



¿Por qué a mí? Instantáneas del momento del accidente

EN LOS AMPUTADOS TRAUMÁTICOS

José Luis DÍAZ AGEA,¹ Klaus SCHRIEWER,² Paloma ECHEVARRÍA PÉREZ¹

Resumen Abstract

Introducción: Describimos un momento crucial del itinerario vital de los amputados traumáticos. **Objetivos:** Describir y analizar las perspectivas elaboradas en torno al instante del accidente desde el punto de vista de los amputados traumáticos. **Metodología:** Estudio cualitativo de corte etnográfico. **Participantes del estudio:** 19 amputados en su mayor parte de origen traumático. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas, historias de vida y observación participante. **Resultados:** Aparece el concepto de "ser invulnerable", la imprevisibilidad de los accidentes y el papel de la casualidad y el azar en la tragedia. El arcaico debate del destino frente a la casualidad está presente. **Conclusiones:** Muchos moteros, con un estilo de vida ligado al ocio, experimentan el frenazo que supone el suceso, metafóricamente, de 100 a 0 km/h. Se evidencia la impronta en el imaginario de los amputados del poder de la ciencia encarnada en la cirugía y la inmortalidad del cuerpo como concepto.

Palabras clave: Amputación Traumática. Antropología Médica. Accidentes de Tránsito. Personas con Discapacidad. Trastornos por Estrés Postraumático

WHY ME? SNAPSHOTS OF THE TIME OF THE ACCIDENT IN TRAUMATIC AMPUTEES

Introduction: we describe a turning point of the life course of traumatic amputees. **Objectives:** To describe and to analyze the aspects around the instant of the accident from the point of view of the traumatic amputees. **Methodology:** qualitative ethnographic. **Study Participants:** 19 amputees mostly of traumatic origin. Data were collected through semi-structured interviews, life histories and participant observation. **Results:** It appears the concept of "invulnerable", the unpredictability of accidents and the role of chance and randomness in the tragedy. The archaic discussion of fate versus chance is present. **Conclusions:** Many motorcyclist, with a lifestyle linked to leisure, experience the change of course, the slowdown that representing the event, metaphorically, from 100 to 0 km / h. There is a clear imprint on the imagination of the amputees about the power of science embodied in surgery and the concept of the immortality of the body. **Keywords:** Traumatic Amputation. Medical Anthropology. Traffic Accidents. Disabled Persons. Post-Traumatic Stress Disorders.

¹Facultad de Enfermería. Universidad Católica San Antonio. Guadalupe, Murcia, España. ²Facultad de Filosofía. Universidad de Murcia. Murcia, España

CORRESPONDENCIA: José Luis Díaz Agea. Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio. Avda. Los Jerónimos S/N 30107- Guadalupe, Murcia, España

Manuscrito recibido el 31.05.2013
Manuscrito aceptado el 20.07.2013

Index Enferm (Gran) 2014; 23(1-2):41-45

Introducción

Necesitamos comprender y dar sentido. El otorgar sentido y el buscar explicaciones a la adversidad no se circunscriben al que sufre, sino que es parte indispensable del que cuida. Ejemplos de este tipo de abordaje en Enfermería se han publicado en forma de relatos biográficos con amputados¹ o mediante entrevistas en profundidad.²

Afirmaba Emmanuel Lévinas que el sufrimiento del otro solo encuentra su sentido cuando se elimina o se mitiga.³ En un principio nos preguntamos sobre las particularidades que tiene el hecho de ser amputado en un contexto cultural que entroniza el cuerpo, el ocio y las sensaciones placenteras. Ese contexto concreto que buscábamos lo encontramos abrazando el mundo de las motos y una consecuencia nefasta derivada del mismo: las amputaciones traumáticas por accidente.

En una lectura constructivista,^{4,5} la experiencia del sufrimiento se condiciona no solo al individuo, sino que el contexto cultural que le envuelve otorga o reduce los significados de los que el individuo hace uso. No consideramos que la amputación, *per se*, implica un mayor sufrimiento que otras situaciones de la vida. Ni que la discapacidad (término que utilizamos con reservas) es asimilable a sufrimiento.

En el presente artículo se presentan los discursos obtenidos en torno al momento en el que se produce la amputación. Fijamos nuestra mirada en el momento, en el incidente que les costó la pierna. Se indaga sobre el concepto de “ser invulnerable”, la imprevisibilidad de los accidentes y el papel de la casualidad y el azar en la tragedia.

Nuestro objetivo principal es describir y analizar las perspectivas elaboradas en torno al instante del accidente desde el punto de vista de los amputados traumáticos. Pretendemos explorar el universo de los amputados desde un punto de vista antropológico, sondear sus conciencias y bucear en la subjetividad de aquellos cuyas vidas e identidades sufrieron la deceleración metafórica que implica pasar de cien kilómetros por hora a cero en un segundo.

Metodología

Se ha optado por la etnografía como método de investigación. Se ha escogido como unidad de análisis principal a personas amputadas de miembros inferiores. La muestra principal la han constituido diecinueve amputados en su mayor parte procedentes de la Región de Murcia.

También se han seleccionado otros informantes de entre las personas que rodean al amputado y aquellas que se han involucrado en la gestión de su padecimiento. En especial familiares y amigos. Asimismo entrevistamos a profesionales directamente implicados en la gestión de su problema (ortopedas, fisioterapeutas y médicos traumatólogos).

Seguimos la forma de muestreo conocida como en “bola de nieve” o de avalancha. Destacamos la relación de la mayoría de los informantes con el mundo de las motos. En el total de los diecinueve entrevistados, catorce lo son por accidente de moto, uno por accidente de coche y cuatro por enfermedad. La mayoría de los informantes amputados son adultos varones de mediana edad. En cuanto al tiempo transcurrido desde la amputación la mayor parte hacía más de dos años que había sufrido el accidente o la intervención. Tenemos, no obstante, testimonios de personas recién amputadas.

Hemos recogido los datos valiéndonos de la entrevista semiestructurada, el método biográfico y la observación participante. Se recogió información de aspectos referidos a las categorías que nos interesaba estudiar. Previamente a la realización de la entrevista se elaboró un guión general de las cuestiones a tratar. El método biográfico nos ofreció la perspectiva que el tiempo otorga a las circunstancias vividas por los sujetos. En nuestro caso los contenidos no se ajustaban a la totalidad de una biografía sino más bien se restringían a ciertos contenidos temáticos.

Hemos recogido también documentos personales, audiovisuales y escritos, que nos han servido para complementar y enriquecer el discurso de los informantes. Una vez transcritas las entrevistas, las introdujimos en un programa de codificación y análisis cualitativo, el MAXQDA2©. A la hora de analizar los datos hemos seguido el estilo etnográfico

de Taylor y Bogdan⁶ que describen tres fases: Descubrimiento, Codificación y relativización.

Se han seguido escrupulosamente los principales criterios éticos relacionados con la investigación cualitativa (consentimiento informado, confidencialidad y manejo de riesgos).⁷

Resultados y discusión

Reflexiones sobre la invulnerabilidad. El carácter inesperado e incomprensible de los accidentes. En los relatos, el momento del accidente o el proceso de pérdida aparecen como una fotografía, en ocasiones desenfocada y borrosa. En otras a color y con todo lujo de detalles. Por eso hablamos de instantáneas. Podríamos también hablar de fotogramas o de la escena de una película. “*Para mí hay una escena en la película Salvar al soldado Ryan que le cae una bomba a un soldado, y esa escena es casi igual de material como una amputación por un quitamiedos*” (E.12.A).

En ese momento uno se enfrenta a la idea de que no es eterno. A la falaz imagen de continuidad que nos otorga la conciencia. El cambio no solicitado, el deterioro, la vejez, la enfermedad, el dolor y la muerte. Son los fantasmas para los que no hemos sido preparados. Fantasmas porque pertenecen al dominio de lo oculto, de lo irreal y lo impreciso.

Tener presente e incorporada a nuestras vidas la posibilidad de degenerar, desaparecer o de sufrir no implica estar apostados en el pesimismo. Precisamente el miedo al sufrimiento provoca más sufrimiento. Para Bauman,⁸ ese miedo a sufrir constituye por sí mismo un tipo de sufrimiento que azota a los que vivimos inmersos en este modelo social.

El mito de la inmortalidad impregna la colectividad. Cuando hablan del momento del accidente, los amputados traumáticos expresan su sorpresa, su desconcierto. El “*por qué a mí?*” es común en todos los procesos de violenta desestructuración, también en las amputaciones. Los accidentes o los infortunios siempre les ocurren a otros. “*Es tremendo. Lo ves en la tele, lo ves por ahí, lo ves a gente ajena y bueno, no te impresiona (...)* Pero cuando te ocurre o te pasa a ti es...” (E.11.A).

ORIGINALES

La vivencia inicial viene de la mano de la asimilación del accidente a desgracia, a tragedia personal inesperada. A este respecto nos comenta un fisioterapeuta: “*Cuando hay desgracias de este tipo oyes con frecuencia decir, primero por qué me ha pasado a mí y segundo, me han venido a dar dónde más me duele. Esas dos frases yo las he oído muchas veces en gente que ha tenido una desgracia de este tipo*” (E.1. F).

Con frecuencia se es incapaz de asumir el sufrimiento ajeno como real. Esta idea la expone muy bien Sontag.⁹ El sufrimiento de los otros pertenece al ámbito mítico de la imagen televisiva. También se reafirma lo inesperado del hecho en las interpretaciones que los sujetos hacen del acontecimiento que les lleva a perder la pierna: “*Y vine a caer en una curva que todos los días paso por ahí a trabajar. El accidente fue una cosa de éstas que no te esperas nunca. Nunca por nunca.*” (E.6.A).

En nuestra investigación la mayor parte de los amputados entrevistados lo son por sufrir traumatismos en un contexto de accidente de tráfico. Los accidentes tienen un elemento común. Son incomprensibles. Además de poseer un cierto estigma relacionado con la búsqueda de responsabilidades y culpas. “*No hay una preparación para la amputación, y bueno, y pasas de estar normal a ser una persona con un problema de amputación*” (E.1.O).

Entre los profesionales que gestionan los accidentes pervive un modelo argumental culpabilizador y victimista que atribuye las causas de las lesiones de tráfico a la conducta humana individual, el llamado factor humano que argumenta Plasencia.¹⁰ Parece clara la asociación entre accidentes y prácticas estigmatizadas (drogas, despiste, alcohol, excesos de velocidad). Lo que resulta paradójico es que dichas conductas se promuevan desde otros ámbitos sociales como el apoyo al consumo y a la diversión que se hace legítima en el marco de la sociedad del ocio y sus relaciones. Esto condiciona incluso que la respuesta de los profesionales en ocasiones no sea la adecuada.¹⁰

Sin embargo y a pesar del sufrimiento que genera la imprevisibilidad del accidente y el cambio radical que experimentan los amputados, el estrés postraumático, según los estudios epidemiológicos,¹¹

no parece ser el principal síndrome que angustia al accidentado. El sufrimiento dependería de las circunstancias del accidente, de la intensidad del mismo, y sobre todo de la intencionalidad *versus* la accidentalidad. Como su propio nombre indica un “accidente” tiene como principal característica la accidentalidad que lleva aparejados los adjetivos de eventualidad e involuntariedad. Precisamente cuando las causas de la agresión proceden de la intención de dañar del ser humano las consecuencias a nivel psicológico parecen ser más graves.

En un estudio comparativo sobre estrés postraumático (definido como miedo, horror e indefensión al sufrir o presenciar una agresión o una amenaza para la vida),¹² realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco¹¹ se llegó a la conclusión de que solo un 12% de los que han sufrido un accidente de tráfico padecen estrés postraumático frente al 50% de las víctimas de agresiones sexuales, maltrato o terrorismo, circunstancias con evidentes tintes de voluntariedad a la hora de causar daño a otras personas.

Como vemos, el sufrimiento causado por el otro de forma voluntaria es el que carece de sentido. Es el más difícil de asumir. El sufrimiento más inconcebible, y por ende el más terrible, es el que nos viene de nuestros congéneres de manera intencionada (Freud lo contempla como perteneciente al sufrimiento social).¹³

El sufrimiento que no tiene una razón precisa, que no posee ninguna causa exterior a la conciencia es el que se muestra más agudo. Decía Cioran que un sufrimiento que viene de fuera no es tan fecundo como el que se desarrolla de forma inmanente en un ser.¹⁴

Acabamos de ver que en términos psicológicos o biomédicos se establecen unos parámetros para evaluar emociones como el horror o la indefensión tras sufrir un determinado trauma. Pero en el caso que nos ocupa hay que matizar que, aunque ciertamente con el paso del tiempo los recuerdos del accidente no generan angustia, sí que están presentes de modo inseparable en el sujeto, cuyo cuerpo es una viva representación de aquel instante incomprensible que separa y cercena el “ahora”: “*Porque es que el tráfico no lo puedes comprender jamás (...) en mi caso todavía muchísimo más que no*

había sido ni mi culpa. (...) nadie se monta en una moto para que le corten una pierna, pero es un riesgo que corre. Entonces, es que un tráfico es tan difícil de asimilar (...). Es un shock. Ahora sí y ahora no” (E.10.A).

La tutela de la fortuna o el papel de la casualidad en la tragedia. Un cúmulo de casualidades está presente como ingrediente fundamental en prácticamente todos los relatos que acaban en amputación. Si no hubiera hecho esto, si hubiera ido por el otro lado, de no haber estado ahí... son discursos recurrentes. El arcaico debate del destino frente a la casualidad se presenta implícitamente en las historias que hemos conocido. Independientemente de achacar la responsabilidad al otro o a uno mismo, el azar siempre aparece, y con ello no se oculta necesariamente la búsqueda omnipresente de un culpable, de una causa, en definitiva de una responsabilidad.

La idea no es nueva. Hacer de nuestra existencia la representación de un guión previsible es una de nuestras fantasías.¹⁵ El inconveniente surge cuando la realidad se muestra en toda su crudeza y ocurre una catástrofe que nos saca de esa ilusión, de ese camino proyectado en nuestra mente. Algunos de nuestros informantes reconocen que no se puede intervenir en evitar lo ineludible. Son los que han dejado de buscar culpables para dar sentido a lo ocurrido. Algunos lo califican de fatalidad producto del destino. Otros afirman que no creen en la suerte. Sin embargo en su discurso dejan entrever el papel que juegan la suma de casualidades que nos gobiernan: “*Esto son cúmulos de circunstancias, que si no había gravilla en el suelo, si yo no hubiera bajado deprisa, si yo hubiera... etcétera. Lo sumas todo eso y, no tienes el accidente o lo tienes, o te caes, y si el quitamiedos esta dos metros más..., no puedes tú intervenir en esas cosas*” (E.12. A).

Hay sujetos en los que parece que el destino les tenía reservado esto por alguna razón. Existe una visión teleológica. Un informante, a partir de su amputación, ha dedicado su vida a luchar contra las negligencias sanitarias: “*¡Me tenía que pasar esto porque tenía que acabar aquí! (...) eso es lo que ha dado a mí como una recompensa moral*” (E. 9. A).

El hecho de cambiar una rutina o tomar una determinada decisión marca nuestras trayectorias indeleblemente. Si alguno de nuestros informantes no hubiese gozado de forma natural de las facultades para montar en moto nunca lo hubiera hecho y quizás no hubiese perdido la pierna. Esto se correspondería con lo que Rivera denomina azar natural.¹⁶ Aquello que nos ocurre, en parte, es así gracias al camino que se escoge de acuerdo con nuestros determinantes naturales.

Asimismo, cuando se habla de azar social¹⁶ nos estamos refiriendo a que la cultura y el entorno social en el que nos desenvolvemos determina en cierto modo nuestros gustos y aficiones (en un sentido amplio nuestra identidad). El momento histórico que nos ha tocado vivir, la situación económica, la oferta de modelos conductuales y paradigmas disponibles, las libertades y oportunidades disponibles en el contexto social, etc. En este sentido, nuestros informantes, además de ser capaces de manejar una motocicleta de gran cilindrada, han tenido los recursos y han nacido en un momento y en una época en la que contextualmente es posible que un joven decida adquirir una. Esto, por supuesto, no agota las posibilidades que la fortuna o el destino nos deparan.

Sería muy complicado interpretar los datos en base a estos supuestos. La multiplicidad de elementos que concurren en que algo suceda es inabarcable. A esto le denomina Rivera el azar eventual, es decir, el conjunto completo de aquellos acontecimientos contingentes (que fueron así, pero pudieron ser de otra forma) que no dependen de cuáles sean nuestras características personales o nuestras circunstancias externas.¹⁶

La antropóloga Margaret M. Lock, en este mismo sentido, habla de un tipo de fatalidad; la fatalidad aleatoria, Random fatality.¹⁷ En sus trabajos etnográficos sobre los padecimientos advirtió como las personas se refieren a las enfermedades como males que aparecen de forma inesperada. Ese surgir de la nada les confiere un carácter causal autónomo, como si fueran entidades separadas fuera del cuerpo que pueden afectar a cualquiera. Este enfoque causal tiene tintes de aleatoriedad, dejando al afligido en la

posición de víctima del azar frente a la adversidad.

Reconocer que una experiencia traumática es parte del compendio de elementos que conforman nuestra trayectoria vital y que han contribuido de alguna manera a la propia felicidad, implica incorporar las experiencias de sufrimiento a nuestra vida. En ocasiones el accidente marcó una existencia, el destino le llevó a un punto en el que el sujeto ve cosas positivas porque reconoce que no sería quién es sino es por lo que le ocurrió ese día: “*Alguna vez lo he pensado, de hecho. Si no hubiera pasado, no sería como soy, tendría otra vida totalmente distinta a la que tengo. ¿Qué habría pasado si coges este camino o coges ese? Yo ahora mismo no lo cambio lo que tengo*” (E.15. A).

Los amputados recientes no dejan de pensar y de recorrer mentalmente cada instante del día del accidente, recreándose en las otras posibilidades que no fueron las que se dieron en su caso. Es otra muestra del poder del azar eventual en los asuntos humanos: “*Piensas desde que sales y coges la moto a ver qué pasó, hasta antes del impacto (...) dándole vueltas y por qué a mí, ¿Y si no hubiera ido? ¿Si me hubiera quedado a tomar una cerveza?*” (E.18. A).

El poder de la ciencia. Hacia la inmortalidad del cuerpo. “El médico debe curar al enfermo de sus males pero también ayudarle a situarse inteligentemente en la realidad, librándole de ensoñaciones tecnológicas que le hagan creer, por ejemplo, que todo es posible” (José Luis González).¹⁸

No resulta fácil acoplarse a un infortunio propio. En este sentido se han generado diversos mitos en torno a la curación y la reparación del cuerpo: “*Somos culpables en cierta medida por comunicar exclusivamente o de forma notoria los éxitos de la Medicina que las grandes dificultades (...) ¿Cómo es posible que haya enfermedades incurables? En oncología pasa algo parecido (...) En el caso de la traumatología se venden fundamentalmente los éxitos*” (E.2. T).

Queda la duda de si se ha hecho todo lo viable (todo lo que la tecnología sanitaria pudiera haber hecho). Esto suele estar presente en el imaginario de los amputados y es precisamente una cir-

cunstancia que dificulta la asunción de lo ocurrido. Prolonga el impacto inicial, el sufrimiento. Es un hecho. “*Si entras directamente en quirófano y te amputan, pues te pasa como a gente que tenemos aquí, que no hicieron lo suficiente, es que fue una negligencia, es que no quisieron salvarme la pierna, es que no sé qué, es que no sé cuánto. ¿Comprendes? O sea, no asumes*” (E.1. O).

La tecnología sanitaria vende implícitamente el concepto de inmortalidad. El cuerpo se puede reavivar. Ya no es un mito. El cuerpo puede ser manipulado y proyectado hacia la “no mortalidad” sin pagar un precio elevado a los dioses.¹⁹ Pero no hay que olvidar que el cuerpo se construye en la cultura.

La impronta cultural determinaría las experiencias de los sujetos y relativizaría sus interpretaciones de la realidad. Schepher-Hughes y Lock hablan, en un artículo clásico sobre antropología del cuerpo, acerca de percepciones etno-anatómicas para referirse a las relaciones entre el cuerpo experimentado y las concepciones sobre la imagen corporal.²⁰ Esas percepciones nos dan información sobre los significados atribuidos al ser humano en un contexto cultural concreto. En nuestro contexto encontramos recién amputados en los que es más evidente la disconformidad con la cuestión de la objetivación social de la diferencia. Hay otros que se exhiben, que han hecho de la amputación un pilar identitario y de autoestima. En este sentido afirma Isabel Gentil, en su investigación sobre identidad y cojera, que ha sido la deformidad lo que ha posibilitado que el yo se expanda y enriquezca.²¹ Coincidimos con esta investigadora cuando afirma que lo que suponía un hándicap o una atadura es ahora un motor de construcción identitaria. Un motivo de orgullo y de pertenencia.

Conclusiones

En las entrevistas siempre comenzábamos hablando de los momentos. Eso nos dio pie a interpretar el tiempo. Advertimos como muchos moteros, con un estilo de vida ligado al ocio, experimentaban el cambio de trayectoria, el frenazo que supone el suceso, de 100 a 0 km/h. Percibimos en los discursos la riqueza con que aparecían las metáforas y los giros del lenguaje en relación a la veloci-

dad y al tiempo al relatar el momento del accidente. En este artículo nos hemos detenido en el momento del accidente, momento que cercena la falsa noción de continuidad temporal y corporal.

Nos encontramos con que, efectivamente, sufrir implica la mágica detención de las agujas del reloj. La perspectiva subjetiva del tiempo modifica todos los compases de la vida del sujeto. Cuando se sufre, la película de nuestra vida va a cámara lenta. La fenomenología de la percepción vital nos ofrece una vida previa sobrevalorada en aquellos que tienen reciente la amputación. El presente en los recién amputados es doloroso y es el punto de referencia. Por eso el futuro se presenta incierto y el pasado se sobreestima. En todos los casos recientes quién marca el ritmo es la amputación, y el tiempo lo acapara la espera.

Otra de las cuestiones que nos interesaba es la idea moderna de inmortalidad y como aparecía en las experiencias de amputación. La muerte y el sufrimiento como no-posibilidades que de repente se materializan. Somos (nos creemos) inmunes a la adversidad. Parte de la responsabilidad emana de una concepción sobrevalorada del poder de la ciencia en la reparación del cuerpo. No solo somos invulnerables, también estamos exentos de responsabilidad en nuestras acciones. La culpa la tienen siempre otros. Hemos comprobado cómo se insertan las experiencias trágicas con la asunción de responsabilidades. Adjudicarse cierta responsabilidad ayuda a pasar página y mitiga los sufrimientos.

En la experiencia de sufrimiento tiene su impronta el carácter deseado o no de las amputaciones. Inesperado o previsible. Solicitado o desinformado y súbito.

Un mismo hecho, como es la pérdida de una pierna, puede suponer desde una liberación (en los enfermos vasculares) hasta un castigo (en los amputados traumáticos).

La gestión médica del amputado se basa fundamentalmente en la visión dominante de su proceso como un hecho meramente bio-mecánico o biológico. Una reparación, que en la mayoría de los casos obvia la experiencia de la enfermedad como hecho complejo que tiene un itinerario.

Por lo tanto no es de extrañar que la persona amputada sea vista, desde la perspectiva médica, como un fracaso. El punto de partida es el fracaso terapéutico. El inicio del problema es precisamente la incapacidad de salvar la pierna. La persona se cosifica.

Esta es la fotografía del punto de partida de un itinerario como amputado. La cuestión no se agota aquí. Tan solo presentamos las historias en torno al hito que cambia la trayectoria vital. Instantáneas de un momento.

Bibliografía

1. Casals Riera R. La opción de Esteban. Dos testimonios en torno a un mismo padecimiento. *Index de Enfermería* 2001; 34. Disponible en http://www.index-f.com/indexenfermeria/34revista/34_articulo_42-47.php [acceso: 23/04/2013].
2. Leyva Moral JM. Del dolor a la pérdida. Relato de un amputado en primera persona. *Arch Memoria* 2006; 3(3). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a30603.php> [acceso: 23/04/2013].
3. Lévinas E. El sufrimiento inútil. En: *Entre nosotros*. Lévinas, E. Ensayos para pensar en otro. Valencia: Pre-textos, 2001: 113-126.
4. Berger P, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
5. Berger P, Luckmann T. *Modernidad, Pluralismo y crisis de sentido: la orientación del hombre moderno*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002.

6. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1994.
7. Noreña A, Alcázar Moreno N, Rojas J G, Rebollo Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* 2012; 12(3): 263-274.
8. Bauman Z. *Europa. Una aventura inacabada*. Madrid: Losada; 2006
9. Sontag S. *Ante el dolor de los demás*. Madrid: Santillana, 2003:39
10. Plasencia A, Cirera E. Accidentes de tráfico: un problema de salud a la espera de una respuesta sanitaria. *Medicina Clínica*, 2003; 120(10):378-379.
11. Echeburúa Odriozola E, de Corral Gargallo P, Amor PJ. Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta*, 1998; 24(96): 527-555.
12. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2008.
13. Freud S. *El malestar en la cultura*. En: Freud, S. *Obras completas*. Tomo 8. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001: 3017-3067.
14. Cioran EM. *El libro de las quimeras*. Barcelona: Tusquets; 2001, p. 30.
15. Rivera JA. *La negra espalda de Javier Marías. Claves de razón práctica*, 2001; 111:68-76.
16. Rivera JA. *El gobierno de la fortuna*. Barcelona: Crítica; 2000.
17. Lock M. *Cultivating the body: Anthropology and Epistemologies of bodily practices and knowledge*. *Annu. Rev. Anthropology*, 1993; 22:133-155.
18. González Quirós JL. *Medicina, antropología y política en la formación del médico*. En: *Simposio Internacional sobre valores, hechos y razones en el ámbito sanitario: la racionalidad acotada*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2008, p. 14.
19. Ortega N M. *Del mito de la inmortalidad al paradigma emergente del cuidado de la vida humana*. 2008. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1075/1/Del-mito-de-la-inmortalidad-al-paradigma-emergente-del-cuidado-de-la-vida-humana.html> [acceso: 18/11/2010].
20. Scheper-Hughes N, Lock M. *The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1987; 1:6-41.
21. Gentil I. *Construcción de la identidad desde la minusvalía en personas con cojera*. *Index de Enfermería* 2008; 17(4):241-245.

CAMPUS INDEX



NUEVOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN A DISTANCIA
SUMERGETE EN EL CONOCIMIENTO HUMANISTA DEL CUIDADO

Cómo realizar sesiones clínicas en enfermería Actualización de Enfermería en el entorno Quirúrgico Cómo realizar grupos focales



Cursos Acreditados por la Comisión Nacional de Formación Continua

INFORMACION

Fundación Index - Área de Formación - Apartado de correos nº 734, 18080 Granada
Teléfono/fax: 958-293304 - secretaria@ciberindex.com <http://www.index-f.com>