

## Experiencia del paciente politraumatizado y sus consecuencias

Luciana Paiva<sup>1</sup>

Lídia Aparecida Rossi<sup>2</sup>

Maria Cristina Silva Costa<sup>3</sup>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>4</sup>

Se trata de una investigación etnográfica realizada con el objetivo de comprender los significados de la experiencia del trauma en pacientes politraumatizados. Fueron utilizadas las siguientes técnicas de recolección de datos: observación directa, entrevista semi-estructurada y diario de campo. Obtuvimos narraciones biográficas de 11 personas víctimas de traumas y 10 familiares, como informantes secundarios. El análisis de los datos consideró el conjunto de los datos de cada participante y el todo de los datos de todos los sujetos, buscando diferencias y similitudes. Los sentidos atribuidos a la experiencia del trauma se asocian a sentimientos interrelacionados de miedo, inseguridad, rabia, vulnerabilidad y sufrimiento y a los significados de calidad de vida que convergen para la valorización de la salud, trabajo y apoyo por las redes sociales. Este análisis muestra que las concepciones y vivencias del trauma son factores condicionantes del proceso salud-enfermedad y fundamentales para la planificación de acciones de salud pública dirigidas a la atención de las necesidades individuales.

Descriptores: Calidad de vida; Traumatismo Múltiple; Antropología Cultural; Investigación Cualitativa.

<sup>1</sup> Enfermera, Maestría en Enfermería, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil. Email: luciana.paiva@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

<sup>3</sup> Doctor en Ciencias Antropología Social, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: mccosta@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

---

Correspondencia:

Lídia Aparecida Rossi  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Av. Bandeirantes, 3900  
Bairro Monte Alegre  
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
Email: rizzardo@eerp.usp.br

## Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências

Esta é uma investigação etnográfica, realizada com o objetivo de compreender os significados da experiência do trauma entre pacientes politraumatizados. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: observação direta, entrevista semiestruturada e diário de campo. Obtiveram-se narrativas biográficas de 11 pessoas, vítimas de traumas, e 10 familiares, como informantes secundários. A análise dos dados considerou o conjunto dos dados de cada participante e o todo dos dados de todos os sujeitos, buscando por diferenças e similaridades. Os sentidos atribuídos à experiência do trauma se associam a sentimentos inter-relacionados de medo, insegurança, revolta, vulnerabilidade e sofrimento e aos significados de qualidade de vida que convergem para a valorização da saúde, trabalho e apoio pelas redes sociais. Esta análise mostrou que as concepções e vivências do trauma são fatores condicionantes do processo saúde/doença e fundamentais para o planejamento de ações de saúde pública voltadas ao atendimento das necessidades individuais.

Descritores: Qualidade de vida; Traumatismo Múltiplo; Antropologia Cultural; Pesquisa Qualitativa.

### The Experiences and Consequences of a Multiple Trauma Event from the Perspective of the Patient

This was an ethnographic investigation with the aim of comprehending the meanings of the trauma experience among multiple trauma patients. The following techniques were used for data collection: direct observation, semi-structured interview and field diary. Biographical narratives were obtained from eleven trauma victims, and ten relatives as secondary informants. The data analysis considered the set of data of each participant and all data of all subjects, searching for differences and similarities. The meanings attributed to the trauma experience are associated with interrelated feelings of fear, insecurity, anger, vulnerability and suffering and to the meanings of quality of life that converge to valorize health and work appreciation and support by social networks. This analysis shows that the concepts and experiences of the trauma are conditioning factors of the health-disease process and they are essential in planning public health actions to meet the needs of individuals.

Descriptors: Quality of life; Multiple Trauma; Anthropology, Cultural; Qualitative Research.

## Introducción

En las últimas décadas, estudios epidemiológicos brasileños indican la progresión de las tasas de mortalidad, morbilidad e invalidez causadas por trauma, lo que se configura como un grave problema social en el país. Graves también son sus repercusiones económicas, una vez que puede no sólo perjudicar la capacidad de trabajo de las víctimas, como demandar alto costo con la rehabilitación en virtud de las incapacidades temporales o permanentes, de él provenientes. Además de eso, entre las posibilidades de perjuicios ocasionados por el trauma están expresivos déficits físicos, mentales y cognitivos, con compromiso de calidad de vida de las víctimas y de sus familiares<sup>(1)</sup>.

El aumento del número de sobrevivientes y la mejoría de los resultados funcionales ha llevado a una mayor preocupación con evaluación de la calidad de vida de pacientes con traumas múltiples. Sin embargo, el enfoque de esas evaluaciones está predominantemente centrado en la mensuración de aspectos objetivos, sin, muchas veces, considerar la experiencia de aquellos directamente afectados por el trauma.

Los sobrevivientes de traumas graves admitidos en las unidades de terapia intensiva tienen deficiencias significativas relacionadas a las complicaciones múltiples provenientes de la pérdida significativa de masa muscular

y déficits cognitivos. El aumento de la edad, traumatismo craneano, el tiempo de permanencia en la UTI, enfermedades preexistentes, la necesidad de procedimientos quirúrgicos y las fracturas de miembros inferiores han sido asociadas con peores resultados de calidad de vida<sup>(2-3)</sup>. El trauma puede afectar todas las partes del cuerpo y sus secuelas pueden diferir de forma substancial, de la misma forma la experiencia de la persona víctima de trauma es única. Así, la evaluación de calidad de vida tiene que considerar esas diferencias. Se observa, en la literatura, que los aspectos relacionados a la calidad de vida y estado de salud han sido principalmente mensurados por instrumentos como el SF-36<sup>(4)</sup>, con un enfoque en la adaptación después del trauma y a los problemas psicológicos envueltos en el desarrollo del estrés post-trauma.

Encontramos, en la literatura, un único estudio, realizado con un grupo de pacientes chinos con trauma medular, que enfocó los significados culturales de calidad de vida a partir de la perspectiva del grupo e identificó cinco dominios de calidad de vida, que fueron: físico, psicológico, económico, bienestar social y ambiental (considerados los aspectos relacionados a la discriminación y al apoyo gubernamental)<sup>(5)</sup>.

Los análisis de trabajos científicos, publicados en este periódico, permitieron identificar que los artículos analizaron índices de gravedad del trauma<sup>(6-7)</sup> y evaluaron la calidad de vida por medio de instrumentos genéricos<sup>(4)</sup>, lo que fortalece la importancia y la contribución de esta investigación a la comunidad científica.

La perspectiva antropológica, aplicada al área de la salud, ofrece subsidios que viabilizan la aprehensión de la experiencia del trauma y sus dimensiones culturales. En un contexto cultural heterogéneo y dinámico, como es el de las sociedades contemporáneas, es relevante considerar los distintos significados socialmente atribuidos a las enfermedades, así como las relaciones interpersonales, prácticas, creencias e identidad social que impregnan la experiencia de la enfermedad. Esa comprensión puede estimular un cuidado entendido como humanitario, en que se articulan competencia técnica y respeto a la condición humana<sup>(8)</sup>.

Nuevas tendencias apuntan para la inclusión del contexto sociocultural de los grupos en la asistencia a la salud, cuyo impulso inicial remite al desarrollo de la Antropología Interpretativa<sup>(9)</sup> y sus influencias en la Antropología Médica norteamericana, desde los años de 1970<sup>(10)</sup>. Esta vertiente fundamenta la construcción de un nuevo paradigma para el estudio de la relación entre salud, enfermedad y cultura, valorizando la construcción cultural de enfermedad e incluyendo la experiencia de la

enfermedad, a partir de la lógica accionada por el enfermo para explicarla y actuar sobre ella.

El reconocimiento de la importancia de la comprensión de la experiencia de la enfermedad (en el caso del trauma y sus consecuencias) se encuentra en la base de este artículo. Este trabajo resulta de un estudio etnográfico realizado con pacientes víctimas de traumas múltiples, en la ciudad de Uberaba/MG, que busca comprender significados culturales de la experiencia del trauma. De esa manera, pretende ofrecer subsidios para que los profesionales de salud puedan identificar aspectos relacionados al trauma mediante la valorización de la comprensión de la lógica que orienta las prácticas y concepciones de un grupo de personas que lo experimentan.

## Metodología

Este artículo se basa en la investigación etnográfica realizada entre septiembre de 2007 y octubre de 2008. La investigación etnográfica se orienta a la interpretación de los significados de conductas, relaciones sociales, rituales, valores, etc., articulándolos con el contexto sociocultural en que son producidos. Este mismo intento se encuentra en los análisis aplicados a la salud, bajo la inspiración de la Antropología Médica, que privilegia la construcción cultural de la enfermedad y los sentidos que grupos y pueblos diversos atribuyen al proceso salud-enfermedad. Desarrollada, inicialmente, por un grupo de autores de la Universidad de Harvard, la Antropología Médica proporciona elementos importantes para la aprehensión y análisis de la dimensión simbólica de la enfermedad. Entre esos subsidios, se encuentran la distinción de los modelos explicativos de enfermedad en modelos profesionales (centrados en la enfermedad y sus síntomas; desarrollados en el campo de la ciencia) y los modelos culturales (de base popular, utilizados por los enfermos y sus familias)<sup>(10)</sup>. Articulada con esta diferencia, la Antropología Médica establece diversos conceptos para la enfermedad: *disease* se refiere a la enfermedad como proceso, a la anormalidad del proceso biológico, desde el punto de vista del profesional de la salud; *illnes* corresponde a la experiencia subjetiva de la enfermedad, se relaciona con el modelo conceptual utilizado por el enfermo para explicarla y actuar.

Fundamentado en la Antropología Interpretativa y en la Antropología Médica, este estudio consiste en un análisis interpretativo dirigido a comprender los significados de la experiencia del trauma entre pacientes politraumatizados. En la búsqueda de esa comprensión, el análisis converge para la cultura entendida como telas de significados entrelazados tejidos colectivamente por el hombre<sup>(9)</sup>,

que reflejan las diversidades históricas y desigualdades sociales que caracterizan a la mayoría de las colectividades humanas, universo de significados en cuyos términos los individuos y grupos interpretan sus experiencias y guían sus acciones.

Destacando la experiencia de la enfermedad (*illnes*), comprendida en un contexto simbólico caracterizado por normas, significados e interacción social específicos, el estudio que originó este artículo adoptó los siguientes criterios de inclusión de los sujetos: personas de ambos sexos, con edad por encima de dieciocho años, residentes en Uberaba, que sufrieron traumatismos múltiples, admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Escuela de la Universidad Federal del Triangulo Mineiro, en la ciudad de Uberaba/MG, entre enero de 2005 y diciembre de 2006, y que ya habían recibido alta hospitalaria.

Fueron seleccionados treinta y cuatro posibles participantes, por las fichas de pacientes que atendieron a los criterios de inclusión. Después del levantamiento de los datos en las fichas, se constató que doce pacientes habían fallecido y que diez no residían en la ciudad de Uberaba. Después del contacto inicial, once sujetos aceptaron participar de la investigación. Participaron, también, como informantes secundarios, diez familiares que ejercían el papel de cuidadores de los sujetos; apenas uno de los protagonistas de la investigación no contaba con un familiar cuidador.

Las técnicas utilizadas en el proceso de recolección de los datos consistieron de entrevista semi-estructurada, observación directa, diario de campo y narrativas biográficas, que permitieron la interpretación de los sentidos dados por los participantes a sus experiencias.

Las entrevistas semi-estructuradas, transcritas inmediatamente después del término de cada visita, fueron guiadas por las siguientes preguntas iniciales: Hábleme sobre el accidente; Cuénteme lo que le sucedió. La orientación de las entrevistas priorizó la aprehensión de los significados de la experiencia del trauma, de las dificultades enfrentadas y de la calidad de vida. Para cada uno de los sujetos de la investigación, fue estructurado un "dossier narrativo", compuesto de datos de identificación, notas de campo, narrativas transcritas en su totalidad y datos obtenidos del prontuario. En el análisis, los datos de cada participante fueron evaluados separadamente y, después, relacionados con los del conjunto de los participantes. A partir de ese proceso, inicialmente fueron identificadas y agrupadas las unidades de significado y, en seguida, esas unidades fueron categorizadas, lo que posibilitó la construcción de los núcleos temáticos.

La realización de la investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (Protocolo nº 0757/07). Para identificación de los participantes, fueron utilizadas las siguientes informaciones: Número del sujeto (S seguido por el número), Sexo (Masculino M o Femenino F) y edad.

## Resultados y Discusión

El grupo estudiado se constituyó de ocho hombres y tres mujeres, con edad entre 18 y 49 años, la mayoría soltera y sin hijos, con nivel de escolaridad entre tres y dieciséis años (predominio de enseñanza fundamental incompleta) y bajo poder adquisitivo (seis tenían renta mensual igual o inferior a un salario mínimo). Todos sufrieron traumas múltiples en consecuencia de accidentes: colisión de moto (6), bicicleta (2), u otro vehículo (1), y caída (2). Los traumas lesionaron, principalmente, las siguientes áreas: cráneo (8); extremidades (6); tórax (4); rostro (4) y abdomen (3). Un paciente sufrió trauma raquídeo medular y tres no presentaron secuelas después del trauma. Siete tuvieron como secuela más importante la disminución de la movilidad; además de esta, fueron mencionadas alteraciones metabólicas como hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*; leucemia mieloide y estenosis de tráquea. En promedio, los sujetos estuvieron en internación hospitalaria por 32 días y, en la Unidad de Terapia Intensiva, por 13 días (en intervalos que variaron, respectivamente, de 3 a 84 días y de 2 a 37 días).

Las narraciones y conductas de los participantes permiten constatar que los sentidos atribuidos por los sujetos a la experiencia del trauma están relacionados a las secuelas y se identifican, sobre todo, con las dificultades enfrentadas. Los sentidos de la experiencia se asocian a sentimientos relacionados de miedo, inseguridad, rabia y vulnerabilidad ante el surgimiento de patologías provenientes del trauma, al agravamiento del cuadro clínico y a percepciones negativas de la imagen corporal y de las limitaciones de la movilidad. Una importante fuente de atribución de sentidos a la experiencia del sufrimiento, también construida con base en sentimiento, está relacionado a lo sagrado.

Las declaraciones y acciones de los sujetos aseguran, también, la aprehensión de los significados que atribuyen a la calidad de vida, para los cuales converge, prioritariamente, la valorización de la salud, del trabajo y del apoyo por las redes sociales. En ese caso, resalta una evaluación negativa de la calidad de vida después el trauma, en lo que se refiere a la salud y al trabajo; entre

tanto, ella es representada positivamente, cuando asociada al apoyo de la red familiar.

Identidad personal, autonomía y capacidad de trabajo estructuran, en profundidad, la atribución de significados a la experiencia del trauma, catalizando las unidades de significados identificadas en las declaraciones y acciones de los sujetos de la investigación.

### Enfrentamiento del trauma: momento inicial

La mayoría de los participantes aclara haber sabido como ocurrió el trauma, por medio de relato de familiares o de personas que presenciaron el accidente; sus declaraciones revelan la inexistencia de registro del acontecimiento en su memoria. Así, las narrativas se inician con un recurrente *no recuerdo lo que sucedió*.

En que pese a la ausencia de recuerdos, que probablemente apaga un dolor insoportable, los sujetos elaboraron explicaciones para lo ocurrido. Las causas más frecuentes identificadas por ellos se inscriben en la instancia de lo sagrado (designios de Dios), se articulan con comportamientos individuales (uso de bebidas y de drogas ilícitas), o se vinculan a deficiencias ambientales y sociales (inseguridad del ambiente de trabajo y falta de señalización).

En su mayor parte, los recuerdos evocados en asociación al accidente son relativos a la percepción de las alteraciones de la imagen corporal: *...creo que cambió mucho mi rostro, quedó diferente a mi fisionomía y mi brazo también quedó horrible (S2, M, 32)*. Con relación a esas imágenes iniciales retenidas en la memoria, los participantes de la investigación admiten haber sentido, de manera intensa, vergüenza (algunos todavía la sienten) por el aspecto de su cuerpo modificado por el trauma, destacando el temor de las posibles reacciones negativas de otras personas. El sentimiento de vergüenza parece anticipar como otros van a percibirlos, definirlos, decirles quien ellos son. Se trata, en verdad, del reconocimiento de la relevancia de un cambio capaz de afectar, temporariamente o permanentemente, la identidad personal de los sujetos que es, como cualquier otra, construida de manera relacional y tiene como coadyuvantes en esa construcción aquellos de su convivencia próxima o distante. La identidad personal, que se concretiza como un proceso de ajuste de la subjetividad al espacio social, contiene un aspecto interior, psíquico y otro externo, social<sup>(11)</sup>.

La memoria es de intensos dolores físicos y psíquicos. En aquel momento, los principales celos se refieren a los cambios corporales, especialmente a la pérdida de movilidad, de la capacidad de trabajo y de la apariencia. Algunos se transforman en los peores miedos confirmados:

*A veces no creo que necesite usar pañales, comer con inyección... Cuando recibí alta de la Santa Casa, el médico me habló: Usted no va a caminar más. Yo lloré y le dije: yo quiero tratar (S1, M, 30).*

Todos los sujetos relatan su búsqueda de comprensión para lo que estaban viviendo en la fase inicial de adaptación, cuando se enfrentaron con cuestiones relacionadas a la búsqueda de significados para el sufrimiento, las pérdidas sufridas y la vida. Explicitan el accionamiento de una lógica construida en la esfera de lo sagrado como referencial importante para responder a sus dudas metafísicas y soportar el enfrentamiento de las dificultades experimentadas: *Cuando yo estaba en el CTI, yo no me veía en el hospital, yo me veía en un lugar donde alguien tomaba cuenta de mí, era el centro (espírita) (S8, F, 38).*

Las reminiscencias del grupo revelan los principales elementos accionados por los sujetos para la atribución de significados a lo vivido, en ese primer momento de enfrentamiento de la realidad después del trauma: imagen corporal, movilidad, trabajo, religión.

### La cronicidad de las dificultades

Los participantes del presente estudio se perciben como enfermos crónicos, concibiendo ese "estar enfermo" como volverse físicamente dependiente, no poder trabajar y ser estigmatizado delante de las alteraciones provocadas por el trauma. *Parece que todo el mundo me mira como un pobrecito que es deficiente por causa de la pierna (S4, M, 27)*. El estigma, en ese caso, se desencadena delante de un determinado problema de salud y la persona pasa a ser rotulada, evitada y degradada por las personas próximas<sup>(12)</sup>, que no necesariamente son de la familia y eventualmente, la familia y los propios sujetos anticipan la reacción negativa de los otros.

Se conciben como enfermos también porque tuvieron su movilidad reducida por las secuelas del trauma: *En el momento, yo siento que no tengo salud; estoy incapacitada de hacer muchas cosas por causa de esa respiración. Entonces yo creo que tener salud es poder ir y venir. A veces, tengo voluntad de hacer una caminata y no puedo... (S8, F, 38)*. Ese enfermarse que permanece en la vida de los portadores de secuelas más graves es acompañado por sentimientos de angustia, sufrimiento emocional y espiritual, dolor y dudas, dificultades y factores estresantes que promueven cambios en el bienestar, realidad también retratada en la literatura especializada<sup>(13)</sup>.

La vida de personas que sufrieron traumatismo múltiple, con secuelas funcionales y estéticas, pasa por modificaciones radicales, que implican incapacidades diversas y alteraciones de la identidad personal, de las condiciones físicas y mentales, del estado social,

del empleo, de las finanzas, de los proyectos de vida, aspiraciones religiosas y relaciones personales<sup>(10)</sup>. Las alteraciones e incapacidades configuran lo vivido, en los términos del conocimiento médico, como condición crónica de salud. También, es necesario resaltar que la condición crónica se presenta como una experiencia de vida envuelta por conocimientos, percepciones y prácticas aprendidas. Además de eso, la experiencia de la condición crónica incorpora todo el círculo social del sujeto: familia, amigos, compañeros de trabajo<sup>(10)</sup>.

La experiencia de la condición crónica desencadenada por el trauma es representada por casi todos como una ruptura biográfica, que modifica radicalmente estilo y calidad de vida, trabajo y condición social, dados los problemas materiales con que se enfrentan. Solamente uno de los participantes afirma que la vida mejoró después del trauma; los demás participantes refirieron un sentimiento de vulnerabilidad asociado al agravamiento del cuadro clínico y al surgimiento de nuevas enfermedades, dependencia física, incapacidad para trabajar y uso de medicaciones.

En la evaluación de la calidad de vida después del trauma, los participantes resaltan la reducción de la renta mensual proveniente de la incapacidad para la continuidad del trabajo, disminución de la movilidad física, problemas crónicos y amnesia ligada al trauma. Destacan, por otro lado, la importancia de la familia en el apoyo emocional y en el rescate del equilibrio de la vida financiera.

Debido a las muchas experiencias negativas vinculadas a las secuelas del trauma que duran, el individuo portador de esa condición crónica desenvuelve una auto-imagen fragmentada. El sufrimiento del enfermo crónico se sitúa en incomodidad física, en las restricciones de la vida, en las modificaciones de la imagen y/o de la función corporal, en el aislamiento social y en la pérdida de autonomía<sup>(14)</sup>. Por lo que se observó entre los sujetos de esta investigación y de otras, cuando la relación entre el cuerpo y el yo es mediada por valores religiosos, morales o espirituales, la experiencia del sufrimiento adquiere significados que promueven la posibilidad de rescate de una autoimagen integrada<sup>(10)</sup>.

Los sujetos mencionan la fe en Dios como apoyo para enfrentar la situación experimentada después del trauma, y afirman: *iDios es todo! iDios es resignación! Primero tiene que ser Él, después las otras cosas!* Ellos reconocen, como otros miembros de las clases populares brasileñas, la existencia de un poder superior capaz de actuar sobre todas las cosas, un Ser que dirige la vida y trae seguridad, paz, armonía para el enfrentamiento del sufrimiento, de las dudas y de la angustia<sup>(15)</sup>. La creencia y la espiritualidad,

indica la literatura, son condicionantes importantes para la salud y, en especial, para las condiciones de estrés<sup>(13)</sup>. Solamente uno de los participantes de este estudio revela no tener creencia religiosa y atribuye el hecho a la desigualdad de la experiencia del sufrimiento entre las personas. *Si existiese Dios, él no podía hacer a unos sufrir más que a otras personas* (S5, M, 26).

Se desprende de las declaraciones que, en el proceso de enfermarse, las creencias movilizadas asumen papel fundamental para atribución de sentido al sufrimiento. Esas creencias afectan la percepción y la lectura del mundo, el conjunto de alternativas posibles para la toma de decisiones y la selección de acciones a ser emprendidas. *A veces, yo no estoy aguantando el dolor en las piernas, ahí pienso que va a pasar y Dios me ayuda con seguridad* (S1, M, 30).

Algunos autores también muestran que la fe, independientemente de la religión, es uno de los soportes importantes en los tratamientos de salud y en la calidad de vida y que los mecanismos espirituales, como experiencias de conexión con Dios o con otras divinidades tiene gran significado en el proceso de rehabilitación de las condiciones crónicas<sup>(16-17)</sup>.

Otro foco importante para la atribución de sentido positivo a la experiencia – y que, los sujetos reconocen, estimulan el tratamiento y el proceso de rehabilitación – son las redes de apoyo.

Para los participantes del estudio la familia representó su principal red de apoyo, marcando el proceso de enfrentamiento de la condición crónica de manera positiva. Ninguna otra red de apoyo es indicada por los sujetos que, también, relatan cambios en la relación con amigos, afectando negativamente el proceso de rehabilitación: *la convivencia con las otras personas quedó peor, las personas se alejan de nosotros y cada uno vive su vida* (S8, F, 38).

A pesar de las consecuencias del trauma (incapacidades físicas, cambios en las relaciones sociales, cambios en el estilo de vida), varios sujetos asumen que la experiencia redundó en mejor convivencia familiar y reconocen que la mejoría de la relación familiar fue un factor importante en el proceso de rehabilitación. Los familiares fueron considerados como importantes cuidadores en el proceso de enfermarse y en la atención de sus necesidades básicas. Algunos, por ejemplo el sujeto a seguir, mencionaron que después del trauma, *la familia es todo, quedamos más unidos. Nuestra familia quedó más fuerte* (S6, F, 18). La posibilidad de accionamiento del apoyo familiar fue entendida por el grupo como una estrategia que posibilitó la comprensión del proceso de enfermarse y la reacción positiva a la experiencia de enfermarse<sup>(18)</sup>.

La condición crónica, sea debida a trauma o enfermedad, coloca a los individuos delante de limitaciones físicas y situaciones que cambian la relación de la persona con el trabajo, con sus familiares, amigos y compañeros. La inserción en redes de apoyo social contribuye para el enfrentamiento de los cambios y para la atribución de sentido al dolor, a las pérdidas y dificultades. Entre esas redes de apoyo, se destaca la familia, en la promoción de bienestar, soporte emocional, socia en el embate con los cambios<sup>(19-20)</sup>.

### Imagen corporal, trabajo y autonomía

La percepción de modificaciones en la imagen corporal y sentimientos relacionados a la invalidez se encuentran en la base de la atribución de significados al trauma, entre aquellos que presentan secuelas más importantes. Estos se conciben como inválidos y la invalidez es asociada, sobre todo, a la pérdida de movilidad de partes del cuerpo y de autonomía, incapacidad física para el trabajo y para la realización de actividades cotidianas: *Sé que no voy más a conseguir trabajar como protético porque perdí los movimientos de la mano izquierda por el encogimiento que tuve en el tendón y eso es una secuela para la vida entera. [...] Yo no conseguía cargar nada.* (S2, M, 32).

La dependencia en relación a otros se revela extremadamente problemática para los individuos que sufrieron pérdidas comprometedoras de su movilidad. Al concebirse como inválidos, siempre destacan esa dependencia y los obstáculos enfrentados en su cotidiano, inclusive en la propia casa, debidos a la inadecuación de edificaciones, vehículos, planificación urbana, predios públicos, etc. a las necesidades especiales de que son portadores.

Nueve entre los once sujetos del estudio residen en casa propia, en áreas de la periferia de la ciudad. Los participantes con mayor limitación física revelan las muchas dificultades encontradas en sus domicilios, cuya estructura física no es adecuada a sus necesidades: *Aquí en casa no hay estructura para silla de ruedas, no consigo entrar en el baño porque la puerta es muy estrecha* (S10, M, 37). Problemas semejantes fueron encontrados en otras residencias, como registra, por ejemplo, el diario de campo relativo a otro participante de la investigación (S1, M, 30): "casa de albañilería con cuartos muy pequeños que dificultan el movimiento de la silla de ruedas".

Los obstáculos al desplazamiento en silla de ruedas no se limitan, entre tanto, al espacio de la residencia. El paciente que presenta la limitación física más grave, entre todos, se refiere a las dificultades encontradas en la estructura del edificio donde se localiza el servicio de

Previdencia Social que le presta atención: *es difícil ir allá porque la última vez que fui, mi hermano tuvo que cargarme porque ellos determinaron en un lugar lleno de escaleras* (S1, M, 30). En cuanto a los servicios públicos, las quejas no se limitan, únicamente a los entresijos arquitectónicos: la demora de los procesos y la dificultad para la realización de exámenes de alto costo por el SUS fueron indicadas, por el grupo, como obstáculos relevantes al proceso de rehabilitación.

La condición de inválido que ellos se atribuyen, caracterizada por la pérdida de movilidad corporal, se relaciona, invariablemente, con dos calidades concebidas por ellos como esenciales a los seres humanos plenos: capacidad de trabajo y autonomía. De la autonomía, se ven privados hasta mismo en las actividades simples y cotidianas. La incapacidad para trabajar despunta como principal obstáculo al bienestar familiar y a la concretización de proyectos de vida. Retomar el trabajo se reviste de la característica de sueño de confort material para la familia y de una vida plenamente integrada a la sociedad: *...trabajando para garantizar un futuro mejor para mí y para mis hijas. Necesito creer que voy a conseguir todo eso, si no, voy a quedar muy triste de haber pasado todo que lo que pasé y no tener derecho al lado bueno de la vida (...) con condiciones de ver mi a hija estudiar* (S6, F, 18).

Frente a la incapacidad para el trabajo, quien no es más el mismo y siente falta de la propia vida se concibe como dependiente, debilitado, enfermo y despreciado. Es posible inferir de las entrevistas, que la condición de deficiente, o de inválido con que se identifican los sujetos está vinculada a las pérdidas de movilidad y de capacidad de trabajo entendidas, a su vez, como pérdida de autonomía. Los sentidos de inválido, equivaliendo a sin valor y deficiente revelan la plena coherencia con una sociedad urbana e industrial marcada por la ética del trabajo y subordinada a la lógica económica, que los vuelve desprovistos de valor, no sólo para la sociedad, como para sí mismo. El trabajo es, por lo tanto, accionado como categoría fundamental en la construcción de la identidad.

También contribuyen para esa redefinición negativa de sí las marcas visibles del trauma inscritas en sus cuerpos. Los daños a la apariencia física son concebidos como deformación y fealdad por todos los que sufrieron cambios en ese sentido. Para hombres y mujeres, la imagen corporal comprometida por cicatrices, restricción de movilidad de los miembros, pérdida de tejidos en el rostro, brazos y piernas repercute en rebajamiento de la autoestima. Entre tanto, apenas entre las mujeres del grupo investigado se encontraron relatos peculiares acerca de la transformación de la relación conyugal, que parecen indicar una cuestión relativa al género. Ellas narran haber percibido rechazo

por parte de sus maridos, enamorados o compañeros y atribuyen el cambio a las secuelas del trauma: *Él tuvo dificultad en aceptar mis cicatrices y mi dependencia después del accidente* (S3, F, 19). Esa dificultad de los compañeros fue percibida por ellas con sentimientos de frustración y rabia y es importante notar que, en el grupo de diez cuidadores participantes de la investigación, hay apenas uno del sexo masculino.

Las modificaciones impresas por el trauma sufrido, en los cuerpos de los sujetos de la investigación, repercuten en aspectos variados de su vida material, emocional y social. Como matriz simbólica que organiza la experiencia y las relaciones con el mundo social, el natural y el cosmológico, el cuerpo se recubre de sentidos distintos: individual y social. La experiencia corporal es una realidad subjetiva modelada por las percepciones individuales (cuerpo individual), pero también una realidad objetiva, modelada por las exigencias de la vida en sociedad (cuerpo social) <sup>(11)</sup>. Las narraciones evidencian como el cuerpo individual, al distanciarse de aquello que la sociedad designa como estándar de normalidad corporal, se configura como fuente de problemas y sufrimientos diversos.

Por un lado, el cuerpo individual se aleja del cuerpo social porque el individuo no está más apto para desempeñar su principal función como miembro de una sociedad: trabajar. Por otro lado, el cuerpo que se dislocaba por todas las partes, yendo al encuentro de amigos, corriendo con los hijos, trabajando, ahora depende de otros, lo aprisiona y se transforma en símbolo de su privación de autonomía. El cuerpo individual, resignificado por el trauma, se aleja del cuerpo social y del "yo". Ese divorcio entre el cuerpo individual y el cuerpo social es, también, intensamente percibido por las reacciones de los otros - o por el temor a ellas, expresado desde el primer momento post-trauma - y desencadena una serie de sentimientos reveladores de como las manifestaciones

sociales repercuten en la experiencia del trauma y en la construcción de sus significados<sup>(12)</sup>. Los significados de la experiencia del individuo politraumatizado ante el cuerpo distanciado del ideal social (íntegro, sin señales visibles, apto para el trabajo, etc.) y transformado en fuente de restricciones y de vergüenza impregnan la identidad personal reconstruida después del trauma.

## Consideraciones finales

Los resultados encontrados permiten una serie de reflexiones en el campo de la salud pública. El análisis informado por la Antropología Médica muestra que la experiencia del trauma es vivida más de que como una situación puntual, constituyéndose en un proceso individual y social que impregna y molda la vida de estas personas. Las secuelas del trauma y sus consecuencias demuestran la necesidad de conjugar experiencias y conocimientos en el cuidado al paciente víctima de trauma, reconociéndolo como sujeto activo de su proceso de rehabilitación y reconociendo que ese proceso es enteramente impregnado por el universo simbólico. La experiencia del trauma refleja una referencia individual, que puede ser común a muchos, pero es vivida como dato biográfico y refleja conocimientos peculiares a cada persona. Entre tanto, también integra una elaboración intersubjetiva mediada por la vida en sociedad y es informada por significados colectivamente producidos.

La inclusión de la óptica de los individuos directamente afectados por el trauma, con atención a sus comportamientos, concepciones y vivencias es fundamental para la planificación de acciones de salud pública dirigidas a la atención de las necesidades individuales, pero que contemplen el reconocimiento de la importancia de condicionantes socioculturales en el proceso salud-enfermedad.

## Referências

- Melione LPR, Jorge MHP. Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17: 205-16.
- Ulvik A, Kvåle R, Wentzel-Larsen T, Flaatten H. Multiple organ failure after trauma affects even long-term survival and functional status. *Crit Care*. 2007;11(5):R95.
- Livingston DH, Tripp T, Biggs C, Lavery RF. A fate worse than death? Long-term outcome of trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. *J Trauma*. 2009; 67(2):341-349.
- Oliveira NLB de, Sousa RMC de. Injury diagnosis quality of life among motorcyclists, victims of traffic accidents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003; 11(6):749-56.
- Hampton NZ, Qin-Hilliard DB. Dimensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2004 February 18;26(4):203-12.
- Nogueira LD, de Sousa RMC, Domingues CD. Severity of trauma victims admitted in intensive care units: Comparative study among different indexes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009 novembro-dezembro; 17(6):1037-42.
- Malvestio MAA, de Sousa RMC. Predetermining value analysis of the prehospital phase procedures in trauma victims survival. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008 junho;16(3):432-8.
- Kleinman A, Benson P. Culture, moral experience and medicine. *Mt Sinai J Med*. 2006 October;73(6):834-9.




9. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos; 1989.
10. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press; 1981.
11. Noack J. Reflexões sobre o acesso empírico da teoria de identidade de Erik Erikson. *Interação Psicol.* janeiro/junho 2007;11(1):135-46.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
13. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2007;39(3):229-34.
14. Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007.
15. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública.* 1998 abril;14(2):421-8.
16. Maruyama SAT, Zago MMF. The sickening process of colostomy patients by cancer. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005 março-abril;13(2):216-22.
17. Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the spiritual needs of older people. *J Adv Nurs.* 2004 October;48(1):6-16.
18. Baptista MN, Alves GAS, Santos TMM. Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicol Cienc Prof.* 2008; 28(2):260-71.
19. Schnyder U, Büchi S, Mörgeli H, Sensky T, Klaghofer R. Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychother Psychosom.* 1999 March-April;68(2):102-10.
20. Rena F, Moshe S, Abraham O. Couples' adjustment to one partner's disability: the relationship between sense of coherence and adjustment. *Soc Sci Med.* 1996 July;43(2):163-7.

Recibido: 20.9.2009

Aceptado: 16.7.2010

### *Como citar este artículo:*

Paiva L, Rossi LA, Costa MCS, Dantas RAS. Experiencia del paciente politraumatizado y sus consecuencias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en: ];18(6):[09 pantallas]. Disponible en:

URL

mes abreviado con punto