



**La relación entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y
la percepción de la imagen corporal en adultos con amputación
de miembro inferior en Buenos Aires**

Autora: Corio, Agustina Haydeé (ID: 172636)

Carrera: Licenciatura en Psicología

Tutor: Gregorio, Florencia

Agustina Haydeé Corio

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Presentación de la temática.....	4
Problema de investigación.....	4
Pregunta de investigación.....	5
Relevancia de la temática.....	5
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Antecedentes.....	8
Estado Del Arte.....	12
Marco Teórico.....	16
1. Neurofisiología.....	16
2. Dolor.....	17
2.1 Neurofisiología del dolor.....	17
3. Síndrome del miembro fantasma.....	18
4. Neurociencia cognitiva.....	18
4.1 Percepción.....	18
5. Imagen corporal.....	19
Desarrollo Metodológico.....	21
Hipótesis o supuesto.....	21
Diseño de investigación.....	21
Muestra.....	21
Instrumentos.....	22
- Consentimiento informado.....	22
- Cuestionario ad hoc.....	22
- Escala Numérica (EN).....	23
- Amputee Body Image Scale en Español (ABIS-E).....	23
Procedimientos.....	24
Consideraciones éticas.....	25
Resultados.....	26
1. Análisis cuantitativo.....	26
a) Cuestionario ad hoc.....	26
b) Escala Numérica (EN).....	33
c) Escala ABIS-E (Amputee Body Image Scale en Español).....	34
2. Análisis inferencial (cualitativo).....	35

2.1 Niveles de intensidad del dolor de miembro fantasma presentes en la población de estudio.....	35
2.2 Características de la percepción de la imagen corporal en los participantes...	35
2.3 Asociación entre la intensidad del dolor de miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal.....	36
Discusión.....	37
Alcances y Limitaciones.....	41
Conclusión.....	42
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos.....	47
Anexo 1: Presentación del formulario Google Forms y Consentimiento informado.....	47
Anexo 2: Cuestionario ad hoc.....	48
Anexo 3: Dolor de Miembro Fantasma.....	50
Anexo 4: Amputee Body Image Scale (ABIS-E).....	51

Resumen

Las amputaciones y su posterior adaptación generan un desafío no solo físico sino también psíquico para quienes las atraviesan. El presente trabajo tiene como objetivo general explorar la relación entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas con amputación de miembro inferior en Buenos Aires en el año 2026 desde una perspectiva neuropsicológica.

Se empleó un diseño no experimental, transversal y correlacional con enfoque mixto, con una muestra recolectada mediante un muestreo no probabilístico conformada por 13 hombres. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario ad hoc, una escala numérica del dolor (EN) y el Amputee Body Image Scale en Español (ABIS-E), con el fin de caracterizar sociodemográficamente la muestra, medir la intensidad del dolor del miembro fantasma y caracterizar la percepción de la imagen corporal de los participantes.

Los resultados arrojaron una afectación moderada de la imagen corporal y se confirmó la presencia de dolor del miembro fantasma -en distintas frecuencias- en la mayoría de la muestra. Si bien se obtuvo una correlación débil entre las variables de estudio, no se pudo determinar una correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. De esta manera, se considera pertinente continuar investigando esta relación mediante muestras más amplias y diseños que contemplen la complejidad de los procesos de adaptación posteriores a una amputación.

Palabras clave: Amputación de miembro inferior; Dolor del miembro fantasma; Imagen corporal; Neuropsicología.

Introducción

Presentación de la temática

Las amputaciones representan una profunda alteración en la experiencia de las personas, impactando a nivel físico y psicológico. Según Hisam et al. (2016, como se citó en Díaz Mendoza, 2022), tras la pérdida de una extremidad, es frecuente que los pacientes enfrenten dificultades en su adaptación biopsicosocial, lo que genera un impacto significativo en su salud mental y calidad de vida. Uno de los desafíos que debe afrontar la persona amputada, se relaciona con la reconstrucción de la imagen corporal. Si bien Schilder (1935) en sus principios la define como la representación mental dinámica que un individuo tiene de su propio cuerpo, en la actualidad se amplía esta concepción dinámica hacia una multidimensional, en donde esta experiencia puede ser moldeada tanto por eventos pasados, cultura, experiencias interpersonales y eventos vitales actuales, entre otros (Cash, 2011).

Uno de los factores que pueden resultar influyentes en los procesos de asimilación a la nueva imagen corporal de las personas amputadas es el dolor del miembro fantasma. Este fenómeno es definido como la percepción del dolor en un miembro que ya no está (Hanyu-deutmeyer et al., 2024). Este concepto se diferencia de la “sensación” fantasma, por ser una “experiencia que causa dolor y sufrimiento” y que tiende a cronificarse (Botero Jaramillo y González Zambrano, 2025, p. 47).

Desde el paradigma de la neuropsicología, este fenómeno es explicado desde la Teoría de la Neuromatriz de Melzack, la cual concibe el dolor como un proceso multidimensional derivado de patrones de procesamiento cerebral llamados “neurofirma”, los cuales forman una red neuronal; de esta forma, tras la pérdida de un miembro, el dolor se produce por la activación de estos patrones y no exclusivamente por las sensaciones que provienen del muñón (Melzack, 1999, como se citó en Gómez Díaz, 2021).

A lo largo de este trabajo final de carrera, se analizará cómo el padecimiento de este dolor se relaciona con el modo en que perciben su imagen corporal personas adultas con amputación de miembro inferior, residentes en Buenos Aires en el año 2026.

Problema de investigación

Como se expuso previamente, la imagen corporal constituye una representación mental y multidimensional que la persona tiene de su propio cuerpo. Sin embargo, esta representación está sujeta a alteraciones significativas cuando se produce la pérdida de una extremidad (Ramachandran y Blakeslee, 1998). Al respecto, Mesquita Dummar (2021) explica que, “tras una amputación, el cambio en la imagen corporal es brusco y significativo e interfiere en el aspecto

físico y funcionamiento de la persona, lo cual puede ser vivido como un estigma y una pérdida de independencia” (p.7).

A pesar de que diversas disciplinas como la medicina, la rehabilitación y la psicología dedicaron investigaciones sobre las repercusiones de las amputaciones, los mecanismos que dificultan la aceptación y adaptación a la nueva imagen corporal siguen siendo un campo con potencial investigativo. De hecho, la literatura científica actual pone de manifiesto que la alteración en la representación del cuerpo es un factor crítico, pero poco estudiado en el campo clínico, para comprender el origen y el mantenimiento del dolor del miembro fantasma (Beisheim-Ryan et al., 2022). Específicamente, persiste un vacío de conocimiento empírico respecto a cómo la presencia e intensidad del dolor de miembro fantasma afecta al proceso cognitivo de la percepción y la asimilación corporal en el contexto local de Buenos Aires.

Frente a esta carencia, se contempla “la necesidad de estudios orientados a desarrollar las estrategias de intervención [...] para atender a las necesidades de las personas con amputación y conocer los beneficios que tiene el apoyo psicológico en la rehabilitación” (Mesquita Dummar, 2021, p. 32).

Este estudio pretende explorar la dinámica relacional entre estas variables en la población local actual y aportar al conocimiento teórico en el campo de la psicología, así como también ofrecer información útil para el futuro diseño de intervenciones psicológicas y programas de rehabilitación que atiendan mejor las necesidades de esta población.

Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre la intensidad del dolor de miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas adultas con amputación de miembro inferior en Buenos Aires en el año 2026?

Relevancia de la temática

Realizar investigaciones epidemiológicas sobre las amputaciones a nivel global resulta fundamental en el ámbito científico, ya que existe una gran escasez de datos sobre el porcentaje de personas amputadas en el mundo. Según la OMS (2017), en su publicación sobre las normas de ortoprotésica, alrededor del 0,5% de la población mundial es potencial usuaria de prótesis y ortesis, lo cual corresponde a 35-40 millones de personas en el mundo. Sin embargo, este estudio integra a individuos con amputaciones y a personas con miembros intactos (usuarias de ortesis) que presentan deficiencias funcionales, por lo que resulta difícil estimar la cantidad de personas con amputaciones a nivel global.

Por otro lado, estudios más específicos recopilaron datos para identificar estadísticas sobre distintos tipos de amputaciones. McDonald et al. (2021) analizaron los resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedades (GBD) del año 2017 y estimaron que aproximadamente 57,7 millones de personas en el mundo viven con una amputación de miembros debido exclusivamente a causas traumáticas.

Si se comparan ambas fuentes, surge como resultado un vacío en la información global, tanto de manera general (cantidad de personas amputadas en el mundo), como de manera específica (cantidad de personas amputadas según su origen: traumáticas, no traumáticas o congénitas). Más precisamente, en Buenos Aires, se desconoce de manera certera el porcentaje de personas amputadas.

Esta falta de datos se manifiesta también en la carencia de dispositivos destinados a la rehabilitación integral de la población amputada en el contexto local. En este sentido, uno de los pocos centros de rehabilitación psicofísica que dependen del Ministerio de Salud de la Nación es el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) de Mar del Plata (Arabi y García Sánchez, 2026).

Más allá de este vacío estadístico y epistemológico, el impacto psicológico en la población amputada requiere especial atención. “La amputación de un miembro del cuerpo trae aparejados efectos en la calidad de vida de quienes forman parte del dispositivo, presentando alteraciones en distintas esferas de la vida cotidiana, siendo singular en cada individuo el modo de transitar la nueva condición de salud” (Arabi y García Sánchez, 2026, p.3).

A partir de lo planteado, esta investigación tiene el potencial de aportar resultados que podrían ser tanto de relevancia social como teórica. Por un lado, desde lo social, busca ofrecer herramientas para ayudar al futuro desarrollo de estrategias de intervención psicológica y políticas públicas que favorezcan la rehabilitación y adaptación de esta población. Por otro lado, y en cuanto a la relevancia teórica, este trabajo se inserta en el campo de la neuropsicología, aportando nuevos conocimientos sobre cómo el dolor del miembro fantasma afecta la percepción de la imagen corporal, ayudando a llenar algunos vacíos de conocimiento en la literatura local.

Por lo tanto, este estudio busca contribuir al debate científico, en primer lugar, poniendo atención en la falta de estudios epidemiológicos no solo a nivel mundial, sino también a nivel local sobre la prevalencia de las amputaciones, y, por otro lado, ampliando la comprensión de la relación entre amputación y distorsión de la imagen corporal, lo que podría abrir la puerta a investigaciones futuras.

Objetivos

Objetivo general

Determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas adultas con amputación de miembro inferior, residentes de Buenos Aires en el año 2026.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de intensidad del dolor de miembro fantasma presentes en la población de estudio.
- Evaluar las características de la percepción de la imagen corporal en los participantes.
- Analizar la asociación estadística entre la intensidad del dolor de miembro fantasma y los puntajes obtenidos en la percepción de la imagen corporal.

Antecedentes

A lo largo de la historia, diversas corrientes estudiaron cómo el ser humano representa su imagen corporal y diversas manifestaciones psicológicas asociadas a la amputación, entre ellas, el dolor del miembro fantasma. Este apartado se dedicará a exponer la literatura clásica más relevante sobre el fenómeno de estudio.

Respecto a la imagen corporal, en primer lugar, si bien es Henry Head (como se citó en Schilder, 1935) quien sienta las bases para la conceptualización del término “imagen corporal” a partir de sus nociones de “esquema corporal” y “modelo postural”, es Paul Schilder en el año 1935 quien profundiza estos aportes y determina este concepto. El autor entiende a la imagen corporal como una figura dinámica que cada individuo estructura en su mente sobre sí mismo, la cual se forma a partir de percepciones sensoriales y de representaciones mentales inconscientes. Como bien se mencionó anteriormente, esta figura se organiza y reorganiza continuamente en función de factores biológicos, emocionales y de interacción social. También conceptualiza sobre el miembro fantasma, el cual considera que obedece a la activación de un modelo postural preexistente. Ante la amputación, se experimenta un impulso inconsciente de no aceptación de la pérdida, lo cual reactiva el modelo anterior como mecanismo de defensa y adaptación en función de preservar la totalidad corporal.

Desde las ideas de Lacan (1949), se postula la teoría del estadio del espejo como función formadora del yo (je). El autor plantea que, en sus primeros meses de vida, el infans vivencia su cuerpo como “fragmentado”, sin embargo, al enfrentarse a su reflejo, logra anticipar imaginariamente el dominio de su cuerpo al identificarse con lo que se denomina una imago. Este acto de identificación es lo que origina el yo (je). Entonces, la representación que tiene el individuo sobre su propio cuerpo es una construcción proveniente del registro de lo imaginario sostenida por la mirada del otro (Lacan, 1949). Siguiendo con la línea psicoanalítica, Dolto (1986) plantea la necesidad de diferenciar “esquema corporal” de la “imagen del cuerpo”. Según la autora, el primer concepto se refiere a la realidad biológica, anatómica y fisiológica del individuo, constituyendo una estructura compartida por los integrantes de la especie humana de similar edad y condiciones. Por otro lado, la imagen del cuerpo es inconsciente y singular, siendo la síntesis de experiencias emocionales, libidinales e interhumanas del sujeto y encontrándose mediada por el lenguaje y el deseo. En cuanto a las amputaciones, si bien la autora no lo menciona de manera directa, conceptualiza sobre la posibilidad de la coexistencia de un “esquema corporal lisiado” y una “imagen del cuerpo sana” en niños a partir de la integración, simbolización y significación a través de la palabra y el sostén afectivo del entorno.

Conforme la teorización sobre el concepto fue evolucionando, Gallagher (1995), en consonancia con lo planteado por Dolto, realiza su diferenciación de los conceptos de esquema e imagen corporal. El autor determina a la imagen corporal como una representación parcial, intencional y consciente del cuerpo, mientras que el esquema corporal funciona de manera holística y sensoriomotora (Gallagher, 1995, como se citó en Rodríguez Vergara, 2010).

Desde una perspectiva histórica respecto de las amputaciones y sus consecuencias, en el siglo XVI, Ambroise Paré fue uno de los primeros en observar y describir el dolor en extremidades amputadas, sin embargo, fue recién en el año 1866 cuando S. Weir Mitchell conceptualizó formalmente el fenómeno bajo la denominación de “miembro fantasma” (Melzack, 2006).

Respecto a esta problemática, Breakey (1997), se interesó en el estudio de la autopercepción y el bienestar psicosocial de personas amputadas. El autor señala que las amputaciones generan una triple pérdida: de funcionalidad, sensibilidad e imagen corporal. Su hipótesis se basó en que, en personas con amputación de miembros inferiores, existe una relación entre la percepción de su imagen corporal y su bienestar psicosocial. Para probar su hipótesis, creó una escala llamada Amputee Body Image Scale (ABIS) con la finalidad de medir la percepción de la imagen corporal en personas amputadas. Su muestra se conformó de 90 hombres con amputaciones unilaterales de miembros inferiores. Luego de aplicar el ABIS, el autor logró identificar una correlación positiva entre imagen corporal, ansiedad y depresión. El autor entiende que esta correlación sugiere que la auto evaluación que hace una persona amputada sobre su imagen corporal, puede ejercer influencia sobre las variables anteriormente mencionadas tanto de manera positiva como negativa. También halló una correlación entre percepción de la imagen corporal y satisfacción de vida, indicando que cuanto más negativa sea la visión de la persona amputada sobre su imagen corporal, menor será su satisfacción.

La dimensión psíquica fue estudiada desde diversas perspectivas en relación a las consecuencias de la amputación. Por su parte, Ramachandran y Blakeslee (1998), realizaron un trabajo fundamental desde la neurociencia centrado en cómo la mente influye en el cuerpo durante los procesos de salud y enfermedad. A partir de diversos casos clínicos, los autores investigan el origen del miembro fantasma mediante el estudio de la dinámica del homúnculo de Penfield. Este es un mapa neuronal en la corteza cerebral donde cada parte del cuerpo tiene una representación específica. De manera similar a Schilder, los autores sostienen que, cuando se pierde un miembro, su representación en este mapa deja de recibir información, lo que permite que esa área sea invadida por las representaciones de zonas cercanas. Esto demuestra que estos mapas cerebrales son dinámicos y poseen la capacidad de reorganizarse. Entonces, el miembro fantasma surge porque la representación neuronal del miembro amputado continúa y, al no tener una respuesta física (retroalimentación), se vuelve dominante. Es así cómo la representación del miembro se vuelve explícita ante la ausencia del estímulo real. También, Ramachandran, desarrolló una técnica

destinada al tratamiento del dolor fantasma con una caja y un espejo colocado verticalmente dentro de la misma. La técnica del espejo consiste en colocar el miembro sano en una caja frente al espejo que se encuentra dentro de la misma, ocultando el muñón, generando así una ilusión visual de ambos miembros sanos, de manera tal que el paciente reciba retroalimentación visual sobre su miembro fantasma, y el efecto “engaña” al cerebro, rompiendo la asociación entre miembro faltante y dolor. En esta misma línea, los estudios de Flor et al. (1995, como se citó en Hill, 1999) resultaron importantes para la comprensión de la expresión clínica del dolor del miembro fantasma. Los autores lograron demostrar que la reorganización de la corteza somatosensorial está directamente relacionada con el padecimiento del dolor de miembro fantasma, y no así con la experimentación de sensaciones de miembro fantasma. Puntualmente, encontraron una asociación entre la magnitud de la reorganización cortical y la intensidad del dolor del miembro fantasma.

Por su parte, Katz (1992) realizó una revisión de la evidencia científica hasta ese momento con el objetivo de indagar sobre los procesos neuronales y psicológicos que desencadenan experiencias de miembro fantasma. En primer lugar, el autor encontró que, estudios en donde se aplicaron instrumentos psicológicos estandarizados que midieron perfiles de personalidad, depresión o rigidez cognitiva, no existen diferencias estadísticamente significativas en los entre amputados con dolor fantasma, amputados sin dolor y aquellos que no experimentaban ningún tipo de fenómeno fantasma. Por lo tanto, encontró que estos procesos psicológicos no constituyen la causa del fenómeno, aunque sí reconoce que factores como el estrés y la ansiedad pueden actuar como desencadenantes y moduladores de las sensaciones fantasma. Uno de los hallazgos más relevantes es que el dolor percibido por personas amputadas previo a su amputación perdura luego de la intervención quirúrgica, denominando este fenómeno como “memorias somatosensoriales de dolor”. A su vez, el autor encontró que en aproximadamente un tercio ($\frac{1}{3}$) de las personas amputadas experimentan un fenómeno llamado “telescopaje”, en donde el tamaño y extensión del miembro fantasma percibido van desvaneciéndose gradualmente hasta integrarse al muñón, entendiendo este proceso como la evidencia de la reorganización cortical que sucede luego de la amputación. Por lo tanto, el autor concluye que las experiencias fantasma se encuentran determinadas por una compleja relación entre factores fisiológicos, cognitivos y emocionales.

Desmond y MacLachlan (2002) llevaron a cabo una revisión de la literatura científica de la revista *Prosthetics and Orthotics International*, enfocándose en los aportes de la psicología en esta área. Los hallazgos fueron divididos en ejes temáticos relevantes entre los cuales se encuentran los efectos en la imagen corporal, bienestar psicosocial, adaptación y aceptación (entre otras). En primer lugar, se analiza cómo la amputación altera la imagen corporal, enfatizando que en este proceso la prótesis no funciona únicamente como una herramienta, sino también como una extensión psíquica que puede simbolizar la recuperación pero también un recordatorio constante de la pérdida. Por otro lado, encontraron factores psicopatológicos específicos que pueden llevar al

sujeto a la necesidad de una amputación, como lo son conductas de automutilación por ejemplo. Finalmente, esta investigación enfatiza la necesidad de contar con instrumentos específicos para este tipo de población, destacando la importancia de la escala TAPES (Trinity Amputation and Prosthetic Experience Scales), creada por Gallagher y MacLachlan (2000).

Por último, Melzack (2006), interesado en profundizar sobre la génesis del dolor de miembro fantasma, desarrolló la teoría de la Neuromatriz. Esta teoría postula que en el cerebro humano existe una extensa red neuronal genéticamente preconfigurada, responsable de generar un patrón de impulsos constante al cual el autor denomina como “neurofirma”. Esta neurofirma es la encargada de otorgar a la persona la certeza de que su cuerpo se encuentra intacto y que le pertenece, por ende, la experiencia del cuerpo es generada por el cerebro y, por otro lado, los estímulos sensoriales cumplen una función moduladora. Ante la pérdida de una extremidad, la matriz cerebral continúa funcionando sin estímulos sensoriales externos, sosteniendo la percepción de un miembro ausente, y en un alto porcentaje de casos, generando dolor.

Estado Del Arte

La investigación actual sobre amputaciones, toma en cuenta una diversidad de factores asociados a las manifestaciones clínicas y psicológicas posteriores a la intervención quirúrgica. A continuación, se presentarán los estudios contemporáneos más relevantes en función de las variables de este trabajo.

En primer lugar, Mesquita Dummar (2021) analizó la literatura científica publicada entre los años 2010 y 2020 acerca de la salud mental en personas con amputación, poniendo de manifiesto una alta vulnerabilidad psicológica en esta población. La autora concluye que las secuelas más frecuentes incluyen ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y alteraciones en la imagen corporal. A su vez, el estudio señala que suelen usarse instrumentos psicométricos genéricos, demostrando que existe una escasez de herramientas diseñadas puntualmente para la medición de variables específicas presentes en esta población (destacando la excepción de escalas como el ABIS-R y el TAPES-R) así como también la falta de investigación en intervenciones psicológicas. Según la autora, esta falencia responde a un enfoque médico-hegemónico en donde la atención emocional queda relegada a un segundo plano. En esta misma línea, Fuchs, Flor y Bekrater-Bodmann (2018) realizaron una revisión sobre el rol de los factores emocionales, estrés, cognición y percepción de la imagen corporal en relación con el dolor del miembro fantasma. Los autores determinan que, si bien la depresión y la ansiedad son comunes en fases tempranas post amputación, su relación con el dolor del miembro fantasma es significativamente más débil que en otros síndromes de dolor crónico. A su vez, destacan una relación bidireccional entre el dolor y el estrés, donde la última variable y la contracción involuntaria del muñón funcionan como desencadenantes de episodios dolorosos. En cuanto a lo cognitivo, encontraron que los pacientes suelen carecer de estrategias de afrontamiento efectivas. Por último, los autores relacionan estos factores psicológicos con alteraciones en la percepción de la imagen corporal, donde pacientes con dolor de miembro fantasma presentan déficits en la representación motora mental de sus miembros.

Por otro lado, Rubiera Valdés et al. (2025) analizaron las características clínicas del dolor de miembro fantasma en pacientes con amputación de miembros inferiores. Los resultados demostraron una prevalencia del dolor en un 60% de la muestra y destacaron que existe una alta cronicidad del cuadro, dado que solo el 12% de los pacientes reportó la desaparición completa de los síntomas con el transcurso del tiempo. Este estudio identificó al dolor de miembro residual (dolor en el muñón) como el único factor de riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo del dolor fantasma. En consonancia con estudios mencionados anteriormente, también se evidenciaron deficiencias en el abordaje terapéutico actual del dolor, señalando el uso prolongado

de analgésicos inadecuados para el tratamiento del mismo. Por último, resaltan la necesidad de un abordaje interdisciplinario temprano para mejorar la calidad de vida de la persona amputada y prevenir la aparición del dolor del miembro fantasma.

Makin y Flor (2020), publicaron un artículo en la revista *NeuroImage* con el objetivo de revisar la evidencia hasta el momento sobre las consecuencias que se generan en el cerebro luego de una amputación de mano. Las autoras argumentan que el dolor del miembro fantasma no depende de un único mecanismo en el sistema somatosensitivo, sino que existe una relación entre factores fisiológicos, cognitivos y contextuales. Dentro de esta relación, destacan el papel de las prótesis y el uso de la mano intacta en el proceso de reorganización cortical, pudiendo influir éstas en la intensidad del dolor. Como conclusión, se enfatiza la necesidad de abordar el estudio del dolor y los fenómenos fantasma teniendo en cuenta esta compleja relación.

Desde una visión psicoanalítica, Vásquez Silva y Moscoso (2021) analizaron las variaciones que se producen en la imagen inconsciente del cuerpo luego de la pérdida de un miembro. Desde esta perspectiva, los autores plantean que el síndrome del miembro fantasma opera como mecanismo de defensa ya que actuando como una representación alucinatoria mediante la cual el psiquismo intenta negar la falta y mantener la ilusión de completud corporal con el objetivo de disminuir el dolor psíquico. Por otro lado, mencionan la importancia de la “terapia del espejo” como herramienta clínica para abordar la desestructuración narcisista, permitiendo al paciente reeditar los procesos primarios de constitución subjetiva, facilitando el reconocimiento y la integración de la “marca” real en su esquema corporal, con el fin de disolver el síndrome del miembro fantasma. También, señalan que la mirada del otro frente a la persona amputada, desde un entorno sobreprotector o invalidante puede generar “ganancias secundarias” en el paciente obstaculizando la reconstrucción de su imagen corporal, así como también su reinserción social y proceso de equipamiento protésico.

Desde la rehabilitación física, Reséndiz Vega y Serrano Rosales (2020) realizaron un estudio de revisión bibliográfica sobre la implicación del movimiento humano en las adaptaciones del esquema e imagen corporal posteriores a una amputación. Los autores sostienen que “las amputaciones generan alteraciones en la estructura mental del individuo ocasionando restricciones en la participación social” (Reséndiz Vega y Serrano Rosales, 2020, p.63). A partir de la revisión de 13 artículos, concluyeron que el esquema corporal es la representación espacial del propio cuerpo, que se encuentra estrechamente relacionado con el movimiento y cuya organización depende de la propiocepción. También, señalan que cuando se produce una amputación, la corteza cerebral se reorganiza de manera adaptativa; en ese sentido, el uso de prótesis podría estimular el cerebro favoreciendo la adaptación a su uso e integrando la nueva organización corporal. Finalmente, definen a la imagen corporal como un producto de factores afectivos y actitudinales, recalcando que la práctica regular de ejercicio físico favorece una percepción más positiva.

En cuanto a la relación entre el movimiento y la salud mental, Sarroca Becerrica (2020) llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con el objetivo de analizar el comportamiento muscular, la estabilidad y el impacto psicológico en pacientes con amputación transtibial unilateral, comparándolo con un grupo de control. A nivel físico, los resultados demostraron que las personas amputadas presentan una menor actividad muscular y un patrón de estabilidad menor respecto al grupo control. A nivel psicosocial, la investigación arrojó que la pérdida de la extremidad impacta de manera negativa tanto en la calidad de vida como en la percepción de su imagen corporal. No obstante, se descubrió que a pesar de lo antes mencionado, la autoestima de los pacientes no mostró diferencias estadísticamente significativas frente a la población de control, manteniendo niveles elevados en ambos grupos.

Por otro lado, la edad y el sexo son factores que pueden mediar entre las variables de estudio. Al respecto, Melchor Dávila (2022) llevó a cabo un estudio cuantitativo y transversal en México para comparar la estima y el aprecio corporal en 78 personas (hombres y mujeres de entre 18 y 80 años) con discapacidad física en función de su sexo, edad y momento de adquisición de la discapacidad. Los hallazgos del autor revelaron que las personas cuya discapacidad es de origen congénito (presente desde el nacimiento) presentan un mayor aprecio corporal hacia sus extremidades inferiores y su cara en comparación con quienes la adquirieron a lo largo de la vida. El autor plantea que la convivencia con la discapacidad permite el desarrollo temprano de recursos de afrontamiento eficaces. A su vez, el estudio demostró que, si bien existe una disminución de la estima en áreas corporales específicas y en el deseo sexual durante la vejez, el aprecio corporal global se mantiene en niveles altos y no difiere significativamente según variables sociodemográficas, es decir, los individuos poseen la capacidad de estructurar una valoración positiva de su cuerpo independientemente de su discapacidad.

En cuanto a los abordaje terapéuticos, Aternali y Katz (2019) analizaron estudios destinados a evaluar la efectividad de tratamientos destinados al abordaje del dolor del miembro fantasma. Entre los tratamientos analizados, se encuentran ejercicios de imaginación motora, terapia del espejo, realidad virtual y aumentada y la terapia EMDR (entre otras). Los autores concluyen que ninguna de estas modalidades terapéuticas ha logrado demostrar una superioridad frente a condiciones de control. Esto le es atribuido a la multiplicidad de mecanismos que dan origen al síndrome y a las deficiencias metodológicas en los estudios actuales. Por último, enfatizan en la necesidad de diseñar investigaciones más rigurosas que contemplen seguimientos que permitan identificar subgrupos de pacientes para mejores resultados a largo plazo.

Por último, García Franqueira (2025) desarrolló una investigación de tipo revisión bibliográfica orientada a explorar el impacto de la amputación y del síndrome del miembro fantasma en la subjetividad de pacientes adultos. Su estudio propone una articulación entre la neurofisiología, el psicoanálisis y la terapia cognitivo-conductual para comprender la complejidad

de este cuadro. La autora concluye que la amputación y el síndrome del miembro fantasma producen alteraciones profundas en la subjetividad, afectando directamente la imagen corporal y el autoconcepto del paciente. En este sentido, se menciona que las sensaciones persistentes del miembro ausente generan una disonancia entre lo que el individuo ve y lo que siente, lo cual obstaculiza la actualización del esquema corporal y la elaboración del duelo. Finalmente, destaca la necesidad de aplicar un enfoque integral para el abordaje de esta población, en donde se combinen la rehabilitación protésica y estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a revalorizar el autoconcepto y facilitar la aceptación de la nueva realidad física.

Marco Teórico

A continuación se explicitan las perspectivas y teorías principales que se utilizarán como base para este estudio.

1. Neurofisiología

El sistema somatosensitivo “posiblemente sea el más diverso de los sistemas sensitivos” (Purves et al., 2015). Es el encargado de recibir, transmitir y procesar, a través de vías ascendentes y descendentes, información que interactúa con nuestro cuerpo, teniendo como resultado final la representación del cuerpo unificado. A raíz de su complejidad, se divide en tres subsistemas con funciones y receptores específicos. El primero es el encargado de transmitir y mediar la información relacionada con el tacto, la vibración y la presión. El segundo, se encarga de la propiocepción (capacidad para percibir dónde se encuentran nuestras extremidades y otras partes del cuerpo). El tercer y último, se encarga de los estímulos dolorosos, cambios en la temperatura y el tacto grueso. (Purves et al., 2015).

La propiocepción, como se mencionó anteriormente, es el sistema que permite localizar internamente nuestro cuerpo. Nos brinda información sobre dónde se encuentran nuestras extremidades sin necesidad de verlas. Este subsistema utiliza receptores ubicados dentro del aparato locomotor como los husos musculares (propioceptores) y los órganos tendinosos de Golgi (mecanorreceptores). Los primeros se especializan en la detección de cambios musculares, mientras que los segundos se encargan de informar cambios en la tensión muscular. Todavía es área de investigación cómo estas aferencias contribuyen a la percepción del movimiento, la fuerza y la posición de las extremidades (Purves et al., 2015).

En cuanto al circuito de funcionamiento de este subsistema, la información propioceptiva se organiza en recorridos diferentes en función de donde se origine el estímulo. Con respecto a los miembros inferiores, dado que el funcionamiento de los mismos es bastante complejo, la información viaja tanto al cerebelo como a la corteza. Una vez que el receptor genera una señal, ésta viaja al cerebro a través de una cadena neuronal. En un inicio, las neuronas de primer orden entran a la médula espinal por las raíces dorsales en busca del núcleo de Clarke (un grupo de neuronas situado en la médula). Es allí, donde las neuronas de segundo orden suben a través del tracto espinocerebeloso dorsal hasta llegar al bulbo raquídeo, donde las neuronas de tercer orden cruzan y suben hasta el tálamo, específicamente hacia el núcleo VPL. Allí, la información es llevada finalmente hasta la corteza somatosensitiva primaria (SI), terminando específicamente en el área 3a de Brodmann, en donde se procesa la propiocepción (Purves et al., 2015).

Es relevante en este punto, mencionar que nuestro cerebro tiene mapas somatotópicos del cuerpo, ubicados en el Homúnculo Somatosensitivo (o de Penfield). Estos mapas representan el espacio que el cerebro le asigna a cada parte del cuerpo, pero no depende de su tamaño real, sino de la cantidad de receptores que habitan en cada una de ellas. De acuerdo con esto, en las manos, los labios y los pies, es donde más densidad de receptores se localizan (Purves et al., 2015).

2. Dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2020), el dolor se define como “una vivencia sensitiva y emocional desagradable asociada, o semejante a ésta, con una lesión tisular real o potencial”. Es, a su vez, una experiencia personal, ya que se encuentra mediada por factores psicológicos, biológicos y sociales.

2.1 Neurofisiología del dolor

La percepción del dolor es un mecanismo que se encuentra mediado por el sistema anterolateral. La percepción de los estímulos nocivos (nocicepción) se inicia a través de células denominadas nociceptores. En líneas generales, si bien existen tipos de nociceptores (unos de vía rápida y otros de vía lenta), la conducción de la información nociceptiva es lenta y se relaciona con estímulos térmicos, mecánicos y químicos. A raíz de esta variedad mencionada, el mecanismo de acción es complejo y continúa en vías de investigación. Las vías de información nociceptivas se originan en los ganglios de las raíces dorsales a través de los cuales las neuronas de primer orden (en este caso, unipolares) reciben un estímulo doloroso y viajan hacia la médula espinal. Al ingresar a la médula, los axones de las neuronas se ramifican y forman lo que se conoce como tracto dorsolateral de Lissauer, ingresando de esta manera a la sustancia gris. Una vez allí, neuronas de segundo orden se cruzan al lado opuesto y suben directo hacia el tálamo. Cuando la señal llega hasta allí, se proyecta hacia distintas estructuras para mediar las distintas dimensiones del dolor. Una de las dimensiones se relaciona con los aspectos discriminativos sensitivos (localización, intensidad y calidad) en donde las neuronas de tercer orden reciben el mensaje y envían su axón a la corteza SI. Otra dimensión corresponde a los aspectos afectivos-emocionales del dolor (desagrado, miedo, ansiedad, lucha o huida), en este caso, las neuronas de tercer orden (ubicadas en los núcleos talámicos mediales) envían sus axones hacia zonas del cerebro que procesan emociones, principalmente a la corteza cingular anterior y la corteza insular (Purves et al., 2015).

3. Síndrome del miembro fantasma

Diago Cuartero et al. (2012), definen “al síndrome del miembro fantasma” como un concepto que engloba a la totalidad de los fenómenos vinculados con la percepción del miembro amputado. Sin embargo, dentro de este síndrome general, los autores enfatizan la necesidad de diferenciar dos entidades clínicas distintas. Por un lado, “la sensación del miembro fantasma”, la cual se define como la percepción no dolorosa de la extremidad ausente, conservando un alto grado de realidad tanto en lo motriz como en lo espacial. Y, por otro lado, el “dolor de miembro fantasma” como aquella experiencia de carácter doloroso que tiene como origen la extremidad amputada. Esta distinción destaca que ambas percepciones representan experiencias separadas que las persona experimenta de distinta manera.

En cuanto a la neurofisiología, dado que la SI es plástica y maleable, si se lleva a cabo una amputación, la región cerebral que se encarga de recibir las señales de ese miembro amputado queda inactiva. Sin embargo, luego de un tiempo, esa zona es “invadida” por áreas vecinas, en donde las neuronas de esa zona empiezan a responder a estímulos provenientes de otras extremidades, este fenómeno es conocido como “remapeo funcional” (Purves et al., 2015).

Con respecto al dolor del miembro fantasma, sucede algo similar. Purves et al. (2015), destacan que una gran cantidad de personas amputadas sufren de dolor fantasma. Este dolor puede transformarse en dolor crónico, siendo uno de los más difíciles de tratar médicamente. El origen de este dolor puede encontrarse vinculado a que, después de la amputación, la SI empieza a reorganizarse y, cómo las neuronas que antes recibían información del miembro amputado, ya no lo hacen, comienzan a responder a estímulos táctiles de otras partes del cuerpo. En este punto, es importante volver a destacar el papel del homúnculo de Penfield, dado que, se ha estudiado que, si se estimula el rostro de una persona amputada, ésta puede sentir físicamente como si le estuvieran tocando el miembro faltante.

4. Neurociencia cognitiva

4.1 Percepción

Smith y Kosslyn (2008), proponen:

“Nuestras percepciones no son un mero registro de los estímulos sensitivos. Procesos cognitivos sofisticados comienzan a trabajar con este material casi inmediatamente, produciendo la interpretación que hace el cerebro del mundo externo a medida que se analizan los estímulos aferentes y el conocimiento existente guía estos procesos dinámicos” (p.53).

Bajo esta línea, se entiende que la percepción es una construcción mental activa cuyo objetivo es obtener información del entorno. El sistema perceptivo debe lidiar constantemente con dos problemas fundamentales. En primer lugar, el input sensitivo físico es ambiguo e incompleto por lo que el cerebro debe deducir la realidad a partir de “pistas” y, de forma innata, “rellenar lagunas”. En segundo lugar, la densidad de estímulos que se encuentran en el entorno es demasiada, por lo que el cerebro utiliza la atención selectiva como un filtro para seleccionar la información relevante en el momento necesario (Smith y Kosslyn, 2008).

Durante este proceso, participan diversas facultades cognitivas complejas a partir de mecanismos ascendentes (Bottom-Up) y descendentes (Top-Down). El procesamiento de abajo a arriba se encuentra guiado por la información fisiológica y sensorial que proviene de los receptores sensoriales. Por otro lado, el procesamiento de arriba a abajo se encuentra mediado por estructuras cognitivas superiores que se basan en información almacenada en la memoria, expectativas, objetivos y creencias del sujeto (Smith y Kosslyn, 2008).

Como bien se mencionó anteriormente, la plasticidad neuronal juega un papel importante en este acto cognitivo. Diferentes canales y estímulos compiten para obtener y conservar su representación en la corteza cerebral, pero, si un canal es más activo que otro, los recursos corticales se distribuyen en esa dirección. Smith y Kosslyn (2008), aseguran que esta redistribución de recursos es sumamente flexible durante períodos críticos del desarrollo temprano, pero tiende a consolidarse y volverse rígida al alcanzar la edad adulta.

Si aplicamos estos conceptos a la población de estudio, se entiende entonces que el síndrome del miembro fantasma es un intento activo del sistema perceptivo por “rellenar lagunas” y darle sentido a un input sensitivo que se volvió incompleto luego de la amputación, guiándose por conocimientos previos y memorias almacenadas sobre el miembro que ya no está.

En conclusión, la percepción es un proceso cognitivo complejo, activo y dinámico, donde su principal objetivo es extraer información del entorno para darle un sentido. Es una capacidad que surge de la interacción entre características del entorno y el conocimiento previo, las expectativas y los objetivos del sujeto.

5. Imagen corporal

La presente investigación adopta la perspectiva propuesta por Pruzinsky y Cash, quienes entienden a la imagen corporal como un constructo compuesto por tres dimensiones interrelacionadas. En primer lugar, la dimensión perceptual, la cual contiene la información referida al tamaño, la forma y la disposición del cuerpo. En segundo lugar, la dimensión cognitiva, que se encuentra conformada por un conjunto de creencias, pensamientos y automensaje que el sujeto

dirige hacia su cuerpo. Y por último, la dimensión emocional, la cual incluye sentimientos derivados de las experiencias corporales y el grado de satisfacción con la figura corporal propia. De esta manera, la imagen corporal se constituye como un constructo multifacético y dinámico que fluctúa y se transforma a lo largo del ciclo vital en función de experiencias personales y se encuentra determinado por factores sociales (1990, como se citó en Baile, 2003).

Por último, y en el contexto específico de la amputación, se adoptó la visión de Breakey (1997), quien propone que las alteraciones de la imagen corporal en esta población se manifiestan a través de aspectos conductuales y cognitivos como la insatisfacción estética, ansiedad social, percepción del estigma y evitación de actividades cotidianas.

Desarrollo Metodológico

Hipótesis o supuesto

Existe una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la forma en que perciben su imagen corporal personas adultas con amputación de miembro inferior.

Diseño de investigación

La presente investigación adoptó un enfoque mixto (cuali-cuantitativo). Se optó por un diseño no experimental, dado que las variables han sido observadas y analizadas en su contexto natural sin manipulación alguna. Por otro lado, la investigación es de corte transversal, porque los datos fueron recolectados en un único punto temporal y no se han realizado seguimientos. En cuanto a su alcance, esta investigación es correlacional, ya que no solo se describió cómo es el dolor y la imagen corporal por separado, sino que se evaluó el grado de asociación estadística existente entre ambas variables en la muestra seleccionada.

Con respecto al enfoque mixto, desde lo cuantitativo, la variable “intensidad del dolor del miembro fantasma” fue medida a partir de un instrumento estandarizado, el cual arrojó datos que fueron utilizados para su posterior procesamiento y análisis. A su vez, el cuestionario ABIS-E arrojó puntuaciones numéricas que fueron analizadas también desde lo cuantitativo. Por otro lado, desde lo cualitativo, se exploró subjetivamente el dolor solicitando que se lo describiera y también se analizaron los resultados obtenidos de la escala ABIS-E.

Muestra

La muestra quedó conformada por 13 hombres con amputación de miembro inferior que cumplían con todos los criterios.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para la selección de la muestra fueron los siguientes: Ser mayor de 18 años, haber atravesado una amputación de miembro inferior en los últimos 10 años, residir en Buenos Aires, y aceptar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión alcanzaron a todas las personas que no cumplían con lo anteriormente mencionado.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que solo se consideraron las personas que cumplieron con los criterios de inclusión y los sujetos fueron incluidos en función de su accesibilidad y predisposición de participación.

A raíz de este tipo de muestra, no puede garantizarse una representatividad estadística, es decir, no pueden aplicarse estos resultados a todas las personas con amputación de miembro

inferior de Buenos Aires, sino que los resultados son únicamente interpretables dentro del grupo estudiado.

Instrumentos

La información fue obtenida a partir de un cuestionario autoadministrado que constó de 7 secciones, las cuales combinaron un cuestionario de elaboración propia (ad hoc) y dos escalas estandarizadas y validadas internacionalmente como lo son el ABIS - E (Amputee Body Image Scale en Español) y la EN (Escala Numérica) para medir la intensidad del dolor. A partir de lo planteado, a continuación se realiza una descripción detallada de cada sección del instrumento y su correspondiente justificación:

- Consentimiento informado

La primera sección del instrumento se abocó a brindar información sobre el estudio y la correcta obtención del consentimiento informado. Esto será desarrollado en profundidad más adelante. (Ver anexo 1).

- Cuestionario ad hoc

Este cuestionario se encontró en la segunda, tercera, cuarta y quinta sección del cuestionario. (Ver anexo 2). Se consideró necesario la realización del mismo, ya que resultó fundamental la caracterización sociodemográfica de la muestra para realizar inferencias respecto a las relaciones existentes entre las variables.

Según los lineamientos propuestos por la OMS (2001), sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, y en cuanto a las aplicaciones de la misma, este documento puede ser utilizado como herramienta de recolección de datos y medición de datos en cuanto a la calidad de vida y factores ambientales. Esta clasificación define a la discapacidad como el resultado de interacciones entre factores de salud individual, factores personales (género, edad, estilo de vida, hábitos, herramientas de afrontamiento, esfera social, educación, entre otros). Se explicita que estos factores pueden funcionar como facilitadores o barreras en la prevención y promoción de la salud. Es por este motivo, que el cuestionario ad hoc. incluyó preguntas sobre la edad, el género, red de apoyo, hábitos (calidad de sueño, calidad de alimentación, consumo de cigarrillo y de alcohol), actividades recreativas y estado de ánimo general.

También se incluyeron preguntas sobre el nivel de amputación (ya fuera por encima de la rodilla, al nivel de la rodilla, debajo de la rodilla, de pies o de dedos) y sobre la causa de la misma. Esta pregunta se basó en que Díaz et al. (2013), afirman que el origen de la amputación, genera

reacciones distintas, en donde, a grandes rasgos, las amputaciones de origen traumático pueden generar ansiedad y las amputaciones por enfermedad pueden significar un alivio al dolor.

Por último, se indagó sobre el dolor, ya que, como se explicó anteriormente, el dolor es una experiencia multidimensional y subjetiva y no existe un método único para medirlo (Vicente Herrero et al., 2018). Se consultó sobre si la persona había experimentado dolor en el miembro fantasma posterior a su amputación y se pidió que lo describiera en una palabra.

- Escala Numérica (EN)

Para medir la intensidad del dolor del miembro fantasma, en la sexta sección del cuestionario, se incluyó la Escala Numérica (EN). (Ver anexo 3). Se trata de un instrumento que solicita al paciente valorar la intensidad de su dolor a partir de la asignación de un número al mismo. La escala va del 0 al 10, en donde 0 representa “ausencia de dolor” y 10 “el máximo dolor imaginable” (Vicente Herrero et al., 2018).

La elección del instrumento se debió a que, si bien existen otros métodos de evaluación del dolor y su intensidad como lo son el Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ) y el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor crónico (CAD), la Escala Numérica es uno de los instrumentos más sencillos y más utilizados, debido a su fácil acceso y el no requerimiento de baremos para su interpretación. Esto se debe a que en la literatura científica se entiende que la intensidad del dolor se mide mediante una valoración clínica basada en criterios subjetivos de intensidad (lo que el paciente expresa) mediante el uso de escalas validadas. Por esta misma razón, la interpretación y procesamiento de los datos obtenidos fueron analizados como continuos y no se categorizaron cualitativamente (tal como dolor leve, moderado o severo), ya que, de acuerdo con Vicente Herrero et al. (2018), así se garantizó una mayor precisión en la correlación estadística y se disminuyó el riesgo de sobreestimar o subestimar el dolor percibido por el paciente.

- Amputee Body Image Scale en Español (ABIS-E)

En la séptima y última sección del cuestionario, para medir la percepción de la imagen corporal, se administró el Amputee Body Image Scale en Español, adaptada y validada por Gómez-Calcerrada-García-Navas et al. (2024). (Ver anexo 4). La elección de esta escala se basa en la escasez de instrumentos específicos para la población de estudio.

Este instrumento se trata de un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es evaluar cómo perciben su imagen corporal las personas amputadas de miembro inferior a partir de preguntas relacionadas con la esfera personal, social y funcional del sujeto. Consta de 20 ítems a los cuales los participantes deben responder a partir de una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). Esta escala produce una puntuación total que va desde 0 a 100 puntos, donde las preguntas 3, 12 y 16 tienen una puntuación invertida. En cuanto a los resultados,

puntajes bajos indican una ausencia relativa de preocupación por la imagen corporal y puntajes más altos reflejan una mayor preocupación. La dimensión personal se encuentra evaluada en los ítems 6, 8, 1, 16, 12, 10, 11, 4, 9, 2 y 5. La dimensión social en los ítems 14, 20, 18, 17, 3, 15, 19 y 7. Por último, los ítems 7 y 13 corresponden a la dimensión funcional¹. (Gómez-Calcerrada-García-Navas et al., 2024).

A su vez, esta escala no cuenta con baremos poblacionales estandarizados, por lo que, si bien se realizó el recuento de los puntajes obtenidos por cada participante y se realizaron estimaciones siguiendo con los lineamientos propuestos por los autores de la misma, la interpretación se realizó de manera cualitativa, tomando en cuenta los lineamientos mencionados anteriormente, priorizando las esferas personal, social y funcional de los participantes.

Por último, se consideró necesario en esta sección realizar una aclaración. Dado que el instrumento fue creado para personas con amputación de miembro inferior, (Gómez-Calcerrada-García-Navas et al., 2024), lo cual según Moore et al. (2018) comprende pelvis, pierna, rodilla, tobillo, falanges y huesos de los dedos del pie, y fue traducido al español (a través de la técnica de traducción y retrotraducción y evaluado por un comité de expertos), pero en los ítems de la escala aparecen términos como: “Evito llevar pantalones cortos...”; “la pérdida de mi pierna...” o “Desde que perdí mi pierna”, resultó fundamental, para evitar confusiones en la muestra, advertir que se tuviera en cuenta el caso particular de amputación inferior para responder. Lo mismo ocurre con el uso de prótesis. En el estudio mencionado, dentro de los criterios de inclusión, se encontraba el uso de prótesis, por lo que en la misma aclaración se tuvo la misma metodología para el uso de prótesis, explicitando a los participantes que respondan en función del dispositivo/calzado que utilicen.

La elección y las decisiones de interpretación se basaron en lo que se menciona con anterioridad respecto de la falta de instrumentos validados en la Argentina para la población objetivo de este trabajo.

Procedimientos

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo a través de un formulario realizado en Google Forms. La difusión del mismo se realizó de manera virtual a través de la técnica de bola de nieve, en donde se le envió -a través de distintas plataformas como Whatsapp e Instagram- el instrumento a profesionales de la salud que se desempeñan en centros de rehabilitación y ortopedias de Buenos Aires, quienes facilitaron el acceso a los pacientes. A su vez, el cuestionario fue publicado en la plataforma LinkedIn, con el fin de obtener más alcance.

¹ El ítem 7 computa simultáneamente para la dimensión social y funcional, según la validación original de la escala.

Se debe mencionar que, en un primer momento, se recibieron respuestas de 17 personas con amputación de miembro inferior, de las cuales 14 fueron hombres y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 28 y 66 años. Dado la disparidad de respuestas en cuanto al género, el presente estudio se limitó únicamente a la interpretación de los datos de los hombres encuestados. Asimismo, luego de filtrar las respuestas de género masculino, se identificó una respuesta que no cumplía con los criterios de inclusión, precisamente con el tiempo transcurrido tras la amputación.

De esta manera, la muestra quedó conformada por 13 hombres con amputación de miembro inferior que cumplían con todos los criterios.

Posteriormente, los datos obtenidos fueron registrados automáticamente en una hoja de cálculos digital, así como también, organizados y preparados para su análisis, con el objetivo de estudiar las características de las variables, sus relaciones y realizar los cálculos estadísticos necesarios.

Consideraciones éticas

Acorde a la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales y la Ley N° 26.529 de Derechos Del Paciente, como se mencionó anteriormente, en la primera sección del cuestionario se incorporó la información necesaria para la correcta obtención del consentimiento informado de los participantes. Se explicitó la intención del estudio (la realización del trabajo final de carrera), el objetivo del mismo (indagar sobre la relación entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas con amputación de miembro inferior) y sus fines (puramente académicos y de investigación). Por otro lado, se brindó la información que surge a partir de ambas leyes, exponiendo que la participación del estudio era completamente anónima, voluntaria y gratuita, pudiendo retirar sus consentimiento y abandonar la encuesta en cualquier momento sin consecuencia alguna. Se aseguró el anonimato de los participantes al no solicitar información que permitiera identificarlos. También se incluyó al principio una pregunta a los fines de que quede asentado el consentimiento brindado por el participante. (Ver anexo 1). Se aseguró el cierre del cuestionario en caso de que la persona no quisiera participar.

Finalmente, al tratarse de una temática que puede generar malestar emocional, se incluyó en la misma sección un apartado en donde se aclaró que la presente investigación no constituye ni reemplaza una instancia de evaluación, diagnóstico o tratamiento psicológico y se le sugirió al participante acudir a un profesional de la salud en caso de experimentar reacciones indeseadas.

Resultados

1. Análisis cuantitativo

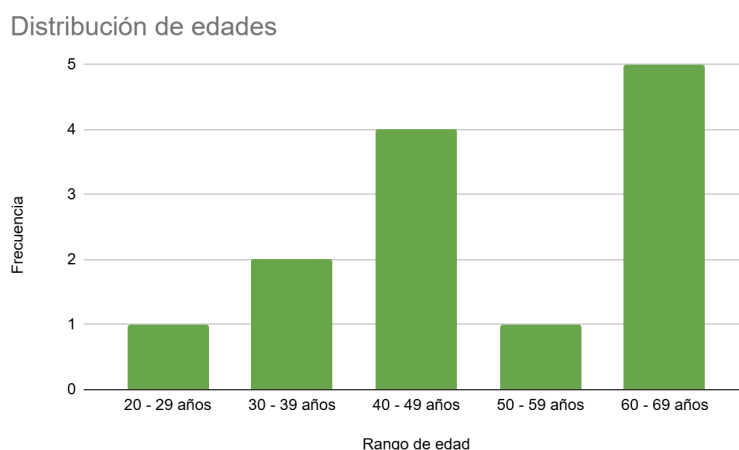
a) Cuestionario ad hoc

Tal como se mencionó en el apartado anterior, este cuestionario tuvo como objetivo la caracterización de la muestra. A continuación, se presentarán las características sociodemográficas, los hábitos, el estado de ánimo y la descripción del dolor que realizaron los participantes de la muestra.

- Variables sociodemográficas

La muestra fue conformada por 13 hombres. La edad de los participantes osciló entre los 28 y los 66 años, con una media de 49.38 años ($DE = 12.84$). La distribución de edad no fue uniforme, presentando dos núcleos de concentración. Por un lado, el rango que corresponde a la adultez media de 40 a 49 años ($n = 4$; 30.8%), y por otro, el correspondiente a la adultez mayor de 60 a 69 ($n = 5$; 38.5%). Tanto la franja etaria intermedia (50 a 59 años) como la de adultos jóvenes (20 a 29 años) presentaron una frecuencia de un participante cada una ($n = 1$; 7.7%), mientras que el grupo restante, ubicado entre los 30 y 39 años, representó el 15.4% de la muestra ($n = 2$). Estos datos sugieren entonces la presencia de dos rangos generacionales predominantes en la muestra del presente estudio. (ver Figura 1)

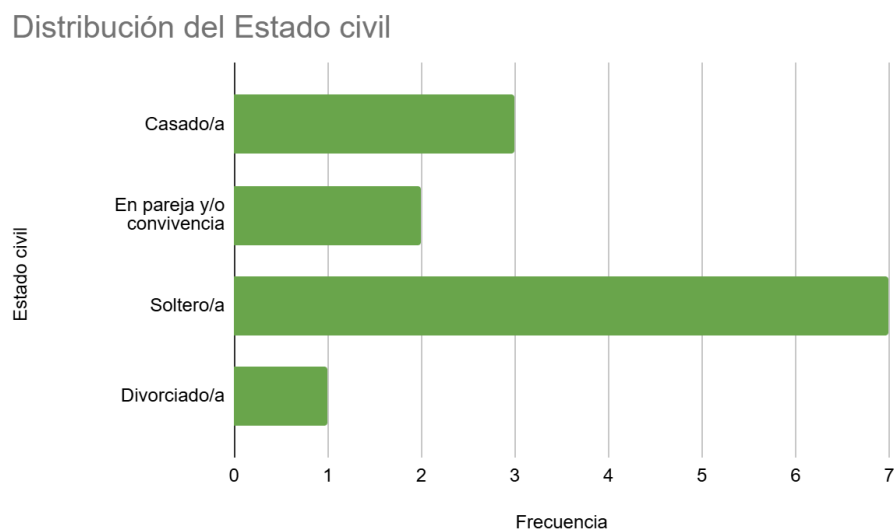
Figura 1. Distribución de la edad de los participantes



En cuanto al estado civil, se observó un predominio de participantes solteros ($n = 7$; 53.8%), seguido por quienes se encontraban casados ($n = 3$; 23.1%). Las personas en pareja y/o

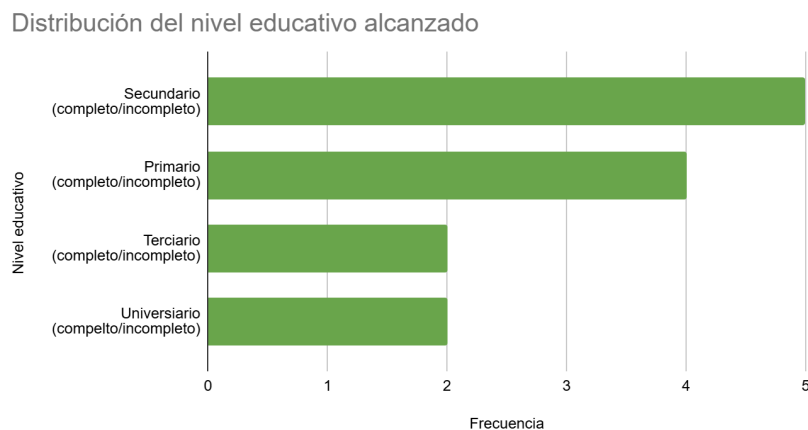
en convivencia representaron el 15.4% de la muestra ($n = 2$), mientras que la categoría con menor frecuencia fue la de divorciados ($n = 1$; 7.7%). (ver Figura 2)

Figura 2. Estado civil de los participantes



Respecto al nivel educativo, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra alcanzó el nivel secundario ($n = 5$; 38.4%). No muy alejado, se encuentra el grupo de participantes que alcanzó el nivel primario ($n = 4$; 30.7%). Por otro lado, tanto los participantes que alcanzaron el nivel terciario como el nivel universitario se ubican en el menor porcentaje con ($n = 2$; 15.3% en ambos casos). (ver Figura 3)

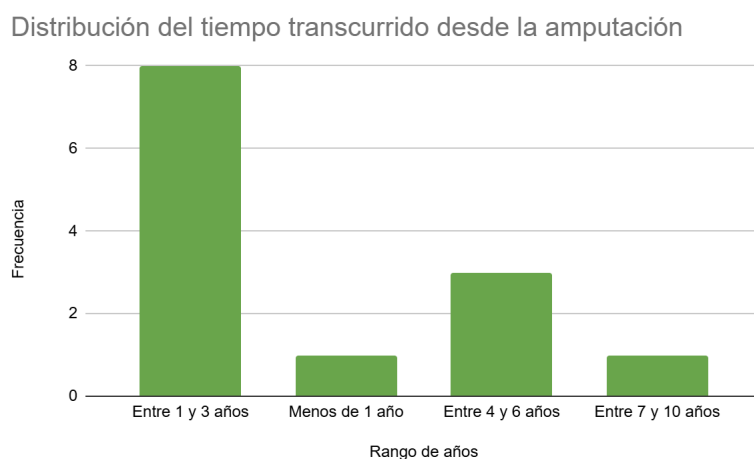
Figura 3. Nivel educativo alcanzado de los participantes



Sobre el nivel de la amputación, si bien en el formulario se indagó sobre 6 categorías (Por encima de la rodilla, por debajo de la rodilla, a nivel de la rodilla, de pies o dedos del pie, de ambas extremidades u otra), el total de la muestra se concentró únicamente en dos grupos. Por un lado, el grupo con amputación por debajo de la rodilla o transtibial ($n = 6$; 46.1%) y por otro lado, el grupo con amputación por encima de la rodilla o transfemoral ($n = 7$; 53.8%).

En cuanto al tiempo transcurrido desde la amputación, se observó una disparidad en los grupos. Por un lado, el grupo con mayor cantidad de participantes se situó en el rango de entre 1 y 3 años desde la amputación ($n = 8$; 61.5%). Por otro lado, el grupo que se encontró en el rango de 4 a 6 años ($n = 3$), representó el 23.0% de la muestra. Por último, los grupos de entre 7 a 10 años y el de menos de 1 año ($n = 1$; 7.6% en ambos casos), fueron los que contaron con menos participantes. De esta manera, la muestra se concentró marcadamente en los periodos intermedios, disminuyendo hacia los extremos. (ver figura 4)

Figura 4. *Tiempo transcurrido desde la amputación*



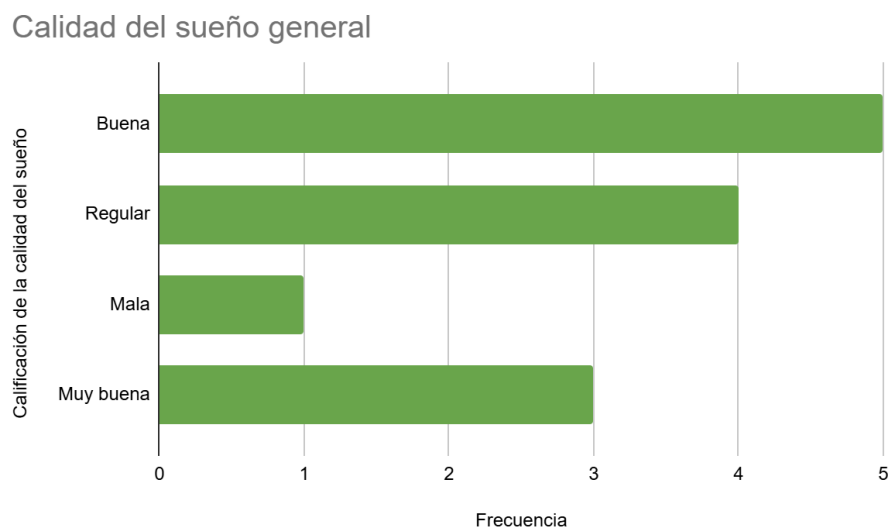
En cuanto a la *causa de la amputación*, se observó un fenómeno similar a lo que ocurrió con el nivel de amputación. Se indagó sobre 4 posibles causas (complicaciones de salud, traumatismo/accidente, congénita u otra), y el 100% de la muestra se concentró únicamente en dos grupos. En primer lugar, el grupo cuya amputación fue a causa de complicaciones de salud ($n = 8$; 61.5%) y por otro lado el grupo de quienes fueron amputados a causa de un traumatismo o accidente ($n = 5$; 38.4%). De esta manera, la muestra fue conformada, en mayor parte, por personas con amputación a raíz de complicaciones de salud.

- Hábitos

Para caracterizar los hábitos de la muestra, se indagó sobre distintas dimensiones de los mismos durante el último mes.

En primer lugar, en relación con la calidad del sueño, la mayor parte de la muestra la caracterizó como buena ($n = 5$; 38.4%), seguida por una calidad regular ($n = 4$; 30.7%). Por su parte, la categoría muy buena ($n = 3$) acumuló un porcentaje de 23.0% y en último lugar se encontró la categoría mala ($n = 1$; 7.6%). (ver Figura 5)

Figura 5. *Calidad del sueño general de los participantes*



Por otro lado, en cuanto a la alimentación, se consultó sobre 3 categorías de descripción (saludables/equilibrados, regulares y poco saludables). En este caso, el total de la muestra se condensó en dos categorías. En primer lugar, el 53.8% de la muestra caracterizó sus hábitos alimenticios como regulares ($n = 7$), mientras que el 46.1% restante, alegó tener hábitos saludables/equilibrados ($n = 6$).

Al indagar sobre el consumo de tabaco, los resultados se distribuyeron de manera heterogénea. En primer lugar, con un porcentaje del 38.4% se encontraron las personas que declararon ser ex fumadores ($n = 5$). Por otro lado, quienes declararon fumar frecuentemente y nunca, ocuparon ambos un 23.0% de la muestra ($n = 3$ en ambos casos). Por último, quienes reportaron consumir tabaco diariamente y ocasionalmente ocuparon respectivamente un 7.6% de la muestra ($n = 1$ en ambos casos). (ver Figura 6)

En la misma línea, con respecto al consumo de alcohol, se indagó sobre 4 categorías (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y diariamente), pero la muestra se concentró únicamente en 3 de ellas. La categoría de nunca fue la que más porcentaje acumuló con un 53.8% ($n = 7$). Le

siguió la categoría de ocasionalmente ($n = 5$; 38.4%) y por último se encontró frecuentemente con un 7.6% ($n = 1$). (ver Figura 7)

Figura 6. Frecuencia de consumo de tabaco de los participantes

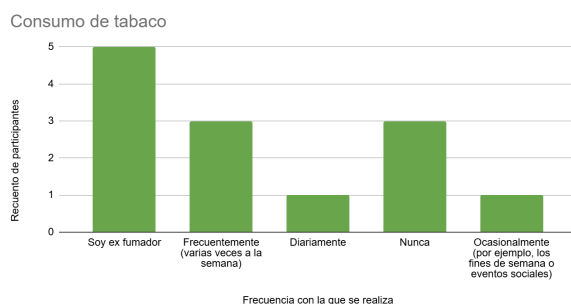
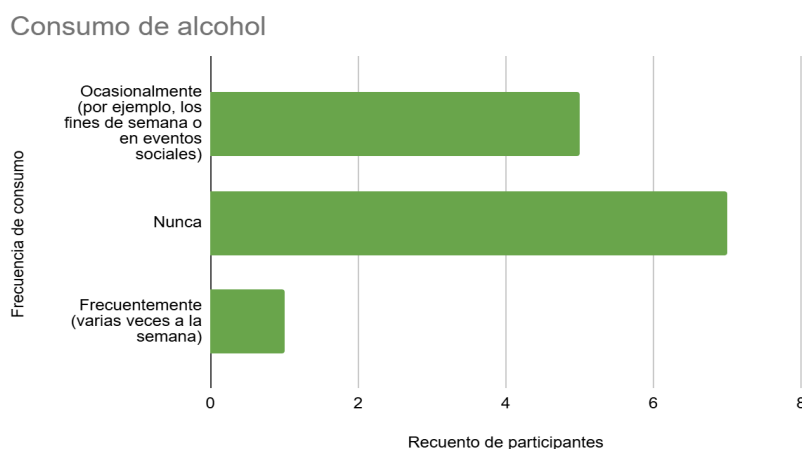


Figura 7. Frecuencia de consumo de alcohol de los participantes



- Estado del ánimo

Respecto al estado de ánimo general durante el último mes, la mayor parte de la muestra declaró un estado de ánimo muy bueno ($n = 5$; 38.4%). Por otro lado, un 30.7% de la muestra lo caracterizó como regular ($n = 4$). Un 23.0% de los participantes alegó un estado de ánimo bueno ($n = 3$) y solamente un 7.6% lo describió como muy malo ($n = 1$). (ver Figura 8).

En relación al ítem anterior, también se indagó si los participantes habían experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad o frustración durante el último mes. De las opciones brindadas, la única que no recibió respuestas fue la de casi todos los días. La mayor parte de los encuestados respondieron haber experimentado estos sentimientos a veces ($n = 7$; 53.8%). Tanto las opciones de casi nunca y con frecuencia, recibieron un 23.0% de respuestas respectivamente ($n = 3$ en ambos casos). (ver Figura 9)

Figura 8. Estado de ánimo general de los participantes

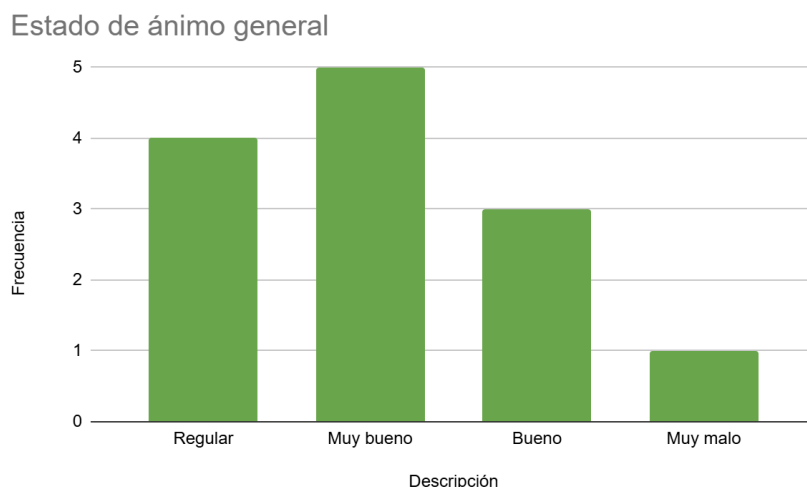
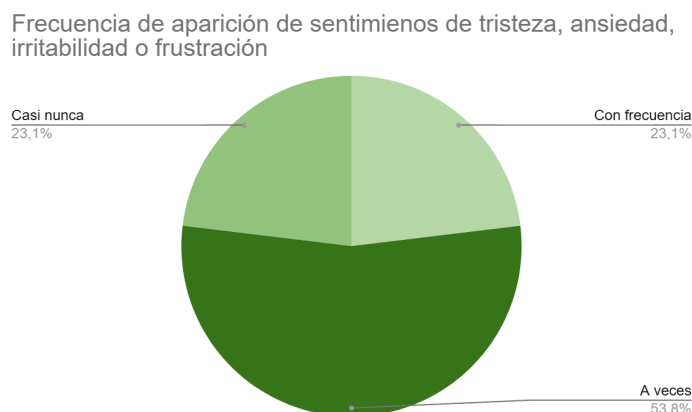


Figura 9. Frecuencia con la que experimentaron sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad o frustración los participantes



Con respecto a las actividades recreativas los resultados demuestran diferencia entre los encuestados. El 69.2% declaró realizar algún tipo de actividad recreativa ($n = 9$), mientras que el 30.7% declaró no realizar actividades ($n = 4$). A quienes respondieron sí, se les preguntó por la actividad que realizaban. Se observó una variedad de actividades realizadas. (ver tabla 1)

Tabla 1. Actividades reportadas por los participantes

Sujeto	Actividad que realiza
1	Fútbol y caminata

2	Manualidades
3	Reuniones sociales
4	Gimnasio, natación, bicicleta y tenis
5	Costura y tapicería
6	Calistenia
7	Ejercicio
8	Natación y gimnasia
9	Música y deporte

- *Percepción del Dolor*

Con el objetivo de indagar sobre la experiencia del dolor de miembro fantasma, se les preguntó a los participantes si sentían o habían sentido dolor luego de la amputación. Las opciones de respuestas incluían: si, con frecuencia; si, pero rara vez y no. Las respuestas obtenidas se condensaron en las primeras dos opciones. El 61.5% de los encuestados reportó haber experimentado rara vez esta sensación ($n = 8$), mientras que el 38.4% refirió experimentarlo con frecuencia ($n = 5$). De esta manera, la totalidad de la muestra experimentó dolor del miembro fantasma, pero con frecuencias distintas.

A su vez, se pidió a los participantes que describieran en una palabra el dolor experimentado. Las respuestas obtenidas fueron diversas. Un participante no respondió a esta consigna. (ver Tabla 2)

Tabla 2. Descripción del dolor del miembro fantasma de los participantes

Sujeto	Descripción del dolor
1	Leve
2	Picazón
3	Pinchazos
4	Real
5	Incómodo
6	Calambre

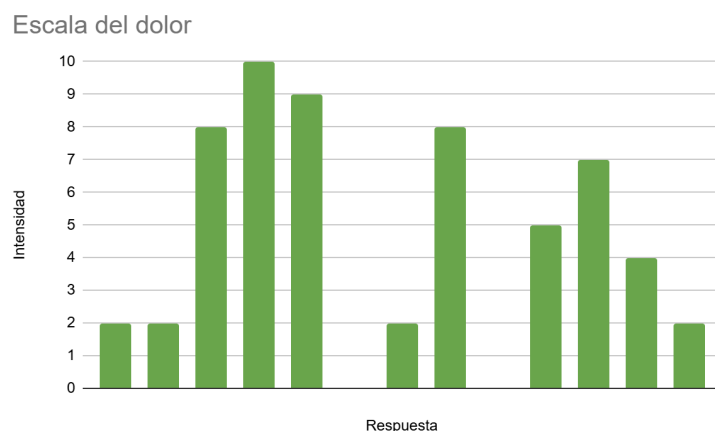
7	No contesta
8	Fuerte
9	Lastima
10	Tolerable
11	Puntadas
12	Molesto
13	Eléctrico

b) Escala Numérica (EN)

La escala numérica se aplicó con la finalidad de medir la intensidad del dolor del miembro fantasma percibido por los participantes del estudio, correspondiente al último episodio experimentado.

Los resultados recogidos abarcaron todo el espectro del instrumento, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 10. El análisis arrojó una media de 4.54 puntos ($DE = 3.50$). En cuanto a la distribución de las respuestas, se observa gran variedad. Casi la mitad de la muestra (46.1%) reportó intensidades nulas o bajas, respondiendo 0 ($n = 2$) y 2 ($n = 4$). Por otro lado, el 38.5% de los participantes respondió de acuerdo al extremo superior de la escala, con puntajes entre 7 y 10 ($n = 5$). En el sector intermedio, la frecuencia observada fue de un 15.4% de la muestra ($n = 2$) con puntajes de 4 y 5. (ver Figura 10). Cabe destacar que la presencia de valores igual a 0 en esta medición no contradice que la totalidad de los participantes haya informado haber experimentado dolor del miembro fantasma en algún momento posterior a la amputación, dado que la pregunta del cuestionario indagaba sobre la presencia histórica del fenómeno, mientras que la Escala Numérica solicitaba valorar la intensidad correspondiente al último episodio experimentado.

Figura 10. *Escala de intensidad del dolor*



c) Escala ABIS-E (Amputee Body Image Scale en Español)

Los puntajes obtenidos a partir de la administración de esta escala arrojaron una media de 45.30 ($DE = 13.71$), con una puntuación una mínima de 31 y un máxima de 82 puntos puntos. Al analizar las dimensiones evaluadas por separado, se encontró que, respecto a la dimensión personal la media fue de 23.69 ($DE = 9.41$), con un rango de respuestas mínima y máxima de 11 y 46. Por otro lado, la dimensión social arrojó una media de 17.84 ($DE = 5.71$) donde la puntuación mínima fue de 11 y la máxima de 32. Por último, la dimensión funcional obtuvo una media de 6.46 ($DE = 2.14$), con un puntaje mínimo de 3 y máximo de 10. (ver Tabla 3)

Tabla 3. Puntuación de la escala ABIS - E.

Sujeto	Puntaje total ABIS - E	Dimensión personal	Dimensión social	Dimensión funcional
1	37	12	20	9
2	37	19	13	7
3	45	19	21	7
4	37	20	16	4
5	82	46	32	8
6	33	11	21	3
7	51	28	18	7
8	49	27	17	10

9	40	26	12	3
10	61	34	23	7
11	31	17	11	5
12	46	28	13	7
13	40	21	15	7

2. Análisis inferencial (cualitativo)

En función del objetivo general y de los objetivos específicos planteados para esta investigación, se analizaron los resultados correspondientes a la intensidad del dolor del miembro fantasma, la percepción de la imagen corporal y la asociación entre ambas variables.

2.1 Niveles de intensidad del dolor de miembro fantasma presentes en la población de estudio.

El análisis de las respuestas obtenidas permite observar un fenómeno heterogéneo dentro de la muestra. Si bien la totalidad de los participantes reportó experimentar o haber experimentado dolor del miembro fantasma, la intensidad correspondiente al último episodio presentó una media de 4,54 puntos ($DE = 3.50$) y una amplia dispersión de puntuaciones.

Se observó un comportamiento polarizado en dos grupos: por un lado, un sector significativo se ubicó en el extremo inferior de la escala (con valores de 0 a 2), lo que representaría dolor nulo o de una baja intensidad. Por otro lado, otro grupo significativo alcanzó puntuaciones elevadas (entre 7 y 10). Esta distribución muestra que la intensidad del dolor del miembro fantasma presenta importantes diferencias individuales dentro de la muestra estudiada.

Al indagar sobre la experiencia del dolor a través de la verbalización de los participantes, se observa una variedad en la descripción de los mismos. Si bien algunos lo caracterizaron según su intensidad como “leve”, “fuerte”, “tolerable”, la mayor parte de la muestra detalló sensaciones sintomáticas tales como “eléctrico”, “pinchazos”, “calambre”, “puntadas”.

2.2 Características de la percepción de la imagen corporal en los participantes.

Los puntajes totales de la muestra en relación al ABIS-E arrojaron una media de 45.31 puntos, con un rango que va desde un puntaje mínimo de 31 hasta un máximo de 82 puntos. Siguiendo los lineamientos planteados por Gómez-Calcerrada-García-Navas et al. (2024), donde

puntuaciones altas reflejan una mayor perturbación o preocupación sobre la imagen corporal, la tendencia general de la muestra de este estudio se posiciona en un nivel moderado de afectación.

A su vez, al analizar descriptivamente cada una de las dimensiones propuestas por la escala, se observa que la dimensión personal obtuvo el promedio más alto con una media de 23.69, seguido por la dimensión social con una media de 17.85 y, en último lugar, la dimensión funcional con una media de 6.46. No obstante, la comparación directa entre los valores absolutos de las dimensiones debe realizarse con cautela, debido a que cada una se encuentra compuesta por una cantidad diferente de ítems.

En conjunto, estos datos sugieren que la preocupación o perturbación de la imagen corporal de la población de esta muestra se encuentra principalmente centrada en el plano personal y subjetivo, seguido por el plano social y la mirada ajena y por último lugar en las limitaciones funcionales. Es decir, la forma en que perciben su imagen corporal los participantes de la muestra es heterogénea, con diferencias individuales que justifican evitar interpretaciones generalizables más allá del grupo estudiado.

2.3 Asociación entre la intensidad del dolor de miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal.

Para analizar la relación entre las variables, se utilizó el método de correlación de Pearson (r), el cual arrojó un resultado de $r = 0.40$. Estos datos indican una correlación positiva débil (Hernández Sampieri et al., 2014) entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la afectación en la imagen corporal. La dirección positiva del coeficiente señala que, dentro de la muestra de este estudio, los mayores valores de intensidad del dolor tendieron a acompañarse de puntajes más elevados en la escala ABIS-E. Sin embargo, esta asociación no alcanzó significación estadística ($p = 0.178$; $\alpha = 0.05$), por lo que no es posible afirmar estadísticamente la existencia de una asociación lineal entre variables, pero sí señalar una tendencia positiva débil observada en la muestra estudiada (Hernández Sampieri et al., 2014).

Discusión

La hipótesis que guió esta investigación se basó en que existe una relación entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la forma en la que perciben su imagen corporal personas adultas con amputación de miembro inferior en Buenos Aires durante el año 2026.

Los resultados obtenidos demostraron una correlación positiva débil entre ambas variables, aunque esta asociación no alcanzó significación estadística. Sin embargo, los resultados permiten identificar una tendencia dentro de la muestra: los participantes con mayor intensidad de dolor tendieron a presentar puntuaciones más elevadas en la escala ABIS-E.

Como bien se desarrolló a lo largo de este trabajo, las variables que han interesado en este estudio fueron abordadas por la literatura existente de manera separada, no así en conjunto. Sin embargo, los resultados que arrojó esta investigación demuestran coincidencias y diferencias respecto a los estudios más relevantes sobre la imagen corporal y el dolor del miembro fantasma.

En primer lugar, Breakey (1997), autor de la escala ABIS, encontró una correlación positiva entre imagen corporal, autoestima, ansiedad y depresión concluyendo que estos factores influyen en la autoevaluación que las personas hacen sobre su imagen. Al igual que en esta investigación su muestra estuvo compuesta únicamente por hombres, diferenciándose en la causa de la amputación, ya que la investigación de Breakey solo contempló amputaciones traumáticas.

Comparando sus resultados con los datos obtenidos en la muestra de este trabajo, se encuentra una leve discordancia, ya que los hallazgos del autor demostraron que la mayoría de los encuestados presentaba una insatisfacción con su imagen corporal, mientras que el presente estudio se encontró con una posición moderada de afectación. Sin embargo, al igual que los hallazgos de Breakey, el presente estudio revela que la mayoría de los encuestados experimentó sensaciones de tristeza y ansiedad -en distintas frecuencias- durante el último mes.

En esta misma línea, pero teniendo en cuenta el dolor del miembro fantasma, los hallazgos de Fuchs, Flor y Bekrater-Bodmann (2018) respecto al estado de ánimo de los participantes presentan similitudes con los resultados obtenidos en este trabajo. Si bien el presente estudio no se basó en las relaciones posibles entre trastornos psicopatológicos y las amputaciones, resulta interesante señalar que los autores encontraron que la depresión y la ansiedad son comunes en las primeras etapas luego de la amputación, pero no encontraron una relación significativa entre ellos y el dolor del miembro fantasma. Analizando las respuestas arrojadas por la muestra la mayoría de los encuestados (76.8%) respondió afirmativamente a la presencia de malestar, sin embargo, no se tradujo en que fueran éstos quienes adjudicaron puntajes más altos en la escala del dolor. De esta manera, se entiende que, en la muestra de este estudio, el malestar anímico es una experiencia común entre los participantes, pero no se relacionaría de manera directa con la intensidad del dolor.

A su vez, los aportes de Sarroca Becerrica (2020) sobre el impacto psicológico de las amputaciones presentan una fuerte coincidencia con los datos obtenidos en este estudio. La autora postula que, si bien la pérdida de una extremidad impacta de manera negativa en la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida, la autoestima de los participantes mantiene niveles elevados. Un fenómeno similar ocurrió con la muestra de este trabajo, dado que, por un lado los puntajes obtenidos de la escala ABIS-E arrojan niveles moderados de perturbación de imagen corporal y a su vez, puntajes bajos en la dimensión social. De esta manera, se podría inferir que, en la muestra de este estudio, la afectación de la imagen corporal debido a la amputación no necesariamente conlleva un deterioro en la autoestima, concordando con los resultados de la autora.

Por otro lado, al analizar el comportamiento del dolor del miembro fantasma a lo largo del tiempo, es necesario retomar lo planteado por Purves et al. (2015), quienes destacan una alta prevalencia de este fenómeno, así como también su tendencia a cronificarse, en sintonía con lo planteado por Rubiera Valdés et al. (2025), quienes encontraron una prevalencia del 60% del dolor, destacando que únicamente el 12% reportó la desaparición completa de la sintomatología (confirmando la cronicidad). El comportamiento de la muestra de este estudio coincide con lo planteado por la literatura. Cabe aclarar que el tiempo transcurrido desde la amputación en este trabajo abarcó únicamente hasta los 10 años, concentrándose mayoritariamente en períodos intermedios de 1-3 años (61.5%) y de 4 a 6 años (23%). Sin embargo, la mayoría de la muestra reportó continuar experimentando este fenómeno doloroso tanto de manera frecuente como rara vez.

A modo ilustrativo, resulta interesante mencionar el caso de un participante excluido de la muestra debido a no cumplir con los criterios de inclusión temporales, dado que su amputación ocurrió hace 42 años. El participante declaró experimentar dolor del miembro fantasma con frecuencia, lo que condice con los hallazgos de los autores y, al solicitarle que describiera el dolor, comentó haber atravesado una operación por un neuroma en el muñón y sentir dolor desde ese momento. Este testimonio, coincide a su vez con otro hallazgo fundamental de Rubiera Valdés et al. (2025), quienes identificaron al dolor del muñón como uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo y mantenimiento del dolor fantasma.

En relación con la amputación y la participación social, Reséndiz Vega y Serrano Rosales (2020) manifestaron que las amputaciones generan restricciones en la participación social de quienes las atraviesan. Sin embargo, los resultados del presente estudio presentan una discrepancia en este punto, dado que la gran mayoría de los participantes reportó mantener de forma regular algún tipo de actividad recreativa, social o deportiva. A su vez, los resultados arrojados por la escala ABIS-E, en especial en su dimensión social, manifestaron los puntajes más bajos de perturbación. Estos datos demostrarían que, en la muestra de este estudio, los

participantes lograron mantener una estructura social firme sin aparentes restricciones. Por otro lado, los autores concluyen que la práctica regular de ejercicio favorece una percepción corporal más positiva. En este sentido, los resultados de este estudio coincidirían con dicha afirmación, ya que, como se mencionó anteriormente, las actividades recreativas más frecuentes entre los encuestados se relacionaron con la actividad física, entre las que se encontraron “fútbol”, “natación”, “calistenia”, “gimnasio”, entre otras.

Con el fin de ampliar el análisis sobre la dimensión social, es pertinente retomar las ideas planteadas por Goffman (2006) sobre el estigma. El autor no se basa específicamente en personas amputadas, sino que utiliza relatos y ejemplos de personas con esta condición para explicar la dinámica de los estigmas físicos. De acuerdo a sus postulaciones, las personas amputadas se ubicarían en una categoría que él llama “sujetos desacreditados” debido a su diferencia física, donde el principal desafío de estos sujetos es el manejo de la tensión que generan las interacciones sociales, recurriendo a estrategias de “enmascaramiento” u ocultamiento de su deficiencia física para evitar la incomodidad de los demás. Sin embargo, como bien se expuso en el párrafo anterior los resultados de este estudio no reflejan en su totalidad lo expuesto por el autor respecto a la muestra. Esto se puede observar al analizar las respuestas obtenidas en el cuestionario ABIS-E frente a afirmaciones tales como: “evito llevar pantalones cortos en público porque se puede ver mi prótesis”, “visto ropa holgada para disimular mi prótesis” o la evitación de situaciones que impliquen exposición física. En la muestra de este estudio estas preguntas arrojaron puntajes bajos indicando un bajo nivel de ocultamiento. De esta manera, la muestra de este estudio no parece recurrir a estrategias de enmascaramiento.

Más allá de las coincidencias y diferencias entre este estudio y la literatura existente, el análisis de los resultados de este trabajo despierta interrogantes interesantes. Precisamente, al analizar los datos obtenidos respecto a las actividades recreativas, se encontró que la mayoría de los participantes realizaban actividad física y puntuaron bajo en sentimientos de tristeza o ansiedad frecuente, mientras que quienes alegaron no realizar actividades, puntuaron más alto en la esfera emocional. Estos datos permiten hipotetizar, y en concordancia con la literatura, que la actividad física actuaría como un factor protector de la salud emocional.

Por otro lado, con la intención de homogeneizar la muestra, y como se mencionó anteriormente, se decidió utilizar únicamente las respuestas de los hombres, dado que existía una gran disparidad respecto a la cantidad de las mismas y la de las mujeres. Sin embargo, resulta interesante observar cualitativamente que la totalidad de las mujeres excluidas reportó experimentar sentimientos de tristeza y ansiedad de manera frecuente u ocasional. Esto lleva a cuestionar sobre la influencia de las características sociodemográficas en la adaptación a la amputación.

Melchor Dávila (2022), comprobó que, el momento de adquisición de la discapacidad resulta ser una variable influyente. El autor concluye que quienes conviven con la discapacidad desde el nacimiento, logran desarrollar recursos de afrontamiento más eficaces en comparación con quienes la adquieren a lo largo de la vida. Estos hallazgos llevan a sugerir como posibles líneas de investigación futuras la realización de estudios de corte longitudinal que incluyan muestras equitativas de ambos géneros, para poder comparar estadísticamente cómo el género, la edad y el tiempo de evolución de la amputación interfieren tanto en la intensidad del miembro fantasma como en la percepción de la imagen corporal en esta población.

Alcances y Limitaciones

La presente investigación se centró en el estudio y análisis de la relación entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas con amputación de miembro inferior en Buenos Aires 2026. Entre los principales alcances se debe destacar la posibilidad de haber abordado de manera conjunta la percepción del dolor del miembro fantasma y una dimensión subjetiva como es la imagen corporal.

La muestra fue conformada por 13 hombres y fue obtenida a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia. El cuestionario original obtuvo en total 17 respuestas, de las cuales 14 fueron hombres y 3 mujeres. Si bien el estudio apuntaba a la población general adulta, debido a la disparidad de la muestra, se tomó la decisión de realizar un recorte y enfocar el estudio a la población masculina. A su vez, al momento del procesamiento de datos, se identificó un caso que no cumplía con los criterios de inclusión - específicamente el tiempo desde la amputación- por lo que ese participante fue excluido de la muestra final.

El recorte geográfico y el tamaño muestral constituyen un impedimento para la generalización de los datos obtenidos, ya que la muestra de este estudio no resulta representativa de otros tipos de amputación, grupos étnicos y otros géneros (entre otros), debiendo interpretarse los resultados como aproximaciones de comprensión de estos fenómenos en la población objetivo.

El diseño adoptado en este estudio permitió obtener datos cuantitativos y cualitativos de las variables que permitieron establecer tendencias de asociación estadísticas. Sin embargo, el enfoque transversal no permitió realizar inferencias causales ni estudiar el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo.

El instrumento de recolección estuvo conformado por un cuestionario ad hoc., una escala numérica del dolor y un cuestionario autoadministrado (ABIS - E) que permitió evaluar la percepción de la imagen corporal de los participantes. Esta metodología permitió caracterizar sociodemográficamente la muestra, medir la intensidad del miembro fantasma y evaluar la percepción de la imagen corporal de los sujetos. Sin embargo, el Amputee Body Image Scale, no cuenta aún con validación para la población Argentina ni baremos estandarizados que permitan evaluar los resultados de manera concreta, lo cual constituye una limitación metodológica.

Finalmente, deben tenerse en cuenta las limitaciones propias de los cuestionarios autoadministrados tales como la subestimación o la deseabilidad social, los cuales pueden influir en la precisión y confiabilidad de los datos obtenidos.

Conclusión

Como bien se desarrolló a lo largo de este trabajo, tanto el dolor del miembro fantasma como la imagen corporal han sido objeto de estudio de diversas disciplinas. Sin embargo, pocas investigaciones se dedicaron a estudiar ambas variables en conjunto.

Los resultados de esta investigación permitieron caracterizar ambas variables dentro de la muestra estudiada. La totalidad de los participantes informó haber experimentado dolor del miembro fantasma en algún momento posterior a la amputación, aunque con diferentes frecuencias e intensidades. Asimismo, los puntajes obtenidos mediante la escala ABIS-E mostraron variedad en cuanto a la preocupación o perturbación de la imagen corporal. En relación con la pregunta que guió la investigación, se obtuvo una correlación positiva débil entre la intensidad del dolor del miembro fantasma y los puntajes de la escala ABIS-E ($r = 0.40$). Sin embargo, esta asociación no alcanzó significación estadística ($p = 0.178$). En consecuencia, los resultados no permiten confirmar la hipótesis de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, aunque sí muestran una tendencia según la cual una mayor intensidad del dolor se acompañó de mayores puntuaciones de preocupación o perturbación de la imagen corporal dentro de la muestra estudiada.

Las amputaciones son eventos que pueden ocurrir por diversos motivos y afectar de manera directa y multidimensional a la vida emocional del sujeto. Sin embargo, la literatura actual se dedica a estudiar de manera aislada los procesos psicológicos subyacentes que resultan de las amputaciones, sin concebir de manera holística al sujeto. Además, se desconoce de manera certera cuál es el porcentaje de personas amputadas en el mundo. Esta falta de datos, y el abordaje que realizan las investigaciones actuales, genera falta de herramientas para los abordajes en la práctica clínica.

De esta manera, es necesario enfatizar en que existe un gran vacío en el conocimiento actual respecto a esta población, es por eso que se vuelve imperiosa la necesidad de investigaciones que exploren la vivencia de las personas con amputación de manera integral, poniendo el foco en posibles intervenciones psicológicas que ayuden a tratar las posibles consecuencias psicológicas que pueden surgir luego de este proceso.

En conclusión, visibilizar la relación existente entre las variables que ocuparon este estudio, es un paso para la apertura de nuevas líneas de investigación que ofrezcan tratamientos interdisciplinarios e integrales, donde el foco no esté puesto en la falencia, sino en los recursos del sujeto para afrontar la pérdida y las posibles herramientas que se podrían brindar para este proceso.

Referencias Bibliográficas

- Arabi, M., y García Sánchez, M. C. (2026). Abordaje grupal de pacientes con amputación de miembros inferiores: una mirada interdisciplinaria en una institución de salud pública (2023-2024). *Salud Publica*, 5.
- Aternali, A., y Katz, J. (2019). Recent advances in understanding and managing phantom limb pain. *F1000Research*, 8(1167). <https://doi.org/10.12688/f1000research.19355.1>
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades*, (2), 53–70. <http://hdl.handle.net/20.500.12226/313>
- Beisheim-Ryan, E. H., Pohlig, R. T., Medina, J., Hicks, G. E., y Sions, J. M. (2022). Body representation among adults with phantom limb pain: Results from a foot identification task. *European Journal of Pain*, 26(1), 255–269. <https://doi.org/10.1002/ejp.1860>
- Botero Jaramillo, N., y González Zambrano, I. M. (2025). Dolor de miembro fantasma. Comprensión y abordaje terapéutico más allá de la terapia en espejo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 32(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462025000100046
- Breakey, J. W. (1997). Body image: The lower-limb amputee. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(2), 58–66.
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 39–47). Guilford Press.
- Desmond, D., y MacLachlan, M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: A 25 year review of psychology in Prosthetics and Orthotics International. *Prosthetics and Orthotics International*, 26(3), 182–188. <https://doi.org/10.1080/03093640208726646>
- Diago Cuartero, M. C., Arnaiz García, M. E., Arnaiz García, A. M., Amado Diago, C. A., y Arnaiz García, J. (2012). Síndrome del miembro fantasma. *Medicina General y de Familia*, 1(2), 85–88.

- Díaz, J., Leal, C., Echavarría, P., y Martín, M. (2013). La comunicación entre el personal sanitario y afectados por una amputación traumática. La sábana por encima. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(2), 5–19.
- Díaz Mendoza, M. (2022). *Actuación enfermera extrahospitalaria y hospitalaria en amputaciones. Síndrome del miembro fantasma*. Publicaciones Científicas. <http://publicacionescientificas.es/wp-content/uploads/2022/09/2077-Mar%C3%ADa-D%C3%ADaz-Mendoza.pdf>
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo* (I. Agoff, Trad.). Ediciones Paidós.
- Fuchs, X., Flor, H., y Bekrater-Bodmann, R. (2018). Psychological factors associated with phantom limb pain: A review of recent findings. *Pain Research and Management*, 2018, Artículo 5080123. <https://doi.org/10.1155/2018/5080123>
- García Franqueira, A. (2025). *Reconstrucción del autoconcepto y la imagen corporal en pacientes con síndrome de miembro fantasma* [Trabajo Final de Carrera no publicado]. Universidad de Belgrano.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada* (L. Guinsberg, Trad.). Amorrortu editores.
- Gómez-Calcerrada-García-Navas, E. A., Arranz-Escudero, A., Izquierdo-García, J., Briones-Cantero, M., Molina-Rueda, F., y Martín-Casas, P. (2024). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Amputee Body Image Scale (ABIS-E). *Applied Sciences*, 14, Artículo 6963. <https://doi.org/10.3390/app14166963>
- Gómez Díaz, M. A. (2021). *Alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de dolor crónico* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Internacional de La Rioja]. Repositorio Institucional UNIR. <https://reunir.unir.net/bitstreams/f90de3c2-dd82-4ac0-843f-e3c343a6d2f1/download>
- Hanyu-Deutmeyer, A. A., Cascella, M., y Varacallo, M. A. (2024). *Phantom limb pain*. StatPearls Publishing. <https://europepmc.org/article/NBK/nbk448188>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Hill, A. (1999). Phantom limb pain: A review of the literature on attributes and potential mechanisms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(2), 125–142.

- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP revises its definition of pain for the first time since 1979*. [Archivo PDF]. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2-1-1-1.pdf
- Katz, J. (1992). Psychophysiological contributions to phantom limbs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(5), 282–298.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1* (pp. 86–94). Siglo XXI Editores.
- Makin, T. R., y Flor, H. (2020). Brain (re)organisation following amputation: Implications for phantom limb pain. *NeuroImage*, 218, 116943. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116943>
- McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., y Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 45(2), 105–114.
- Melchor Dávila, C. I. (2022). *Imagen corporal en personas con discapacidad física* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional UAEMex. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/113110>
- Melzack, R. (2006, septiembre). Phantom limbs. *Scientific American*. <https://www.scientificamerican.com/article/phantom-limbs-2006-09/>
- Mesquita Dumar, A. (2021). *Amputación y salud mental: Una revisión sistemática* [Trabajo académico no publicado]. Universidad de Oviedo.
- Moore, K. L., Dalley, A. F., y Agur, A. M. R. (2018). *Anatomía con orientación clínica* (8.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión abreviada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Normas de ortoprotésica de la OMS. Parte 1: Normas*.
- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S., y White, L. E. (2015). *Neurociencia* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

- Ramachandran, V. S., y Blakeslee, S. (1998). *Phantoms in the brain: Probing the mysteries of the human mind*. William Morrow and Company.
- Reséndiz Vega, H. R., y Serrano Rosales, M. M. (2020). Implicaciones en el movimiento humano de las adaptaciones del esquema e imagen corporal secundarias a una amputación. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 45(3), 63–71. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1636>
- Rodríguez Vergara, H. M. (2010). Cuerpo y conciencia: Un análisis fenomenológico. *Ideas y Valores*, 59(142), 5–23. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00622010000100002
- Rubiera Valdés, M., Gutiérrez Remis, O., González Jáimez, A., Manzaneque Rodríguez, C., Chiminazzo, V., y Morís, G. (2025). Características clínicas del dolor de miembro fantasma en pacientes con amputación de miembro inferior en una población española. *Neurología*, 40, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2023.06.013>
- Sarroca Becerrica, N. (2020). *Estudio del comportamiento muscular y estabilidad en pacientes amputados transtibiales. Análisis del impacto de la amputación en la imagen corporal, la autoestima y su calidad de vida* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=286128>
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. Grune & Stratton.
- Smith, E. E., y Kosslyn, S. M. (2008). *Procesos cognitivos: Modelos y bases neurales*. Pearson.
- Vásquez Silva, M. G., y Moscoso, D. (2021). *Variantes en la imagen inconsciente del cuerpo en sujetos que han sufrido amputaciones* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/31233>
- Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., y Capdevila García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228–236.

Anexos

Anexo 1: Presentación del formulario Google Forms y Consentimiento informado.

Relación entre el dolor del miembro fantasma y la percepción de la imagen corporal en personas con amputación de miembro inferior

¡Hola! Mi nombre es Agustina y estoy realizando mi trabajo final de carrera para la licenciatura en psicología en la Universidad de Belgrano. El objetivo de este estudio es indagar sobre la relación entre la intensidad del dolor y la percepción de la imagen corporal en personas mayores de 18 años, residentes de Buenos Aires, que hayan atravesado una amputación de miembro inferior en los últimos 10 años. Por este motivo, podrán participar únicamente quienes cumplan con la totalidad de estos criterios.

De acuerdo a la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales y la Ley N° 26.529 de Derechos Del Paciente, la información recolectada será utilizada ÚNICAMENTE con fines académicos y de investigación. Su participación es completamente ANÓNIMA, VOLUNTARIA Y GRATUITA.

Usted tiene derecho de retirar su consentimiento y abandonar la encuesta en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto genere consecuencia alguna.

No hay respuestas correctas o incorrectas; lo más importante es que responda con sinceridad según su experiencia personal. El tiempo estimado para completarlo es aproximadamente 10 minutos.

Por cualquier duda o consulta, puede contactarse vía mail - agustinahcorio@comunidad.ub.edu.ar
Desde ya, agradezco mucho su tiempo y participación.

ACLARACIÓN: La presente investigación no constituye una instancia de evaluación, diagnóstico o tratamiento psicológico. En caso de que la temática le genere algún tipo de malestar emocional, se sugiere evacuar sus inquietudes con un profesional de salud mental a través del canal de su preferencia.

Consentimiento Informado

Para comenzar el cuestionario, por favor seleccione la opción correspondiente:

☐ Acepto participar voluntariamente de este estudio y declaro cumplir con los criterios de inclusión (Mayor de 18 años, residir en Buenos Aires y haber atravesado una amputación de miembro inferior en los últimos 10 años).

☐ No acepto participar

Anexo 2: Cuestionario ad hoc.

Datos Sociodemográficos y Clínicos

1. Edad: _____
2. Género:
 - ☐ Femenino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Otro
3. Estado civil:
 - ☐ Soltero/a
 - ☐ Casado/a
 - ☐ En pareja y/o convivencia
 - ☐ Divorciado/a
 - ☐ Viudo/a
4. Nivel educativo alcanzado:
 - ☐ Primario (completo/incompleto)
 - ☐ Secundario (completo/incompleto)
 - ☐ Terciario (completo/incompleto)
 - ☐ Universitario (completo/incompleto)
5. Indique el nivel de la amputación:
 - ☐ Por encima de la rodilla (Transfemoral)
 - ☐ Por debajo de la rodilla (Transtibial)
6. ¿Hace cuánto tiempo atravesó la amputación?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 4 y 6 años
- ☐ Entre 7 y 9 años
- ☐ 10 años o más

7. ¿Cuál fue la causa principal de la amputación?

- ☐ Traumatismo/Accidente
- ☐ Complicaciones de salud (diabetes, problemas vasculares, infecciones, etc.)
- ☐ Otra: _____

8. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño general durante el último mes?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

9. ¿Cómo describiría sus hábitos alimenticios?

- ☐ Saludables/Equilibrados
- ☐ Regulares
- ☐ Malos

10. En relación al consumo de tabaco, ¿con qué frecuencia lo realiza?

- ☐ Diariamente
- ☐ Frecuentemente (varias veces a la semana)
- ☐ Ocasionalmente (por ejemplo, los fines de semana o en eventos sociales)
- ☐ Nunca
- ☐ Soy ex fumador

11. En relación al consumo de alcohol, ¿con qué frecuencia lo realiza?

- ☐ Diariamente
- ☐ Frecuentemente (varias veces a la semana)
- ☐ Ocasionalmente (por ejemplo, los fines de semana o en eventos sociales)
- ☐ Nunca

12. ¿Cómo describiría su estado de ánimo general durante el último mes?

☐ Muy bueno

☐ Bueno

☐ Regular

☐ Malo

☐ Muy malo

13. En el último mes, ¿ha experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad o frustración?

☐ Con frecuencia

☐ A veces

☐ Casi nunca

☐ Nunca

14. ¿Realiza actualmente alguna actividad recreativa, social, deportiva o pasatiempo de forma regular?

☐ Sí

☐ No

15. Por favor, especifique qué actividad recreativa, social, deportiva o pasatiempo realiza:

Anexo 3: Dolor de Miembro Fantasma

16. Luego de la amputación, ¿siente/sintió dolor en el miembro que ya no está (dolor de miembro fantasma)?

☐ Sí, con frecuencia

☐ Sí, pero rara vez

☐ No

17. A continuación, verá una escala numérica en donde 0 significa ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad del dolor. Por favor, seleccione la opción que corresponda a la intensidad de dolor de miembro fantasma que sintió la última vez.

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

18. Por favor, describa en solo una palabra cómo es el dolor que siente/sintió:

Anexo 4: Amputee Body Image Scale (ABIS-E)

A continuación encontrará una serie de preguntas que pretenden medir cómo ve y cómo siente su imagen corporal. Por favor, conteste cada cuestión de forma tan cuidadosa y precisa como pueda conforme a la siguiente escala numérica:

- 1 = Nunca
- 2 = Muy raramente
- 3 = Alguna vez
- 4 = Bastantes veces
- 5 = Siempre

Nota importante: Para responder a las preguntas, tenga en cuenta su caso particular de amputación inferior. Si en algún ítem lee la palabra "pierna" o "prótesis" responda considerando la/s zona/s afectada de su cuerpo o el dispositivo que utilice.

1. Debido a mi amputación, hoy me siento más incómodo/a con mi apariencia física en presencia de otros/as que cuando estoy solo/a.
2. Evito llevar pantalones cortos en público porque se puede ver mi prótesis.
3. Me gusta mi aspecto físico general cuando llevo puesta mi prótesis.
4. Me preocupa que la pérdida de mi pierna disminuya mis posibilidades funcionales en diversas actividades cotidianas.
5. Evito mirarme a un espejo de cuerpo entero para no ver mi prótesis.
6. Debido a mi amputación, hoy me siento incómodo/a con mi apariencia física a diario.
7. Tengo sensación de miembro fantasma.
8. Desde que perdí mi pierna, me molesta sentirme alejado/a definitivamente del patrón de apariencia normal que rige en la sociedad.
9. Me preocupa que la pérdida de mi pierna disminuya mi capacidad para protegerme de cualquier daño.

10. Cuando no llevo puesta mi prótesis evito encontrarme en situaciones en las que puedan juzgarme por mi apariencia física (por ejemplo: actividades sociales, actividades en piscina o playa, intimidad física).
11. La pérdida de mi pierna me hace sentir como un/a discapacitado/a.
12. Me gusta mi apariencia física cuando no llevo puesta la prótesis.
13. Cuando ando la gente nota mi cojera.
14. Cuando llevo la prótesis evito encontrarme en situaciones en las que pueden juzgarme por mi apariencia física (por ejemplo: actividades sociales, actividades en piscina o playa, intimidad física).
15. La gente me trata como un/a discapacitado/a.
16. Me gusta la apariencia de mi muñón.
17. Visto ropa holgada para disimular mi prótesis.
18. Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo/a.
19. Es importante que la forma y tamaño de la prótesis, más la parte de la pierna afectada, sean comparables a la otra extremidad.
20. Evito mirarme a un espejo de cuerpo entero para no ver mi muñón.