

INCOMPLETITUD CORPORAL EN LA PERSONA POSAMPUTADA PORTADORA DE DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA: ESTUDIO CUALITATIVO

BODY INCOMPLETENESS IN PERSON AMPUTATED CARRIER PHANTOM LIMB PAIN: A QUALITATIVE STUDY

Ma. Cristina Ochoa Estrada¹, Sebastián Bustamante Edquen², Carlos Hernández Peraza³

Histórico

Recibido:

15 de Octubre de 2014

Aceptado:

15 de Diciembre de 2014

1 Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Juárez del Estado de Durango. Enfermera Quirúrgica adscrita al Hospital General 450. Durango, México. Teléfono: (01) 618 1891301. E-mail: cristy8@ujed.mx cristys8@hotmail.com

2 Doctor en Enfermería de la UFRJ-Brasil. Profesor Principal de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

3 Maestro en Ciencias Médicas. Médico Anestesiólogo adscrito al Hospital General 450. Durango, México.

RESUMEN

Introducción: En el cuerpo se vivencia el mundo, la alegría, el encuentro, la seguridad, el dolor las reacciones anatomofisiológicas inherentemente al cuerpo; se experimenta la afección por el dolor físico y psíquico, con sensaciones corporales de ansiedad, temor y angustia. **Materiales y Métodos:** Estudio de abordaje cualitativo-descriptivo, exploratorio; como técnica se empleó la entrevista semiestructurada, de los informantes seleccionados se trataba de personas que fueron atendidas en el Hospital General de Durango, México; participaron 12 personas que al ser amputadas debutaron con dolor de miembro fantasma; el soporte teórico estuvo apoyado por la corporeidad de Le Breton. **Resultados y Discusión:** En la persona con amputación, la relación de él con el mundo se altera, ya que la amputación cambia no sólo la forma de verse a sí mismo, sino también la forma de interactuar con su entorno, su familia, amigos, compañeros y sociedad en general. **Conclusiones:** Las enfermeras deben fortalecer la relación enfermera/persona para vivir un encuentro real mostrando actitud de empatía, estar siempre ayudando y apoyando. Igualmente, escuchando, comprendiendo y educando, las personas al sentirse cuidadas contribuirán para que sean tratadas como un ser completo y harán que en su cotidiano la experiencia de vivir con el dolor de miembro fantasma se transforme en una condición aceptable y le permita enfrentar mejor su situación. **Palabras clave:** Amputación, Miembro Fantasma, Dolor. (Fuente: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.145>

ABSTRACT

Introduction: In the body of the world experience, the joy, the meeting, security, inherently the anatomophysiological pain body reactions; the condition for the physical and mental pain, bodily sensations of anxiety, fear and anxiety is experienced. **Materials and Methods:** A qualitative descriptive, exploratory approach; as semi-structured interview technique was employed, selected informants were people who were treated at the General Hospital of Durango, Mexico; involving 12 people to be amputated debuted with phantom limb pain theoretical support was supported by the corporeality of Le Breton. **Results and Discussion:** In the amputee, the relationship with the world is altered, and that amputation not only change the way you look to yourself, but also how to interact with their environment, their family, friends, colleagues and society in general. **Conclusions:** The nurse must strengthen the nurse / person relationship living a real encounter showing attitude of empathy, always there helping, supporting and listening, understanding and educating, as the person feeling care contribute to be treated as a complete and will in their daily experience of living with phantom limb pain is transformed into an acceptable condition allowing you to better cope with their situation. **Key words:** Amputation, Phantom Limb, Pain. (Source: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.145>

Cómo citar este artículo: Ochoa MC, Bustamante S, Hernández C. Incompletitud corporal en la persona posamputada portadora de dolor de miembro fantasma: estudio cualitativo. Rev Cuid. 2015; 6(1): 941-6. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.145>
© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

Cuerpo es más que un concepto filosófico o antropológico, es un fenómeno social y cultural, una construcción simbólica y no una realidad en sí misma o un dato indiscutible; el ser cuerpo es mostrar las formas en que cada grupo sociocultural construye y utiliza de manera peculiar los gestos, las expresiones de la emoción, las técnicas corporales de la vida cotidiana, del trabajo, de las manifestaciones rituales y/o artísticas; asimismo, muestra cómo cada grupo crea sus propias representaciones de lo corporal, de sus vínculos con el mundo, le atribuye significados y valores de una forma particular y específica. Al respecto Boff (1), menciona que cuando hablamos de cuerpo no debemos pensar en el sentido usual de la palabra que contrapone cuerpo a alma, materia a espíritu. Por tanto la persona postamputada que manifiesta dolor de miembro fantasma no sólo sufre una ruptura de su cuerpo-objeto, sino en su integridad cuerpo-alma-espíritu, que supone encontrar límites a su existencia corporal, permitiéndole exteriorizar sus mensajes fisiopatológicos y emocionales, que significan por un lado una lucha con la enfermedad y por otro lado una búsqueda de comprensión y atención en la totalidad de su persona.

Así es que el cuerpo de la persona postamputada posee identidad propia, se manifiesta a través de él, piensa, siente y se emociona; el cuerpo no es sólo un simple objeto (reservorio de la persona), es un cuerpo que vive y que se expresa. En el cuerpo se dan experiencias subjetivas y objetivas, el cuerpo enfermo habla a través de sus signos y síntomas, esto es que nos podemos comunicar más con las expresiones y los gestos que con las palabras.

La marca que deja una amputación en la vida de la persona es imponente, por la falta de funcionalidad, la reintegración social y la prolongada expectativa de vida en este grupo de personas, considerando la amputación como la pérdida de forma traumática o quirúrgica, de una estructura anatómica del cuerpo, y que es más prevalente en las extremidades, sin que se excluya otros órganos (2).

Las personas amputadas de manera inesperada (traumática), conforman un grupo especial dentro de todo el universo de las personas que han sufrido amputación de otros orígenes, especialmente los de accidentes de tránsito, actos violentos y accidentes laborales, que son las más frecuentes a nivel poblacional. La pérdida de una parte del cuerpo va seguida de un proceso psicosocial de

aceptación y adaptación cuyo resultado va a depender de múltiples variables (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que actualmente el 10% de la población del mundo, aproximadamente 650 millones de personas, padecen algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Se estima que, además, el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y en consecuencia al progreso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población mundial; siendo la discapacidad motriz es la más frecuente, tanto en localidades urbanas como rurales. Son diversas las causas que originan una discapacidad, pero las más relevantes están asociadas a factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes, sedentarismo, etc. (4). Es este estudio se incluyó una entidad nosológica frecuente en nuestro medio en virtud del número elevado de personas que han sufrido alguna amputación de sus extremidades ya sea traumática o quirúrgica y que debutaron en algún momento del postrauma con dolor de miembro fantasma, el cual reviste actualmente en un serio problema de salud y por lo tanto genera una calidad de vida deletérea y elevados costos en los servicios de salud.

El dolor de miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como un dolor de origen neuropático (5-6). La incidencia varía desde el 2 y el 80%, independientemente de la etiología (6-8), y parece ser independiente del género, del nivel de la amputación y de la edad en adultos.

De esta manera, el cuerpo de la persona posamputada no se da como una dualidad entre el alma y los sentidos, sino más bien como una unidad, se reafirma en la vida con sentimientos de autoexpresión y de libertad; el cuerpo no sólo es la parte fisiológica de éste, sino también su manifestación dentro de la comunidad, dentro de la sociedad y en su propia individualidad. El cuerpo tiene validez dentro de un contexto social y personal. El valor del cuerpo lo da cada sociedad y cada individuo. El propósito del presente estudio fue analizar lo corporal en la persona posamputada portadora de dolor de miembro fantasma, visto por el sujeto de estudio como el sentirse completo e incompleto a la vez. Esto con el fin de que el profesional de enfermería diseñe y promueva políticas para la integración de las personas con discapacidad a la sociedad favoreciendo su proyecto de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se optó por la investigación cualitativa con abordaje descriptivo-exploratorio (9-10), el escenario el Hospital General de Durango, México. El número total de participantes se estableció al alcanzar el punto de saturación de la información con los discursos de doce personas (11).

Los criterios de inclusión fueron: Personas que manifestaban la patología de dolor de miembro fantasma, con amputación en miembros inferiores y superiores; amputación supracondilea, infracondilea, y transmetatarsiana, género masculino y femenino, personas con amputación de miembro de un lapso no mayor de 2 años, edades de 18 a 35 años de edad, no estar en periodo de embarazo o lactancia y personas sin deterioro cognitivo, sin patologías ni tratamiento psiquiátricos. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada (12), elaborada por los autores y aplicada a los actores sociales participantes en la investigación en sus realidades concretas. Las entrevistas se realizaron a los doce participantes del estudio en el segundo semestre del 2011. Las entrevistas fueron grabadas en grabadora digital y posteriormente transcritas para el análisis e interpretación de las mismas. Se procedió a realizar un análisis temático de la información el cual “consistió en descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo visado”(14). Para la operacionalización del análisis se siguieron, básicamente, tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados (13).

Este estudio fue realizado con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (14), relacionado con el desarrollo y validación de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos, prevaleciendo los principios de respeto y la protección de sus derechos. Con la finalidad de aumentar la calidad y objetividad de la información se consideraron las siguientes técnicas: credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad (10).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este camino, se identificaron diversos elementos relacionados con la incompletitud corporal, la cual podría considerarse como el énfasis que se da al cuerpo con un mundo interno que se complementa con un mundo externo tal como se presenta a continuación, tomado en cuenta de manera literal las versiones expuestas por grandes autores y reconocidos investigadores donde sus

aportaciones aun siguen vigentes y son ejemplares en el plano de este contexto.

Le Breton (15), afirma que la imagen del cuerpo es la representación que el sujeto se hace de él; la manera en que se le aparece, más o menos conscientemente desde su sensibilidad para relacionar cuerpo con el contexto social y cultural de su historia personal.

“(...) Mi cuerpo que le diré de mi cuerpo, pues véame usted estoy incompleta, mi cuerpo ya no me funciona igual y estoy así, mocha, tullida” (P-10).

En el discurso anterior el participante es un ser que manifiesta pena, se percibe con un desperfecto de algo en su físico, se visualiza con la ausencia de una extremidad de su cuerpo, expresa falta de funcionalidad y utilidad en su concepción del espacio corporal, al exteriorizar sus limitaciones deja entrever desventajas o minusvalías entre sus capacidades y potencialidades en su territorio cotidiano.

Por otra parte, Cabrales (16), manifiesta que el cerebro hace mucho más que analizar sus entradas de información: el cerebro genera la experiencia, aun cuando no haya tales entradas. Poniendo de manifiesto la “realidad” y la conclusión en tanto explicitada por la física cuántica, es contundente: la realidad es una fabricación del cerebro. Esto es que la persona posee la capacidad cerebral de reflejar la realidad en forma de sensaciones, percepciones y pensamientos.

“(...) Me siento incompleto, feo, ya no sirvo, no funciono, imagino que no soy yo es otra persona que está muy lejos de acá” (P-02).

En el anterior discurso la persona postamputada al enfrentarse a su nuevo mundo, expresó características hacia su persona como incompletitud, limitaciones y restricciones, con repercusiones en su funcionamiento, sin trascendencia y una falta de adaptabilidad a su nueva condición como persona con discapacidad y para esto pone de manifiesto deseos de otra realidad en su persona, que no existe y controla su realidad al antojo de sus pensamientos, apoyando esto con Le Breton (15), cuando manifiesta que el aspecto físico como constituyente del actor dispone de un estrecho margen de maniobras: talla, peso, cualidades estéticas, etc., se trata de signos diseminados de la apariencia que fácilmente pueden convertirse en índices dispuestos para orientar la mirada del otro o para ser clasificado, sin que uno lo quiera, bajo determinada etiqueta moral o social. Desde este punto de vista y considerando que la amputación es

una intervención que cambia, no sólo la forma de verse a sí misma sino también la forma de interactuar y de clasificarse en su entorno, considerando las condiciones físicas que pueden representar una barrera para el desempeño libre de estas personas.

“(...) Me siento y me veo incompleto, inservible, ahora dependo de mi familia hasta para que me limpien después de mis necesidades corporales” (P-06).

El participante experimentó limitaciones en sus extremidades, se percibe como un ser con desgarramiento de su cuerpo, soporta en su diario vivir un tormento que modifica la condición de su existencia, se clasifica en su cotidiano como un ser fragmentado, Incompleto y se enfrenta a periodos de dependencia con las personas más cercanas dentro de su entorno familiar.

Por otra parte López y Pellicer (17), manifiestan que las funciones del sistema nervioso central es censar la existencia y las modalidades perceptuales de todas y cada una de las partes de nuestro cuerpo y que estas sensaciones se dan a través de sistemas sensoriales múltiples y complejos que transmiten y procesan la información en el sistema nervioso y que constituyen, finalmente, la representación de uno mismo.

“(...) No me gusta acordarme de lo que me pasó, pero tengo una pierna amputada, míreme usted, está cortada, estoy mutilado, inválido; me siento incompleto, feo, ya no sirvo, no funciona” (P-08).

De esta manera el participante deja entrever que con la amputación se ve implicada también la pérdida de sus capacidades y habilidades, su equilibrio bio-psico-social que existía se altera y tiende a desligarse de su entorno, visualiza su cuerpo fragmentado, se le dificulta comprender la separación de la parte amputada de su cuerpo, percibe su imagen corporal carente de belleza y con expresiones desagradables respecto a su funcionalidad.

La persona al perder cualquier capacidad funcional de alguna de las extremidades de su cuerpo, el grupo social donde interactúa, conforma un mecanismo de exclusión por diferentes razones. Apoyando esto con Le Breton (15), cuando afirma que tan sólo por su presencia, el hombre con alguna discapacidad física o sensorial provoca una molestia, un cambio en la interacción; la dialéctica fluida del habla y del cuerpo de pronto se crispa, se enfrenta a la opacidad real o imaginaria del cuerpo del otro, genera la pregunta sobre que conviene o no hacer y decir, y el malestar es tanto más profundo

cuando menos sus atributos físicos favorezcan la identificación.

“(...) Me veo mal y la gente más, te ven mal, con la mirada te dicen que te falta algo y tú sientes que si te falta algo... para estar completo, para volver a ser indispensable” (P-03).

El participante manifestó la pérdida de algo más que una simple parte del cuerpo, pierde su ánimo y la idea de sí mismo como un individuo útil y productivo, percibe la mirada de la sociedad como lastimera, lo que ayuda a que él considere su cuerpo como Incompleto.

Por otro lado, la amputación causa un impacto en la vida de la persona postamputada como en sus familiares, los cuales en ningún momento están preparados para resistir efectivamente la nueva condición de discapacidad por la amputación y la razón de enfrentarse al cambio de la persona dentro de la sociedad. Al respecto Le Breton (15), expresa que no se habla de discapacidad sino de discapacitado, como si fuese una esencia como sujeto el ser discapacitado; más que poseer una discapacidad, el hombre es reducido sólo al estado de su cuerpo planteado como un absoluto y es deducido de algún modo de la manera en que su cuerpo se presenta socialmente. El discapacitado no es considerado en tanto sujeto, es decir en tanto alguien que encierra algo más, “ese algo y ese casi nada” que le da sentido y contorno a su existencia, sino como poseedor de algo menos.

“(...) Mi cuerpo es mío, es lo único que me queda, no es normal, es lo único que me queda, sin pierna, sin movimiento... que más” (P-05).

El participante en el discurso anterior se crea un concepto respecto a él mismo que lo convierte en alguien distinto a los demás, expresa sentimientos de pertenencia de lo que él considera que le queda de su cuerpo, de esa parte que le permite seguirse considerando persona, pero que lo encasilla por cuanto se encuentra sin movimiento para desplazarse como anteriormente lo hacía.

El cuerpo de la persona como un ser vivo es considerado como dinámica molecular, de manera que la amputación en el participante trae consigo la desintegración de esta dinámica donde la máquina autopoiética se desintegra y pasa a ser una máquina compuesta en un dominio no molecular. Apoyado por Maturana (18), cuando refiere que un ser vivo es de hecho un sistema autopoiético molecular, la condición molecular es parte de su definición porque determina el dominio relacional en que existe como unidad compuesta. Como señaló el siguiente par-

participante:

“(...) Que le puedo contar de mi cuerpo, ya no es el mismo, eres pedazo, eres sólo una parte de algo que existía...” (P-12).

El participante con amputación se visualiza con una ruptura entre la imagen anterior que tenía de su cuerpo y tiende a la formación de un proceso de identificación con su cuerpo fragmentado o mutilado, la persona se visualiza con lástima, inconforme, se provoca casi de manera automática resistencia ante su propio cuerpo.

Le Breton (15), nos dice que el cuerpo humano es una mecánica diferenciable de los demás por la singularidad de sus engranes; es por mucho, un capítulo de la mecánica general del mundo. El hecho de encarnar la presencia humana no le otorga ningún privilegio. Evidenciándose en el siguiente discurso:

“(...) Eres como una maquinilla que ya no funciona, -tu motor completo- ya no, ya no te funciona... me veo y me siento mal” (P-04).

En este discurso la persona que sufre amputación de alguna de sus extremidades, no sólo considera su organismo separado del ser persona, además, se ve privada de su originalidad, de la riqueza de sus respuestas posibles como seres humanos completos. Ya no consideran su cuerpo como un todo con herramientas en interacción, una estructura de engranes y sin sorpresas, manifiesta el despojo del cuerpo al reducirlo a un autómatas.

CONCLUSIONES

Es de considerar que en la persona posamputada, la relación de él con el mundo se altera, continuamente se pregunta sobre una parte de su cuerpo que no existe más y que no existirá, un cuerpo Incompleto, y la respuesta queda en el vacío, en el silencio; la amputación cambia no sólo la forma de verse a sí mismo, sino también la

forma de interactuar con su entorno, su familia, amigos y sociedad en general, evidencia de esta manera una conciencia de pertenencia hacia su cuerpo desde el momento que se apropia de él mentalmente, pero al exteriorizar su sentir respecto a su físico es el de un ser con la dinámica fragmentada.

Se hace evidente también que la persona posamputada percibe su cuerpo con un desperfecto de su aspecto físico, como un ser con desgarramiento, como un ser Incompleto con limitaciones y restricciones, reduce su cuerpo a un autómatas al sentirse despojado de éste, exterioriza la pérdida de algo más que una simple parte de su cuerpo que lo hace sentir una persona Incompleta, además se expresa sin movimientos y dependencia para trasladarse con repercusiones en su funcionamiento, lo que conlleva a una falta en la capacidad para desenvolverse en su entorno cotidiano. Por otra parte, las personas posamputadas se manifiestan a través de sentimientos emocionales, con sensaciones como pena, pérdida del ánimo, se siente devaluado, con sentimientos negativos hacia su persona y sin trascendencia; la negación de aceptación a su nueva condición pone de manifiesto deseos de otra realidad en su persona que no existe y la controla al antojo de sus pensamientos, percibe su imagen corporal carente de belleza, expresa sentimientos de pertenencia de lo que queda de su cuerpo y tiende a desligarse de su entorno, como individuo se ve privado de su originalidad. Siendo este un espacio del profesional de enfermería para fortalecer la relación enfermera/persona para vivir un encuentro real, mostrando actitud de empatía, estar siempre ayudando y apoyando. Igualmente, escuchando, comprendiendo y educando las personas se sentirán cuidadas y contribuirán para que sean tratadas como seres completos y harán que en su cotidiano la experiencia de vivir con el dolor de miembro fantasma se transforme en una condición aceptable permitiéndole enfrentar mejor su situación de vida.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Boff L.** El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Editorial Trotta; 2000.
2. **Ángel NI, Guillén MR Núñez.** El dolor de miembro fantasma 1ra parte. México: 2014. Disponible en: <http://www.ametd.org/web/images/revista/Algos%202014/ALGOS%20No%202-2014.pdf> [Acceso 11 Septiembre 2014].
3. **Maturana R, Carbonell CG.** Pacientes amputados: Adaptación psicosocial. Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad. 1999; 1(2):40-44.
4. **Calderon F.** Programa de acción específico. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República Mexicana. 2007-2012.
5. **Weeks SR, Anderson-Barnes VC, Tsao JW.** Phantom limb pain: Theories and therapies. Neurologist. 2010; 16:277-86. <http://dx.doi.org/10.1097/NRL.0b013e3181edf128>
6. **Flor H, Nikolajsen L, Staehelin Jensen T.** Phantom limb pain: A case of maladaptive CNS plasticity?. Nat Rev Neurosci. 2006; 7:873-81. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1991>
7. **Nikolajsen L, Jensen TS.** Phantom limb pain. Br J Anaesth. 2001; 87:107-16. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/87.1.107>
8. **Flor H.** Phantom-limb pain: Characteristics, causes, and treatment. Lancet Neurol. 2002; 1:182-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(02)00074-1)
9. **Minayo M.** Investigación Social: Teoría Método y Creatividad. Argentina: Buenos Aires. 2002. 1º edición.
10. **Hernandez SM.** Metodología de la investigación. McGraw-Hill, México. 2006.
11. **Ibañez J.** Nuevos avances en la investigación social: La investigación social de segundo orden. Anthropos Editorial Barcelona. 1998.
12. **Triviños A.** Introdução às pesquisas em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Editora Atlas. São Paulo. 1987.
13. **Minayo M.** El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud. HUCITEC-ABASCO. San Paulo, Río de Janeiro. 1996.
14. **Secretaría de Salud (SS).** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. México. 1987.
15. **Le Breton D.** Antropología del cuerpo y Modernidad. 1ª Edición. Buenos Aires: Nueva Visión. 2002.
16. **Cabrales R.** Miembro fantasma: memoria de la violencia. Revista Médica de Risaralda. 2008.
17. **López A, Pellicer F.** Aproximaciones al problema de miembro fantasma. Salud Mental. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. México. 2001.
18. **Maturana R, Varela F.** De máquinas y seres vivos autopsiéis: la organización de lo vivo. 1a Ed. Editorial Lumen. 2003.