vida de las personas amputadas; por lo que se instaura una lucha por romper esas barreras sociales que les impiden llevar una vida plena.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los pocos estudios que abordan el tema de la amputación traumática se centran en el proceso médico y de rehabilitación física y se han visualizado como un problema individual, dejando a un lado la experiencia de los sujetos, los aspectos sociales y principalmente las interacciones sociales que establecen las personas amputadas después de la pérdida, por esta razón, esta investigación estuvo dirigida al estudio de las relaciones sociales tras una amputación traumática, las cuales son de gran importancia en la experiencia de las personas amputadas y sobre todo en la concepción que tienen de sí mismos.

Este trabajo nos permitió conocer e interpretar el significado que las personas amputadas le dan a la pérdida de alguna extremidad de su cuerpo, así como la manera en que el cambio físico tiene consecuencias en la vida cotidiana y en las interacciones con las personas de grupos cercanos.

En este apartado se presentan los hallazgos derivados de la investigación, basados en los objetivos planteados en un primer momento. Como objetivos se plantearon, conocer las consecuencias que tienen las amputaciones por traumatismo en las interacciones sociales de las personas, en sus grupos de pertenencia, estudiar la importancia que tienen los grupos de pertenencia en la vida cotidiana de las personas, en el proceso de reintegración social, comprender la forma en que las personas amputadas incorporan el significado de esta pérdida, a partir de las interacciones, en sus grupos de pertenencia.

Una amputación traumática, implica un cambio corporal inesperado, donde el cuerpo y la imagen corporal adquieren un nuevo significado y por lo mismo la manera en la que interactúan y socializan con los grupos cercanos y con la sociedad en general los coloca en nuevos escenarios de interacción.

La pérdida de una extremidad de manera traumática tienen consecuencias en aspectos sociales que forman parte de un proceso continuo y compartido, pues un cambio crucial en una persona no solo la afecta a ella, sino también afecta a las personas con las que interactúa diariamente, a las personas que son parte de su medio de conformación de la vida social, aunque la amputación puede ser un cambio individual, no es un cambio individualista. Los tópicos por los que se interesa esta investigación son en cuanto al reconocimiento corporal, por la casusa de

la pérdida, la condición corporal como base de una discapacidad, la sexualidad, el apoyo familiar, la masculinidad, y la cuestión corporal.

Cuestiones corporales

El cuerpo no solo resulta ser la fachada y presentación ante los demás, sino que también comunica y da significado a las interacciones sociales. El tener un cuerpo incompleto, como una persona amputada, se interpreta como una cuestión de anormalidad, pues no se sigue el patrón de normalidad, en donde lo normal es tener todas las extremidades.

La pérdida corporal trae consecuencias en la vida diaria de las personas amputadas, no solo en cuestiones individuales, trae consecuencias a nivel social, las interacciones que se establecen con los círculos cercanos y con la sociedad en general se ven modificadas en distintos sentidos.

Desde esta cuestión las relaciones que se comienzan a establecer con los otros son relaciones basadas en estigmas, prejuicios y estereotipos, donde una diferencia corporal hace que la relación con los demás sea diferente. Se comienza a ver a la persona amputada como una persona incapaz, incompleta, imposibilitada, discapacitada.

Al adquirir una nueva condición corporal, no solo se debe asumir una nueva imagen corporal, sino que también se adquiere socialmente una condición de ser discapacitado. Las cuestiones sociales que envuelven a dicho concepto provienen en su mayoría de un imaginario social que está fuertemente arraigado en el pensamiento de las personas.

El cuerpo ha sido abordado desde diversas perspectivas teóricas y científicas, pues la importancia es tan trascendente que nunca se puede dejar de lado, en este caso podemos inferir que es un medio de transmitir significados, y no solo eso, sino que es un cuerpo significador por sí mismo. El cuerpo social reviste estereotipos y prejuicios, entre ellos la idea de normalidad y funcionalidad, al fallar o estar incompleto se reduce al hombre, se le discrimina y se le aparta.

Las personas amputadas conocen las limitaciones sociales que trae consigo su condición corporal, por lo que intentan cubrir esa pérdida, la prótesis aparece como una posibilidad de

recuperar la movilidad y de volver al cuerpo a un estado completo, en donde se evita el morbo de las demás personas, por lo que la prótesis cumple una función social muy importante.

Sobre el cuerpo recaen todas las construcciones sociales, es el principal elemento de interacción, es lo que nos da vida, no sólo biológica, sino social, pues gracias al existimos y podemos ser reconocidos, a la par que nosotros lo hacemos con nuestros semejantes, es nuestro espejo, herramienta y medio.

Las personas que han sido amputadas no ven cerrado este canal de comunicación, más bien lo que es diferente es el mensaje que proyectan, al salirse de la norma transmiten significados de deficiencias, imposibilidades e inhabilitaciones, los que se transforma en discapacidad social, en un ciclo interminable.

La amputación transforma los significados sociales, el cuerpo de por medio proyecta funciones físicas y sociales, al padecer una afectación irremediamente transforma las ideas, los pensamientos, las clases, los grupos y todo en la vida de las personas amputadas; por lo que se instaure una lucha por romper esas barreras sociales que les impiden llevar una vida plena.

Consecuencias en los grupos de pertenencia

Los grupos de pertenencia como lo son la familia y los amigos cercanos se presentan como un gran apoyo para las personas amputadas durante los primeros días que se viven con la amputación. Estos grupos representan la principal ayuda que reciben las personas amputadas cuando se encuentran en el hospital y en el proceso de pérdida, ya que al adquirir una condición corporal nueva de la cual no se tiene el control absoluto, realizar actividades diarias resulta ser un reto, por lo que el apoyo de los grupos de pertenencia en un primer momento se presenta como una ayuda fundamental para comenzar a reintegrarse a las actividades rutinarias.

Para los participantes, en un segundo momento el apoyo que reciben de los grupos de pertenencia, se convierte en un obstáculo más para ellos, ya que su autonomía y su independencia se ven fuertemente condicionados, pues ya no pueden realizar las actividades cotidianas por sí mismos, dependen de los demás.

Sería importante comenzar a sensibilizar a los círculos cercanos de las personas amputadas, para que se puedan crear más lazos afectivos en los cuales no sean a base de compasión, lástima o de obligación de parte de la otra persona. Si se siguen reproduciendo este tipo de relaciones afectivas la condición social de discapacitado se va reforzando no solamente para la persona amputada sino que esta concepción se va viendo reflejada en la sociedad.

Sobre la nueva condición social

La sociedad al ver a una persona amputada con caridad y lástima sigue viendo a las personas amputadas como personas discapacitadas e incapaces de hacer las cosas, pues son ellos mismos quienes se muestran así ante la sociedad.

La falta de una o las dos extremidades inferiores trae fuertes consideraciones a nivel social, ya que la manera de socializar y de entrar a los escenarios de interacción se ve modificada. El desplazarse por la ciudad, hacer uso del transporte público, se presentan como escenarios en los que las personas amputadas no están adaptados corporalmente para interactuar en ellos. Sumarle a eso que las personas que hacen uso de estos escenarios no permiten que las personas amputadas sean parte de las interacciones. Esto debido a que es la sociedad la que los estigmatiza, o simplemente no los toman en cuenta.

Para las personas amputadas salir a la calle y comenzar a interactuar con los demás resulta un reto importante, ya que en ellos el miedo a la mirada de los otros está fuertemente presente. Para ellos existe el miedo de que los demás los traten diferente, que se burlen de ellos, y los traten como anormales.

A las personas amputadas se les impone culturalmente una condición de discapacitados, debido a que se les considera personas incapaces o con limitaciones importantes que nos les permiten realizar sus actividades rutinarias.

Masculinidad: sexualidad y trabajo

Al contar en la investigación con participantes solo varones es necesario puntualizar el tema de la masculinidad relacionado a dos cuestiones la sexualidad y el aspecto laboral, y sus implicaciones de rol social que tiene consigo. La sexualidad fue uno de los ámbitos explorados en nuestro

estudio, partiendo de la importancia que tiene el cuerpo en la interacción; la sexualidad viene a situarse en la idea del cuerpo perfecto y es envuelta en diversos tabúes.

Respecto de las personas amputadas encontramos que existe un temor a la sexualidad, por un lado la impotencia física, y por el otro, el rechazo de los demás al no contar con un cuerpo completo, vergüenza, pena, miedo y resignación fueron sentimientos y pensamientos que los participantes mencionaron.

Existe un imaginario social sobre la impotencia sexual de las personas amputadas, como en muchos otros ámbitos de su vida, las personas “normales” deducen que los amputados no tienen vida sexual; aunque algunos participantes hicieron mención de llevar una vida sexual normal sin complicaciones

La masculinidad resultó ser un aspecto de relevancia en nuestros participantes, como algo que debe demostrarse y confirmarse no solo a uno mismo sino a los demás, su importancia reside en cuanto a la vida sexual, el hecho de poder tener relaciones sexuales les confiere una gran estabilidad y fuerza emocional, inclusive se sienten orgullosos de poder hacerlo.

En el tema de la sexualidad son muchos aspectos en donde se necesita trabajar, al ser un tema tabú se complica la comunicación y se hacen válidos las ideas que no necesariamente son reales, es por eso que la estructuración de la educación sexual es necesaria, se deben de incluir y garantizar los derechos reproductivos y sexuales de las personas amputadas y discapacitadas, pues ellas gozan de plenos derechos, sin más ni menos.

La masculinidad se liga a la actividad sexual, los estereotipos se hacen presentes nuevamente en este aspecto de la vida de los participantes, que tienen que cargar con las burlas de amigos, familiares y demás personas que asumen que ya no están aptos para desarrollar su vida sexual. Los participantes que lograron reactivar su vida sexual obtuvieron satisfacción y tranquilidad que les permitieron solventar este aspecto tan importante para ellos como hombres.

El tema del trabajo es un eje central en la narración de los participantes. El trabajo es una actividad relacionada con el ámbito de la economía y manutención de la familia, por lo cual tras la amputación estos ámbitos se ven afectados de manera considerable, ya que hay una pérdida de

la independencia, lo que imposibilita seguir trabajando y aportando económicamente a la manutención de la familia.

Algunos de los entrevistados que realizaban trabajos físicos, perdieron sus empleos y no volvieron a realizarlos; en la búsqueda por generar recursos se encontraron con la negativa de los empleadores, quienes los descartaban al momento de verlos, pues inferían de inmediato su incapacidad física.

En este punto la discriminación está fuertemente marcada, y pese a que existe una amplia gama de leyes en México para evitar la discriminación y otras leyes más para promover el empleo para promover el empleo de personas discapacitadas, en realidad no se cumplen dichas expectativas, y la condición física es un artífice de discriminación.

Se necesita un completo compromiso por parte del Estado para hacer valer los principios fundamentales de los derechos humanos, la no discriminación y el derecho a un trabajo digno que establece en primera instancia la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Es necesario reconocer las capacidades de las personas amputadas y discapacitadas en general, para que se les brinde la oportunidad de desempeñar trabajos al alcance de sus oportunidades y habilidades, y evitar el prejuicio de la inhabilitación laboral simplemente por su condición física.

La cuestión laboral constituye una parte importante del rol de proveedor familiar, ya que socialmente la manutención de la familia se ha visto como una obligación masculina. En la búsqueda de una fuente de manutención los participantes enfrentaron diversos estigmas sociales, por lo que conseguir un trabajo resultó complicado, ya que los empleadores los estigmatizaban y no los contrataban, esto llevó a los participantes a la búsqueda de trabajos informales, mismos que permitieron seguir desempeñando el rol de proveedor familiar.

Limitaciones de la investigación

Así mismo damos cuenta de las limitaciones de esta investigación, una de ellas consideramos que es la falta de diversidad de los participantes en cuestiones de género, pues consideramos que

es importante indagar los procesos de interacción social en casos femeninos, después de una amputación traumática.

Nuestros participantes son de un estatus social similar (medio/bajo) por lo que la experiencia de una persona con plena solvencia económica y sin preocupaciones de este tipo no se logró, así mismo el tiempo de la amputación radicó entre medio y 12 años principalmente, faltaron casos en donde el tiempo de la amputación fuera mayor de 15 o 20 años.

Otra limitación que se considera es la profundidad en algunos temas aquí tocados, y que esta investigación ha dado apertura, pues esta investigación se centra solamente en las interacciones sociales de las personas en sus grupos de pertenencia, ya que dar cuenta de todo su proceso de interacción a partir de un cambio corporal resulta ser muy complejo, y demanda un mayor tiempo y exploración no solo en la personas que adquiere la amputación sino también en las que acompañan este proceso.

Se podría considerar también como limitante lo general de nuestro estudio, pero nosotros partimos con la consigna de instaurar un campo de análisis y estudio que tuviera como premisa identificar cómo es la vida de las personas amputadas en cuanto a sus interacciones, obviando las funciones biológicas del cuerpo y centrándonos en su importancia social, si bien la vida social es muy amplia nuestro estudio puede generar investigaciones más específicas que den cuenta de ámbitos más específicos de la vida de las personas amputadas.

Sugerencias de estudio

Esta investigación puede considerarse como un punto de partida para comenzar a mirar desde la psicología social los procesos psicosociales que surgen al adquirir nuevos status sociales, a partir de cambios corporales, es decir dar cuenta desde la psicología social de los procesos de interacción a partir de cambios corporales.

Se sugieren investigaciones desde una perspectiva psicosocial en pérdidas corporales a casusa de enfermedad, pues resulta interesante preguntarse si difieren cuestiones de reconocimiento corporal, asimilación apoyada en las relaciones sociales con las pérdidas

traumáticas, con el fin de tener una mejor comprensión del fenómeno social ante un cambio corporal en diversas situaciones.

Por último este trabajo invita a profundizar sobre ámbitos específicos como el trabajo o la sexualidad de las personas amputadas, o con alguna condición corporal distinta.

Discusión

Este trabajo se centró en ciertos ámbitos de la vida de las personas que tienen alguna o algunas amputaciones, con la finalidad de comprender como es el significado que ellos le dan a la vida con un cuerpo distinto, cuales son los ámbitos en donde encuentran mayores dificultades y sobre todo como ha sido y es vivir sin una parte de su cuerpo, basándonos principalmente en las interacciones sociales que mantienen. Si bien el tema de la discapacidad es ampliamente abordado, creemos que nuestra investigación puede aportar ideas y abrir una brecha hacia investigaciones que se centren más en la experiencia de los sujetos, con la única finalidad de comprenderlos mejor en su totalidad, pues ellos son la base del significado y la interpretación de vivir con una discapacidad física.

Nuestro trabajo enfatiza en aspectos generales de la vida de las personas, es sólo un indicio de cómo experimentan el mundo social que los señala y discrimina, y cuáles son las herramientas que utilizan para salir adelante y solventar una carencia física y social.

Las personas amputadas son seres humanos, aunque se les desacredite y margine, los participantes llevan una vida marcada por los estigmas, pero en general logran sobreponerse y adquieren herramientas para lidiar con las dificultades.

Los casos de los participantes son diversos y las condiciones distintas, aun así hemos encontrado patrones en sus narrativas, las burlas, el morbo con el que se les mira, las dificultades para conseguir empleo, los miedos sobre la sexualidad y la dependencia son los más marcados; esta experiencia general tiene sus matices en cada participante, pues depende del número de amputaciones, del nivel mismo de la amputación, de la situación social (nivel económico, estatus civil), y personal (edad, preparación académica y tiempo de la amputación), por lo que es indispensable conocer la historia de cada uno para comprenderlos mejor.

En México es evidente la falta de políticas públicas y programas de inclusión social para personas con condiciones corporales diferentes, por lo que sería importante comenzar a intervenir desde la idea de la diversidad, para disminuir la discriminación hacia las personas amputadas.

Queremos cerrar este capítulo señalando la necesidad de visualizar a las personas amputadas como seres humanos, que como cualquier otra persona tiene derechos y obligaciones, por lo tanto merecen ser tratadas con dignidad y respeto, dejando de lado los estigmas corporales para un mejor trato social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, José Carlos (2004). "Cuerpo humano identidad e imagen corporal", en *Cuerpo humano e imagen corporal*. Notas para una antropología de la corporeidad. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Almeida María Eugenia, Angelino Alfonsina, Fernández María Eugenia, Kipen Esteban, Lipschitz Aarón, Sánchez Candelaria, Spadillero Agustina, Vallejos Indiana y Zuttió Betin. (2005). La producción social de la discapacidad: Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos. En Ana Rosato, Pablo Vain (Eds.) *La construcción social de la normalidad: comunidad, discapacidad y exclusión social: alteridades, diferencias y diversidad*. Novedades Educativas. Buenos Aires, Argentina.
- Ángeles, Oswaldo (2013). *Padecer una amputación en la vejez: Representación social y prácticas ante la discapacidad en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación*. Tesis para obtener el grado en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, D.F.
- Arevalo, A (2010). *Descripción del proceso de duelo en pacientes civiles y militares amputados*. Tesis para obtener el título en Psiquiatría. Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de medicina. Escuela de postgrados. Colombia, Bogotá.
- Barnes, Colin (2009). 'Un Chiste Malo: ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?' en Brogna, P. (comp.) *Visiones y Revisiones de la Discapacidad*, Fondo de Cultura Económica. México, pp. 101-122.
- Barton, Len (2009). La posición de las personas con discapacidad, ¿Qué celebrar y por qué celebrarlo?, ¿Cuáles son las consecuencias para los participantes? en Brogna, P. (comp.) *Visiones y Revisiones de la Discapacidad*, Fondo de Cultura Económica. México, pp. 123-136.
- Botella, Luis y Ribas, Emma (2008). "Imagen corporal y psicoterapia", en *Revista de psicoterapia*. España, 19(76), pp. 5-16.
- Brogna, Patricia (2006). *El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación*. El Cisne. Argentina, Buenos Aires.
- Camacho-Conchucos, Herminio (2010). Pacientes amputados por accidentes de trabajo: características y años acumulados de vida productiva potencial perdidos, en *Anales de la Facultad de Medicina*. Perú, 71(4), pp. 271-275.
- De la Garza, Lorenzo (2009). "Cronología Histórica de las amputaciones", en *Revista Mexicana de Angiología*. México, 37 (1), pp. 9-22.

- De Oliveira, Gislaine y Roseira Magali (2007). "La amputación bajo la percepción de quien la vive: un estudio desde la óptica fenomenológica", en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Brasil, 15(2).
- Edler, Rosita (2009). La clasificación de la funcionalidad y su influencia en el imaginario social sobre las discapacidades, en Brogna, P. (comp.) *Visiones y Revisiones de la Discapacidad* Fondo de Cultura Económica. México, pp. 137-153.
- Grinberg, Leon y Grinberg, Rebeca (2001). *Identidad y cambio*. Paidós, Argentina, Buenos Aires.
- Goffman, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. (Versión Original 1963).
- González, Casanova (1978). *Imperialismo y liberación en América Latina. Una introducción a la historia contemporánea*, Ed. Siglo XXI. México.
- Hamill, Roger ; Carson, Suzanne y Dorahy, Martin (2010). "Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation: an interpretative phenomenological analysis", en *Disability and Rehabilitation*. Inglaterra, 32(9), pp. 729-740.
- Hernández, César (2010). *Discapacidad: nuevos discursos viejas prácticas. El proceso histórico-social sobre la discapacidad*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de ciencias políticas y sociales. México, D.F.
- Horgan, Olga y MacLachlan, Malcom (2004). "Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review", en *Disability and Rehabilitation*. Inglaterra., 5(26), pp.837-850.
- Houston, Sandra (2006). "Estados alterados: Nuestra imagen corporal, las relaciones y la sexualidad." (Traducción al español: The BilCom Group), en *inMotion* 18(1).
- Inmujeres (2002). *Mujeres y Discapacidad en México*, México, D.F.
- King, Walter (2003). *Quality of Life Experiences of Adults who have Undergone an Amputation*. Tesis de Maestría. University of Victoria. Canadá
- Le Breton, David (2002). *Cuerpo y Sociología, Nueva Visión*. Buenos Aires.
- Davis, Lennard (2013). *The Disability Studies Reader*. Routledge. Chicago.
- Mendoza, Jessica.; Reyes, Alma. y Reyna, Claudia (2009). *Amputación ideológica en la Sociedad ante las personas con amputaciones en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Ciudad de México*. Tesina para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México, D.F.

- Osornio, Felipe (2013). *Pornoválidos y Minusgráficos*. En Memorias del VI Congreso Internacional de Ciencias, Artes y Humanidades “El Cuerpo Descifrado”, La ciencia y la tecnología en las prácticas corporales. El Cuerpo Descifrado, S.C. México, pp. 610-623.
- Ramírez, Luisa y Levy, Shery (2010). *Sentido común y conflicto: impacto de las teorías legas sobre relaciones intergrupales*, Common Sense and Conflict: Impact of Lay Theories on Intergroup Relationships. *Universitas Psychologica* 9(2).
- Retana, Jorge (2007). *La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional*. Tesina para obtener el grado de licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Facultad de ciencias sociales. Costa Rica, San José.
- Rodríguez, Guillermo (2010). *Identidad Sexual, Discapacidad Física, Redescubriendo un mundo oculto. Un estudio de caso*. Tesis de Maestría en discapacidad e inclusión social. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Colombia, Bogotá.
- Rueda, Laura y Miranda, Orquídea (2002). “Principales dilemas bioéticos en las personas con discapacidad prolongada”. *Revista Acta Bioética*. Chile, 8(1), pp.127-135.
- Sandí, Javier (2002). *Propuesta de un modelo de atención psicológica para personas con discapacidad física atendidas en la clínica de prótesis y órtesis del Complejo Integral de Prestaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Seguros*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Católica. Escuela de Psicología. Costa Rica, San José.
- Saradjian, Adam; Thompson, Andrew y Datta, Dipak (2008). “The experience of men using an upper limb prothesis following amputation”, en *Disability and Rehabilitation*. Inglaterra, 30 (11), pp.871-883
- Senra, Hugo; Oliveira, Rui Aragao; Leal, Isabel y Vieira, Cristina (2011). “Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation”, en *Clinical Rehabilitation*. Portugal, 26 (2), pp.180-191.
- Sierra, Elva y Manzo, María del Carmen (2012). “Proceso de duelo y adaptación después de una amputación en la adolescencia”, en *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*. México, 9(20), pp.25-35.
- Torices, Irene (2003). *El derecho a una vida sexual satisfactoria*, Instituto Mexicano de Sexología A. C. México, D.F.
- Wald, Jaye y Alvaro, Rosemarie (2004). “Psychological Factors in Work-Related Amputation”, en *Journal of Rehabilitation*. Canadá, 70(4), p.6.

BIBLIOGRAFÍA EN LÍNEA

- Bowers, Rick. *El estigma de la discapacidad y diferencias de las extremidades*. Amputatee Coalition of America. [En línea]. 2002. vol. 12, no. 4 Disponible en: <http://www.amputeecoalition.org/spanish/inmotion/jul_aug_02/stigma.pdf> [Consulta: 31-10-2013]
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma del 17-06-2014. [En línea]. 2014. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>> [Consulta: 29-06-2014].
- CONADIS, Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. [En línea]. 2012. Disponible en <<http://www.conadis.salud.gob.mx/>> [Consulta: 05-01-2014].
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [En línea]. 2010. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=amputacion/> [Consulta: 29-06-2014].
- Gil, Pedro; Roblizo, Manuel y Contreras Onofre. El cuerpo como soporte de la interacción social: Percepciones y sensibilidades. [En Línea]. 2010 *Revista Argos* 27 (53) Caracas. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S025416372010000200002&script=sci_arttext> [Consulta: 25-05-2014].
- Gutiérrez, Jené. Prosthetic Limbs as Art: Sophie de Oliveira Barata's Alternative Limb Project. Beautiful Decay. [En línea]. 2013. Disponible en <<http://beautifuldecay.com/2013/11/18/prosthetic-limbs-art-sophie-de-oliveira-baratas-alternative-limb-project/>> [Consulta: 10-01-2014].
- INR, Instituto Nacional de Rehabilitación. [En línea]. 2010. Disponible en: <<http://www.inr.gob.mx/g20.htm>> [Consulta: 7-01-2014].
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de población y vivienda. Discapacidad. [En línea]. 2010. Disponible en: <<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>> [Consulta: 02-11-2013].
- INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos de la muestra. Consultado en INEGI, Mujeres y Hombres en México [En línea]. 2012. Décima sexta edición. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf> [Consulta: 02-11-2013].
- JGL, (I). México entrega visas humanitarias a migrantes amputados por 'La Bestia'. [En línea] *Excelsior*. 2014, 6 de abril. Disponible en: <<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/04/06/952672>> [Consulta: 28-06-2014].

- JGL. Migrantes amputados por ‘La Bestia’ piden protección a México. [En línea] Excelsior. 2014, 9 de abril. Disponible en: <<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/04/09/953235>> [Consulta: 28-06-2014].
- La O Ramos, Raidel y Baryolo, Alfredo. Rehabilitación del amputado del miembro inferior. *Medicina de rehabilitación Cubana*. [En línea]. 2005. Disponible en: <<http://rehabilitacion.sld.cu>>. También disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/54817668/Manual-de-Amputados>> [Consulta: 30-10-2013].
- Ley General de las Personas con Discapacidad. [En línea]. (10/06/2005). Disponible en: <<http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/leypersonasdiscapacidad.pdf>> [Consulta: 1-11-2013].
- Ley Federal del Trabajo (LFT) [En línea]. 2010. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>>. [Consulta: 1-11-2013].
- LimbPower. [En línea]. 2010. Disponible en: <<http://www.limbpower.com>> [Consulta: 28-12-2013].
- Martinez, Luis Eduardo, Amputados: entre el estigma social y la ambigüedad mediática. [En línea]. 2010. Disponible en: <<http://www.elcisne.org/noticia/amputados-estigma-social-ambigüedad-mediatica/877.html>> [Consulta 28-12-13].
- McKenzie, Sheena Snake arms and crystal legs: Artificial limbs push boundaries of art. CNN. [En línea] 25-4-13. Disponible en: <<http://www.cnn.com/2013/04/24/world/europe/alternative-limb-project/>> [Consulta 10-01-2014].
- Mogollón, María Esther, Cuerpos diferentes. Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. Perú. [En línea]. 2011. Disponible en: <<http://www.geishad.org.mx/pagweb2011/agosto2011.pdf>> [Consulta 7-01-2014].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). [En línea]. (09/06/2011). Discapacidades disponible en: <<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>> [Consulta 08-09-2013].
- Palencia, Sergio, Marcha de los migrantes cortados por la Bestia. [En línea]. 2014. ALAI, América Latina en Movimiento. Disponible en: <<http://alainet.org/active/72743>> [Consulta: 29-06-2014].
- Paredes, Jesús. *Desde la corporeidad a la cultura*, en Efdeportes [En línea]. 2003, vol. 9, no 62, Argentina, Buenos Aires. Disponible en: <<http://www.efdeportes.com>> [Consulta: 15-05-2014].
- Ruiz, Josefa. La Discapacidad como estigma: un análisis psicosocial del afrontamiento del desempleo de las personas con discapacidad física. *Revista REDSI*. [En línea]. 2005, no. 6, Enero. Disponible en: <<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6925/desempleofisicos.pdf>> [Consulta: 31-10-2013].
- The alternative limb project. [En línea]. 2014. Disponible en: <<http://www.thealternativelimbproject.com/>> [Consulta: 05-01-2014].

- Toro-Alfonso, José, "Introducción: el cuerpo en evidencia: reflexiones sobre aspectos sociales y clínicos de la corporalidad", [En línea]. 2007. en *Revista. Puertorriqueña. Psicología*. v.18. Departamento de Psicología - Universidad de Puerto Rico. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262007000100005> [Consulta: 06-05-2014].
- Vargas, Jaime E. y Villavicencio, Jeanette M. "Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: Consejos para fortalecerla" [En línea]. 2011. en *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 5 (1). Disponible en: <http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/57_resiliencia_amputados.pdf> [Consulta: 02-06-2014].
- Viktoria Modesta. [En línea]. 2011. Disponible en: <<http://www.viktoriamodesta.com/>> [Consulta: 05-01-2014].
- Villafranca, Liliana. *Vida sexual plena para personas con discapacidad*. [En línea]. 2012. Junio. Disponible en: <http://article.wn.com/view/2012/03/30/Vida_sexual_plena_para_personas_con_discapacidad/> [Consulta: 28-15-2014].
- Wild Style Magazine. [En línea]. 2011. Disponible en: <<http://www.wildstylemagazine.com/2011/12/pin-up-de-la-semana-viktoria-modesta.html>> [Consulta: 02-01-2014].

ANEXO 1

Viktoria Modesta



ANEXO 2

Guion de entrevista

1. Con las siguientes preguntas buscamos conocer la experiencia de vida de la persona, en el trabajo, en la familia, en sus relaciones sentimentales antes del accidente, con la finalidad de comprender como eran sus interacciones sociales en esa etapa de su vida.

-Cuéntame: ¿cómo era tu vida antes del accidente? ¿A qué te dedicabas? ¿Cómo te llevabas con tu familia? ¿Tenías alguna novia/ ya estabas casado? ¿Qué te gustaba hacer?

2. Se busca contextualizar como era la vida del informante cuando sucedió el accidente y conocer cómo vivió el accidente, para pasar a explicar las implicaciones que este tuvo en su vida.

Plátame ¿Qué pasaba en tu vida cuando te accidentaste? ¿Cómo fue tu accidente, qué es lo que más recuerdas, en donde estabas, con quién estabas? ¿Después del accidente a donde te llevaron, recibiste atención médica? ¿Cómo te sentiste?

3. Conocer cuáles fueron sus primeras experiencias sociales y prácticas cotidianas una vez amputados.

Me podrías contar ¿Cómo fueron tus primeras experiencias con la amputación? ¿Cómo fue para ti cuando otras personas te vieron por primera vez así sin una pierna (amigos, familia, conocidos, vecinos)? Cuéntame del día que saliste a la calle por primera vez.

¿Qué fue lo que más te costó trabajo hacer? Cuéntame: ¿Cómo es un día cotidiano en tu vida, por ejemplo, cuéntame que hiciste ayer?, ¿Cómo te trasladas para hacer tus actividades diarias?, ¿Cuéntame de los momentos de tu vida que consideras más significativos para ti? (¿Por qué?).

4. Conocer la percepción que tienen las personas sobre sí mismas una vez amputadas; como fueron los primeros encuentros de la persona amputada con los demás y si ha experimentado algún tipo de discriminación

¿Cómo fue tu vida después de la amputación? ¿En qué aspecto de tu vida fue donde tuviste más complicaciones?, ¿Cómo fue el trato que te dio tu familia después del accidente? ¿Cómo te sentías con tu familia? ¿Cómo te sentiste ante el trato que te daban?

¿Cómo sientes que te ve la gente cuando sales a la calle?, ¿Alguna vez fuiste víctima de alguna burla por tu situación? Como lo sobrellevaste. ¿Alguna vez sentiste que la gente te tratara diferente o te señala? Cuéntame

5. Nos interesa explorar el significado de la pérdida corporal y la experiencia de la persona en cuanto al reconocimiento de su cuerpo

Cuéntame ¿Cómo te enteraste de que ya no tenías una pierna? Cómo fue el día que te viste sin una pierna, ¿con quién platicaste, quién te visitó, dónde estabas?

Platícame ¿Qué sentiste al ver que ya no tenías una pierna? ¿Cómo te cayó el veinte de que ya no tenías una pierna? ¿Qué significa para ti haber perdido una pierna? ¿Cómo ha sido para ti vivir sin una parte de tu cuerpo? ¿Has tenido alguna experiencia con alguna prótesis? ¿Qué me puedes platicar del uso de prótesis?

6. Explorar el significado y las experiencias que ha tenido la persona en el ámbito laboral después del accidente.

Cuéntame ¿Qué paso con tu trabajo después del accidente?

Platícame de tu experiencia cuando saliste a buscar trabajo ¿Cómo te sientes con tu trabajo? ¿Qué es lo que más te gusta de tu trabajo? ¿Qué es lo que no te gusta?

7. Explorar como era la relación de pareja de la persona en el momento del accidente

¿Qué me puedes decir de tu relación de pareja cuando sucedió el accidente?, ¿Qué paso con tu relación después?, ¿Cómo fue a partir de ese momento?, ¿Cómo han sido tus relaciones de pareja después del accidente?

8. Explorar cómo ha sido la experiencia y el significado que de las personas le dan a la sexualidad después de haber sufrido su amputación.

¿Qué paso con tu sexualidad? ¿Cómo fue tu primer contacto sexual después de la amputación? , ¿Ha afectado tu vida sexual el accidente?

9. Buscamos conocer la percepción que tienen las personas acerca del trato que le da el estado, en cuanto a sus leyes y apoyos.

¿Cómo consideras que está la situación en este país para las personas que están en tu situación? Cuéntame ¿Crees que hacen faltas políticas públicas para las personas amputadas? ¿Conoces algún apoyo del gobierno para las personas en tu situación?

10. Cierre:

¿Qué más me puedes contar de tu vida? ¿Ahora tienes algún plan a futuro? ¿Algo más que quieras contarme?

Agradecimientos.