

El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes

Chronic Pain: An Anthropologic View According to Relatives and Patients

Barragán-Solís A.*

**Doctora en Antropología, línea de semiótica y hermenéutica. Profesora Investigadora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia ENAH- INAH, México.*

Recibido: 12-01-06

Aceptado: 21-04-06

Correspondencia: anabsolis@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Describir y analizar la experiencia del dolor crónico como una construcción procesal singular y colectiva. **Material y Métodos:** Estudio etnográfico de un grupo de pacientes, médicos y familiares de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México, a partir de la aplicación de entrevistas en profundidad y observación participante, entre los años 2000 y 2004. **Resultados:** Los pacientes se encontraban entre los 50 y 70 años de edad. Padecimientos más frecuentes: neuropatía diabética, neuralgia posherpética, osteoartropatías y síndromes dolorosos por cáncer. **Conclusiones:** A partir del análisis del discurso y la observación participante se demuestra que el dolor crónico es una experiencia sociohistórica y cultural constituida por múltiples actores, entre los que destacan los mismos pacientes sus familiares y sus médicos. Se configuran las acciones, significaciones y sentidos de los padecimientos.

Palabras clave: Dolor crónico, Evaluación del dolor, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objectives: We attempted to describe and analyze the chronic pain experience as a singular and collective process-oriented construction. **Methods:** We designed an ethnographic study of a group of patients, physicians, and relatives at the Mexican General Hospital's Pain and Palliative Care Clinic in Mexico City. We applied in-depth interviews and carried out participant observation between the years 2000 and 2004. **Results:** Patient age ranged between 50 and 70 years, The most frequent diseases included diabetic neuropathy, postherpes neuralgia, osteoarthritis, and cancer-associated painful syndromes. **Conclusions:** Through discursive analysis and participant observation, we demonstrated that chronic pain is a sociohistoric and cultural experience made up of multiple actors, among which patients, their relatives, and their physicians are highlighted; among these, disease-related actions, meanings, and senses are outlined.

Key Words: Chronic Pain, Pain Assessment, Palliative Care.

Introducción

A partir de los años setenta los datos epidemiológicos en México indican un incremento significativo en las enfermedades llamadas crónicas y crónico-degenerativas; este fenómeno está relacionado con el aumento de la -

esperanza de vida, condicionado en parte, al desarrollo de la salud pública y al avance técnico de la biomedicina.

Históricamente el dolor ha sido uno de los componentes más importantes en el padecimiento de numerosas enfermedades en torno al cual los grupos sociales han establecido múltiples significados acerca de su causalidad. Los diversos sistemas médicos han tejido un sinnúmero de prácticas de atención como respuesta a esta problemática, ya sea para eliminar o controlar la intensidad dolorosa.

Los enfermos que presentan dolor crónico viven en un marco de incapacidad, angustia e incertidumbre con respecto a su evolución, diagnósticos y estrategias terapéuticas, incluidas las biomédicas, hacia todas ellas establece una aparente subordinación. Por otra parte, entre los médicos aparece la frustración ante la relativa eficacia de los tratamientos y la búsqueda continua de vanguardias teóricas y novedosas técnicas farmacológicas para combatir la sintomatología dolorosa ^{1,2}.

La biomedicina ha creado, a partir de los años setenta, las Clínicas del Dolor, donde los algólogos, efectúan una serie de estrategias encaminadas al control de esta sintomatología. En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (en adelante Clínica del Dolor), entre el 2001 y 2003, se establecieron más de 800 consultas por mes. Los datos demuestran que estas cifras tienden a aumentar paulatinamente; ello permite reconocer la importancia de este fenómeno para la salud pública en México ³.

La creación de esta nueva organización en salud, valida el actual reconocimiento de que la atención primaria de salud, la nueva política en salud bosquejada en la década de los setenta del siglo XX en Alma Ata, es la principal guía para garantizar opciones concretas de acceso a la atención médica y al consiguiente mantenimiento y promoción de la salud, basada en una estrategia que permita enfrentar con éxito, un grupo de procesos objetivos y subjetivos propios del grado de desarrollo socioeconómico actual ⁴.

Marco conceptual

El interés fundamental de esta investigación radica en la descripción y análisis de la experiencia del dolor crónico. Resulta obligado reconocer que la experiencia es una construcción procesal singular y a la vez colectiva, que involucra a una serie de actores.

El dolor crónico -en un marco de atención institucional a la salud- está conformado primordialmente por los propios enfermos, sus familiares, de manera específica por el o los cuidadores principales, y por el grupo médico, que proporciona la atención en la clínica que nos ocupa.

Experiencia, es “vivenciar” y “pensar hacia atrás”. Siguiendo a Dilthey ⁵, Turner señala que también es “querer o desear hacia delante”, es decir, establecer metas y modelos para la experiencia futura en la cual se tiene la esperanza de evitar o eliminar los errores y los peligros de la experiencia pasada ⁶.

De acuerdo con las propuestas de Dilthey ⁵, el proceso de la experiencia concluye con la comunicación verbal o no verbal. Desde esta perspectiva analizo dos aspectos fundamentales de la experiencia del dolor: la expresión corporal y la comunicación verbal, por medio de la observación participante y la aplicación de entrevistas en profundidad.

La comunicación verbal de la experiencia la analizo a través de las narraciones del grupo de estudio, con el fin de comprender la complejidad de dicha experiencia, asumo como señala Gadamer ⁷, que el lenguaje es el medio universal en el que se realiza la comprensión misma, y que todo comprender es interpretar. En este caso los textos fueron construidos a partir de la transcripción de la comunicación verbal, en el entendido que refiere Mier:

Lo que trato de narrar es una experiencia: conjunto de elementos de inteligibilidad de mi mundo... no es una cronología minuciosa de lo que ocurrió, sino que estas historias varían y son inconsistentes entre si, cada vez que cuento voy diciendo otras cosas; lo que importa es lo que ocurrió...son formas de transmisión de mi experiencia, uso mis relatos, mi memoria, para transmitir conocimiento, transmitir valor, preservar patrones normativos, establecer patrones de identidad, de prestigio... La narración no es la traducción de la experiencia, es la posibilidad de la transmisibilidad de la experiencia ⁸.

Los discursos que aquí se analizan son el producto de la intersubjetividad de los actores del dolor crónico. Se elaboró una descripción a modo de diálogo entre una narración y otra, con el fin de hacer comprensible la vivencia de la enfermedad, tanto para los pacientes como para sus médicos y familiares.

Material y métodos

Entre los años 2000 a 2004 se exploró la experiencia de la enfermedad a partir del estudio etnográfico de un grupo de pacientes con dolor crónico, sus médicos y familiares, de la Clínica del Dolor (CD), del Hospital General de México; con el objetivo fundamental de conocer la experiencia de la enfermedad, así como sus repercusiones sociales y culturales, entendidas, éstas, como valores, creencias, interacciones sociales y normatividades.

La investigación se guió por dos hipótesis:

1. A. Los tipos de enfermedad con dolor crónico y 1.B. Las partes del cuerpo afectadas en la población atendida entre 1996 a 2003 en la CD, fueron diferenciales de acuerdo a condicionantes físicas y sociales (edad, sexo, ocupación, escolaridad, antecedentes personales y familiares de la enfermedad). Una segunda hipótesis: la enfermedad y el dolor constituyen experiencias que desencadenan resignificaciones, recomposición de identidades, reconstrucción de prácticas y establecimiento de nuevas normatividades.

Los resultados de dicha exploración se constituyeron en el texto “La experiencia del dolor crónico” ⁹ en el que se presenta una descripción demográfica y epidemiológica del dolor crónico y una descripción y análisis de la subjetividad de la experiencia de la enfermedad con dolor crónico, vivida por los pacientes, sus médicos y familiares.

El grupo médico de manera particular se constituyó por un total de nueve algólogos (incluye un médico algólogo-tanatólogo), una psicóloga, dos neurocirujanos, un terapeuta neural-acupunturista, un oncólogo y dos pediatras.

Resultados

Durante el trabajo de campo se elaboró un *corpus* cuantitativo con lo que se estableció un contexto demográfico y epidemiológico a partir de la revisión y registro de los concentrados del Departamento de Bioestadística, y de las libretas de registro de consultas de primera vez y subsecuentes de junio de 1995 a diciembre de 2003, y un --

corpus cualitativo, a partir de la aplicación de entrevistas en profundidad a un grupo de 58 informantes, cuya tipificación aparece en la tabla I.

Tabla I

**Grupo de informantes entrevistados
Clínica del dolor, Hospital General de México (HGM)**

Informantes	Mujeres	Hombres	Total de informantes
Pacientes	15	14	29
Grupo familiar doméstico	6	6	12
Equipo médico (incluye una trabajadora administrativa)	7	10	17
Total	27	31	58

Fuente: Trabajo de campo, Clínica del Dolor del HGM. 2002-2003
Total de entrevistas 112. Total de páginas de transcripción 1407

Algunas características de los pacientes

El promedio de edad de los pacientes fue de 54 años para el grupo de las mujeres y de 60 años en el de hombres, datos que coinciden, en general, con los registros bioestadísticos de los últimos 10 años ^{9,12}, en los que las mujeres efectivamente cuentan con menor edad, lo que posiblemente indica que ellas acuden más tempranamente a consulta o que son ellas las que se ven afectadas a menor edad con respecto a los hombres. En términos generales el rango de edad de los pacientes entrevistados, también es acorde con la cifras cuantitativas reportadas de la última década en la Clínica del Dolor, que es entre los 50 y 70 años de edad ^{10,11}.

Con respecto al lugar de residencia de este grupo de enfermos, se encontró que siete de cada diez viven en la ciudad de México, un 14% son habitantes del Estado de México, y el restante 17%, pertenecen a la población de Guerrero, Michoacán, Oaxaca, y otros estados de la República Mexicana. Datos que están reflejando la problemática del acceso a los servicios de salud, y al financiamiento de los mismos.

Los padecimientos

Las enfermedades que cursan con dolor crónico y que aquejan a este grupo de informantes se muestran en la tabla II.

Tabla II

Distribución de los padecimientos y porcentaje de los pacientes entrevistados. Clínica del Dolor del HGM (2002-2003)

Diagnóstico	Casos Mujeres	%	Casos Hombres	%	Total	%
Neuropatías no virales (Neuropatía Diabética)	4	26.6	2	14	6	21
Neuralgias virales (Neuralgia Posherpética)	0	0	5	35	5	17
Osteoartropatías	4	26.6	1	7	5	17
Síndromes dolorosos por neoplasias (cáncer)	3	20	1	7	4	14
Enfermedad vascular periférica	0	0	4	29	4	14
Neuralgia trigeminal	1	6.7	1	7	2	7
Osteogénesis imperfecta	1	6.7	0	0	1	3
Neuropatía periférica (lupus)	1	6.7	0	0	1	3
Dolor postraumático (cicatriz dolorosa, o causalgia)	1	6.7	0	0	1	3
Total	15	100	14	99	29	99

Fuente: Entrevistas. 2002-2003. Clínica del Dolor. HGM.

Clasificación elaborada con asesoría del Dr. José Luis Gutiérrez.

Estos datos coinciden con los valores cuantitativos de los registros bioestadísticos, reportados por investigadores de la propia Clínica del Dolor¹¹⁻¹³. Se observa que las neuropatías condicionadas por la diabetes mellitus ocupan el primer lugar. La neuralgia posherpética, está relacionada con procesos de depresión inmunológica, como la misma diabetes, el VIH-SIDA, procesos neoplásicos, desnutrición y senectud, entre otros. El tiempo del padecimiento que se exploró en este grupo de informantes refleja la magnitud de la problemática social e individual del dolor crónico, ya que en la mayoría de los casos el dolor ha estado presente por lapsos de tiempo mayores a siete meses, como se ve en la tabla III.

Tabla III**Distribución del tiempo del padecimiento y porcentaje de los pacientes entrevistados. Clínica del Dolor del HGM. (2002-2003)**

Rango de tiempo	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
De 1 a 6 meses	4	27	4	29	8	28
De 7 meses a 1 año	2	13	5	36	7	24
De 2 a 5 años	4	27	4	29	8	28
De 6 a 10 años	1	7	0	0	1	3
De 11 a 20 años	2	13	1	7	3	10
De 21 a 30 años	1	7	0	0	1	3
34 años	1	7	0	0	1	3
Total	15	101	14	101	29	99

Fuente: Entrevistas. 2002-2003. Clínica del Dolor. HGM.

Las representaciones culturales del dolor

De entre múltiples condicionantes culturales que se indagaron en este estudio, se muestra sólo uno de los resultados, en lo que respecta a la construcción cultural de la causalidad de los padecimientos, en este grupo de estudio, con el fin de ejemplificar los valores subjetivos de los conjuntos sociales. Resultados en los que se particularizan las referencias del grupo de enfermos y las de sus familiares, que se muestran en la Tabla IV.

En la tabla IV se aprecian de manera significativa las causalidades referidas a elementos sobrenaturales, asimismo, dichas causas conviven con las explicaciones biomédicas y las prerrogativas de tipo emocional.

Otro dato relevante, es el que concierne a las creencias religiosas, como era esperado, y al conflicto social como causante del padecimiento, conflicto que se manifiesta en la interacción social de violencia intrafamiliar doméstica o violencia callejera y por las condiciones de vida depauperadas, que finalmente son establecidas en contextos sociales específicos (Tabla IV).

Discusión

El dolor es profundamente humano y en consecuencia corporal, corporeidad sociohistórica en la que irremediamente se inscriben la memoria, las tradiciones culturales, las experiencias de vida y es en sí mismo una experiencia, que trastoca y obliga a la resignificación y a la búsqueda del sentido, donde la subjetividad es fuente de creatividad, que muestra en cada vida vivida las contradicciones de las normas sociales.

El dolor permite recuperar no sólo la creatividad humana sino asumir el riesgo de recuperar el cuerpo, apropiarse de los conocimientos que conforman un capital cultural en el marco del proceso salud-enfermedad-atención y muerte.

Tabla IV

**Las causas del dolor según familiares y pacientes
Clínica del Dolor HGM. 2002-2003**

Causas del dolor según los familiares	Causas del dolor según los pacientes (hombres y mujeres)	
Brujería o maldad por envidia	Envidia	Por trabajar tanto
Por coraje	Susto	Por cansancio
De un susto	Brujería	Mala suerte
Por un insulto ++	Maldad	Son cosas que pasan
Dice que dios lo está castigando	Odio+	Herencia
De tanto que ha trabajado	Frustración+	Por ser viejo
Por lo que ha vivido	Deseos de venganza	Por envejecimiento
Herencia de la familia	Castigo	Porque se seca uno
Nuestro cuerpo se va degenerando por la misma edad	Tristeza	
Por el estrés y la contaminación	Maltrato	Porque nos vamos acabando con el tiempo
Por su diabetes	Violencia intrafamiliar	
Porque se le taparon las venas	Violencia callejera	
No llega la oxigenación a las piernas	Corajes	Porque ya me llegó mi turno y hay que aprender a vivir como se nos presente la vida ++
Porque reniega mucho de su enfermedad	Abandono en la infancia	
Porque ha de tener una soledad interna	Duelo	
	Desaparición de un familiar++	
	Pérdida de un ser querido	Es un aviso
	Abandono	Una prueba de Dios
	Pobreza	Un medio ambiente insalubre
	Exceso de trabajo	
	Por una mala operación	Por una forma de vida insana (tabaquismo, alcoholismo, mala alimentación, promiscuidad sexual)
	Por el cáncer	
	Por ser muy nervioso y fumar	

Fuente: Entrevistas y diarios de campo, 2002-2003. Clínica del Dolor. HGM.

+ Sólo en casos de mujeres

++ Sólo en casos de hombres

A lo largo de la investigación se demostró que el dolor es un padecimiento, que se constituye en un proceso histórico que lo significa y le imprime múltiples sentidos, entre los que encontramos la caracterización de diversas enfermedades que cursan con dolor crónico, y que se comportan de manera diferencial según las condicionantes contextuales, que son múltiples, plasmadas en las descripciones epidemiológicas y demográficas.

El dolor también se vive como un castigo, una experiencia de estoicismo, una costumbre ritual, un acto de fe, como una posesión y una estrategia de control; una forma de vida y un lenguaje, metáfora de múltiples problemáticas sociales e individuales. Metáfora de la pobreza, el abandono, la soledad, el sufrimiento crónico, la envidia, el odio, la venganza, la vergüenza, el rechazo, el insulto, el estigma, el maltrato y la violencia.

La búsqueda de alivio también puede ser leída como una metáfora, una forma de resolver la crisis de vida que ha precipitado el dolor, las múltiples experiencias de los rituales de curación son en si mismos un sentido del dolor, un nuevo camino que permite sobrevivir y sobrellevar no sólo la pena del dolor, sino las aflicciones que se esconden detrás del dolor, incluidas el abuso y el uso social del dolor con fines de control social.

Los itinerarios de atención reflejan la tendencia universal a la hegemonía del modelo biomédico, donde conviven la aspirina y el manrubio; la fisioterapia y las frotaciones con sábila, árnica o mariguana.

En la exploración de la eficacia terapéutica entre los pacientes de la Clínica del Dolor, resulta que el control de la dolencia es errática, si bien en uno de cada dos pacientes se logra controlar el dolor a niveles adecuados, soportable para continuar con una vida cotidiana hasta cierto punto “normal”; uno de cada dos continúan con dolor importante, de moderado, a severo, con las limitantes que ello propicia.

La historia del dolor incluye periodos de alivio y exacerbación de los síntomas, ésta parece ser una característica del dolor crónico, que lo convierte en incurable, que puede paliarse, aliviarse, pero no eliminarse, siempre estará presente la amenaza de la recurrencia, que surgirá de nuevo precipitada por múltiples condicionantes, íntimamente relacionadas con la vida emocional de los sujetos y su contexto social circundante.

En la carrera del enfermo, entendida como la sucesión encadenada de hechos prácticos, en tanto acciones de sentido y significación encausadas a la terapéutica para encarar la enfermedad ¹⁴; se reflejaron los distintos modelos médicos de atención que confluyen, y se complementan de tal forma que permiten sobrellevar el dolor, y la vida misma.

En este trabajo aparecieron de manera compleja y de forma contundente las estrategias de autoatención, lo que demuestra lo que ya la antropología médica ha venido afirmando desde hace varios años, que la autoatención es el primer nivel real de atención ¹⁵. Por otra parte, el rol de cuidadoras o cuidadores, pertenece a sujetos que en apariencia están profundamente afectados por el padecimiento de su familiar, pero que al indagar en sus historias de vida y experiencias, se halla una compleja red de relaciones mediatizadas por el enfermo, que se vinculan a una problemática oculta en el quehacer de cuidador, que finalmente a modo de metáfora representa ausencias, carencias, aflicciones, conflictos, y tal vez impide la disolución de identidades.

La experiencia del dolor crónico, implica no sólo al enfermo, sino a su grupo familiar y de relación, así como a los curadores, entre los que se constituyen las significaciones y sentidos del padecimiento, lo que hace del dolor una experiencia singular y colectiva; donde también intervienen los principios básicos de la APS, sobre todo los relacionados con la necesidad del reconocimiento de la importancia de la dimensión socio psicológica; el reconocimiento al derecho a la salud y la necesidad de cambios en el estilo de vida para promover la salud ⁴.

Agradecimientos

Expreso mi gratitud a la Dra. Alicia Kassian y a su equipo médico; de manera particular a los Doctores José Luis Gutiérrez, Sergio Bautista, Miguel Jiménez, Alfredo Ramírez, Nora Godínez y Gabriel Artiachi, por su asesoría, su solidaridad, la paciencia y el tiempo que dedicaron a las innumerables revisiones de los datos que conformaron este trabajo de investigación. A todos ellos mi más sincero reconocimiento a su labor y mi afecto siempre.

Referencias

1. Lafay A. *La Douleur. Approches pluridisciplinaires*. Editions L'Harmattan. Ecole Polytechnic. Paris. Francia. 1992.
2. Kleinman A. *Pain and Resistance: The Delegation and Relegitimation of Local Worlds. Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Del Vecchio Good, Mary-Jo. Et.al: 169-197. USA : University of California Press. 1994.
3. Barragán SA. Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos y sus médicos. *Cuicuilco*. 2001;(8) 23:171-190.
4. Álvarez SR. *Temas de medicina general integral. Volumen I. Salud y medicina*. La Habana, 2001.
5. Dilthey W. *Historia de la filosofía*. FCE. México, 1980.
6. Geist I. *Antropología del ritual*. INAH-ENAH. México. 2002.
7. Gadamer HG. *Verdad y método*. Salamanca: Ediciones Sígueme. 1999.
8. Mier R. *Teoría de la cultura. Apuntes*. Ms. ENAH. 2001.
9. Barragán SA. *La experiencia del dolor crónico*. Tesis de Doctorado en Antropología. ENAH-INAH. México. 2005.
10. Kassian A. Frecuencia de la neuralgia del trigémino en el Hospital General de México, en *Clínica, Dolor y Terapia*. 2004(2)11:19-23.
11. Bautista S. *Neuropatías consecutivas a diabetes*. En: Bautista S. *Dolor neuropático: dolor neuropático secundario a enfermedades sistémicas*. Sistema de Actualización Médica en Dolor Neuropático (SAM). México: Intersistemas Editores. 2004. p. 190-200.
12. Ramírez A. *Herpes zoster y neuralgia posherpética*. En: Ramírez A. *Dolor neuropático: Dolor neuropático secundario a infecciones y sustancias químicas*. Sistema de Actualización Médica de Dolor Neuropático (SAM). México; Intersistemas Editores, 2004. p.127-145.
13. Jiménez M. *Neuralgias faciales*, en Bautista, Sergio, et al. *Dolor neuropático: dolor neuropático secundario a enfermedades sistémicas*. Sistema de Actualización Médica en Dolor Neuropático (SAM). México: Intersistemas Editores. México. 2004:213-227.
14. Goffman E. *Internados. Ensayo sobre la situación de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. 2001.
15. Menéndez E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS. México. 1990.