



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

**Título: Estudio del dolor crónico desde la Filosofía de la
Medicina en el síndrome del miembro fantasma
mediante análisis fenomenológico interpretativo.**

Alumna: Abellán Sacristán, Raquel

Tutor: Dr. Vargas Aragón, Martín L.



Gracias a mi familia; por darme la oportunidad de formarme académicamente en lo que me apasiona, con el recurso incondicional de su apoyo continuo.

Gracias al Dr. ML. Vargas, por su confianza y adaptabilidad además de su magnífica labor de asesoramiento, acompañamiento y supervisión; imprescindibles para la elaboración de este trabajo.

Gracias a la Universidad de Valladolid, al Servicio Público de Salud, y a todos los trabajadores que forman parte de estos organismos; cuya experiencia resulta inspiradora para mi desarrollo profesional.

Gracias también a mí misma; a mi esfuerzo y perseverancia, valores clave en mi recorrido vital.

Y a los demás, tanto a aquellos que están físicamente presentes como a aquellos que ya no lo están:

GRACIAS.



ÍNDICE

Portada	1
Agradecimientos	2
Índice	3
Resumen – Abstract	4
1.- Introducción	5
1.1 ¿Por qué hacer un TFG sobre Filosofía de la Medicina?	5
1.2 Medicina basada en el paciente – Fenomenología.	8
1.3 Fenomenología del Miembro Fantasma: Marco teórico de la obra de Merleau-Ponty.	10
1.3.1 Análisis del miembro fantasma ¿qué es?	
1.3.2 Marco teórico fenomenológico del miembro fantasma	
2.- Objetivo de la investigación	13
3.- Material y métodos	14
3.1 Metodología	14
3.1.1 Procesamiento del material clínico mediante el software “ATLAS.ti”.	
3.2 Sujeto	17
3.3 Aspectos éticos	18
4.- Resultados	18
5.- Discusión	23
5.1 Líneas de investigación	25
6.- Conclusión	26
Referencias bibliográficas	27
PÓSTER	29

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a la salud interindividual desde la Filosofía de la Medicina, además de estudiar la perspectiva en primera persona de un paciente afecto de dolor crónico para ver posteriormente la concordancia entre su experiencia y los conceptos teóricos propuestos.

La Medicina ejerce su actividad en un contexto social y normativo, que a medida que ha ido creciendo en complejidad ha requerido mayor reflexión desde la Filosofía de la Medicina. Uno de los objetivos sanitarios prioritarios es promover la salud, para lo cual se debe partir de una clarificación conceptual. Sin embargo, ninguno de los intentos definitorios resulta del todo satisfactorio y la problemática conceptual permanece abierta, más aun considerando el pluralismo normativo y la subjetividad individual.

La dimensión individual de la salud se atiende adecuadamente desde la fenomenología, que estudia los fenómenos que ocurren en la conciencia. Para alcanzar una mayor comprensión de un problema complejo de salud, como es el caso del síndrome del miembro fantasma, es preciso un análisis fenomenológico interpretativo, previo encuadre filosófico subyacente.

Merleau-Ponty es el autor con aportaciones más influyentes en el ámbito fenomenológico del miembro fantasma. Diferencia entre el cuerpo habitual representado en la corteza cerebral y el cuerpo actual fruto de la percepción consciente y derivado de la amputación expone un conflicto temporal entre ambos, lo cual es fuente de malestar físico y emocional para el paciente. A través de una entrevista en profundidad se ahondó en la experiencia vital de un paciente afecto de este síndrome y tras el análisis de los datos obtenidos con la herramienta software "ATLAS.ti" se pudo corroborar la concordancia vivencia del paciente – supuestos teóricos de Merleau-Ponty.

PALABRAS CLAVE: Dolor crónico, miembro fantasma, análisis fenomenológico interpretativo, filosofía de la medicina.

ABSTRACT

The aim of this work is to approach interindividual health from the Philosophy of Medicine, as well as to study the first-person perspective of a patient suffering from chronic pain in order to subsequently examine the agreement between their experience and the proposed theoretical concepts.

Medicine carries out its activity within a social and normative context, which, as it has grown in complexity, has required further reflection from the Philosophy of Medicine. One of the priority health objectives is to promote health, for which conceptual clarification is necessary. However, none of the defining attempts is entirely satisfactory, and the conceptual issues remain open, especially considering normative pluralism and individual subjectivity.

The individual dimension of health is adequately addressed by phenomenology, which studies the phenomena that occur in consciousness. To achieve a better understanding of a complex health problem, such as phantom limb syndrome, it is necessary to carry

out an interpretative phenomenological analysis, with an underlying philosophical framework.

Merleau-Ponty is the author who has made the most influential contributions in the phenomenological field of phantom limb. He differentiates between the habitual body represented in the cerebral cortex and the actual body resulting from conscious perception, which emerges as a result of amputation, leading to a temporal conflict between the two. This conflict becomes a source of physical and emotional distress for the patient. Through an in-depth interview, the lived experience of a patient affected by this syndrome was explored, and by analyzing the data obtained using the "ATLAS.ti" software tool, the correspondence between the patient's lived experience and Merleau-Ponty's theoretical assumptions could be corroborated.

KEYWORDS: Chronic pain, phantom limb, interpretative phenomenological analysis, philosophy of medicine.

1. Introducción:

1.1 ¿Por qué hacer un TFG sobre Filosofía de la Medicina?

Aunque puede resultar sorprendente hacer una tesis sobre Filosofía de la Medicina, esta disciplina con raíz en la bioética se instauró como área de conocimiento propio en el último cuarto del siglo XX. De forma paralela al avance médico surgieron nuevos desafíos y la medicina fue reconocida como una ciencia compleja que involucra cuestiones éticas, sociales y epistemológicas. En este contexto, surgió la necesidad de reflexionar sobre fundamentos y supuestos de la práctica médica, naciendo así en la década de 1970 los primeros fundamentos de Filosofía de la Medicina⁽¹⁾. En esta introducción, se tratarán de exponer los principales aspectos discutidos por esta rama, de los cuales se deduce que los asuntos de salud tienen connotaciones propias del campo de la bioética y de la justicia social, que precisan un análisis integrador desde esta perspectiva filosófica.

La medicina es una práctica social, multidisciplinar e institucionalizada que funciona de forma normativa⁽²⁾. Desde estos tres rasgos definitorios se entiende la necesidad de crear un marco teórico capaz de dar respuesta a los problemas asistenciales sociales.

La medicina no es meramente biología aplicada, sino que se trata de un campo multidisciplinar que engloba productos sociales y biológicos, por lo que requiere un campo filosófico autónomo desligado. Es una práctica institucionalizada, lo

cual obliga a tener presente el concepto de justicia distributiva poblacional, así como la necesidad intrínseca de desarrollarse de forma sostenible, ya que el punto de partida son unos recursos limitados por naturaleza. Lejos de ser una disciplina puramente descriptiva del organismo, tiene como fin intervenir en la vida humana acorde a unas normas previamente aceptadas que regulan el modo de proceder en la práctica sanitaria, es decir, que tal y como expone G.Canguilhem en su obra *Lo normal y lo patológico*⁽³⁾ se trata de una “práctica normativa que precisa categorización valorativa”.

De estas premisas se deduce que el punto fundamental para un ejercicio médico adecuado es clarificar de forma precisa la diferenciación entre los conceptos salud-enfermedad, pues tal y como defiende C.Saborido “en función de la definición con la que se trabaje la actuación sanitaria variará de forma sustancial”⁽²⁾. Este problema filosófico forma parte de la medicina desde su nacimiento puesto que la necesidad de la ciencia médica para la humanidad reside en su objetivo de asegurar la salud y combatir la enfermedad, para lo cual es preciso clarificar lo máximo posible estos conceptos clave relacionados con el objetivo médico. Para ello, se han desarrollado dos corrientes definitorias principales.

Por un lado, el enfoque naturalista considera que la medicina es una rama aplicada de la ciencia biológica. Esta corriente está libre de toda influencia personal y parte de presupuestos científicos y objetivos influenciados exclusivamente por aspectos ambientales. La gran ventaja de esta corriente es que proporciona una base sólida para diagnósticos y tratamientos; mientras que su principal limitación es que obvia toda dimensión social de anormalidad y los conceptos salud-enfermedad se definen a partir de la frecuencia de aparición de los diferentes parámetros. Estudiar los procesos biológicos desde una perspectiva fisiológica permite alcanzar una descripción funcional, sin embargo tal y como explica M.Bunge en su obra *Filosofía para médicos*⁽⁴⁾ “el hecho de que un parámetro se presente en los organismos con una frecuencia elevada no significa que se trate de su estado natural”. Para los partidarios de esta corriente, según explica The Stanford Encyclopedia of Philosophy en su entrada dedicada a Filosofía de la Medicina⁽⁵⁾, “la adecuada aptitud biológica asienta en la supervivencia y reproducción humana”, lo que conduce a un enfoque biomédico

reduccionista que ignora la dimensión sociocultural del individuo. Como se defiende en la obra de Saborido⁽²⁾, este es el motivo por el que a lo largo de la historia han existido enfermedades sociales que tras cambios en los valores morales se han dejado de considerar como tal, como es por ejemplo el caso de la histeria femenina.

La contrapartida de esta perspectiva la constituye el enfoque normativista-constructivista por el cual, según The Stanford Encyclopedia of Philosophy⁽⁵⁾ se considera a la salud como el “estado deseado por el individuo de forma subjetiva basado en valores humanos”. Para los seguidores de esta teoría, los valores personales y sociales tienen un papel determinante en la práctica médica y en la conceptualización básica de la medicina, por tanto, la evolución en los valores morales sociales puede llevar a que un proceso deje de ser considerado enfermedad sin que este unido necesariamente a un cambio biológico; tal es el caso de la homosexualidad. Sin embargo, The Stanford Encyclopedia of Philosophy⁽⁵⁾ también explica que la principal limitación de esta corriente es que el hecho de que un estado sea indeseable no implica necesariamente que se trate de una enfermedad, como ocurre por ejemplo con la obesidad. El peligro de esta corriente, tal y como explica C.Saborido en la entrevista realizada a raíz de su obra⁽⁶⁾, es la posibilidad de transformación en una forma de marketing que pretenda la promoción de enfermedades en beneficio de la industria farmacéutica; tal es el caso de la disfunción eréctil o de la alopecia.

En base a lo expuesto respecto a estas dos corrientes principales es posible considerar a la enfermedad bien como una clase natural, lo cual podría conducir a autoritarismo epistémico y a paternalismo médico; o bien como un constructo social, que en algunos casos podría derivar en sobrediagnóstico y sobretratamiento poblacional. Para dar respuesta a esta dualidad, The Stanford Encyclopedia of Philosophy⁽⁵⁾ ha procurado definir una corriente híbrida que asocie “el estado indeseable humano con la patología biológica”.

Además de las dos corrientes principales expuestas, otras vías y organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁷⁾ han procurado alcanzar la definición conceptual: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Resulta evidente, y así defiende M.Bunge⁽⁴⁾, que para alcanzar precisión

conceptual es determinante definir la función orgánica natural a la que se refiere el estado de completo bienestar. En este sentido, G.Canguilhem⁽³⁾ defiende que “la norma no puede reducirse al promedio estadístico” y que los parámetros asociados al bienestar son variables para cada individuo y para cada momento determinado, puesto que la variabilidad de los organismos es clave para su individualidad y asociado a la plasticidad funcional humana en relación con la influencia ambiental. En base a estas premisas, G.Canguilhem defiende en su obra que “la salud es un continuum que se basa en la capacidad de recuperación del estado basal, y que una anormal adaptación-viabilidad se reflejará en una patología”.

Otra posible solución que The Stanford Encyclopedia of Philosophy⁽⁵⁾ plantea al problema filosófico de la conceptualización “salud-enfermedad” se basa en el pragmatismo, por el cual “la fiabilidad de los conceptos teóricos depende de su interacción con la realidad”, de forma que para determinar su validez se deben tener en cuenta sus consecuencias prácticas en términos de la efectividad de las intervenciones, valorando la evidencia empírica y buscando soluciones prácticas. Esta corriente defiende que el control y la formación de los conceptos se da a través de la actividad médica los cuales no son estáticos y establecidos, sino “dinámicos y modificables en función de los resultados obtenidos”.

1.2 Medicina basada en el paciente – Fenomenología.

En relación con las líneas conceptuales principales de naturalismo y normativismo-constructivismo, surgen de manera natural dos enfoques de atención médica diferenciados: medicina basada en la evidencia y medicina basada en el paciente. La primera representa el patrón oro de la racionalidad médica y reconoce especies morbosas naturales, pero según el artículo de M.Vargas de Concordia Terapéutica⁽⁸⁾ para que sea posible la aplicación de este enfoque es preciso el cumplimiento de unos presupuestos que no se dan en los procesos complejos de salud. Algunas características que quitan sentido a la concepción de la enfermedad como especie morbosa natural son la coexistencia de factores de riesgo frente a la unicausalidad, los procesos crónicos

multivariantes frente a la fisiopatología modelizable, o el impacto en la calidad de vida frente a la previsión del pronóstico en cuanto a su duración.

Canguilhem⁽³⁾ expone la diferencia entre anomalía y anormalidad: al contrario de una anomalía que se trata de un rasgo descriptivo, “la normalidad o anormalidad hace referencia a rasgos apreciativos relacionados con el valor humano atribuido, en función de la gravedad subjetiva y de la influencia del proceso”. El pluralismo normativo supone que una anomalía que no cause variación en los valores vitales puede ser ignorada por el individuo sin suponer una anormalidad, por tanto, “la experiencia de salud-enfermedad está íntimamente ligada a la diferenciación valorativa individual”. En este sentido, el individuo toma un papel activo y particular en la valoración del continuum salud-enfermedad por lo que es imprescindible tener en cuenta su subjetividad con el fin de realizar adecuadamente una evaluación de su estado individual.

En la obra de C.Alva-Espinosa⁽⁹⁾ se defiende que la fenomenología es la corriente filosófica apropiada para atender adecuadamente esta dimensión individual de la salud, ya que el objeto de estudio de esta disciplina son los fenómenos que se dan en la conciencia entendidos como la vivencia subjetiva individual una vez se han integrado los aspectos objetivos del momento vital. Una aproximación fenomenológica de la salud supone enfocarse en la comprensión y descripción del fenómeno de salud desde la vivencia individual de la persona, y resulta determinante en la calidad de la atención prestada y en el nivel de satisfacción del paciente.

Desde esta perspectiva, la salud se considera una vivencia multidimensional y subjetiva experimentada de forma única e influida por las propias percepciones, experiencias e interpretaciones. Considerar la experiencia del paciente en su totalidad, incluyendo su bienestar emocional, social y existencial, partiendo de una relación médico-paciente basada en el diálogo abierto y en la comprensión bidireccional conduce a un abordaje integral de las necesidades, lo que se traduce de forma directa en una mejoría en su calidad de vida general.

Aunque este enfoque puede parecer accesorio en algunas entidades, otros problemas de salud de características predominantemente subjetivas precisan este enfoque necesariamente. Tal es el caso de los problemas de salud mental

o de ciertas condiciones que influyen más en la calidad de vida que en su duración, como ocurre en el síndrome del miembro fantasma que incluye ambos aspectos: afección mental e impacto en la calidad de vida. Por tanto, en base a lo expuesto hasta el momento, en este trabajo se analizará el fenómeno del miembro fantasma desde un punto de vista fenomenológico.

1.3 Fenomenología del Miembro Fantasma

1.3.1 Análisis del miembro fantasma: ¿qué es?

El análisis de esta entidad debe comenzar con la definición del síndrome del miembro fantasma aportada por la CIE-11⁽¹⁰⁾, dentro de la entidad “dolor neuropático” con el código 8E43.00: “El dolor del miembro fantasma es la percepción de sensaciones, incluso de dolor, en una extremidad amputada o en una parte del cuerpo que ya no se tiene. Se puede tener la sensación de que la parte imaginaria está en cierta posición, que tiene cierta forma o que se mueve de cierta manera, o de que tiene calor o frío, prurito, hormigueo o sensaciones eléctricas y otras parestesias.”

Entre los mecanismos implicados en el dolor de esta entidad se incluyen fenómenos disruptivos del patrón normal de impulsos aferentes a la médula espinal por lesión de fibras nerviosas, formación de neuromas en el miembro residual, hiperexcitabilidad central medular y procesos de neuroplasticidad de la corteza cerebral^{(11),(12)}. Sin embargo, “el dolor del miembro fantasma está presente en algunos pacientes inmediatamente después de la amputación y antes de la formación de un neuroma”⁽¹²⁾ por lo que los modelos explicativos no resultan satisfactorios para comprender su fisiopatología.

No obstante, esté o no clara la fisiopatología del proceso, el asunto de este trabajo es enriquecer la comprensión de un dolor complejo, singular para cada individuo y multifactorial, mediante el estudio de la experiencia subjetiva de la persona que lo vive, lo cual precisa un enfoque integral y fenomenológico.

Este es el objetivo de la investigación fenomenológica cualitativa realizada: comprender la experiencia vivida y su manifestación en la conciencia, además de alcanzar una contextualización y comprensión holística de la experiencia del

propio cuerpo en este caso particular, cómo las personas otorgan significado particular a las experiencias trascendentales desde la perspectiva del protagonista y en sus propios términos. Según expone C.Alva-Espinosa⁽⁹⁾ este proceso requiere un “trabajo de interpretación de la experiencia del paciente tal y como es relatada”, motivo por el cual la hermenéutica adquiere un papel importante en esta investigación.

Como paso previo a la discusión del estudio fenomenológico realizado, se detalla el marco teórico de esta corriente respecto al síndrome del miembro fantasma según los principales autores que en ella han trabajado.

1.3.2 Marco teórico fenomenológico del miembro fantasma según la obra de Maurice Merleau-Ponty

El origen de este análisis tiene lugar a principios del siglo XX por el autor Edmund Husserl⁽¹³⁾. En contrapartida a la dominancia positivista del momento regida por dogmas basados en aspectos mensurables, el campo de estudio fenomenológico no es el objeto mismo sino la forma en la que este es captado por el sujeto desde su intencionalidad y perspectiva espaciotemporal. Husserl introduce la diferenciación entre los términos cuerpo físico – objeto (*Körper*) y cuerpo subjetivo – sujeto (*Leib*), es decir, “el cuerpo como posibilidad de experiencia de objetos y como objeto de reflexión en sí mismo”⁽¹³⁾.

El autor de las aportaciones más influyentes en el pensamiento fenomenológico actual y específicamente respecto al fenómeno del miembro fantasma es Merleau-Ponty con su principal obra *Fenomenología de la percepción*⁽¹⁴⁾. El cuerpo propio es definido como “conciencia encarnada – conciencia vivida”, y es considerado objeto y sujeto “responsable del origen de la existencia y del conocimiento humano del mundo”. Entendido de esta forma, el cuerpo es el máximo determinante en el fenómeno de la percepción humana, proceso que ocurre “desde el centro del mundo, pues toda experiencia llega a la conciencia a través del cuerpo”⁽¹⁵⁾. Esta concepción del cuerpo en su máxima potencia de sensorialidad originó una revalorización general corporal. Por otra parte, el autor introdujo el concepto de “intencionalidad operante” entendida como la fuerza

creadora de actos corpóreos, fundamental para corporizar los actos conscientes. En palabras del propio autor, es el “vehículo de ser en el mundo”⁽¹⁵⁾.

El artículo sobre el análisis del pensamiento de Merleau-Ponty, *Yo soy mi cuerpo*⁽¹⁶⁾, explica el origen de la experiencia fruto del encuentro cuerpo-mundo en la conciencia. Por otro lado, el artículo *Sobre la experiencia del miembro fantasma*⁽¹⁷⁾ especifica que esta experiencia es individual y particular para cada individuo debido a las “diferencias de la espacialidad del mundo objetivo en función de las significaciones vivientes que la conciencia memoriza e integra”. Este aspecto fenomenológico guarda una estrecha relación con la hermenéutica interpretativa que se debe considerar debido a la diversidad de significaciones que surgen de la experiencia humana.

Los dos artículos citados en el párrafo anterior entienden el síndrome del miembro fantasma como un proceso fenoménico por el cual “la ausencia del miembro amputado se vive como una presencia”. Simultáneamente a la amputación ocurre una tendencia a la reestructuración, tal y como diferencia L.A.Umbelino⁽¹⁷⁾: “se da una transición desde el cuerpo habitual al cuerpo actual”, que se vivencia como otro. El esquema corporal representado en la corteza cerebral se mantiene intacto, y es el responsable del cuerpo habitual-vivido que se caracteriza por ser anónimo al no precisar de sujeto en su proceso de percepción involuntaria. Esta percepción no es reconocida por el sujeto como parte del propio cuerpo, sino que está alienada y despersonalizada. En este sentido, el autor⁽¹⁷⁾ explica un “conflicto cuerpo actual-cuerpo habitual que se fundamenta en una tensión temporal dentro de la vivencia equívoca del tiempo del Yo”.

Como se ha expuesto, la experiencia vital surge en la conciencia a través de los estímulos sensoriales recibidos por el cuerpo, motivo por el cual “poseer cuerpo es contactar con el mundo”. En este sentido, O.D. Choque Aliaga⁽¹⁶⁾ defiende que ante una amputación “el ser-del-mundo ‘yo’ rechaza la mutilación” a favor de la apertura cortical sensorial en un intento de mantener la integridad existencial.

De forma previa a la exposición de la investigación cualitativa, a continuación, se sintetizan los principales aspectos teóricos elaborados por Merleau-Ponty en el estudio del fenómeno del miembro fantasma:

- 1) El cuerpo es conciencia corporizada; tras el encuentro cuerpo-mundo surge la experiencia del mundo en la conciencia.
- 2) El cuerpo habitual es preconciencia, constituye el vínculo corpóreo del sujeto con el mundo y se percibe de forma involuntaria sin necesidad de sujeto. El cuerpo actual surge de la experiencia tras el contacto con el mundo, y precisa un sujeto consciente para que se dé el proceso de percepción.
- 3) Tras la amputación el sujeto experimenta un conflicto interno entre el cuerpo habitual y el cuerpo actual. Ocurre una tensión temporal por una vivencia equívoca del Yo presente que no pasa a formar parte del pasado.
- 4) El hábito se fundamenta en el esquema corporal subjetivo y en el espacio de las costumbres corporales objetivas.

Se consideran imprescindibles en este marco teórico fenomenológico del miembro fantasma las aportaciones más recientes del fenómeno, planteadas por el neurólogo V.S.Ramachandran⁽¹⁸⁾. Gracias a su labor de investigación, en la década de los noventa se comenzó a utilizar la caja espejo en la rehabilitación de los pacientes afectados de esta entidad.

Para el diseño de la terapéutica basó sus estudios en la “*hipótesis del mapa cortical remanente*” que sugiere el mantenimiento de la extremidad amputada en la corteza sensorial cerebral. Estímulos sensoriales en las áreas cercanas a la zona del muñón pueden activar el mapa cortical sensorial remanente del miembro amputado, lo que lleva a la percepción de sensaciones en el miembro fantasma. La técnica consiste en colocar un espejo en una posición que refleje el miembro sano, de modo que el paciente vea una imagen de su miembro amputado, con el fin de reducir el dolor relacionado con el miembro fantasma. El fundamento de esta terapia espejo son los principios de neuroplasticidad cerebral y de reorganización topográfica en respuesta a estímulos sensoriales⁽¹⁹⁾.

2. Objetivo de la investigación

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es hacer una incursión en la filosofía de la medicina desde la perspectiva de la fenomenología clínica, y para ello se

hará el análisis fenomenológico interpretativo de un caso de dolor en el miembro fantasma.

- Objetivo general:
 1. Profundizar en el conocimiento de la vivencia del dolor crónico desde la perspectiva en primera persona del paciente atendido en la Unidad del Dolor.
 2. Estudiar la concordancia entre la vivencia del paciente y los conceptos teóricos propuestos por el autor Merleau-Ponty.
- Objetivos específicos:
 1. Comprender la ruptura biográfica y el contraste vital ocasionados por la amputación en línea con la influencia que el dolor crónico ocasiona en los diferentes aspectos vitales del paciente
 2. Estudiar el conflicto interno vivenciado por el paciente, paralelo al afrontamiento de desafíos y al proceso de aceptación.
 3. Reseñar la importancia de la comunicación en relación con el bienestar emocional.
 4. Analizar la calidad asistencial percibida por el paciente, con el objetivo de diseñar intervenciones terapéuticas asistenciales que conduzcan a una potencial mejoría en la calidad de vida individual.
 5. Identificar el proceso de familiarización sensorial en el reconocimiento de las sensaciones corporales y en relación con el manejo individual de la patología.
 6. Detectar nuevos ámbitos de investigación clínica.

3. Material y métodos

3.1 Metodología

Este trabajo se encuadra dentro del proyecto de análisis de la vivencia del dolor crónico que se lleva a cabo en la Unidad de Dolor de Valladolid (UDOVA) con el Doctor Martín Vargas como investigador principal, para el cual se ha realizado una investigación cualitativa en ciencias de la salud, aplicando una técnica concreta de investigación cualitativa que es el análisis fenomenológico interpretativo⁽²⁰⁾.

Las técnicas de investigación cuantitativa aportan un conocimiento diferente al que aportan las técnicas de investigación cualitativa, y los métodos utilizados en cada uno de estos tipos no son extrapolables entre sí. Un análisis de la vivencia del dolor crónico precisa un estudio de investigación cualitativa a través de un enfoque fenomenológico y hermenéutico, centrado en comprender la experiencia vivida de los individuos y la descripción aportada por ellos mismos, tal y como se explica en el artículo sobre análisis fenomenológico interpretativo⁽²⁰⁾. Según Creswell⁽²¹⁾, el fin último de la investigación fenomenológica es “conseguir una descripción de la esencia universal del fenómeno de estudio”.

Los pasos sistemáticos que se deben seguir para el procedimiento y análisis de datos en este tipo de investigación son descritos por el psicólogo Moustaka⁽²²⁾ y se resumen en los siguientes puntos:

- Identificación de un fenómeno con interés para su estudio fenomenológico.
- Delimitación filosófica del marco fenomenológico del problema en cuestión.
- Recolección de la experiencia vivida generalmente mediante entrevistas semiestructuradas con individuos que experimentan dicho fenómeno.
- Análisis fenomenológico de los datos obtenidos mediante un proceso de “horizontalización” por el cual a partir de afirmaciones significativas se desarrollan grupos significativos.
- “Descripción textual” de la experiencia de los participantes a partir de los grupos significativos obtenidos.
- Elaboración de una “descripción compuesta” que sintetice la esencia del fenómeno estudiado.

La principal herramienta de recolección de datos cualitativos es la entrevista en profundidad, la cual a través de una adecuada relación médico-paciente construida previamente, permite la creación de un espacio donde el paciente puede compartir experiencias personales y describir los aspectos más significativos de su vivencia. El objetivo final de esta entrevista es obtener información detallada sobre la experiencia individual, así como alcanzar una comprensión profunda de su subjetividad.

De forma previa al comienzo de la entrevista el paciente fue informado del objetivo de la investigación y se solicitó tanto la firma del consentimiento informado, mediante el cual aceptaba explícitamente la participación en el estudio, como el permiso para la grabación en audio de la entrevista que se iba a realizar garantizando el anonimato del paciente mediante el uso de un pseudónimo. Así mismo, se informó del derecho de revocar dichos consentimientos en caso de considerarlo oportuno.

La guía de la entrevista semiestructurada pretende explorar la “matriz fenomenológica”⁽²³⁾ procurando un “proceso de transformación del síntoma a vivencia”, a través de una guía base de preguntas generales junto a espacios para la descripción libre por parte del paciente, en un ambiente de escucha activa y preguntas de seguimiento que permitan profundizar en diferentes aspectos de la experiencia. Se pretende identificar temas y significados emergentes que concluyan con los aspectos más relevantes de esta experiencia.

Antes de comenzar el proceso de análisis de datos, se realizó una transcripción literal de la entrevista de forma manual con el fin de tener en cuenta la comunicación no verbal y paralingüística, además de facilitar la distinción entre la narración del entrevistador y del entrevistado (ANEXO IV). Este fue el material básico utilizado en el estudio, y para el análisis de los datos recogidos se empleó una herramienta software de procesamiento de datos llamada “ATLAS.ti”. Este programa permite organizar, analizar e interpretar la información por lo que se aplica habitualmente en la investigación cualitativa.

3.1.1 Procesamiento del material clínico mediante el software “ATLAS.ti”.

El primer paso para realizar el análisis de la entrevista es crear citas de las partes relevantes de la entrevista y asociar códigos a estas citas, los cuales son creados en función del contenido del relato. En el ANEXO II se adjunta el proceso de codificación de una parte de la entrevista. En este caso particular se crearon 215 citas y 210 códigos.

Posteriormente a la codificación de la entrevista se relacionan códigos entre ellos, lo cual da lugar a categorías inductivas que facilitan la visualización y

relación de conceptos y aportan sentido e interacción entre los códigos. En el ANEXO III puede observarse una de las redes de códigos creada para relacionar códigos entre sí.

Otra herramienta del programa utilizada en el proceso de análisis de datos es la creación de nubes de palabras con los códigos que incluyen el nombre del fenómeno de investigación. Estas nubes de palabras son una representación de las palabras que más se repiten en las citas donde aparecen los códigos, lo cual ofrece gran información de forma visual.

3.2 Sujeto

En los estudios de investigación cualitativa no se requiere un tamaño muestral determinado, puesto que no se utilizan técnicas de inferencia estadística. Con el objetivo de conocerlo en profundidad este trabajo de fin de grado se basa en un estudio de caso único para el cual se entrevista a un sujeto varón de 57 años con dolor crónico tipo miembro fantasma por amputación de la extremidad inferior debida a osteosarcoma. El participante seleccionado para el estudio es atendido en la Unidad del Dolor de Valladolid, cumple todos los criterios de inclusión generales de investigación cualitativa y ninguno de los criterios de exclusión:

Criterios de inclusión:

- a. Ser mayor de edad, o en el caso de personas menores de edad, incapacitados judicialmente, o con necesidades de apoyos por discapacidad, contar con la aprobación de los padres o tutores.
- b. Estar atendido por dolor crónico de cualquier tipo según CIE 11.
- c. Tener suficiente capacidad verbal y cognitiva como para comprender adecuadamente el método fenomenológico de investigación.
- d. Padecimiento del síndrome durante un periodo de tiempo suficiente que permita la autorreflexión sobre la patología.
- e. Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a. Sospecha de simulación.
- b. Déficit importante en la comunicación verbal por motivos sensoriales o idiomáticos.

3.3 Aspectos éticos

El estudio ha sido valorado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste (ANEXO I). Cumple los criterios previstos en la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial de 2013 y las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas.

4. Resultados

Para la redacción de los resultados se ha utilizado la información analizada con ayuda del software "ATLAS.ti" y la respuesta directa del paciente, cuya argumentación completa se encuentra de manera literal en la entrevista que se adjunta en el ANEXO. En lo sucesivo, las descripciones verbales del paciente se expresan entrecomilladas y en cursiva.

A continuación, se comentan los resultados obtenidos en el análisis en base a los objetivos específicos propuestos para el trabajo.

1. "Comprender la ruptura biográfica y el contraste vital ocasionados por la amputación en línea con la influencia que el dolor crónico ocasiona en los diferentes aspectos vitales del paciente"

A lo largo de la entrevista el paciente refleja que la cronicidad de la amputación debida al proceso oncológico ha dado lugar a una ruptura biográfica en relación con su situación previa y a un contraste vital: *"esto no es una situación difícil esto ya es mi vida, es de aquí para adelante, siempre así, no va a ser de otra manera"*. Esta nueva situación da lugar a un sentimiento de frustración respecto a sus expectativas vitales previas por las que había trabajado con tenacidad, y a su

vez lleva a una falta de propósito vital actual: *“Yo tenía mi vida planificada, para eso había trabajado tanto, y todo se ha ido a tomar por el culo *llanto*”*.

El dolor es causa de malestar físico, pero especialmente, es causa de malestar emocional y ensimismamiento mental: *“los dolores sí que me limitan otras cosas, ni me dejan pensar igual ni me dejan actuar igual”*. El dolor ocasiona impotencia, incapacidad y desmotivación, lo cual influye íntimamente en la ruptura biográfica, especialmente cuando el paciente compara su situación actual con su vitalidad previa: *“Cuando estás mal notas que no puedes ser lo que quieres porque no llegas y a lo mejor no vas a llegar nunca y nunca vas a estar bien y luego estás cuatro días bien sin dolores y joder llevo una temporada más buena. Y tienes un poco de euforia, y lo ves mejor, y ves que puedes llegar a hacer cosas. Todo depende de cómo estés, los dolores influyen mucho”*.

2. “Estudiar el conflicto interno vivenciado por el paciente, paralelo al afrontamiento de desafíos y al proceso de aceptación.”

Debido a la ruptura biográfica y al contraste vital el paciente experimenta un conflicto interno del que se siente culpable y responsable de haber creado, y para gestionarlo considera preciso aceptar su situación: *“lo mío es como una lucha interna o sea realmente tengo que aceptarlo, pero no acepto mi situación.”* Entre los desafíos que el paciente encuentra en este largo proceso de aceptación está la rotundidad que manifiesta su carácter a lo largo de la entrevista, el rechazo corporal que surge de la despersonalización corporal *“yo sentía que llevaba arrastrando un cacho de carne enorme”*, y la diferenciación que hace mente-cuerpo *“sabes que no tienes el miembro fantasma que sientes, pero es difícil hacerte a la idea, mis sueños son con dos piernas...”*.

El paciente considera que afrontar la nueva situación es una decisión personal, que precisa una reestructuración de ideales, así como la búsqueda de un nuevo sentido vital: *“te hace pensar a futuro si realmente quieres seguir así o no, mira lo que te ha pasado por comerte todos los problemas”*. En línea con la aceptación, la aprobación externa que el paciente percibe al colocarse la prótesis cobra un papel importante y resulta positiva para afianzar su seguridad personal: *“noto que ese efecto también lo causa en los demás porque de verte con una*

pierna a verte con dos, aunque sepan que es de mentira, noto yo que es otra sensación la que tienen. Es algo positivo sin duda, aunque me está costando muchísimo”.

3. “Reseñar la importancia de la comunicación en relación con el bienestar emocional.”

El miedo al sufrimiento de las personas cercanas conduce a una situación de dificultad comunicativa, que así mismo deriva en aislamiento social y en un sentimiento de falta de apoyo: *“De verdad que según bajaba yo ya no pensaba en mí. Pensaba en cómo se lo iba a decir y el daño que les iba a hacer porque bueno mis padres, yo qué sé, los mato”.* Esta situación lleva al uso del humor y de eufemismos explicativos, que a su vez son causa de incompreensión y de incomodidad ajena: *“nunca sale de ellos, ni mis amigos ni mis familiares, ningún comentario sobre la pierna, no sale de ellos”.*

La inexpresividad y el rechazo a compartir emociones son causa de insatisfacción de las necesidades emocionales, lo cual es contrario al deseo de comunicación que se entreve en la comunicación no verbal: *“lo he interiorizado todo, me he comido todo lo que tenía que haber exteriorizado y ha salido por ahí, pues vale”.*

4. “Analizar la calidad asistencial percibida por el paciente, con el objetivo de diseñar intervenciones terapéuticas asistenciales que conduzcan a una potencial mejoría en la calidad de vida individual.”

El paciente expone los cambios asistenciales observados respecto a la frialdad terapéutica que conlleva el exceso de pruebas diagnósticas tecnológicas junto a la demora asistencial que ésta provoca, y respecto a la relación médico-paciente: *“Antes la relación con el médico de familia era más personal el mismo médico te atendía desde que eras niño hasta que se moría él o te morías tú, había una empatía con el médico ya te conocía, era uno más de la familia”.* Para el paciente, la situación sanitaria actual da lugar a una percepción de sus necesidades asistenciales como insatisfechas: *“Hay veces que notas que no te está haciendo*

ni caso. Me imagino que demandamos algo de exclusividad y al final eres algo más, eres del montón”

La deshumanización médica percibida es motivo de sorpresa y de enfado para el paciente y lleva a desconfianza sanitaria, a minusvaloración profesional y a rechazo terapéutico: *“Realmente dices joder una persona que no te haya visto si quiera, no te haya tocado, palpado, simplemente con pruebas gráficas. Podría haber sido cualquier otra persona porque para ver las pruebas de una resonancia que las interpretan...”*. Por otra parte, el autoritarismo médico que provoca la urgencia conduce a un sentimiento de pasividad e impotencia desde el rol de enfermo, lo cual es fuente de malestar emocional: *“no tomo ninguna decisión: estás siempre a lo que te dicen, cuándo te dicen, cómo te dicen y no cuestiono nada tampoco si es verdad, si es mentira, si está bien o mal, te sientes un poco anulado también”*. A lo largo de la entrevista se observa que la ineffectividad de los múltiples tratamientos llevados a cabo junto a la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, desemboca finalmente en un abandono del tratamiento propuesto: *“estás saturado ya de médicos, parece que no estás haciendo nada más”*.

En cambio, la potenciación del factor humano basado en la empatía, la personalización y cercanía asistencial, las explicaciones médicas apropiadas y el alcance de acuerdos médico-paciente son percibidos como potenciadores terapéuticos de la autonomía y el apoyo sanitario, acelerando todo ello el proceso de aceptación: *“en la medicina, aunque también tenga un factor matemático-científico, entra el personal, la empatía de las personas, comunicarte”, “estás diciéndome que te corten una pierna, necesitas apoyo, que la gente te diga que es lo mejor”*.

5. “Identificar el proceso de familiarización sensorial en el reconocimiento de las sensaciones corporales y en relación con el manejo individual de la patología.”

Debido a la larga duración del proceso el paciente está entrenado en la distinción de los tipos de sensaciones que el síndrome del miembro fantasma causa en los diferentes niveles del miembro, lo que en conjunto se entiende como fenómeno

de autorreconocimiento sensorial: *“Tengo dos tipos de dolores que son totalmente diferentes: escozores o dolores físicos. En el cerebro lo estás viendo, lo estás viendo digamos con los ojos de la mente; igual que la pierna que conservo, exactamente igual. Y el otro dolor es más eléctrico, como descargas eléctricas.”* El proceso cognitivo de entendimiento del proceso implica el uso de suposiciones, metáforas individuales y comparación de la sensación actual con sensaciones previas lo que se observa en expresiones como *“es como que se me acaban las pilas, exactamente igual”* o *“yo he trabajado con electricidad, sé lo que es una descarga eléctrica y es muy parecido”*. Este autorreconocimiento es clave para el entendimiento y familiarización con el fenómeno, lo cual facilita el proceso de aceptación vital.

El dolor es causa de reacciones emocionales negativas, tales como respuestas de miedo al comparar la sensación corporal actual con sensaciones previas *“hay veces que me da un poco de miedo porque cuando no sabía todavía lo que tenía era la sensación que me daba a lo largo del día”*, y respuestas de impotencia al ser incapaz de evitar una secuencia dolorosa que empieza repentinamente y resulta irremediable *“hay un momento en que empieza, es muy leve, pero lo ves venir y a partir de que empieza ya no para, es irremediable, está ahí. Como que empieza una molestia y hay un punto de inflexión y a partir de ahí es serio, ya no es broma, calambrazos, dolores...”*. Sin embargo, en otras ocasiones el reconocimiento de la secuencia de eventos dolorosos permite una anticipación temporal en el manejo del proceso, lo que potencia la autonomía y da lugar a una sensación de recuperación del control: *“Es una línea, empiezo a tener molestias y o me voy me tumbo y me tranquilizo, o pasa directamente a dolor fuerte”*.

6. Detectar nuevos ámbitos de investigación clínica.

El paciente destaca la importancia de la cercanía asistencial y prefiere la personalización asistencial que se encargue de las necesidades específicas individuales, a la masificación que olvide al factor humano de la práctica médica. Explica que aparte del rigor científico del que finalmente se acabarán ocupando las nuevas inteligencias artificiales *“hay programas de ordenador que tú pones*

los síntomas y ya te dice las enfermedades que puedes tener”, el desarrollo de la práctica hospitalaria precisa una cercanía asistencial humana. El paciente además defiende que reducir el empleo de tiempo y recursos sanitarios, a favor de la práctica de terapias complementarias, deriva en una mayor eficiencia y en una mejoría de los resultados sanitarios: “Cuando me he hecho un esguince y he ido a que me lo recolocasen ese mismo día sales andando. Cuando he ido por la seguridad social he estado quince días inmovilizado y después tienes atrofiado el pie y te tiras diez días sin poder apoyar”.

Otra herramienta utilizada en el análisis de datos es la nube de palabras creada con los códigos que forman parte del nombre del fenómeno de estudio: “cáncer – amputación – dolor – miembro fantasma”. Las palabras más repetidas (anulando artículos, preposiciones y conjunciones) en las citas donde se incluyen dichos códigos se representan en la nube de palabras del ANEXO IV.

Finalmente, se concluye el análisis de los resultados del estudio considerando que se ha alcanzado el primer objetivo general: “Profundizar en el conocimiento de la vivencia del dolor crónico desde la perspectiva en primera persona del paciente atendido en la Unidad del Dolor”. El propio paciente es el único conocedor de su experiencia dolorosa por lo que es el investigador principal en el análisis de este fenómeno al que solo él tiene acceso. Por otra parte, conocer la percepción del paciente respecto a la totalidad del proceso permite analizar los diferentes aspectos asistenciales con el fin de encontrar puntos de mejora terapéutica.

El segundo objetivo general: “Estudiar la concordancia entre la vivencia del paciente y los conceptos teóricos propuestos por el autor Merleau-Ponty” se desarrollará a continuación en la discusión de este trabajo.

5.- Discusión

Los principales puntos teóricos propuestos por Merleau-Ponty respecto al fenómeno del miembro fantasma previamente explicados en el marco teórico se

corroboran en la experiencia del paciente, tal y como se ve a lo largo de la entrevista. A continuación, se detallará el reflejo en la entrevista de los principales conceptos fenomenológicos aportados por dicho autor.

Para Merleau-Ponty no existe la dicotomía cuerpo-mente, pues considera a ambos una misma cosa, ya que “el cuerpo es la conciencia corporizada” y representa el primer paso para vivenciar experiencias en el mundo. Esto se correlaciona con la explicación aportada por el paciente en la entrevista respecto al ensimismamiento en el que considera que entra su mente, como causa del dolor. El dolor afecta al cuerpo y como consecuencia de esta afección se ven influenciados los procesos cognitivos del paciente, en otras palabras, el dolor repercute de forma directa en la experiencia consciente del paciente.

Merleau-Ponty defiende que “el cuerpo habitual es preconciencia”, es decir, para ser percibido no necesita a un sujeto consciente debido a que se sustenta en el esquema corporal representado en la corteza cerebral. Paralelamente, el paciente se aqueja de percibir el miembro fantasma en contra de su voluntad lo que le genera incomodidad e impotencia. A partir de estas declaraciones, no solo se confirma la hipótesis propuesta por el autor, sino que también se deduce que la percepción del cuerpo habitual es un proceso que ocurre de forma independiente y por encima de la voluntad.

En palabras de Merleau-Ponty: “tras el proceso de amputación se da un conflicto interno entre el cuerpo habitual y el cuerpo actual”. Este es precisamente el máximo motivo de sufrimiento para el paciente, quien reconoce vivenciar una lucha interna en la que sabe que debe aceptar su nueva realidad, pero a la vez se niega a hacerlo. La diferenciación entre la situación corporal actual y la situación corporal habitual está ligada al conflicto cuerpo-soma. A su vez, el rechazo consciente y explícito de la amputación se entiende como el deseo inherente de mantener la apertura sensible hacia el mundo exterior.

Especialmente reseñable es la expresión “*cacho de carne enorme*”, utilizada por el paciente para referirse a su muñón. O.D. Zegers en su artículo *Fenomenología de la corporalidad depresiva*⁽²⁴⁾ describe el proceso que subyace esta sentencia: “transformación cremática o cosificación, por la cual hay una incapacidad de

trascender el cuerpo hacia el mundo y hacia la acción; con un mantenimiento del anclaje, ya que la existencia del individuo se mantiene sujeta a su cuerpo”.

Aunque OD Zegers refiere este proceso a la depresión melancólica, en el síndrome del miembro fantasma ocurre lo mismo: una polaridad entre el cuerpo que el paciente tiene, de carácter cósmico y puramente material, y el cuerpo que el paciente es el cual aporta significación vital a su existencia. El enfermo depresivo mantiene la capacidad motriz intencional, pero esta no se corresponde con su subjetividad en la que predomina la anergia. Por otro lado, en el caso del miembro fantasma ocurre una pérdida de la intencionalidad psicomotriz por la cual esa parte del cuerpo pasa a ser percibida como un trozo de carne muerto. Ahondar en la distinción síntoma-fenómeno, entendiendo al “fenómeno como el conjunto síntoma-proceso subyacente, y al síntoma como al eslabón visible de una cadena de conexiones” es fundamental para alcanzar una comprensión de este proceso cuya fisiopatología no está completamente aclarada, así como para “entender las enfermedades como algo más que una mera adición de síntomas, adición que sería inabarcable por la variación interindividual”.

5.1.- Líneas de investigación

El software “ATLAS.ti” utilizado como herramienta en el proceso de análisis de la entrevista es una ayuda en la investigación cualitativa incapaz de alcanzar el resultado por sí mismo, al contrario de lo que ocurre con las herramientas estadísticas propias de investigación cuantitativa y su capacidad de procesamiento numérico. El progresivo avance de la Inteligencia Artificial y el desarrollo de métodos de procesamiento de lenguaje prevé un futuro alentador para la investigación cualitativa⁽²⁵⁾.

Este avance en el método analítico pondría en valor la investigación con palabras al tener la potencialidad de manejar gran cantidad de entrevistas en un tiempo menor. Si bien es cierto que en los estudios de investigación cualitativa no se requiere un determinado tamaño muestral, corroborar la esencia de los fenómenos estudiados en un mayor número de entrevistas mediante el análisis informático de contenidos verbales y no verbales, tiene como resultado un conocimiento más profundo de la vivencia humana.

6.- Conclusión

La Filosofía de la Medicina es una disciplina relativamente nueva e imprescindible para un ejercicio médico adecuado en la sociedad. Para conseguir el objetivo de proporcionar una adecuada atención sanitaria, es fundamental priorizar la calidad humana y la cercanía asistencial. En un momento histórico donde los avances tecnológicos están en continua expansión, es necesario recurrir a este campo para dar solución a los nuevos problemas bioéticos que van a acontecer en esta etapa dominada por la Inteligencia Artificial.

El análisis fenomenológico interpretativo pretende conocer la experiencia individual de los problemas complejos de salud, definiendo la esencia del fenómeno a la vez que atiende a la diversidad interindividual. Uno de los principales motivos de sufrimiento para los pacientes aquejados de dolor crónico es la sensación de aislamiento respecto a su condición, ocasionada por el sentimiento de incompreensión y la condición intransferible de su dolencia. Pretender la comprensión de la perspectiva del paciente tal y como experimenta el fenómeno, a la vez que se facilita la comunicación y la expresión emocional, deriva necesariamente en una mejoría de la calidad asistencial percibida.

En el paciente explorado en este estudio, se han confirmado los supuestos propuestos por Merleau-Ponty respecto a la pérdida de la vitalidad corporal que ocurre en el síndrome del miembro fantasma. Se ha corroborado la diferenciación que surge entre el cuerpo habitual y el cuerpo actual la cual deriva en un primer momento a un conflicto interno temporal causante de malestar emocional, para finalmente alcanzar la necesaria reestructuración tanto corporal como vital.

RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS

1. Caplan A.L. Does the philosophy of medicine exist? *Theoretical Medicine*. 1992;13:67-77.
2. Saborido C. *Filosofía de la Medicina*. Madrid: Tecnos; 2020. 288 p.
3. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Siglo XXI; 1971. 276 p.
4. Bunge M. *Filosofía para médicos*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2017. 207 p.
5. Reiss J., Ankeny R.A. Philosophy of Medicine. En: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Internet]. Edward N. Zalta; 2022 [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/medicine/>
6. Saborido C. *Filosofía de la Medicina y la Salud Mental, Entrevista al Dr. Cristian Saborido* [Video en línea], UNED-España. 30 mar 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=gQPbRywHjaA>. Acceso: 25 febrero 2023.
7. Organización Mundial de la Salud. *Constitución*. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acceso: 13 mayo 2023.
8. Vargas M.L., *La concordia terapéutica como meta-racionalidad en medicina*. *Revista de la SLMFCE*. Febrero 2023: 20-23
9. Alva-Espinosa C. *Una aproximación a la fenomenología de la enfermedad*. *Gac Med Mex*. 2017;153(5):641-644.
10. 8E43.00 Síndrome del miembro fantasma [Internet]. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad, [enero 2023] Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1994899048>. Acceso: 12 de mayo de 2023.
11. F Angarita MAM, Villa SC, Ribero OFG, García RG, Sieger FAS. *Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma*. *Rev Colomb Anestesiol*. 2014;42(1):40-46.
12. Moreno JCV, Reyes VHE, Ortiz ÁOS, Gómez IJQ. *Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento*. *Rev Esp Med Quir*. 2014;19(1):62-68.
13. Bolio JAP. *Husserl y la fenomenología trascendental*. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*. 2013;(65):20-29.
14. Merleau Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Fondo de Cultura Económica; 1945. 474p.
15. Díaz Romero PA. *Consideraciones críticas sobre la noción de cuerpo propio*. *Ideas Valores*. 2019;68(170):187-203. [Internet] [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00622019000200187
16. Choque-Aliaga OD. *"Yo soy mi cuerpo": la memoria y el "miembro fantasma" en el pensamiento de Merleau Ponty*. *Quaestiones Disputatae: temas en debate*. 2018;11(22):210-220.

17. Umbelino LA. No se sabe lo que puede el dolor: sobre la experiencia del miembro-fantasma en Merleau-Ponty. *Azafea: revista de filosofía*. 2017;19:187-199. Disponible en: <http://digital.casalini.it/4325047> [Internet] [citado 21 de abril de 2023]
18. Ramachandran VS, Hirstein W. The perception of phantom limbs. The D. O. Hebb lecture. *Brain*. septiembre de 1998;121 (9):1603-30.
19. González JG. Fenomenología del reflejo especular como fundamento explicativo de la eficacia de la Caja Espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma. *Isegoría*. 2019;(60):253-270
20. Duque H, Granados ETAD. Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*. 2019;15(25):1-24.
21. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications; 2016. 448 p.
22. Moustakas C. *Phenomenological research methods* SAGE Publications; 1994 [Internet] [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://methods.sagepub.com/book/phenomenological-research-methods>
23. Vargas ML, Neurofenomenología, enacción y cerebro: hacia una neurofenomenología clínica. *Kranion*. 2018; 13: 41-7.
24. Zegers OD. Fenomenología de la corporalidad depresiva. *Salud Mental*. 1993;16(3):22-30.
25. Milne-Ives M, de Cock C, Lim E, Shehadeh MH, de Pennington N, Mole G, Normando E, Meinert E. The Effectiveness of Artificial Intelligence Conversational Agents in Health Care: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 22;22(10).

